



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

# EHPAD La Mémoire des Ailes 33380 MARCHEPRIME



# PROJET D'ETABLISSEMENT

## SOMMAIRE



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

### Partie I - L'établissement : Contexte et positionnement

#### Chapitre 1 – L'établissement et son contexte

1. L'association gestionnaire
2. L'établissement
3. Le contexte réglementaire

#### Chapitre 2 – Le positionnement de l'établissement dans son environnement

1. Positionnement au sein du secteur privé non lucratif
2. Positionnement sur son territoire d'implantation

#### Chapitre 3 – La population accueillie

1. Données statistiques
2. Analyse de l'activité et des demandes de l'EHPAD
3. Les conséquences sur la définition du projet d'établissement

### Partie II – Le Projet de Vie : Animation de l'Etablissement

#### Chapitre 1 – Le Projet d'Animation de l'Etablissement (esquisse)

1. Contexte
2. Qui ?
3. Comment ?

#### Chapitre 2 – Le Projet Individualisé de l'utilisateur au centre des préoccupations et des actions

1. Orientation et accueil du résident
2. Elaboration, mise en œuvre et suivi du Projet Individualisé

### Partie III – Le Projet de Soins



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

### Chapitre 1 – Les objectifs de soins

1. Lutte contre les infections
2. Les chutes
3. La contention
4. La nutrition
5. Les escarres
6. La prescription des psychotropes et la iatrogénie en général
7. La prise en charge de la douleur
8. La prise en charge des démences
9. Le maintien de l'autonomie
10. Les soins palliatifs de fin de vie
11. Les risques sanitaires

### Chapitre 2 – L'accueil et l'animation

1. L'admission
2. L'animation relève du soin

### Chapitre 3 – Les supports de soins

1. La circulation de l'information
2. Les transmissions
3. Le dossier de soins
4. Les plans de soins individuels

### Chapitre 4 – L'évaluation des soins

1. Evaluer la qualité
2. Les indicateurs

### Chapitre 5 – La formation du personnel

1. Formation interne
2. Formation externe

### Chapitre 6 – la réponse globale aux demandes de soins

1. Organisation interne
2. Le réseau externe

## Partie IV – Les moyens et la mise en œuvre du projet d'Etablissement

### Chapitre 1 – Des outils indispensables



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

1. Management hiérarchique
2. Management participatif
3. Un outil indispensable : Le Projet Individualisé

### Chapitre 2 – Evaluation des moyens nécessaires

1. Des moyens complémentaires utiles et nécessaires
2. Une organisation plus rationnelle et plus efficace



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

# Partie I. L'établissement :

## Contexte et positionnement



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### Chapitre 1 – L'établissement et son contexte

#### 1. L'Association gestionnaire

##### 1. 1 Présentation de l'AEIS

L'Association pour l'Éducation et l'insertion Sociale (AEIS) née le 9 février 2009, est issue de la fusion de deux associations situées à Bordeaux : l'Association des Foyers de l'Enfant (AFE) et le Comité d'Action Social et Educatif (CASE)

#### Association des Foyers de l'Enfant

Fondée en 1924, l'Association des Foyers de l'Enfant reposait sur des principes d'humanisme chrétien. Gérée par une congrégation religieuse, elle permettait d'accueillir des enfants, adolescents ou jeunes majeurs. L'association a élargi son champ d'action du social vers le médico-social avec l'ouverture d'un Institut Médico –Psychologique (IMP) dans les années 1960. En 1986, la création de l'Institut de Rééducation (IR) fait entrer les troubles du comportement dans le champ d'action de l'association. L'établissement devient un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) conformément au décret du 6 janvier 2005 jusqu'en 2009, l'association était présidée par Monsieur Jean Claude CHIEZE et comptait trois établissements :

- La maison des enfants à caractère social Saint Ferdinand et son service d'insertion aux jeunes majeurs
- La maison d'enfant à caractère social Godard
- L'ITEP Stéhélin et le SESSAD Stéhélin.
- Le siège social

#### Comité d'Action Sociale et Educative

En premier lieu, le comité d'action sociale nord africaine est créé par le docteur Cazenave le 26 octobre 1956. Son objectif était de favoriser une resocialisation des nord-africains dans la société française. En 1962, l'association est renommée Comité d'Action Sociale et Educative (CASE) puisqu'elle se destine alors à l'enfance inadaptée avec la création de l'institut de Rééducation de Château Breillan. Monsieur Jean Pierre CARDE présidera l'association jusqu'en 2009.

Il y avait jusqu'alors deux ITEP, celui de Grand Barail à Bordeaux et celui de Château Breillan à Blanquefort. La création d'un SESSAD est alors envisagée et soutenue par différents biais :

- Tout d'abord une prise de conscience de la nécessité d'une diversité des prises en charge pertinentes pour les jeunes.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

- Puis la mise en place d'un service d'aide à l'intégration (SAI) expérimental en septembre 2003, accompagnant les sorties de l'ITEP.
- Et enfin une étude d'opportunité pour la création d'un SESSAD réalisée en collaboration avec le CREAHI d'Aquitaine.

Le SESSAD de l'ITEP Château Breillan est ouvert depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006.

Cette fusion s'est accompagnée d'une restructuration du Conseil d'Administration ainsi que de l'embauche d'une Directrice Générale. Actuellement l'AEIS se compose d'un Siège Social situé à Bordeaux Caudéran et de plusieurs établissements décrit ci- dessous.

- La MECS Godard-Saint Ferdinand, Bordeaux
- L'ITEP Grand Barail, Bordeaux lac
- L'ITEP château Breillan, Blanquefort
- L'ITEP Stéhélin, Bordeaux caudéran
- Le SESSAD Stéhélin
- L'EHPAD « la mémoire des ailes », Marcheprime. Ce dernier établissement est partie intégrante de l'AEIS depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, suite à une opération de fusion absorption ayant pour objectif principal la diversification du champ d'action de l'association.

L'AEIS est idéalement implantée dans Bordeaux et sa banlieue limitrophe ; à proximité de tous les services dont les structures ont besoin comme les écoles, services médicaux, tribunal, loisirs, etc.

### 1.2 Les valeurs du projet associatif

Tout au long de l'élaboration du projet d'établissement, nous avons fait le choix d'utiliser le projet associatif comme support notamment concernant les principes d'intervention. En effet, la cohérence entre les valeurs de l'établissement et de l'association est fondamentale. Les valeurs communes de l'association étant le respect de la personne, l'ouverture et la solidarité et l'adaptabilité.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

## 2. L'Etablissement

L'établissement est autorisé pour :

- ✓ **50 lits d'Hébergement Permanent et 6 lits d'Hébergement Temporaire**, répartis dans 4 unités de vie de 14 places chacune :
  - **Deux Unités classiques d'hébergement : Aigue Marine et Graves**  
28 lits dont 2 lits d'Hébergement Temporaire.
  - **Deux Unités protégées d'hébergement : Pyla et Pinède**  
28 lits dont 4 lits d'Hébergement Temporaire.
- ✓ **4 places d'Accueil de Jour** dédiées à des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées.

### Les autorisations

- Premier arrêté conjoint en date du 27 octobre 2004, autorisant la création d'un EHPAD sur la commune de MARCHEPRIME au profit de l'association alors dénommée Association Autonomie 33, sous réserve du financement des dépenses relevant de l'assurance maladie.
- Deuxième arrêté conjoint du 27 décembre 2005 portant inscription sur la liste des priorités de financements soins.
- Troisième arrêté de classement prioritaire des demandes de places en attente de financement le 13 avril 2006.
- Quatrième arrêté conjoint du président du conseil général et du préfet en date du 26 mars 2007 donnant l'accord définitif sur ces financements soins.
  - Avis favorable Visites de conformité des 12 et 22 janvier 2010.
  - Arrêté de tarification de M. le Président du Conseil Général en date du 19 janvier 2010.
  - Arrêté de tarification de M. le Préfet en date du 20 janvier 2010.





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

### Le financement

#### Plan de financement de l'opération EHPAD de Marcheprime

##### *investissement immobilier*

subvention CG 33 construction	1 930 446
subvention CG études	161 519
Prêt PLS distribué par CLF	3 471 100
Prêt CRAMA	548 047
prêt sans intérêt RSI	175 000
subvention CG géothermie	250 000
subvention ADEME ECS	30 000
subvention ADEME géothermie+ groupe IONIS	36 242

*sous-total immobilier* **6 602 354**

*investissement mobilier* 633 000

prêt bancaire 604 212

prêt sans intérêt CRAMA 28 788

**Total 7 235 354**

### La philosophie

Basée sur la Charte éthique de l'association, elle a été déclinée lors de formations préalables à l'embauche réalisées auprès d'une majorité de futurs salariés sur les thèmes suivants :

- Bienveillance
- Gestion du stress
- Troubles du comportement



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

Depuis le 25 janvier 2010, l'EHPAD La Mémoire des Ailes accueille des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans dans des locaux où l'organisation architecturale et humaine a été pensée pour rendre confortable la vie du résident, notamment désorienté, et faciliter le travail des personnels.

L'objectif du projet est, avant tout, humaniste. Il s'agit de considérer la personne accueillie comme ce qu'elle est : un être humain avec une histoire et une singularité pouvant être fragilisé et atteint par les conséquences du vieillissement, de la maladie et du handicap. L'objectif secondaire est de rechercher par la prévention, la stimulation, le soin, à préserver et renforcer ses capacités restantes (cognitives, motrices, sociales) et développer la qualité de sa vie pour avoir du plaisir à vivre.

Le projet de soins repose sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en EHPAD éditée par la société française de gérontologie (troubles du comportement, prévention des chutes, dénutrition, incontinence, troubles du sommeil, prévention des infections chez les personnes âgées, poly-médication et iatrogénie....) et les recommandations de l'ANESM (contention, fausses routes, améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.....).

Le projet de soins en unités d'hébergement protégé intègre l'utilisation complémentaire de techniques non médicamenteuses (approche Carpe Diem, éveil multi-sensoriel en atelier Snoezelen, Arthérapie, etc.)

Le projet de vie fait une large part au développement de la mission d'Animation de l'Etablissement et cherche à atteindre plusieurs objectifs parmi lesquels :

- La qualité de la vie quotidienne et du cadre de vie,
- Le développement du projet individuel d'accompagnement s'appuyant sur les activités de la vie quotidienne et sur les activités occupationnelles et de loisirs,
- Le lien social et l'ouverture vers et à l'environnement extérieur.

### 3. Le contexte réglementaire

La réforme de la tarification a formalisé les relations entre les établissements médico-sociaux et leurs autorités de tarification dans le sens d'une contractualisation sur la base d'engagements réciproques d'objectifs et de moyens. Ce mode de contractualisation permet une formalisation écrite des engagements de chacun et facilite, par là même, la lisibilité et la réalisation du projet d'établissement et des projets afférents.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

L'EHPAD « La Mémoire des Ailes » a fonctionné la première année sur la base d'un projet d'établissement théorique rédigé avant l'ouverture de l'établissement et de budgets établis sur la base d'indicateurs provisoires.

Après quatre années de fonctionnement, l'EHPAD La Mémoire des Ailes a le recul nécessaire pour évaluer et modifier le projet théorique initial en fonction de la réalité de l'activité. Le 22 novembre 2010, la coupe PATHOS a été réalisée et validée pour un **PMP** de **248**, en juin 2012, l'évaluation du **GMP** a été validée à hauteur de **755**.

A fin 2013, la convention tripartite n'étant toujours pas signée la présente version du projet d'établissement détaille les caractéristiques de l'établissement, son organisation, les objectifs qu'il souhaite atteindre dans les cinq prochaines années et les actions opérationnelles qui en découlent. Il devra forcément être rectifié pour tenir compte des conclusions de la négociation entre les autorités de tarification et l'établissement. La version définitive du projet d'établissement reprendra uniquement les projets et les objectifs qui seront financés et pour lesquels des moyens suffisants seront accordés à l'établissement.

Les annexes de la convention n'étant pas opposables aux financeurs, nous souhaitons que les différents plans pluriannuels d'évolution sur lesquels les cocontractants se mettront d'accord devront être intégrés au texte de la convention.

Enfin, l'établissement s'inscrit et se positionne en fonction des dispositifs des différents plans et schémas arrêtés par les autorités administratives nationales (PRIAC, Plan Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer) et locales (Schéma gérontologique départemental, Plan Régional de Santé).



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### Chapitre 2 - Le positionnement de l'établissement dans son environnement

L'établissement évolue dans un environnement institutionnel large et collabore avec de nombreux acteurs du champ médico-social, son activité s'inscrit dans un cadre règlementaire précis.

#### 1. Positionnement au sein du secteur privé non lucratif

L'établissement est géré par une association, le statut non lucratif que lui confère ce mode de gestion n'est pas anecdotique, mais une valeur en tant que telle, affichée et même revendiquée. L'association gestionnaire fonctionne avec un conseil d'administration composé d'administrateurs bénévoles qui fixe comme objectif économique d'obtenir un résultat équilibré ou permettant de dégager des moyens de financer les investissements courants nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Les budgets annuels poursuivent ce seul objectif.

L'établissement applique la Convention Collective Nationale d'octobre 1951.

Le conseil d'administration a choisi d'appliquer cette convention collective qui accorde une large place à la reconnaissance des salariés (conditions de travail, conditions salariales), à la formation (avec l'appui de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé de la branche Unifaf) et à l'éthique. Souvent considérée comme plus onéreuse pour les établissements que les autres conventions ou même que la fonction publique, il faut souligner plusieurs points importants :

- La valeur du point suit l'évolution de la valeur de l'indice fonction publique,
  - Il existe un différentiel important sur le taux de charges sociales applicable entre les établissements CCN 51 et les établissements publics. La dernière évaluation de ce différentiel donne 4,5% d'écart en défaveur des établissements associatifs.
  - L'importance des conditions de travail (organisation, formation, rémunération) est reconnue comme un facteur déterminant dans la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux.

De ce fait, la politique du moins-disant social nous semble contradictoire avec la responsabilité des autorités de tarification et des établissements quant à la qualité des prestations servies.

Aujourd'hui, la réflexion sur les enjeux du secteur sanitaire et médico-social décloisonné se fait au-delà des fédérations professionnelles et à l'échelon de l'ensemble du secteur privé non lucratif. A l'échelon de l'établissement, cette réflexion existe avec d'autres partenaires du secteur sanitaire et médico-social associatifs, elle poursuit les objectifs incontournables suivants :



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

- Pérenniser les établissements et notamment les établissements et services isolés,
- Consolider le mode de gestion privé non lucratif,
- Mutualiser des moyens pour répondre à la demande des pouvoirs publics d'efficience et de qualité.
- Continuer à proposer des projets innovants correspondants aux besoins identifiés et/ou à la commande publique.

### 2. Positionnement sur son territoire d'implantation

Conformément aux recommandations et suivant les engagements conventionnels, l'établissement s'inscrit dans un environnement local diversifié où il côtoie et collabore avec de nombreux acteurs. La mairie de MARCHEPRIME est un partenaire privilégié de l'établissement puisqu'il en est le bailleur (bail emphytéotique d'une durée de 35 ans). La commune a signé une concession pour les parkings de stationnement réglementaires de l'EHPAD.

A un échelon plus élargi, l'établissement s'inscrit dans les instances en lien direct avec son activité et/ou signe des conventions de partenariat avec d'autres professionnels tels que les établissements de santé (Pôle santé de la Teste, Clinique Wallenstein d'Arès).

Par ailleurs, l'établissement participe à des actions menées par différentes instances dans le cadre de la prévention, de l'éducation à la santé.

L'inscription dans ces instances et la participation à ces actions citées sont des points auxquels l'établissement accorde beaucoup d'importance. Selon nous, dans un souci d'ouverture et d'amélioration globale de la qualité, l'établissement doit connaître les autres acteurs et professionnels de la gériatrie, leur fonctionnement et leurs missions. Il se doit de favoriser les liens de travail et de coopération avec eux dans le but d'améliorer le parcours de la personne âgée et donc son accompagnement.

### Chapitre 3 - La population accueillie

Depuis une vingtaine d'années, les politiques sociales en faveur des personnes âgées portent une attention particulière au maintien à domicile répondant ainsi aux souhaits exprimés d'une majorité de français. Les réponses pouvant aujourd'hui être proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie sont diversifiées et graduelles : aide et/ou soins à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement permanent.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

De ce fait, on entre plus tard en institution, les statistiques nationales le montrent et les statistiques spécifiques à l'établissement l'illustrent.

### 1. Données statistiques

Les projections démographiques réalisées en 2004 par l'INSEE sur le territoire font apparaître l'évolution quantitative suivante :

**Augmentation de la durée de vie et de la grande dépendance sur le secteur du bassin d'Arcachon.**

Population sud bassin	2000	2030
> 75 ans	4 996	12 087
> 85 ans	1 632	3 972

**Augmentation de l'incidence de la maladie d'Alzheimer et faiblesse structurelle de la prise en charge de la maladie :**

- 850 000 personnes atteintes au plan national,
- 5% des + de 65 ans,
- 25% des plus de 80 ans.

### 2. Analyse de l'activité et des demandes de l'EHPAD au cours des quatre années de fonctionnement

#### 2.1 Données statistiques concernant les résidents (2010-2013)

- Moyenne d'âge des entrants : **85 ans et 8 mois**
- Nouveaux entrants : **72% Femmes / 28% Hommes**
- Nb de décès: **60 dont 16 hors de l'établissement**



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 2.2 Evaluation quantitative de l'activité

L'établissement atteint un taux d'occupation moyen de 97.25 % entre janvier 2010 et décembre 2013. Toutefois, malgré une communication externe, nous avons peu de demande d'hébergement temporaire ce qui nous oblige parfois, pour des raisons économiques, à transformer les lits temporaires en permanents.

Concernant l'**accueil de jour**, après une diminution de notre activité en 2012 (dû à l'ouverture de plusieurs structures sur le bassin d'Arcachon disposant de places d'accueil de jour), notre activité est régulière pour 4 places.

De plus, la complémentarité des différents modes d'accueil que nous proposons fonctionne. Les familles des personnes accueillies en Accueil de Jour nous sollicitent pour :

→ Formuler une demande d'Hébergement Permanent.

Une relation de confiance est établie et leur permet d'envisager une demande d'Hébergement quand le maintien à domicile ne sera plus possible.

→ Formuler une demande en Hébergement Temporaire.

### 2.2 Evaluation qualitative

L'évaluation globale de la dépendance est réalisée mensuellement par le médecin coordonateur et l'ensemble de l'équipe de soin.

La dernière validation GMP a eu lieu en 2012 à hauteur de 755. On note une évolution très significative de la dépendance puisque la première validation GMP a eu lieu à hauteur de 640 en 2011.

Dans les Unités Protégées, on constate que la majorité des résidents accueillis a atteint une phase stade très avancée de sa pathologie démentielle. Ils présentent une forte altération des capacités mnésiques, cognitives, intellectuelles et exécutives ce qui génère invariablement des troubles du comportement et de l'humeur. De plus, nous enregistrons un nombre important de demandes d'admission pour des personnes du même profil.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

L'évolution vers la grabatisation de certains résidents et le manque de place en unité classique nous oblige à garder en unité protégée des résidents ne relevant plus de ce type d'accueil, ce qui ne facilite pas le travail réalisé par les personnels soignants.

En Unités Classiques, on retrouve plusieurs profils de résidents assez différents :

- Des résidents autonomes ayant choisi l'institution ou pour lesquels le maintien à domicile est devenu impossible du fait d'une dégradation importante de leur autonomie.
- Des résidents relativement jeunes (70 à 80 ans) mais souffrant d'une pathologie invalidante (maladie neuro-dégénérative, accidents de la vie) et handicapante nécessitant une aide très importante.
- Des résidents, dans une proportion non négligeable, ayant une pathologie démentielle diagnostiquée mais à un stade moins avancé ou plus exactement avec une altération moins importante de leurs capacités mnésiques, cognitives, intellectuelles et exécutives. Il est important de rajouter que ces personnes ne présentent pas de troubles du comportement de type fugue, déambulation ou errance. Cela légitime pour nous leur maintien en unité ouverte en cohabitation avec des personnes autonomes pour maintenir le plus longtemps possible la vie en société et le lien social.
- Des résidents ayant une pathologie démentielle à un stade tellement avancé que leur présence en unité protégée ne se justifie plus et que l'accompagnement devient un accompagnement palliatif de fin de vie.
- Des résidents en fin de vie.

### 3. Les conséquences sur la définition du projet d'établissement

Le projet d'établissement initial était largement fondé sur l'accompagnement des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée. Au regard de la coupe PATHOS réalisée le 22 novembre 2010 et validée par l'ARS, cette spécificité est réelle au sein de l'établissement. D'ailleurs la nature des demandes enregistrées confirme ce constat.





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

## Partie II. Le Projet de Vie : Animation de l'Etablissement



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 1. Contexte

L'idée principale est de donner une « âme » à l'établissement, de créer les conditions pour que chaque résident soit satisfait de sa vie au sein de l'institution, que les familles y trouvent leur place et que les personnels trouvent un appui à leurs pratiques au quotidien. Cette idée générale s'inscrit également dans un cadre réglementaire et un environnement : le projet d'animation s'articule autour du projet de vie individuel, de la bienveillance et de l'ouverture à et sur l'extérieur.

L'animation est pensée non pas comme une succession d'activités visant à occuper et distraire le plus grand nombre mais comme une dynamique visant à créer les conditions d'une vie sereine et heureuse (effet thérapeutique par un abord non médical, prise en compte de la singularité de chaque individu, lien social, cadre de vie et ambiance de vie). Elle a pour objectif que chaque résident soit satisfait de sa vie au sein de l'institution ce qui implique que celui-ci s'organise pour évaluer les besoins et les capacités de chacun, pour recueillir ses souhaits et ses envies et enfin pour apporter une réponse collective adaptée à la singularité de chacun.

Nous choisissons donc de développer une approche :

#### **Quotidienne : la qualité de vie se joue principalement sur la qualité du quotidien.**

*Comment respecter au mieux la personnalité, les habitudes de vie et les souhaits des personnes accueillies ? Comment créer un lieu où elles aient plaisir à vivre ?*

→ Développer l'importance des petites choses et des « détails » du quotidien dans la qualité de vie du résident.

→ Cela implique un travail en pluridisciplinarité, chaque personnel est acteur.

→

#### **Singulière : le respect des habitudes de vie, des idées, des croyances et des souhaits de chacun est incontournable.**

*Comment concilier la vie en collectivité et le respect du projet d'accompagnement ?*

→ On part de ce qu'est la personne et du projet de vie que les professionnels ont construit avec elle et sa famille pour planifier les différentes activités, les groupes (homogénéité), les temps (repérage temporel, rendez-vous et projection individuelle facilitée) et les différents intervenants.

→ Les propositions d'activité sont collectives et/ou individuelles.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

**Thérapeutique : par une approche différente de celle du soin, l'animation permet de participer aux objectifs du projet de soins (préservier les capacités restantes, prévenir les risques, etc.).**  
*Comment concilier et rendre cohérentes différentes approches concourant à atteindre les objectifs du projet de soin et du projet de vie de la personne accueillie ?*

- Travailler en interdisciplinarité (soignants, personnes en charge de l'animation, personnes en charge des prestations hôtelières, etc.).
- Partir des évaluations (fonctionnelles, cognitives, des risques) réalisées à l'entrée du résident pour avoir une cohérence dans les objectifs fixés.
- Partir du projet individualisé.

**Sociale : garantir le maintien des liens sociaux et promouvoir le rôle social des personnes accueillies.**

*Quel rôle pour les personnes âgées au sein de l'institution, de l'environnement immédiat, de la société ?*

- L'animation est un moyen de donner un rôle social au résident :
  - Transmission de leur savoir, de leur expérience et de leur mémoire
    - Actions intergénérationnelles, réminiscence
  - Se sentir utile et s'impliquer dans la vie de l'établissement
    - Participer à l'embellissement du cadre de vie par la créativité, donner son avis et choisir (décorations, place des bancs, aménagement des jardins, etc.)
- L'animation est un moyen d'intégrer les familles à la vie de l'établissement, de communiquer avec eux et de trouver des alliances thérapeutiques contribuant à l'accompagnement du résident (sorties extérieures, fêtes des familles).
- Par l'animation, il est possible de valoriser le rôle des personnes âgées au sein de la société et d'améliorer le regard porté sur la vieillesse et les EHPAD.

**Culturelle : l'ouverture (de l'établissement et des esprits) vers et à l'extérieur est primordiale.**  
*Comment conserver pour les personnes accueillies la curiosité, l'envie de découvrir voire de créer ?*

- Profiter de la proximité de la Caravelle, salle de spectacles, pour développer un partenariat et des actions (Temps mêlés, etc.)
- Profiter de la proximité de la crèche, de l'école primaire et du collège pour valoriser le lien intergénérationnel.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

→ Créer un réseau avec artistes et associations pour proposer des évènements au sein de l'établissement, assister à des manifestations culturelles extérieures et enfin se servir de cette matière culturelle pour l'échange, l'enrichissement culturel et la création.

### 2. Qui ?

Le projet d'Animation de l'Etablissement a besoin pour être mis en œuvre que soient désignés les différents intervenants et précisée la mission de chacun.

Le poste d'animatrice ayant subi de nombreuses modifications depuis l'ouverture de l'établissement, la réécriture du projet d'animation sera la priorité de l'année 2014.

### Organisation prévue

#### Coordinatrice en charge de l'Animation de l'Etablissement

(Activités, lien social et qualité de vie)

Recrutement d'une animatrice titulaire du BPJEPS courant du 1<sup>er</sup> semestre 2014

#### Autres intervenants, salariés de l'établissement ou rémunérés par l'établissement (vacation)

- psychomotricienne : Ateliers spécifiques, balnéothérapie, ateliers contes, activité physique adaptée
- Réflexologue extérieure en vacation : Ateliers Snoezelen et autres activités en lien avec la relaxation, la réflexologie et la communication non verbale,
- Equipes soignantes en relation directe avec les personnes accueillies et en particulier Auxiliaires de Vie, Aides Soignantes et Aides Médico Psychologiques intervenant sur des activités individuelles ou collectives en lien avec le quotidien des personnes accueillies et/ou leurs loisirs.

#### Autres intervenants bénévoles s'étant proposés à ce jour

- Associations et notamment l'association des Visiteurs de Malades.

La rédaction du projet aura lieu durant le second semestre 2014 après la prise de contact.

### 3. Comment ?

L'établissement accueille **56 personnes** en **Hébergement**, l'architecture compose deux zones :

- Deux **Unités Ouvertes dites Classiques de 28 lits** dont 2 lits d'hébergement temporaire
- Deux **Unités Protégées de 28 lits** dont 4 lits d'hébergement temporaire.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

L'établissement accueille également des personnes à la journée (**4 places** autorisées à ce jour). Cette activité d'**Accueil de Jour** est destinée à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et vivant à domicile.

Le respect du droit des personnes, la philosophie d'accompagnement et l'éthique de l'établissement s'appliquent de la même manière à l'ensemble des personnes accueillies. Toutefois, les unités protégées répondent à une problématique de sécurisation des personnes accueillies et s'adressent à des personnes dont le profil est spécifique. Il s'agit de personnes ayant un syndrome démentiel diagnostiqué et avancé, à un stade modéré à sévère. Par conséquent, l'accompagnement quotidien de ces personnes et les activités qui leur sont proposées doivent être adaptées.

On retient donc les principes directeurs suivants pour réaliser des activités et Animer ces lieux :

- La notion de **Temps Particulier** est retenue plutôt qu'activité ou animation qui renvoient à une notion « d'activisme » non adaptée.
- La première étape (qui est difficile) est de repérer et de profiter des moments où le résident est disponible et disposé à faire quelque chose.
- Les temps particuliers sont individuels (ou en tout petit groupe), de courte durée et non réguliers.
- Ils s'appuient sur des activités simples, du quotidien et/ou sur des goûts et habitudes de vie qui ont marqué la personne au point de pouvoir procurer aujourd'hui un souvenir heureux ou une émotion (Mémoire émotionnelle).
- Ils tiennent compte des capacités restantes (souvent très réduites) des résidents pour ne pas les confronter à l'échec.

Une autre difficulté éventuelle est de concilier les actions spontanées des résidents avec nos principes et notamment nos principes éthiques (illustration : bercer un poupon/éviter l'infantilisation).

Pour traiter cette question, nous disons que :

- A priori aucune activité n'est à proscrire à condition qu'elle fasse sens pour le résident.
- Il convient que ces situations fassent l'objet d'une discussion d'équipe et d'une formalisation du sens de l'action que nous devons pouvoir justifier et expliquer, en particulier aux familles.

Enfin, selon les constats faits par les soignants et pour atteindre les objectifs préalablement exposés, la continuité de l'aménagement spatial des Unités Protégées est une priorité. En cela, il permettra



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

d'agir sur le cadre de vie, de faciliter la vie en collectivité souvent difficile, d'aménager des « coins » pour accueillir ces temps particuliers, canaliser l'énergie et les manifestations d'agressivité, etc.

### Chapitre 2. Le projet individualisé de l'usager au centre des préoccupations et des actions

Chaque usager, par son histoire de vie, son contexte familial, ses pathologies et handicaps, le motif de son admission, est une personne pour laquelle il sera mis en place un projet individualisé : projet de soins et projet d'accompagnement. La méthode d'élaboration, de suivi et d'évaluation de ce projet est identique quel que soit le lieu d'hébergement, en Unité Classique ou en Unité Protégée.

Pour chaque étape (pré-admission, admission, élaboration des objectifs du projet de soins et d'accompagnement du résident, actualisation et évaluation de celui-ci) les dispositions propres aux Unités Protégées seront mises en avant et si nécessaire, celles relatives à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour.

#### 1. Orientation et accueil du résident

##### 1.1 Pré-admission

Entre le premier contact et l'entrée d'un résident, celui-ci et sa famille s'entretiennent obligatoirement avec le Médecin Coordonnateur, la Psychologue et l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD, afin de garantir une information mutuelle :

- Informer le résident et sa famille sur l'institution pour éclairer leur choix,
- S'assurer que le futur résident a été informé du projet d'entrée en institution et de son consentement chaque fois que cela est possible,
- Recueillir les éléments de l'histoire du résident et les éléments médicaux pour élaborer son projet d'accompagnement.

Dans la mesure du possible, on évitera de gérer une admission en situation de crise, qui peut compromettre l'intégration du résident à la structure et ne permet pas de s'assurer de l'accord de toute la famille.

Au stade de la pré-admission, le futur usager de l'EHPAD est sollicité pour une visite avec le Médecin Coordonnateur, la Psychologue et l'infirmière coordinatrice. Elle permet d'actualiser la fiche



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

d'admission remplie par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, notamment sur l'évolution des troubles cognitifs et/ou des handicaps.

Elle permet aussi de voir la personne évoluer dans son lieu de vie, d'observer ses relations avec ses proches, de la rassurer et de rassurer sa famille en présentant des membres de l'équipe soignante.

A l'issue de cette visite, ils formulent un avis sur la possibilité d'accueillir la personne au sein de la structure ainsi qu'une préconisation d'orientation : Unité Classique ou Unité Protégée.

- L'hébergement temporaire est préconisé pour permettre le cheminement de la personne et de sa famille sur un éventuel hébergement en institution ou pour donner un temps de répit aux aidants familiaux et permettre une évaluation de la personne en milieu institutionnel.
- L'hébergement permanent s'adresse, en Unité Classique, à toute personne âgée de plus de soixante ans (sauf dérogation) ayant donné son consentement, en l'absence de trouble du jugement.

L'hébergement permanent s'adresse, en Unité Protégée, à toute personne âgée de plus de soixante ans (sauf dérogation) répondant aux critères suivants :

- La personne marche (ou se déplace),
- La personne est capable de participer à sa toilette et à son habillage,
- La personne s'alimente sous surveillance ou aide partielle.

Les indications d'orientation en Unité protégée les plus fréquentes sont les suivantes :

- Instabilité psychomotrice,
- Fugues,
- Déambulation et en particulier nocturne,
- Cris et agressivité,
- Anxiété,
- Apathie,
- Dés
- inhibition comportementale.

L'évaluation psychomotrice a en général été effectuée avant l'admission, et comprend au minimum un scanner et un avis neurologique, psychiatrique ou gériatrique spécialisé.

Ne pourront être hébergées les personnes présentant des pathologies psychiatriques caractérisées, des polyopathologies instables, ou présentant des symptômes d'une intensité incompatible avec les moyens de l'établissement notamment en terme de surveillance et de soins médicaux et infirmiers continus.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

Sur la base de leurs avis, en tenant compte de l'orientation nécessaire (Unité Classique ou Unité Protégée) et compte tenu de l'évaluation conjointe de la concordance moyens/accompagnements et soins en cours à ce moment là, la directrice donne un avis sur la possibilité d'admission.

Ce n'est que si l'avis est favorable que la personne sera inscrite sur liste d'attente et que sera complété avec elle le dossier d'admission avec notamment les éléments administratifs et financiers.

### 1.2 Admission et suivi

Afin de favoriser l'intégration du résident au sein de l'institution, une présentation du futur résident est effectuée auprès des équipes avant son arrivée et un soignant référent est désigné. Une information auprès des autres résidents, par voie d'affichage et d'annonce en salle à manger et auprès des voisins de chambre.

La famille est invitée à meubler et décorer la chambre les jours précédant l'entrée.

L'institution prévoit un mot de bienvenue dans la chambre.

L'admission est faite le jour où le soignant référent est présent afin d'accueillir le résident, de préférence l'après-midi vers 15 heures pour que la disponibilité de l'équipe soit maximale. Elle lui montre sa chambre, lui présente les différentes personnes, répond à ses questions, l'aide et facilite son installation.

Un mois d'observation par l'ensemble de l'équipe est nécessaire pour bien connaître l'entrant.

- Le recueil des habitudes de vie, des choix et des goûts du résident est complété au fur et à mesure.
- Les évaluations gériatriques définies dans le projet de soins sont réalisées.
- Une évaluation des risques est établie avec le résident et sa famille.
- La psychologue procède à un entretien ou plusieurs entretiens post-entrée avec le résident et/ou sa famille.
- Les transmissions doivent être assurées par tous les personnels afin notamment de prévenir une perte de bien-être.
- Le cas échéant, le suivi est intensifié avec des points d'étape rapprochés.

## 2. Elaboration, mise en œuvre et suivi du projet individualisé

Le projet d'accompagnement du résident ayant ses pleines capacités cognitives est le résultat d'une co-construction entre lui et l'équipe pluridisciplinaire. Démarche dynamique, il prend en compte les attentes de la personne, ses capacités et ses possibilités et s'appuie sur des activités et des prestations individuelles. L'objectif est la restauration d'un sentiment de compétence et de la prise





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

d'initiative : « se projeter », c'est envisager sa vie dans son ensemble et lui donner un sens. La vie quotidienne doit être pour tout résident source de bien-être physique, psychologique et social. Le projet est établi par l'équipe pluridisciplinaire sous la conduite et la responsabilité de la psychologue.

### 2.1 Mode d'élaboration

L'élaboration du projet d'accompagnement est décrite dans une procédure.

#### *Les souhaits du résident et/ou de sa famille*

Selon les recommandations formulées par l'ANESM, le résident participe à l'élaboration de son projet mais n'en a nulle obligation. D'où la nécessité, pour les professionnels, d'aider la personne à affiner la compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisé.

Les attentes du résident (dans la mesure où celui-ci est dans un état de santé qui lui permet de les exprimer), celles de sa famille, de son représentant seront étudiées à la lumière des observations de l'équipe pluridisciplinaire pendant les premières semaines de vie dans l'établissement et des informations déjà connues (histoire de vie, contexte familial, aptitudes, goûts..) pour permettre de dégager les grands axes de ce projet individualisé.

Le projet d'accompagnement est établi en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, rédigé par la psychologue assistée de l'infirmière coordonnatrice et, sous le contrôle du directeur et du médecin coordonateur. Il est ensuite proposé au résident et à sa famille.

Il est nécessaire d'obtenir l'accord du résident – s'il peut l'exprimer – et de sa famille sur les objectifs de ce projet. S'il y a divergence entre l'avis de la personne et celui des équipes, il peut être aménagé une « période d'essai », au terme de laquelle l'avis de la personne sera à nouveau demandé. L'expression de sa satisfaction ou de son malaise auprès d'un professionnel sera favorisée.

#### *Eléments du projet d'accompagnement*

Le projet d'accompagnement fixe des objectifs dans les domaines de la vie quotidienne, de l'autonomie, du soin et de la prévention des risques. Ce sont les objectifs préconisés par les professionnels, nécessaires à la qualité de vie du résident, au maintien de son état de santé, de ses capacités et de son autonomie et conformes à ses habitudes, ses choix de vie, ses désirs.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

Le projet proposé doit rester simple, compréhensible et facile à mettre en œuvre. Il est plus ou moins développé et peut inclure des propositions d'actions très concrètes tout au long de la journée. Il est le support de l'équipe soignante pour adapter en permanence l'aide à apporter à cette personne et les pratiques, la communication, les propositions d'activités, la stimulation.

Ce projet intègre tous les éléments recueillis au cours des entretiens avec le résident, ses proches, dans les bilans (médical et neuropsychologique : histoire de vie, grille d'autonomie, fiche de goûts alimentaires, thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses). Ils vont se révéler particulièrement nécessaires à mesure que la personne perdra son autonomie et, dans le cas d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer, la capacité de s'exprimer à propos de ses goûts et désirs. Ainsi, on peut déduire de la profession, du style de vie, des engagements bénévoles, des goûts précédents ce qui, aujourd'hui, pourrait **faire sens** pour ce résident. On soignera le maquillage de cette ancienne commerçante habituée à vivre en clientèle, on proposera du jardinage à cet ancien agriculteur ou un atelier-cuisine à l'ex-mère de famille, on respectera la solitude d'une célibataire préférant garder la chambre, etc.

*Spécificités du projet d'accompagnement de la personne atteinte de syndrome démentiel*

**La différence entre l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'accompagnement réside pour un patient dément, dans les capacités de la personne à parler en son nom.**

Pour une personne souffrant de pathologie cognitive, il sera nécessaire d'élaborer ce projet à partir des informations fournies par la famille et d'après les observations de l'équipe soignante. La relation directe, basée sur le respect absolu de son autonomie, avec une personne accueillie souffrant justement d'une altération de cette autonomie psychique, n'est plus possible. *Il faut s'assurer que les actions décidées pour elle ne seront pas attentatoires à sa liberté, à ses droits.* D'où une co-construction du projet de vie avec les proches, dont les éléments qu'ils donnent servent de garde-fous pour que cette personne soit respectée dans son histoire, ses volontés, sa manière de vivre. Il est crucial également que ce projet associe tous les membres de l'équipe soignante.

Les objectifs sont les mêmes que pour les personnes sans trouble cognitif : restaurer ou conserver le bien-être, sur le plan du confort, sur le plan de la stimulation physique et cognitive et sur le plan social (reconnaissance de sa personne, relations avec les autres).

Ces malades ont une tendance au repli du fait des difficultés sociales qu'entraînent l'amnésie, la désorientation ou les troubles du langage. S'y ajoutent les déficits sensoriels. **L'objectif de la stimulation n'est pas de restaurer ce qui a été perdu, mais de préserver et de renforcer les**



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

***capacités cognitives restantes pour une plus grande qualité de vie, pour garder des relations affectives et sociales, pour avoir du plaisir à vivre.***

Aux stades sévères de la maladie, la stimulation prend la forme d'une communication renforcée de tous les instants de la journée et le projet d'accompagnement est centré sur des activités permettant à la personne malade de conserver son autonomie motrice, de se sentir partie prenante d'un groupe, de ressentir et d'exprimer ses émotions.

### *Spécificités du projet de vie en Hébergement Temporaire*

Il est important de distinguer trois types d'hébergement temporaire :

- L'un, préconisé à la suite de la pré-admission, **afin de vérifier la possibilité d'un hébergement définitif.**
- L'autre pour **favoriser un temps de répit aux aidants familiaux** et permettre une évaluation de la personne en milieu institutionnel.
- **Pour permettre une transition à l'issue d'une hospitalisation**, l'établissement préconise un séjour minimum de 8 jours et de trois mois maximum conformément à la réglementation.

L'accompagnement et la prise en soins est identique à l'hébergement permanent : établissement d'un plan de soins et d'un programme d'activité, et suivi et coordination avec le service d'aide à domicile partenaire si besoin, pour organiser le retour à domicile. Ces personnes seront intégrées au projet d'animation et d'accompagnement suivant l'analyse de leurs capacités et de leurs besoins au même titre que les autres résidents.

Pour les sorties d'hospitalisation, une analyse de l'adéquation entre les besoins de soins de la personne et les capacités de l'EHPAD sera menée conjointement par le médecin coordonnateur et le médecin hospitalier avant de décider de l'admission.

### *Spécificités du projet de vie en Accueil de Jour*

La prise en charge en Accueil de Jour, de patients atteints de maladie d'Alzheimer, consiste à accueillir dans des locaux prévus à cet effet, pour un, deux, voire plusieurs jours dans la semaine des personnes présentant des altérations cognitives et vivant à domicile, dans le but principal de procurer un temps de répit aux aidants principaux et de préserver, maintenir voire restaurer leur autonomie. Ceux-ci participent aux activités et animations proposées par l'EHPAD selon leurs possibilités.

Une visite dans le cadre de la pré-admission, réalisée par la psychologue, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et l'AMP référente, est programmée, si possible sur site, en vue d'adapter



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

les activités à la situation cognitive du sujet et à ses goûts. Un plan d'activité personnalisé est établi par l'AMP référente pour ces bénéficiaires.

- Le transport est assuré par l'établissement avec le véhicule adapté. Le bénéficiaire est accueilli par l'AMP référente à partir de 9h30, la lecture du journal et une collation sont proposés
- Après la collation, le bénéficiaire est orienté vers son activité de matin.
- Après le repas pris en commun, une sieste est proposée dans les fauteuils de repos, après d'éventuels soins d'hygiène et accompagnement aux toilettes.
- L'activité d'après midi, ciblée sur les troubles cognitifs, selon les préconisations de la psychologue est proposée vers 15 heures.
- La collation est servie vers 16 heures.
- Le transport de retour est prévu à partir de 16h30.

### *L'évaluation du projet individualisé*

La co-construction du projet personnalisé est issue d'un dialogue régulier. La pertinence du projet est à interroger régulièrement. En effet, la situation de la personne accueillie est en évolution constante, soit en raison d'une modification de ses attentes, de son potentiel, de son état de santé, etc. Il s'agit, par cette évaluation régulière, d'éviter de perdre la dynamique du « projet », l'élément moteur de la projection dans le futur et de construire les ajustements propres à relancer cette dynamique.

L'équipe sera attentive aux absences, marques d'ennui, plaintes – même discrètes - provenant d'un résident dont le projet individualisé peut ne plus correspondre à ses besoins, afin que ce projet puisse faire l'objet d'une nouvelle discussion entre la psychologue et le résident.

Le médecin coordonnateur, avec l'infirmière coordonnatrice et la psychologue sont responsables de l'organisation des réunions de suivi, de l'évaluation des objectifs de soins individualisés en intégrant les différents libéraux concernés.

Une évaluation des actions envisagées aura lieu a minima tous les six mois, et dès qu'une évolution significative dans l'état de santé de résident le nécessite.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

### Partie III. Le Projet de Soins



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

Le projet de Soins a été rédigé par le Médecin Coordonateur en collaboration avec la Psychologue, l'Infirmière Coordinatrice et l'équipe infirmière.

### Chapitre 1. Les objectifs de soins

Il s'agit de pointer certaines problématiques privilégiées qu'il conviendra de traiter prioritairement.

#### 1. Lutte contre les infections

Les maladies infectieuses sont une cause importante de morbi-mortalité chez le sujet âgé, et donc d'hospitalisation. Elles sont à la fois plus vulnérables, du fait du vieillissement et de pathologies associées, et plus exposées, notamment en institution.

##### 1.1 La politique vaccinale de l'établissement

La prévention de maladies infectieuses est corrélée au maintien d'une immunité vaccinale. Or, la production d'anticorps est plus faible chez le sujet âgé et la dénutrition aggrave ce défaut de production.

- Tétanos : La vie en institution ne supprime pas ce risque. Une revaccination générale a été effectuée lors de la campagne anti-grippale 2010/2011.
- Grippe : Infection de gravité majeure chez le sujet âgé, surtout en institution. La vaccination est réalisée tous les ans, que ce soit pour la grippe saisonnière ou la grippe H1N1, selon les recommandations. Il est recommandé au personnel et aux familles des résidents d'effectuer cette vaccination afin de limiter la propagation épidémique.
- Pneumocoque : L'incidence des pneumonies à pneumocoques augmente avec l'âge, et cette infection représente une part importante des septicémies des personnes âgées. Donc la morbi-mortalité liée au pneumocoque est majeure. Cette vaccination est donc recommandée aux résidents de l'établissement.
- Le statut vaccinal du résident : Lors de l'admission, s'il est connu, il est renseigné dans le dossier de soins. En cas de défaut ou d'ignorance de ce statut, la mise à jour est proposée au résident.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

### 1.2 L'hygiène

L'établissement prévient le risque infectieux par le respect de bonnes pratiques d'hygiène dans les soins, les circuits de l'établissement (déchets, linge, locaux, médicaments), l'alimentation et la gestion de l'eau.

Ces règles sont décrites dans des protocoles mis à disposition du personnel et dont l'application fait l'objet d'une évaluation.

L'ensemble du personnel est équipé (gants, lunettes, masque, blouses, anti-septiques...) et formé aux principes de base de l'hygiène, notamment des mains.

Le personnel est formé et sensibilisé aux risques de transmission des infections (grippe, gale, gastro-entérite...), au dépistage et surveillance des infections à BMR.

## 2. Les chutes

Après 80 ans, une personne sur deux risque de chuter, et la récurrence survient dans 50% des cas. Les conséquences sont physiques (traumatiques), psycho-sociales (peur de récurrence, réduction d'activités, perte d'autonomie), ce qui entraîne une régression psycho-motrice.

### 2.1 Adaptation des locaux

L'architecture générale de l'établissement a été pensée pour limiter les risques de chute mais une évaluation permanente permet d'adapter au fur et à mesure les locaux et tout ce qui peut favoriser les chutes. Ainsi, l'environnement bénéficie d'éclairages, de mains courantes, de barres d'appui...

### 2.2 Mesures de prévention

- **Dépistage** : Il est important de mesurer le risque de chute des résidents dès l'admission et régulièrement pendant son séjour. Il faut donc connaître et tenter de corriger les facteurs de vulnérabilité que sont l'âge, les antécédents de chute, l'incontinence urinaire, la mobilité réduite, la désorientation, la sarcopénie, la dénutrition et l'iatrogénie. Le test « get up and go » fait partie de l'examen d'évaluation d'entrée et doit être ré-évalué périodiquement.
- **Matériel** : Afin de prévenir certaines chutes, l'utilisation de matériel adapté doit être envisagé (lit « Alzheimer » descendant au sol, absence de barrières, déambulateur, rollateur, cannes trépied...)
- **Formation du personnel** : Il est sensibilisé à l'accompagnement des résidents, la manutention, la conduite à tenir en cas de chute et le renseignement des fiches de chutes.
- **Rééducation** : Un bilan kinésithérapique est réalisé systématiquement à l'entrée du résident.
- Des séances de kinésithérapie et/ou des séances techniques de rééducation fonctionnelle, sont réalisées en prévention.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

- Prévention de la rechute : Il faut rechercher et corriger les facteurs prédisposant et précipitant (iatrogénie, pathologie, déficits sensoriels, chaussures et vêtements inadaptés, risque environnemental...).

### 2.3 Recueil et analyse des fiches de chutes

Il s'agit d'analyser les circonstances de survenue et les conséquences afin de prévenir la récurrence. Lors de chaque chute d'un résident, une fiche est renseignée par le membre du personnel qui l'a constatée (logiciel TITAN). Une transmission ciblée est inscrite sur le dossier de soins. Cette fiche est contre-signée par le médecin coordonnateur qui vérifie les mesures immédiates à prendre en modifiant le plan de soins individuel le cas échéant.

L'analyse de ces fiches est réalisée annuellement dans le bilan d'activité et permettra d'apporter les modifications nécessaires.

### 3. La contention

La contention physique doit rester exceptionnelle et son indication doit être posée collectivement, selon les recommandations de la HAS, et réévaluer en permanence. En effet, elle a pour conséquence de fragiliser le résident concerné et elle doit donc être levée dès que possible.

Lorsque la décision est prise d'une contention, celle-ci doit faire l'objet d'une prescription médicale identifiée, horodatée, motivée et pour un laps de temps défini. Le résident et sa famille sont informés de la mise en place d'une contention et la valide.

L'équipe soignante doit évaluer la nécessité de maintien de la contention tous les jours et informer le prescripteur en cas de nécessité de levée. Le médecin prescripteur doit signifier dans le dossier de soins, par écrit, tous les mois la nécessité de maintenir la contention.

Le rapport d'activité annuel du médecin coordonnateur recense le nombre de décisions de contention et leur durée, ainsi que les incidents ou accidents qui lui sont imputables.

### 4. La nutrition

La dénutrition est fréquente en institution. Elle favorise les chutes, les infections, les fractures... Il est donc primordial de la dépister. Il est également indispensable de tenir compte des goûts du résident, de ses pathologies et de son degré d'autonomie.

Lors de l'admission, un Mini Nutritionnal Assessment doit être réalisé et renouvelé annuellement et/ou en cas d'altération de l'état général.





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

Les mesures :

- La pesée doit être faite à l'admission, puis tous les mois ; une fois par semaine en cas de dénutrition avérée
- L'IMC (poids/taille<sup>2</sup>) est calculée à l'admission.
- L'état bucco-dentaire est vérifié lors de la visite initiale et au moins une fois par an. Les soins d'hygiène bucco-dentaire font l'objet d'une sensibilisation particulière du personnel (surveillance ou réalisation en fonction du degré d'autonomie).
- Les troubles de la déglutition doivent être dépistés et la mise en place de textures modifiées (gélifiée, hachée, mixée et moulinée) fait l'objet de prescriptions protocolisées.
- Les régimes particuliers (diabétique, sans sel, sans résidus...) et les compléments alimentaires font l'objet d'une prescription médicale inscrite dans le dossier de soins. Cette prescription est transmise en cuisine par l'infirmière qui s'assure du suivi et de son application.

### 5. Les escarres

La prévention des escarres et des plaies chroniques nécessite une attention particulière chez des sujets fragilisés.

Lors de l'admission, puis lors de toute modification de l'état de santé du résident (fièvre, infections, alitement prolongé, incontinence, contention physique, dénutrition, retour d'hospitalisation ...), les infirmières évaluent le risque. A ce stade, les mesures préventives sont décidées après concertation de l'équipe soignante.

En cas d'escarre

- une fiche de transmission ciblée doit être renseignée pour améliorer le suivi
- une fiche de surveillance de l'alimentation est mise en place
- un protocole personnalisé de prise en charge de la plaie est édité

En cas de retard de cicatrisation, il est nécessaire de rechercher une étiologie (dénutrition, pathologie vasculaire, contexte infectieux, néoplasie...).

### 6. Les prescriptions des psychotropes et la iatrogénie en général

Le sujet âgé est fragile et la poly-médication fréquente du fait de multiples pathologies associées. On déplore donc une fréquence majorée des effets iatrogènes qui doivent être évoqués devant toute altération de l'état de santé du résident.

Afin de mieux appréhender l'iatrogénie, il convient de favoriser la concertation au sein de l'équipe soignante qui devra relever tout événement d'alerte (transmissions ciblées) et élaborer les modalités de surveillance propres à certaines prescriptions (anticoagulants, diurétiques...).



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

Lors de l'admission, et au moins une fois par an, une clairance de la créatinine (Cockroft et/ou MDRD) et une albuminémie seront réalisées.

Les constantes (pouls, TA, température) seront relevées une fois par semaine au moins et consignées dans le dossier de soins.

Les médecins prescripteurs sont particulièrement sensibilisés, de par leur formation de gériatre, au risque iatrogénique chez le sujet âgé et ils s'attacheront à évaluer régulièrement le bénéfice/risque de leurs prescriptions, et ce dès l'admission du résident dans l'établissement.

Outre les psychotropes, les traitements nécessitant une surveillance accrue sont :

- Les anticoagulants
- Les antidiabétiques
- Les diurétiques
- Les anti-hypertenseurs

## 7. La prise en charge de la douleur

### 7.1 La douleur aiguë

C'est une douleur d'apparition récente qu'il convient de dépister et d'évaluer rapidement pour adopter une attitude diagnostique et thérapeutique.

Un protocole validé par le médecin coordonnateur permet aux infirmières de débiter au besoin un traitement antalgique de niveau 1.

Deux situations particulières :

- Une douleur liée aux soins doit être prévenue par un traitement anticipé (soins de plaies, séances de kinésithérapie, ponctions...), prescrit par avance et réévalué en cas d'antalgie insuffisante.
- Dans un contexte pathologique connu (néoplasie, arthrose...), il est souhaitable d'établir une prescription anticipée personnalisée permettant aux infirmières d'agir sans délai.

### 7.2 La douleur chronique

Il s'agit d'une sensation douloureuse qui se poursuit au-delà de 3 mois, qui n'a pu être prise en charge efficacement, qui se modifie et a un retentissement d'ordre psycho-social. Le comportement, la qualité de vie, les capacités cognitives sont altérées ; la douleur s'accompagne d'anxiété, de troubles du sommeil, de perte d'autonomie.

A ce stade, alors que l'approche strictement pharmacologique de la douleur est dépassée, il est nécessaire de développer une prise en charge associant l'équipe soignante et différents intervenants (ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, médecins spécialistes...).



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 7.3 L'évaluation

Elle procède en deux étapes :

- **Identifier le symptôme douloureux** : Cette identification peut poser problème chez des résidents ayant des défauts de communication.
- **Caractériser la douleur** : Les critères de la douleur doivent être appréciés par les soignants de proximité et par le médecin qui en fera l'analyse à visée étiologique et donc thérapeutique. Parmi ses caractéristiques de la douleur, l'intensité peut être évaluée par des échelles validées. L'utilisation des suivantes est privilégiée dans l'établissement :
  - **Les échelles d'auto-évaluation** : L'échelle EVS est utilisée chez les résidents aux capacités cognitives conservées.
  - **Les échelles d'hétéro-évaluation** : Elles reposent sur l'observation comportementale des résidents douloureux non communicants. Un test rapide peut être réalisé par l'échelle EOC, mais Doloplus permet l'étude somatique, psychomotrice et psycho-sociale. Certes plus lourde à utiliser mais ses résultats sont plus précis.

## 8. La prise en charge des démences

### 8.1 La prise en charge des troubles cognitifs

Un mois après l'admission du résident dans l'établissement, la psychologue pratique une évaluation des fonctions cognitives, par un test de Folstein (MMS) et une évaluation de l'état anxio-dépressif par un GDS.

En cas de dépistage de troubles cognitifs et s'il existe un retentissement sur les activités de la vie courante, ces informations sont présentées au résident, au médecin traitant et le cas échéant à la famille et/ou la personne de confiance. A l'issue de cette présentation, le recours à un bilan plus approfondi et à une consultation mémoire seront envisagés.

En cas de trouble connu, déjà diagnostiqué, ce bilan cognitif d'admission permet de dresser un état des déficits et des capacités qu'il faudra s'attacher à préserver.

Les thérapies non médicamenteuses sont privilégiées : Ateliers créatifs, mémoire, de stimulation cognitive, ateliers Snoezelen d'éveil des sens.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 8.2 La prise en charge des troubles du comportement

De survenue inéluctable dans les pathologies démentielles, les troubles du comportement doivent être abordés selon une méthodologie bien précise.

- **Analyser pour comprendre, avant d'agir** : Il s'agit de distinguer le trouble lui-même de son retentissement. Il faudra définir avec précision les horaires de survenue, les facteurs déclenchant, favorisants et résolutifs, la durée, la fréquence. Le comportement pendant le trouble devra faire l'objet d'un recueil précis et objectif.
- **Rechercher et traiter une cause surajoutée à la démence** : Un syndrome confusionnel peut être d'origine somatique ou médicamenteuse ; une maladie source d'inconfort (cystite, constipation, escarres etc.) doit être recherchée et traitée.
- **Evaluer et traiter, anticiper si possible, toutes les causes possibles** : Le trouble du comportement peut être une réaction face à des situations ressenties comme menaçantes et dont la gestion semble impossible au dément.
  - Facteurs cognitifs : difficultés de communication, incompréhension des situations, difficultés d'organisation et de réalisation des actions.
  - Facteurs psychologiques : pathologie psychiatrique, traumatisme ancien, conflit familial, trouble psychologique secondaire à la démence.
  - Facteurs environnementaux : environnement inadapté, instable, agité etc.
  - Le comportement des soignants : un personnel épuisé, non ou mal formé, peut générer des troubles du comportement.
- **Le traitement médicamenteux**

Une fois le trouble analysé, les causes somatiques ou médicamenteuses traitées, les conditions environnementales, intellectuelles et psychologiques améliorées, et s'il s'agit bien d'un trouble du comportement ayant un retentissement néfaste sur le dément, en dernier recours, certains psychotropes peuvent être utiles. Mais les thérapies non médicamenteuses, comme la balnéothérapie, seront privilégiées.

### 9. Le maintien de l'autonomie

L'évaluation de l'autonomie est réalisée dès la visite de pré-admission avec le renseignement d'une fiche d'autonomie.

Deux semaines après l'admission dans l'établissement, une grille d'autonomie AGGIR est renseignée en concertation avec les soignants de proximité par le médecin coordonnateur. Cette grille est réévaluée tous les trimestres et/ou sur demande des soignants de proximité, en cas d'aggravation de la situation.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

Ce recueil de données permet de déterminer le plan de soins individuels pour chaque résident, en privilégiant autant que faire ce peut la stimulation pour la réalisation des actes de la vie courante.

### 10. Les soins palliatifs de fin de vie

La fin de vie pose le problème de l'accompagnement et de la spécificité des prises en charge, en particulier des personnes atteintes de troubles cognitifs. En réponse à l'obligation légale de mettre en place une démarche palliative, nous nous appuyons sur une réflexion pluridisciplinaire pour un accompagnement individualisé des personnes en fin de vie, posant la question fondamentale de l'arrêt de tout traitement curatif et des stimulations, en vertu de la loi portant sur le refus de l'obstination déraisonnable (loi Kouchner du 4 mars 2002) modifiée par la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi Leonetti du 22 avril 2005).

La démarche palliative va associer :

- des pratiques techniques (soins spécifiques, prise en charge de la douleur, des inconforts). Ces pratiques font l'objet de protocoles rédigés au sein de l'établissement, disponibles et mis à disposition du personnel concerné; et de plan de soins individualisés décidés en concertation par l'équipe soignante.
- Un savoir faire et des comportements adaptés de la part d'un personnel préalablement formé. Cette démarche va permettre :
- De pallier les manques liés aux limites de fonctionnement des EHPAD grâce à la collaboration avec l'HAD de Bagatelle, ou les équipes mobiles de soins palliatifs.
- D'élargir les champs de compétence grâce à la formation du personnel (relation d'aide, soins palliatifs, douleur).
- De soutenir les familles tout au long d'un parcours douloureux en favorisant et en privilégiant communication, disponibilité, échanges, notamment avec la psychologue de l'établissement.
- De soutenir les membres de l'équipe soignante par la mise en place de groupes de parole et la possibilité de bénéficier des techniques de relaxation disponibles dans l'établissement.

### 11. Les risques sanitaires

#### 11.1 Canicule

La gestion d'un épisode caniculaire est organisée par un plan bleu conformément aux directives usuelles.

Une attention particulière a été portée sur la rédaction de protocoles concernant l'hydratation, l'habillage adapté, le relevé des températures des résidents.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

Les endroits de l'établissement, et notamment les chambres, les plus exposées au risque de canicule sont répertoriés. Mais l'architecture a été pensée de manière à climatiser la majeure partie de l'établissement y compris les chambres.

Les médecins traitants sont sensibilisés au risque iatrogène majoré lors de ces épisodes, et ils devront apporter les modifications thérapeutiques adéquates.

Le médecin coordonnateur se mettra en rapport avec le responsable de la cuisine afin de prévoir des quantités suffisantes de soluté de réhydratation, y compris en texture modifiée, de même que des boissons fraîches et potages froids.

### 11.2 Infections nosocomiales et BMR

Plusieurs protocoles concernent la lutte contre les infections nosocomiales et la gestion des infections à BMR :

- L'usage et la gestion des antiseptiques
- La dotation en antibiotiques
- Les précautions d'hygiène standard : lavage des mains, tenue vestimentaire etc.
- Les précautions complémentaires :
  - Risque au contact
  - Risque aérien
  - Risque par gouttelettes

La survenue de toute infection nosocomiale ou à BMR est consignée dans un registre qui fait l'objet d'une analyse mensuelle par le médecin coordonnateur, afin de limiter les risques évitables.

Sur le plan général, il a été décidé de privilégier le matériel à usage unique et sécurisé. Les personnels sont sensibilisés régulièrement aux risques infectieux lors de mini-formations ou d'informations générales.

## Chapitre 2. L'accueil et l'animation

### 1. L'admission

L'admission est un passage très important car elle cristallise des anxiétés, des angoisses, des sentiments ambivalents que ce soit pour le futur résident ou pour son entourage familial.

Une information claire et cohérente est très importante pour apaiser ces difficultés ainsi que donner la possibilité d'exprimer ses inquiétudes, sa culpabilité aux membres de la famille.

#### 1.1 L'intégration des familles

La Famille est un élément très important de la vie de toute personne et l'entrée en institution qui reste un moment charnière difficile à accepter, doit permettre de conserver et d'entretenir ce lien en faisant



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérifié et approuvé :

participer les membres de la famille à toutes les étapes : Lors du rendez vous de pré-admission, le jour de l'arrivée et tout au long de son séjour (bénévolat, activités,...).

Dans un souci d'alliance thérapeutique, l'échange d'informations sur la santé du résident et sa prise en charge avec l'équipe médicale et soignante est très important et se fait lors de réunion à la demande des familles.

En fonction des besoins et des demandes de chaque famille, l'équipe administrative, l'équipe soignante, et la psychologue sont disponibles pour informer, rassurer, et écouter les différentes problématiques.

### 1.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil permet une présentation succincte de l'EHPAD de Marcheprime, les prestations qu'il propose (Hébergement temporaire ou permanent, Accueil de Jour) et son fonctionnement. Etant donné l'évolution de l'établissement depuis l'ouverture et les modifications qui en découlent, ce support doit être revu.

### 1.3 Le dossier et la procédure d'admission

- Lors de la première rencontre avec une famille, une fiche contact est remplie et est conservée par nos soins. Cette fiche de contact permet de conserver les coordonnées de la personne demandeuse mais également de cibler sa demande (Hébergement temporaire ou non, Accueil de Jour, Liste passive...).
- On lui remet également un dossier de pré-admission à remplir par le médecin traitant ou l'établissement de soin le cas échéant.
- Une fois ce dossier retourné, un rendez-vous de pré-admission est programmé avec le demandeur, sa famille et le médecin coordonateur, la psychologue et l'infirmière coordinatrice. Ce rendez-vous permet d'établir un premier contact entre le demandeur et la structure, de vérifier qu'il y a bien consentement pour une entrée en Ehpad (si cela est possible) et d'orienter vers une unité dite classique ou une unité protégée.
- Suite à ce rendez-vous un avis médical et psychologique est donné à la directrice qui prend la décision finale.
- Le jour de l'arrivée le résident est accueilli par le soignant référent.
- Un état des lieux est réalisé par le responsable technique.

### 1.4 Le bilan infirmier de prise en charge

- Lors de la visite de pré-admission, le recueil des données permet d'établir une ébauche des besoins du futur résident.
- Lors de son admission, à partir du dossier, de l'ordonnance chronique, et surtout d'une fiche de recueil répertoriant les besoins fondamentaux de Virginia Henderson, il sera mis en place, en



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

collaboration entre infirmière, aide soignante, aide médico psychologique et auxiliaire de vie, une démarche de soins personnalisée qui sera consignée dans le dossier de soins. Une attention particulière est portée sur la mise à disposition du matériel adapté (lit, fauteuil, déambulateur...)

### 1.5 L'évaluation médicale

- Le médecin coordonnateur participe à la visite de pré-admission. Il s'attachera lors de cette visite à évaluer le degré d'autonomie du futur résident et à mesurer son état de santé. A l'issue, il rendra un avis motivé sur la possibilité ou non d'admettre le résident au sein de l'établissement et surtout vers quel type d'unité, classique ou protégée, il devra être orienté.
- Dans les jours qui suivent l'admission, une visite médicale est programmée afin d'évaluer l'état de santé général du résident, ses fonctions cognitives (test de Folstein), son état nutritionnel (Poids, IMC, MNA, Albuminémie, CRP, dosage de la vitamine D), son état cutané, son risque de chutes et la nécessité éventuelle de contention. Un bilan biologique standard est réalisé. Le statut vaccinal est vérifié et mis à jour le cas échéant.
- Une fois par mois, lors du renouvellement de l'ordonnance chronique, une visite médicale est effectuée et les mesures adaptées sont prises en fonction de l'état de santé du résident.
- L'équipe de soins peut, lors des transmissions ou en cas d'urgence, solliciter une réévaluation de l'état de santé du résident.

## 2. L'animation relève du soin ...

Le projet met en exergue une démarche éthique et un cadre dans lequel l'animation trouve tout son sens.

Elle privilégie une démarche quotidienne, singulière, thérapeutique, sociale et culturelle.

### ... Développe l'appartenance au groupe

En effet, en donnant la possibilité aux personnes âgées de s'exprimer, de transmettre leur savoir, d'échanger, de créer c'est leur donner une place, un rôle social au sein d'un groupe dans lequel ils apportent chacun leur contribution à leur manière.

C'est également participer à l'embellissement de leur cadre de vie, leur donner la possibilité de s'investir dans un nouveau lieu, de se sentir utile et de s'épanouir au sein d'un établissement collectif.

### ... Améliore l'image de soi

Le projet d'animation met en avant, même dans les activités collectives, la singularité de chaque personne avec sa propre histoire, ses habitudes, ses goûts, ses croyances et permet la valorisation de chaque contribution quelle qu'elle soit.





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### ... Permet l'expression de besoins

A l'arrivée de chaque nouveau résident, un recueil biographique est réalisé et permet l'expression de ses goûts, de ses envies, de ses intérêts afin de trouver au mieux sa place dans l'établissement.

### C'est une démarche individuelle et/ou collective

Respecter les goûts des résidents et leurs habitudes c'est également respecter leur rythme antérieur. Certaines personnes ne s'épanouiront que dans des activités individuelles ou en très petits groupes, d'autres préféreront la dynamique d'une activité collective.

## Chapitre 3. Les supports de soins

L'outil informatique est largement privilégié dans l'établissement par l'utilisation du logiciel TITAN qui évolue régulièrement en prenant en compte les demandes des utilisateurs que nous sommes.

### 1. La circulation de l'information

On distingue deux types d'informations concernant les soins :

- **Générales**, qui font le plus souvent l'objet de procédures et protocoles rédigés au sein de l'établissement, consignées dans des classeurs mis à disposition dans les différentes unités de l'établissement, et faisant l'objet de formations internes pour appropriation. Ces informations sont périodiquement réévaluées et mises à jour.
- **Particulières**, qui vont concerner un résident, à un moment précis, relatant une situation particulière en rapport avec les soins.

Des réunions de synthèse et de coordination sont organisées de façon hebdomadaire :

- Elles associent les soignants de proximité (IDE, AS, AMP, AV), le médecin coordonnateur, l'IDEC, la psychologue et, si possible, le personnel de nuit.
- Les sujets abordés peuvent être ciblés sur des difficultés spécifiques, ou en reprenant l'ensemble des situations, peuvent permettre de faire le point sur l'évolution des résidents et mettre à jour le plan de soins individuel.

Confidentialité des informations :

Les systèmes de transmission fax ou informatiques font l'objet d'une sécurisation afin de garantir le secret professionnel. Il est également mis à disposition des destructeurs de documents papier.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

## 2. Les transmissions

### 2.1 Réunions quotidiennes

Au quotidien, la continuité de l'information entre les équipes soignantes qui se succèdent est assurée sur un temps dédié de dix minutes.

### 2.2 Transmissions informatisées

Chaque personnel soignant a le devoir de relater tout événement particulier dans les transmissions informatisées. Certaines transmissions concernant des points particuliers entrant dans l'évaluation de la qualité des soins sont qualifiées de « transmissions ciblées » et identifiées comme tel sur le système informatique. Elles font l'objet d'une sensibilisation particulière en ce qui concerne la traçabilité des événements liés aux soins.

## 3. Le dossier de soins

### 3.1 Dossier papier

Afin de garantir une sécurité dans la conservation des données du soin, et pour satisfaire à un cadre médico-légal, il a été choisi de conserver pour partie un dossier médical papier. Celui-ci est essentiellement à visée d'archivage (classeur individuel rangé dans les deux bureaux médicaux de l'établissement.), car la traçabilité et l'usage quotidien se font avec l'outil informatique.

Il est donc composé d'une fiche administrative, du dossier médical de pré-admission, du recueil de l'anamnèse, des consultations médicales, des ordonnances, examens biologiques, radiologiques et courriers médicaux.

### 3.2 Dossier informatisé

L'utilisation du dossier de soins informatisé est pluri-disciplinaire et contribue donc à la circulation de l'information, sa traçabilité et son évaluation.

Chaque membre du personnel bénéficie d'accès réglementés et hiérarchisés en lecture et en écriture garantissant la confidentialité et le secret professionnel.

Les traitements médicamenteux sont mis à jour systématiquement et un semainier est édité afin de préparer la distribution des produits de pharmacie.

Les plans de soins et le suivi quotidien sont renseignés sous la responsabilité des IDE.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 4. Les plans de soins individuels

#### 4.1 Elaboration

Lors de l'admission du résident dans l'établissement, la visite médicale et le recueil des besoins fondamentaux établi par les IDE permettent de définir une démarche de soins.

Cette démarche fait l'objet d'une planification à partir d'objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'obtenir l'agrément du résident, de la famille et/ou de la personne de confiance.

Le plan de soins ainsi défini en équipe est renseigné dans le dossier de soins informatisé.

#### 4.2 Suivi et évaluation

Une réévaluation trimestrielle des objectifs doit être faite en réunion d'équipe, notamment à partir de la grille d'autonomie AGGIR.

Certains indicateurs collectifs (chutes, escarres, hospitalisations...) permettent de suivre les situations à risque particulier.

### Chapitre 4. L'évaluation des soins

#### 1. Evaluer la qualité

##### 1. 1 Procédures et protocoles

Les protocoles et procédures ont été élaborés en commun par les personnels concernés et validés par les personnels d'encadrement (médecin coordonnateur, IDEC et directeur d'établissement).

Ils sont consignés dans des classeurs mis à disposition du personnel concerné dans les différentes unités et font l'objet de formations pour appropriation.

Ils sont réévalués périodiquement lors de réunion de synthèse et de coordination et font l'objet de mises à jour.

Des audits seront réalisés selon un calendrier qui reste à définir afin de modifier les pratiques et comportements conformément aux procédures et protocoles établis.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

### Liste des protocoles disponibles à ce jour :

#### LES SOINS

- Lavage simple des mains
- Désinfection des mains par friction
- La tenue professionnelle en EHPAD
- Conduite à tenir en cas d'AES ou liquide biologique
- Les précautions standards
- Les précautions complémentaires :
  - « Type air »
  - « Type gouttelettes »
  - « Type contact »
- Prévention d'escarre
- Fonction respiratoire
- Pansement simple
- Pansement sur plaies chroniques :
  - Soins d'ulcère
  - Soins d'escarre
- Glycémie capillaire
- L'incontinence
  - Sondage urinaire
  - Soins et surveillance d'une sonde urinaire à demeure
  - Change de protection
- L'alimentation
  - Prise en charge de la dénutrition
  - Les régimes
    - Hyperprotidiques
    - Diabétiques
    - Sans sel
    - Sans résidus
  - L'hydratation
  - Les textures
  - La restauration
    - Fiche de goût
    - Le service
    - Le circuit vaisselle propre / sale
  - Soins de bouche



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

- Pose de matériel d'O2
- Utilisation des aérosols ioniques
- Pose d'un cathéter veineux périphérique
- Pose et gestion d'une perfusion sous cutanée ou hypodermoclyse
- Soins de stomathérapie
- Utilisation du saturomètre
- Aspiration buccale et trachéo-bronchique

### LES CIRCUITS

- Les déchets
  - Tri des déchets
  - Entretien du bocal DASRI
- Le linge
  - Gestion du linge plat
  - Gestion du linge des résidents
- Le bio-nettoyage
  - Fiche de bonne utilisation des produits d'entretien
  - Protocole général d'entretien des locaux
  - Fiche d'organisation et d'entretien d'un chariot de ménage
  - Entretien quotidien de la chambre d'un résident
  - Entretien approfondi de la chambre d'un résident
  - Organisation de l'entretien des locaux avec planification
  - Fiche d'entretien des salles à manger
  - Fiche d'entretien des salles de soins
- La pharmacie
  - Circuit du médicament
  - Bon usage des antiseptiques
  - Bon usage des antibiotiques
  - Dotation médicamenteuse interne
  - Dotation et gestion chariot d'urgence
  - Gestion des toxiques
  - Entretien des réfrigérateurs
  - Protocole en cas de :
    - Douleur
    - Fièvre
    - Diabète (hypoglycémie, hyperglycémie)
    - Diarrhée
    - Constipation...



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

- L'eau
  - CAT en présence de légionnelles

### ORGANISATION ET QUALITE DES SOINS

- Pré-admission
- Admission
  - Bilan médical d'entrée
  - Evaluation infirmière
- Continuité et permanence des soins
- CAT en cas de fugue d'un résident
- CAT lors d'un décès
  - Accompagnement de la fin de vie
  - Procédure administrative

#### 1.2 Référentiels et recommandations

Les personnels soignants sont sensibilisés à l'application des recommandations AFSAPS, ANAES, CCLIN, SFHH lors de réunions d'informations.

Une attention particulière sera portée par le médecin coordonnateur au respect des règles de bonne pratique gériatrique conformément à sa mission.

## 2. Indicateurs

- 2.1 Les transmissions ciblées
- 2.2 Le pourcentage d'hospitalisation
- 2.3 Le bilan des chutes
- 2.4 Les plans de soins individuels



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### Chapitre 5. La formation du personnel

#### 1. Formation interne

##### 1.1 Quotidienne (expertise des médecins et infirmières)

L'information et la formation des personnels se fait au quotidien à partir des situations rencontrées, des questionnements et des réflexions sur l'accompagnement des résidents. Cette formation est réalisée par les médecins, les infirmières, la psychologue, chacun utilisant son expertise dans le domaine général et parfois dans un domaine particulier.

Chacun des médecins est spécialisé sur un domaine ou plusieurs domaines en particulier :

- Médecine générale,
- Soins palliatifs,
- Plaies,
- Coordination.

Concernant les infirmières, chacune d'elle intervient sur un ou plusieurs domaines en particulier pour lesquels elle est personne ressource :

- Alimentation/Nutrition
- Evaluations gériatriques
- Hygiène
- Douleur
- Accompagnement de fin de vie
- 

##### 1.2 Mini-formations

De même, des programmes de formation interne de une à deux heures sont organisées en interne par ces mêmes intervenants. La liste des thèmes est arrêtée une fois par an, elle reprend des thèmes récurrents (démences, douleur, accompagnement de fin de vie, alimentation, incontinence, etc.) mais peut être complétée en cours d'année en fonction des besoins.

##### 1.3 Validation des protocoles

Afin de garantir leur appropriation par les équipes et leur utilisation, les protocoles seront régulièrement exposés et discutés en réunion hebdomadaire.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

## 2. Formation externe

### 2.1 Améliore les compétences

Au-delà de la formation réalisée en interne, un plan annuel de formation est établi chaque année. Les thèmes des formations à prévoir sont discutés et arrêtés par le médecin coordonateur, l'infirmière coordinatrice et le directeur, en fonction des besoins repérés, chacun dans son domaine.

La formation externe est réalisée intra-établissement ou à l'extérieur, elle permet aux participants d'actualiser ses pratiques, d'améliorer ses compétences, d'échanger avec d'autres professionnels d'autres structures et enfin de prendre un recul nécessaire sur son lieu environnement professionnel et ses pratiques.

L'organisme collecteur de l'établissement est UNIFAF.

### 2.2 Obtention de qualifications

Le plan annuel de formation intègre également des formations qualifiantes. Le choix des formations et des personnels retenus est fait par le médecin coordonateur, l'infirmière coordinatrice et le directeur en fonction des besoins évalués au sein des équipes, des demandes des salariés (entretien annuel d'évaluation) et de leurs compétences, des postes disponibles.





## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### Chapitre 6. La réponse globale aux demandes de soins

#### 1. Organisation interne

##### 1.1 Equipe de Soins (Fiches de fonction)

Les personnels exerçant une activité en rapport avec le soin bénéficient tous d'une fiche de fonction qu'ils ont acceptée de manière contractuelle.

Ces fiches de poste figurent en annexe du présent document.

##### 1.2 Permanence des soins

L'établissement assure une permanence des soins organisée 24h/24 et 7j/7 au moyen de personnel soignant qualifié.

Une présence infirmière quotidienne, week-end compris, est opérationnelle de 7h à 19h30

Les Aides Soignantes et Auxiliaires de Vie sont présentes de 7h à 21h00 tous les jours, week-end compris. La nuit, de 21h00 à 7h00, tous les jours, y compris les week-ends, une Aides Soignantes et une Auxiliaires de Vie sont présentes dans l'établissement.

Concernant la présence médicale, l'établissement ayant opté pour une dotation globale, des médecins salariés peuvent assurer le suivi médical des résidents qui en ont fait le choix (respect du libre choix du médecin traitant). Un médecin chargé du soin est actuellement présent le lundi toute la journée le mercredi, le jeudi et le vendredi après-midi. Une astreinte téléphonique est organisée le samedi matin. Le mercredi, la présence du médecin coordonnateur toute la journée permet de pallier à l'absence d'un médecin soignant.

#### 2. Le réseau externe

##### 2.1 Réseau local

L'établissement s'inscrit dans le réseau médico-social local et travaille en partenariat avec les différents acteurs locaux de ce réseau : SSIAD, CLIC et MAIA en particulier ceux de Mérignac, médecins de ville et autres intervenants libéraux, etc.

##### 2.2 Liens avec les autres EHPAD

La participation aux réunions régionales du syndicat d'employeur, aux journées thématiques du conseil général et de l'ARS, les réunions mensuelles avec un groupe de directeurs bordelais, permet d'échanger et de travailler sur des sujets transversaux.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

Les thèmes abordés sont divers. Des formations inter établissements ont lieu et permettent aux salariés des plusieurs EHPAD de se rencontrer, de travailler ensemble, de partager les idées et les habitudes de prises en soins.

Une formation sur la bientraitance de l'ensemble des personnels de 6 EHPAD est en cours de construction sur l'année 2014 permettant de former sur 3 ans consécutifs l'ensemble de l'établissement.

### 2.3 Le réseau de soins

L'établissement a formalisé des conventions de partenariat avec le réseau de soins de son territoire afin d'améliorer la fluidité du parcours de santé des personnes accueillies, répondre plus efficacement à leur demande et à leurs besoins.

#### *Une convention de partenariat Centres hospitaliers*

Conformément à la réglementation et dans le cadre notamment du Plan Bleu, l'EHPAD a signé une convention avec des établissements de santé :

- Clinique Wallerstein à Arès
- Pôle santé de la Teste
- Equipe mobile de soin palliatif

#### *Hospitalisation A Domicile*

Une convention est signée avec le service d'Hospitalisation à Domicile de l'Hôpital au Foyer de la Maison de Santé Protestante Bagatelle à Talence.

L'établissement accueille d'ailleurs dans une partie de ses locaux l'antenne du Bassin d'Arcachon de l'HAD de la MSPB.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

## Partie IV. Les moyens et la mise en œuvre du Projet d'Etablissement



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### Chapitre 1 – Des outils indispensables

Le projet d'établissement de l'EHPAD fait référence à deux types de management : un management hiérarchique et un management participatif.

#### 1. Management hiérarchique

L'élaboration et la rédaction du projet d'établissement relève de la mission du directeur, en collaboration avec le personnel d'encadrement. Ce projet se doit d'être un outil stratégique, de développement interne (amélioration de la qualité et développement de micro-projets thématiques) et parfois externe (positionnement, diversification, etc.).

La réflexion et la formalisation autour de ce projet relèvent des missions du directeur, en collaboration et grâce aux conseils techniques et spécialisés des cadres (Médecin, Psychologue et Infirmière coordinatrice) :

- Tenir compte et traduire la politique et la philosophie que souhaite développer le conseil d'administration,
- Evaluer
  - les besoins et l'évolution des besoins de la population accueillie,
  - les moyens disponibles et la manière dont ils sont mobilisés,
  - les pratiques et les résultats obtenus en termes de qualité de la prise en soin,
- Fixer les objectifs à atteindre en termes d'amélioration de la qualité,
- Evaluer les moyens complémentaires nécessaires,
- Défendre le projet d'établissement auprès des financeurs.

Le projet d'établissement ne peut être, selon nous, qu'un travail d'équipe de direction. Il fixe le cadre de fonctionnement nécessaire à l'exercice serein des missions de chaque catégorie de personnel. Chaque membre du personnel a besoin, pour pouvoir se consacrer sereinement et efficacement à l'accompagnement des personnes accueillies, de connaître :

- Le cadre de fonctionnement de l'établissement (les règles, la philosophie),
- Le sens et l'importance accordée aux missions qui lui sont dévolues,
- Les objectifs qui lui sont demandés dans le cadre de son travail.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

De plus, avant d'être définitif, le projet d'établissement doit être discuté avec les autorités administratives. Il est revu en fonction du résultat des négociations tripartites, des objectifs et des moyens qui, à l'issue de la concertation, seront arrêtés. Selon nous, il est plus constructif de mobiliser les personnels, toutes catégories confondues, sur la mise en œuvre du projet d'établissement sur la base d'objectifs et de moyens acquis et non susceptibles d'être remis en question ou refusés. Dès lors, il sera fait activement appel à leur motivation, à leur implication et à leur capacité de créativité pour la mise en pratique concrète des projets et objectifs composant le projet d'établissement.

### 2. Management participatif

La mise en œuvre du projet d'établissement nécessite l'implication active des équipes. Aussi et parallèlement à la mise à jour de ce projet, nous avons formé un comité de pilotage pour réaliser notre évaluation interne.

A l'issue de l'évaluation interne, le COPIL continuera de se réunir afin de travailler sur les points faibles de la structure et compléter le projet d'établissement.

### 3. Un outil indispensable : le Projet Individualisé

L'aboutissement du projet d'accompagnement global est, finalement, sa traduction en projet de vie individualisé : Pouvoir traduire nos objectifs et projets collectifs en un projet de vie individualisé tenant compte de l'identité, de la singularité, des besoins, des souhaits, des choix du résident.

Il répond parfaitement à nos objectifs principaux : respecter l'identité et les choix de vie du résident, maintenir son autonomie.

La première étape consiste à évaluer la personne :

- Les choix de vie,
- Les capacités restantes,
- Les besoins fondamentaux, médicaux et existentiels,
- Les facteurs de risque,
- L'entourage.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

L'analyse de ces données permet de proposer un projet d'accompagnement au sein de l'établissement qui permettra de

- Lutter contre la dépendance fonctionnelle au travers des activités de la vie quotidienne,
- Cultiver l'exercice des capacités restantes sensorielles, motrices, cognitives, etc.,
- Satisfaire les besoins fondamentaux (Virginia Henderson).

Ce projet nécessite l'accord du résident pour être mis en place, il sert ensuite de base à la prise en soin globale et devient le repère de l'ensemble des personnels intervenant auprès de cette personne. Le projet d'accompagnement est réévalué autant que de besoin.

L'intérêt des visites de pré admission, de la rédaction du projet d'accompagnement ainsi que sa réévaluation permanente ne font donc aucun doute pour nous.



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfié et approuvé :

## Chapitre 2 – Evaluation des moyens nécessaires pour une organisation plus performante

### 2. Une organisation rationnelle pour plus d'efficacité

Afin de mener à bien ce projet, l'établissement a retravaillé son organisation fonctionnelle, son organigramme, créer de nouveau positionnement et intégrer de nouvelles compétences.

Au 31 décembre 2013, le tableau des effectifs est le suivant :

SERVICE	FONCTION	ETP GLOBAL	HEBGT	DEP	SOIN
<b>Administratif</b>	Direction	1	1		
	Comptable	1	1		
	Secrétariat	1	1		
<b>Animation</b>	Animation	0.5	0.5		
<b>Service Généraux</b>	Responsable entretien	1	1		
	Auxiliaire de vie	11.30	7.91	3.39	
	Contrat d'avenir	2	2		
<b>Soins</b>	Aide soignante/amp	17		5.1	11.90
	Infirmière	4			4
	médecin	0.80			0.80
	psychomotricienne	0.5			0.5
	psychologue	0.5		0.5	



## PROJET D'ETABLISSEMENT

Référence : LMA/AD - 03

Date de la version : 2014

Rédacteur : VD

Vérfifié et approuvé :

### 2.1 Direction

Pour gérer l'établissement et le développer, compte tenu de la complexité réglementaire et des enjeux à venir concernant l'accompagnement des personnes âgées, il est aujourd'hui indispensable de formaliser le travail de l'équipe de direction et d'encadrement de l'établissement.

L'idée principale de constituer une équipe de direction composée d'un directeur, d'une infirmière coordonnatrice et de deux conseillers techniques (Psychologue et Médecin Coordinateur) participant au management général (concertation) tout en gardant un rôle indépendant lié à l'exercice de leur fonction a prouvé son efficacité.

### 2.2 Fonctions support

Les fonctions support telles que la comptabilité, la paie et une partie de la gestion des ressources humaines, l'entretien et la maintenance des locaux et des extérieurs sont traitées en interne.

La fusion absorption réalisée en 2013 permet de pérenniser notre établissement, de rationaliser notre organisation, de mutualiser certaines fonctions pour les sécuriser et dégager du temps aux cadres qui en ont la charge pour développer d'autres fonctions support aujourd'hui indispensables (qualité, évaluation, informatique, montage de projet, etc.).

### 2.3 Mobiliser l'ensemble des compétences individuelles au profit du projet collectif

La réorganisation a été amorcée, dès le second semestre 2010, par redéploiement interne. Il s'agit, après avoir évalué les besoins et les priorités, de tenir compte des compétences individuelles des salariés en lien avec leur qualification, leurs compétences et capacités individuelles, leurs projets professionnels. Cela va de pair, quand cela est nécessaire, avec une formation qualifiante initiale ou complémentaire.