

2024 - 2029



Projet d'Etablissement de la Résidence EHPAD « Les Godenettes »

Art. L311-8 du code de l'Action Sociale et des Familles
Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes, Résidence publique habilitée à l'aide sociale,
Conventionnée ARS et Conseil Général du Nord

SIRET : 245 900 287 000 54 / APE 853D
FINESS 59 0038 238



Coordonnées :
Comité des AGES
1 Rue Louis Lemoine
BP n°70355
Trith-Saint-Léger
59304 VALENCIENNES Cedex

Tél : 03.27.20.09.40
Fax : 03.27.20.09.41
Email : accueil.godenettes@cdesages.com

www.cdesages.com

validé par le CVS le 11/04/2024



Sommaire

1	PRÉAMBULE.....	4
2	ORIGINE DE LA DÉMARCHE ET CONTEXTUALISATION	4
2.1	LES MOTIVATIONS ET LES VALEURS DU COMITÉ DES AGES : PORTEUR DU PROJET « LES GODENETTES ».....	4
2.1.1	Les missions.....	4
2.1.2	Les valeurs portées par le Comité des Ages	5
2.2	LE CONTEXTE D'INTERVENTION EN LIEN AVEC LE PROJET INNOVANT DES GODENETTES	5
3	ORGANIGRAMMES	7
3.1	ORGANIGRAMME DE LA RÉSIDENCE LES GODENETTES	7
3.2	ORGANIGRAMME DU COMITÉ DES AGES	7
4	LA DÉMARCHE PROJET ET LES ORIENTATIONS À 5 ANS.....	9
4.1	LA CONVENTION TRIPARTITE 2010-2015.....	9
4.1.1	Les objectifs.....	9
4.1.2	Analyse des objectifs et des indicateurs sur le long terme.....	9
4.2	L'AVENANT À LA CONVENTION TRIPARTITE 2015-2020	11
4.3	LES ÉVALUATIONS INTERNES DE 2015 ET DE 2018	12
4.4	CONCLUSION DE L'ÉVALUATION EXTERNE DE 2019.....	13
4.5	LES THÉMATIQUES CIBLES DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2021-2026	13
4.5.1	La méthodologie.....	13
4.5.2	Les thématiques	15
4.5.3	Les objectifs.....	15
5	PRÉSENTATION DE LA RÉSIDENCE : LIEU DE VIE À PART ENTIÈRE.....	16
5.1	L'ARCHITECTURE ET L'ENVIRONNEMENT	16
5.2	LES LIEUX DE VIE	17
5.3	LE PÔLE D'ACTIVITÉ ET DE SOINS ADAPTÉS	18
5.4	REGARD SUR L'ACTIVITÉ.....	18
5.5	LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE	19
5.5.1	Répartition par âge et sexe	19
5.5.2	Evolution du niveau de dépendance et du Gir Moyen Pondéré.....	19
5.5.3	Le Pathos Moyen Pondéré.....	19
6	LE PROJET DE VIE PERSONNALISÉ	19
6.1	LE RECUEIL DE L'INFORMATION NÉCESSAIRE CONCERNANT LE RÉSIDENT	20
6.2	LES RÉUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES	21
6.3	LA VALIDATION DU PROJET DE VIE PERSONNALISÉ PAR LE RÉSIDENT	21
6.4	LA MISE EN PLACE ET LE SUIVI DES OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT	21
6.5	L'ÉVALUATION DES OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT	21
7	L'ACCUEIL DU RÉSIDENT ET DE SA FAMILLE.....	22
7.1	LA VISITE DE PRÉ-ADMISSION	22
7.2	LA PERSONNALISATION DE L'ADMISSION.....	22
7.3	L'ACCUEIL LE JOUR J.....	23
8	LA VIE AU QUOTIDIEN.....	23
8.1	L'HÔTELLERIE	23
8.1.1	Le service de restauration	23
8.1.2	La commission restauration	24
8.1.3	L'entretien du linge	24
8.1.4	L'entretien du cadre de vie du résident	24
8.2	L'ANIMATION	25
8.2.1	Le projet animation.....	25

8.2.2	Les activités et ateliers	27
8.2.3	La commission animation	27
8.3	LA VIE SOCIALE	28
8.3.1	Le Conseil de la Vie Sociale.....	28
8.3.2	La place des familles	28
8.3.3	L'intervention des bénévoles.....	29
9	LE PROJET DE SOINS.....	29
9.1	LES OUTILS DE COMMUNICATION ET DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION.....	29
9.1.1	Les transmissions écrites et orales des équipes soignantes	29
9.1.2	Le dossier de soins informatisé Cédi'Acte.....	30
9.1.3	Le dossier de soin individuel papier.....	30
9.1.4	Les réunions d'unité	30
9.1.5	Les comptes rendus de réunions	30
9.2	L'INSCRIPTION DE LA RÉSIDENCE DANS UNE DYNAMIQUE DE RÉSEAUX ET DE PARTENARIATS	31
9.3	LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE ET DE LA SANTÉ.....	31
9.3.1	Le maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne	31
9.3.2	La prévention et la prise en soins des troubles de l'incontinence.....	31
9.3.3	Le dépistage des troubles visuels, auditifs et dentaires	31
9.3.4	La lutte contre les infections	32
9.3.5	Prévention de l'altération cutanée.....	32
9.4	LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE	33
9.5	LES PRISES EN SOINS SPÉCIFIQUES	33
9.5.1	Les troubles nutritionnels et de déglutition.....	33
9.5.2	Les troubles cognitifs et de comportements	34
9.5.3	La gestion des contentions et des chutes.....	36
9.5.4	L'accompagnement jusqu'au bout de la vie.....	37
9.6	LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT	39
9.7	LA GESTION DES URGENCES	39
9.8	L'ORGANISATION DES SOINS.....	39
10	LA DÉMARCHE QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES	39
10.1	L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	39
10.2	LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES CARRIÈRES	40
10.3	LES ENQUÊTES DE SATISFACTIONS ANNUELLES DES USAGERS ET DES FAMILLES.....	40
10.4	LE RECUEIL DES SATISFACTIONS, RÉCLAMATIONS, PLAINTES DES USAGERS, FAMILLES ET INTERVENANTS EXTÉRIEURS.....	40
10.5	LE PLAN BLEU	40
10.6	LE DOCUMENT D'ANALYSE DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	40
10.7	LE DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE DE DÉFAILLANCE ÉLECTRIQUE	40
11	LE PROJET MANAGÉRIAL ET SOCIAL	41
11.1	LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL DE LA RÉSIDENCE	41
11.2	LES RESSOURCES EN PERSONNEL ETP AU 31/12/2022	41
11.3	LE FORMATION DU PERSONNEL	41
11.4	LE SOUTIEN DES ÉQUIPES ET LA RECHERCHE DU BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL	42
11.4.1	Les entretiens individuels	42
11.4.2	Les réunions thématiques	42
11.4.3	La qualité de vie au travail	42

1 Préambule

Le projet d'établissement fixe les orientations stratégiques de la résidence « Les Godenettes » pour les cinq années à venir. Il constitue un outil de travail incontournable pour les acteurs de l'établissement. Il est le reflet de l'accompagnement, guide notre quotidien et se nourrit des valeurs du Comité deS AGES et de nos exigences.

Véritable outil managérial, il cible les axes prioritaires de travail et s'avère également être un outil de négociation auprès des tutelles. En constante évolution, il apporte donc une réponse actualisée aux besoins des personnes âgées accueillies et aux attentes de l'environnement. Il précise l'évaluation des activités, la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la résidence.

Le projet est animé par la volonté d'améliorer l'accompagnement des résidents et la qualité de vie au travail des professionnels. Il sera diffusé et expliqué aux usagers et différents intervenants, mais aussi évalué tout au long des 5 années de vie.

Ce nouveau projet est le fruit d'une réflexion partagée avec les usagers, les familles et les différents professionnels de la résidence. Il est dans la continuité des évaluations internes de 2015 et 2018 menées dans le cadre d'une démarche collégiale, mais aussi l'évaluation externe de 2019. Les axes d'améliorations et les fiches actions sont issus de ce travail de groupe et sont reprises au travers des diverses thématiques.

Le projet d'établissement répond aux recommandations de la loi 2002-02 et traduit la réflexion engagée des professionnels de la structure afin de positionner la personne âgée au cœur du dispositif et concentre sa démarche sur une notion d'accompagnement personnalisé.

Ces notions complémentaires sont le fil conducteur du document et se retrouve successivement au décours des projets : de vie, de soins, d'accompagnement spécifique et individualisé, P.A.S.A., de la démarche qualité, de la gestion des risques et enfin du projet managérial et social.

2 Origine de la démarche et contextualisation

2.1 **Les motivations et les valeurs du Comité des Ages : porteur du projet « Les Godenettes »**

Le 1^{er} janvier 2015, le Syndicat Intercommunal à Vocation Médico-sociale (SIVOM), crée en 1972, devient le Syndicat Intercommunal à Vocation Unique « SIVU ». Il est doté de la personnalité morale et a pour compétence l'instruction, la construction, la mise en œuvre, la gestion des équipements sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 alinéas 6 et 7 du CASF. Il prend le nom de Comité deS AGES.

Le SIVU « Comité des Ages » a fait le choix de créer le Centre Intercommunal de Gérontologie (C.I.G.) pour gérer l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux (art. L312-1 alinéas 6 et 7 du CASF) relevant de la loi du 2 janvier 2002 dont il est titulaire de l'autorisation de création et d'ouverture.

La résidence « Les Godenettes » en fait partie. La direction est assurée par Mme Peggy FREUZE directrice, sous l'autorité du Directeur Général Mr Denis RODOT, et du Président du SIVU « Comité des Ages » Mme Isabelle CHOAIN.

2.1.1 **Les missions**

- Accompagner la personne dans les différentes étapes de la vie, jusqu'au bout de la vie, dans un esprit de complémentarité et de partenariat,
- Maintenir et préserver l'autonomie de la personne,
- Maintenir le lien social et développer l'utilité sociale,

- Offrir une réponse de proximité aux besoins des personnes vieillissantes.

2.1.2 Les valeurs portées par le Comité des Ages

Conformément à l'esprit de la loi du 2 Janvier 2002, les principes éthiques énoncés dans la charte de la personne accueillie seront respectés par l'ensemble des partenaires intervenant au sein de l'établissement. Cette charte sera d'ailleurs diffusée à l'occasion de toute demande de renseignements ou à l'occasion de l'accueil de toute nouvelle personne.

Toutefois, pour que cette volonté ne se limite pas à une simple déclaration, le SIVOM a, dans le cadre d'une démarche participative regroupant le Président du Conseil Syndical du Centre Intercommunal de Gérontologie, des Administrateurs, la Direction, des membres du Conseil de la Vie Sociale, des Résidents et des représentants de personnels, engagé une réflexion sur les principes fondamentaux de l'accompagnement de la personne âgée accueillie ainsi que sur les finalités et objectifs de cet accompagnement.

Ces valeurs fondamentales sont les suivantes :

- *L'individualisation et la personnalisation du service qui demeure inscrit dans le collectif.*

L'accompagnement est personnalisé et individualisé. Il respecte les habitudes de vie, la situation particulière de chacun, tout en s'adaptant à la contrainte de la collectivité. Il s'inscrit également dans une démarche de complémentarité pour accompagner la personne jusqu'au bout de la vie.

- *La valorisation et la reconnaissance de l'individu.*

L'accompagnement individualisé sera respectueux des goûts, du caractère et de l'histoire de vie de la personne. Cette connaissance favorisera le maintien du lien social au sein de la structure comme à l'extérieur. Elle permettra également de développer le sentiment d'utilité sociale que la dépendance a tendance à faire oublier.

- *Le respect et la transmission des valeurs*

Tout nouveau projet ne peut que s'inscrire dans l'histoire pour lui permettre de s'ancrer dans le temps. La transmission de l'expérience, des savoirs et des valeurs constitue une valeur forte des organisations à mettre en place. Le projet de vie de l'établissement suppose une réflexion centrée sur les outils de transmission et de respect de ces valeurs.

- *Le respect de l'individu.*

Il oblige à la reconnaissance de l'individu en tant que tel, dans le respect de son intimité, dans la personnalisation de l'accompagnement proposé ainsi que dans la qualité de l'espace privatif dont il pourra disposer. La place de la famille favorise également cette notion d'intimité où l'institution n'a pas à s'immiscer. La triangulation « personne âgée, famille, équipe » permet l'équilibre et le bien-être de l'individu.

- *La convivialité.*

La notion de domicile privé et l'esprit « grande famille » sont les garants d'un lieu de convivialité, fédérant les personnes âgées, la famille et l'équipe. La notion de chez soi, du « comme à la maison » constitue une valeur fondamentale et forte qui caractérise la qualité de l'accompagnement proposé.

- *Le plaisir.*

La recherche du plaisir sera omniprésente dans les démarches proposées, centrées sur le souci de confort, de bien-être. Cette notion de plaisir est favorisée grâce à la liberté de désirer, de dire non, d'être maître de ses choix.

2.2 Le contexte d'intervention en lien avec le projet innovant des Godenettes

En quelques décennies, l'accompagnement des personnes âgées et notamment dépendantes a évolué. On ne parle plus, ou de moins en moins, de prise en charge, mais plutôt d'accompagnement personnalisé. A cette notion, se rattachent celles de qualité de vie, de maintien de l'autonomie, de lieux de vie. Les Projets de Vie des établissements

développent la vie au sein de la résidence, l'aménagement des lieux de vie, le partage, le lien social et la joie de vivre des personnes accueillies.

En 2005, le SIVOM de Trith Saint Léger et Environs comptait 16 communes représentant 58 946 habitants. Le pourcentage de la population de plus de 60 ans et de plus de 75 ans était supérieur au pourcentage constaté sur le Département (respectivement 21,43% et 6,26% pour le SIVOM et 18,06% et 6,01% pour le Département).

Le SIVOM sollicite alors la création d'un E.H.P.A.D. par le biais du transfert de 49 lits de la Maison de retraite du Hainaut, gérée par le Centre Hospitalier de Valenciennes et la création de 16 lits. Au vu de l'arrêté conjoint d'autorisation du 17 juillet 2006, 65 lits seront installés au sein de la résidence Les Godenettes dont 60 lits consacrés à l'hébergement permanent et 5 à l'accueil modulé.

Le projet se veut innovant pour plusieurs raisons :

- La résidence disposera d'unités de vie ouvertes pour l'accueil de personnes désorientées :

Bâtie sur les besoins actuels et futurs de la personne vieillissante, l'architecture du projet favorise l'accueil et l'accompagnement de celle-ci quel que soit son état de dépendance physique ou psychique. Considérant que le motif d'admission en institution est de plus en plus souvent lié aux problèmes de dépendance psychique, le SIVOM avait fait le choix d'organiser les lieux en unités de vie ouvertes.

Ces unités sont organisées de telle sorte que les personnes désorientées ou non puissent cohabiter sans gêne, que la sécurité y soit optimum et que les locaux deviennent des outils d'accompagnement de la personne au fil des différentes étapes de son vieillissement. Des couloirs éclairés naturellement par les puits de lumière mêlés aux couleurs vives guident les personnes vers les lieux de vie.

- La Haute Qualité Environnementale du bâtiment induit le confort des personnes accueillies et la maîtrise des dépenses :

Dans l'esprit de l'Agenda 21, cet établissement s'est inscrit dans une démarche HQE. L'utilisation de techniques innovantes telles que les puits de lumière, les vitrages pariéto-dynamiques (survitrage récupérant l'énergie du soleil), l'installation de toitures et de murs végétalisées, la ventilation naturelle active et les puits thermiques, la production d'eau chaude sanitaire solaire, ... favoriseront :

- Le confort des résidents par une stabilité de la température ambiante,
- Les économies en termes de charges d'exploitation notamment de chauffage et de maintenance,
- La participation de la résidence à la politique de protection de l'environnement.

Le bâtiment sera particulièrement intéressant pour les personnes accueillies puisqu'elles bénéficieront d'une vue panoramique sur les activités extérieures : vers le complexe sportif, les jardins pédagogiques, les aires de jeux et en contre bas l'Escaut et ses péniches.

- Le projet des Godenettes s'inscrit dans une démarche d'aménagement de la ville et du centre urbain :

Entouré par les écoles (maternelles et élémentaires), à proximité de la médiathèque et des services municipaux, la résidence se situe dans le centre-ville dont la nouvelle organisation urbaine a fait l'objet d'une démarche de concertation avec la population. Véritable lieu de croisement des générations, l'E.H.P.A.D. constitue un élément essentiel dans le nouveau schéma général d'aménagement de la ville de Trith Saint Léger.

- L'optimisation des moyens existants et de la coordination des services seront systématiquement recherchées :

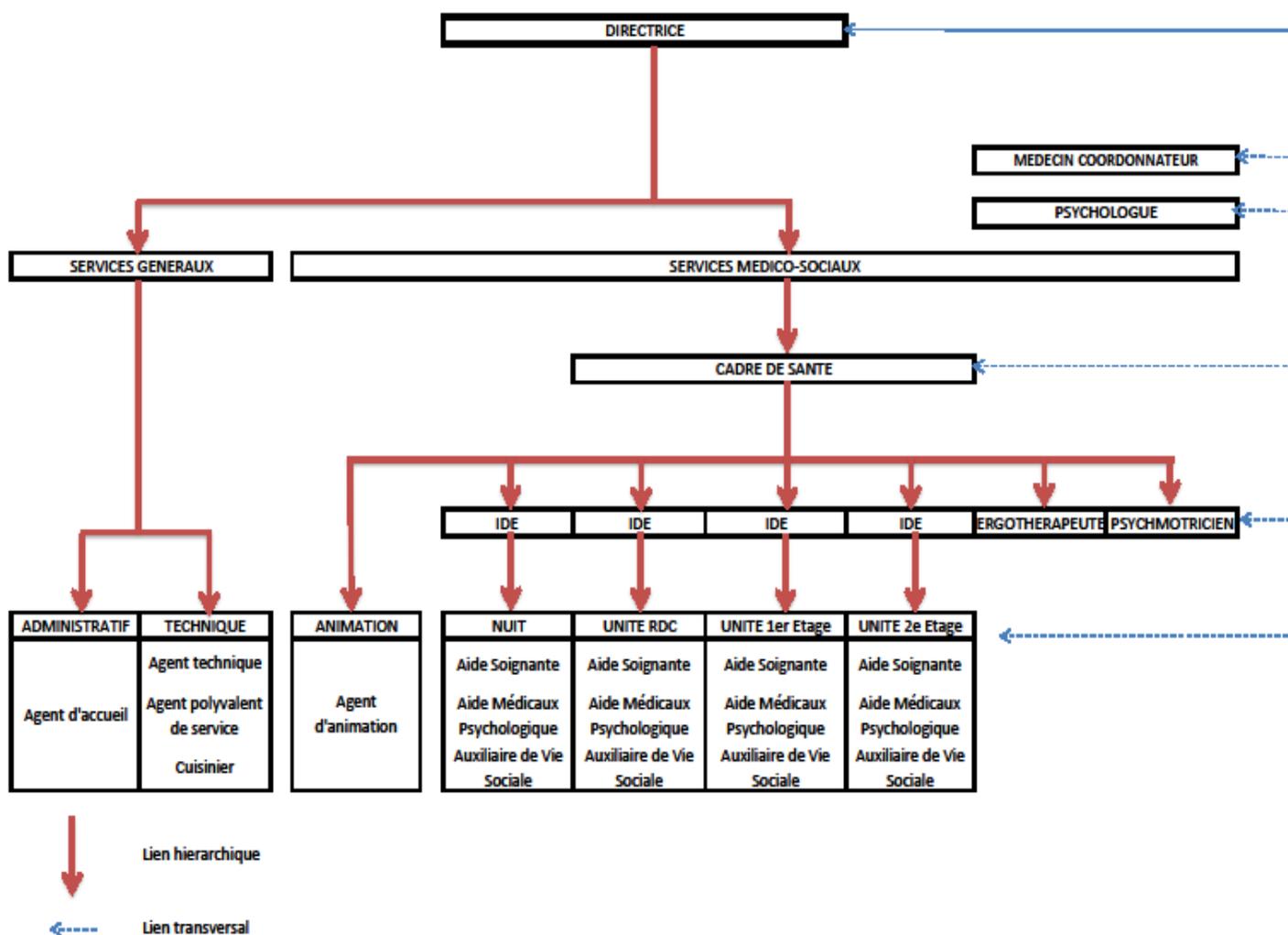
La gestion centralisée et la coordination des différents services en faveur des personnes âgées, sur le territoire du canton de Valenciennes sud, par le Comité des Ages est un atout indéniable à l'accompagnement de qualité des populations âgées du territoire. Bien évidemment, la résidence Les Godenettes est intégrée dans ce dispositif, permettant une réactivité rapide et efficace à toute évolution de la situation d'une personne âgée.

La coordination des services, tant au domicile qu'en institution, la transmission des informations recueillies sur le terrain permet d'évaluer au quotidien les situations et d'adapter les réponses. L'optimisation des moyens existant dans ces structures (centralisation de certaines fonctions administratives de comptabilité et de ressources humaines, ...) générera une meilleure efficacité ainsi que des économies d'échelle sensibles.

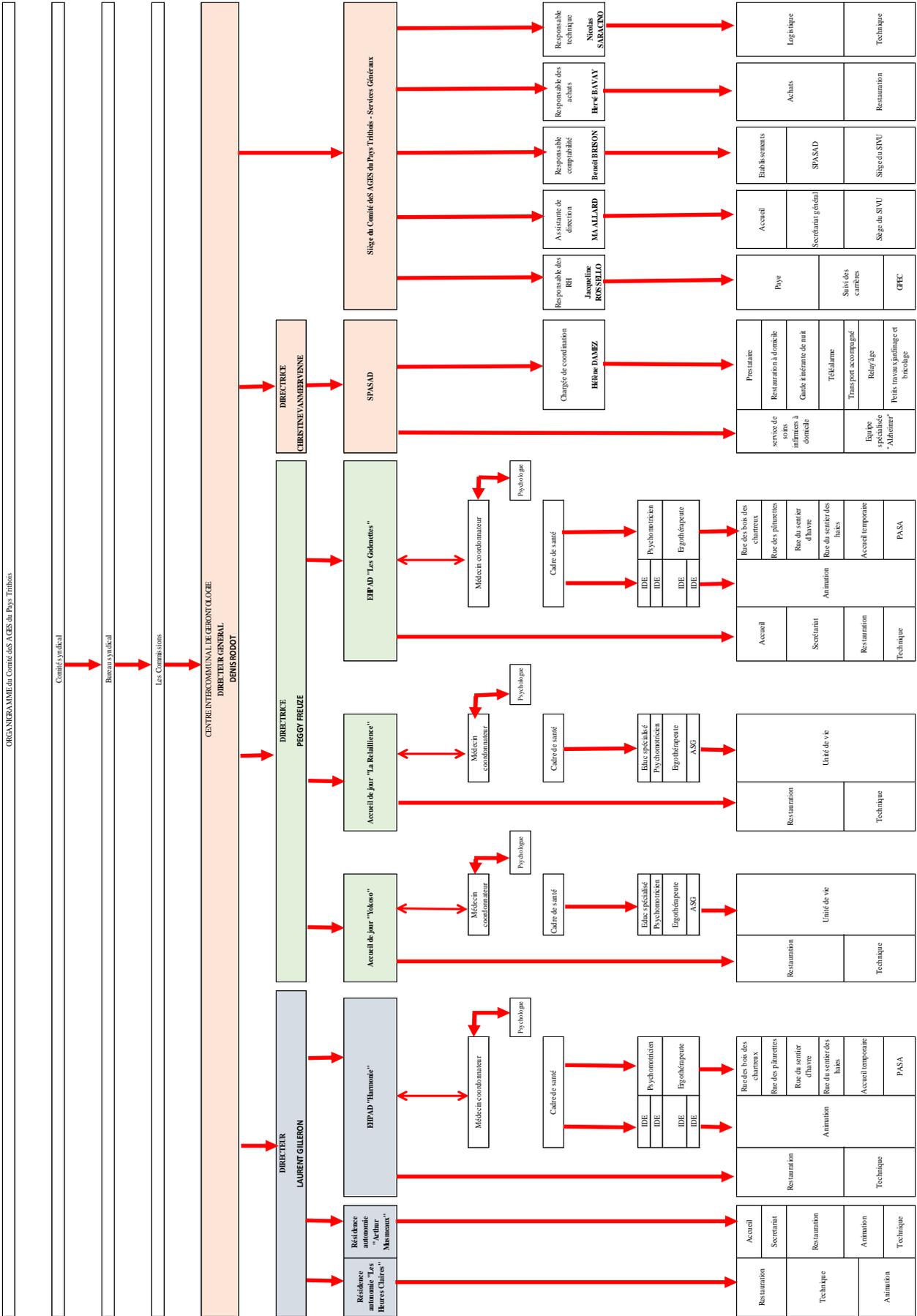
La sensibilisation de l'ensemble des personnels au caractère urgent des situations permet une réactivité efficace. Par ailleurs la polyvalence des personnels, qui exercent leurs fonctions dans les différents services de la structure, favorise et développe cette transversalité indispensable dans l'accompagnement gérontologique.

3 Organigrammes

3.1 Organigramme de la résidence Les Godenettes



3.2 Organigramme du Comité des Ages



4 La démarche projet et les orientations à 5 ans

4.1 **La convention tripartite 2010-2015**

4.1.1 **Les objectifs**

Elle est signée le 7 mai 2010 pour une période allant du 1 février 2010 au 31 janvier 2015, entre l'Agence Régionale de la Santé, le Conseil Départemental du Nord et la résidence Les Godenettes.

Elle définit les objectifs de qualité de la prise en charge de l'établissement pour 5 ans, les modalités de leur évaluation à échéance de la convention, ainsi que les conditions de fonctionnement de la résidence y afférant, sur le plan financier, tant pour l'hébergement, la dépendance que pour le soin.

L'évaluation de cette convention portera sur :

- La satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence d'un sentiment de sécurité, de bien-être et à la qualité d'ensemble de la vie sociale,
- Les actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique ou psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

Cet engagement contractuel fait l'objet d'une mise en œuvre d'actions concrètes au moins dans les domaines suivants :

- L'optimisation des conditions d'hébergement et de restauration,
- Le respect du droit des usagers, l'individualisation de l'accompagnement, l'affirmation de la place du résident et de sa famille,
- La qualité des soins délivrés,
- La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés,
- La promotion de la bientraitance, de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prévention de la maltraitance,
- L'ouverture sur l'extérieur, le partenariat et l'inscription de l'établissement dans le réseau social, médico-social et sanitaire.

4.1.2 **Analyse des objectifs et des indicateurs sur le long terme**

4.1.2.1 **Action n°1 : L'optimisation des conditions d'hébergements et de restauration**

Les objectifs	Les résultats	Les indicateurs	2014	2017	2021
Mettre en place le projet d'établissement	Oui				
Définir les Projets de Vie Individualisé	Oui	Taux de PVI	90,8 %	100 %	82 %
		Taux d'avenant au contrat	75,4 %	95,2 %	54 %
Identifier, respecter le rythme de vie des résidents (habitude de vie, recueil de vie)	Oui	Nombre de recueil de vie	45 %	62 %	
Prévenir de la perte de poids des résidents	Oui	Taux de résident suivi mensuel	100 %	100 %	100 %

4.1.2.2 **Action N°2 : Le respect des droits des usagers, individualisation de la prise en charge, affirmation de la place du résident et de sa famille**

L'objectif est la mise en place les documents relatifs à la loi du 2 janvier 2002.

Les Actions	Les résultats
Livret d'accueil (charte des droits et libertés de la personne accueillie, liste des personnes qualifiées en annexe)	Oui
Contrat de séjour	Oui
Règlement de fonctionnement	Oui
Conseil de la Vie Sociale	Oui
Projet d'établissement (projet de soins, de vie et d'animation)	Oui

4.1.2.3 Action N°3 : La qualité des soins délivrés

L'objectif consiste à mettre en place le projet de soins médicalisé à l'initiative du médecin coordonnateur en collaboration avec les équipes soignantes.

Les actions	Les résultats	Les indicateurs	2014	2017	2021
Dossier médical et de soins infirmier	Oui	Taux de résident	100 %	100 %	100 %
Plan de soins individualisé informatisé	Oui	Taux de résident	100 %	100 %	100 %
Accompagnement et prise en soins de la détérioration intellectuelle avec dépistage pour agir précocement	Oui, dans le mois qui suit l'entrée des résidents et 1/an selon les capacités cognitives	MMS	67 %	51 %	70 %
Dépistage des troubles dépressifs et repérage des troubles du comportement par le médecin coordonnateur et le psychologue	Oui, recherche des troubles et analyse du comportement en interaction avec les équipes soignantes	Taux d'échelle GDS selon le besoin Taux de NPI	34 %	13 %	19 % 53 %
Prévention des troubles nutritionnels, suivi pondéral mensuel et après toutes pathologies intercurrentes	Oui	Test MNA si besoin Suivi poids mensuel	40 % 100 %	30 % 100 %	30 % 100 %
Prévention des chutes	Oui, à améliorer avec la fiche action n°4 de l'évaluation interne : analyse et suivi chute protocole				
Prévention des escarres	Oui, prévention efficace, fiche de suivi changements de position, matériel adapté	Taux d'escarre résidence Taux d'escarre en hospitalisation	19 % 57 %	27 % 54 %	24 % 24 %
Prévention de l'incontinence	Oui, évaluation à l'admission puis selon les besoins	Taux de résident incontinent	58 %	60 %	62 %
Prévention de la douleur	Oui, échelle ECPA réalisée et informatisée, protocole douleur à réactualiser Cf. fiche action n°3 de l'évaluation interne				
Prévention des infections	Oui, formalisation des protocoles hygiène et prévention des risques infectieux				
Plan de formation spécifique au Projet de la résidence	Oui, analyse des besoins en formation du personnel en lien avec les GPEC				

4.1.2.4 Action N°4 : La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés

Les objectifs	Les résultats 2014	Les résultats 2017	Les résultats 2021
---------------	--------------------	--------------------	--------------------

Accompagner les résidents désorientés ou souffrant de la maladie d'Alzheimer	73,4 % des résidents atteints de maladie d'Alzheimer et/ou apparentées	76,9 % des résidents souffrent de maladie d'Alzheimer et/ou apparentées	75,4 % des résidents atteints de maladie d'Alzheimer
Actualiser les connaissances sur les pathologies et améliorer la communication avec les résidents	Formation du personnel : 26 % en 2014, 78 % depuis 2010	11 % en 2015, 6 % en 2016, 8 % en 2017	9 % en 2018, 8 % en 2021.

4.1.2.5 Action N°5 : La promotion de la bientraitance, de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prévention de la maltraitance

L'objectif est d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents.

Les actions	Les résultats
Information du personnel soignant par le médecin coordonnateur, le psychologue, les infirmières et la cadre de santé sur le concept bientraitance-maltraitance	Oui, sujet traité lors des réunions d'unités, de PVI, interaction lors des transmissions et des échanges de partage de pratiques quotidiennes
Inscription au plan de formation	Oui

4.1.2.6 Action N°6 : L'ouverture sur l'extérieur, le partenariat et l'inscription de l'établissement dans le réseau social, médico-social et sanitaire

Les objectifs	Les actions	Résultats	Les indicateurs
Inscription de la résidence dans différent réseaux	Adhésion : au CLIC, au réseau de santé gériatrique Repér'Age, au Groupement de coopération sanitaire de la filière gériatrique du Valenciennois (UCC, UHR, CSG, Consultation mémoire, bilan chute, EMGIE et EMSSP, ...)	Oui	Conventions de partenariat
Favoriser les liens intergénérationnels	Rencontres à organiser avec les écoles et centres de loisirs des communes voisines.	Oui	Rencontres régulières avec les centres de loisirs, lycées, écoles maternelles...
Ouvrir la résidence à l'action des bénévoles	Intégrer les bénévoles dans le projet de vie de la résidence, organiser leur présence en mettant en place des réunions trimestrielles	Oui	Nombre de conventions signés avec les bénévoles : 10, mais arrêt depuis la crise sanitaire de la covid.

4.2 L'avenant à la convention tripartite 2015-2020

Il a été signé le 2 mars 2015, en concertation avec l'ARS et le Conseil Départemental. Celui-ci a pour objectif de :

- Acter le passage à la tarification sous Groupe iso-ressource Moyen Pondéré Soins (GMPS),
- S'appuyer sur les niveaux des besoins validés en soins et dépendance des personnes accueillies dans l'établissement,
- Ajuster les conditions de fonctionnement de la résidence,
- Modifier la modalité de fixation annuelle du budget soins.

Cet avenant prolonge la convention tripartite initiale et les objectifs fixés sont à poursuivre. Il octroie cependant l'autorisation de recruter du personnel soignant supplémentaire au titre d'une infirmière, d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute.

4.3 Les évaluations internes de 2015 et de 2018

Les évaluations internes furent réalisées dans le cadre d'une démarche collégiale sur l'année 2014 et 2015 pour la première puis 2017 et 2018 pour la seconde. Ce dispositif a permis aux professionnels de la résidence de s'impliquer, de se questionner sur les pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité des prestations et le bien-être du résident.

Elles n'ont présenté aucune difficulté particulière. Le personnel y avait été préparé et avait bien saisi les enjeux de la démarche, sa contribution en a donc été facilitée. La représentation de tous les acteurs dans l'évaluation a garanti un engagement et une participation particulièrement utile à son bon déroulement. Ainsi de nombreuses améliorations ont été apportées dans le fonctionnement de l'établissement, ce qui témoigne d'une grande réactivité de l'ensemble des équipes face aux problématiques relevés.

Le plan d'actions 2015 était axé sur :

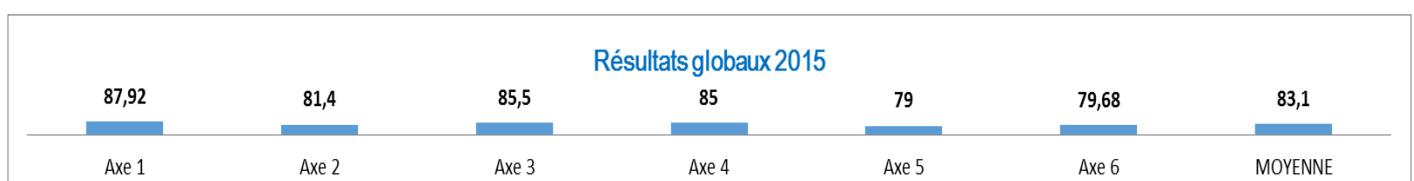
- L'identification de la personne de confiance et des directives anticipées,
- L'harmonisation des échelles d'évaluation de la douleur,
- L'identification des référents institutionnels le jour de l'admission.
- L'analyse et le suivi des chutes.

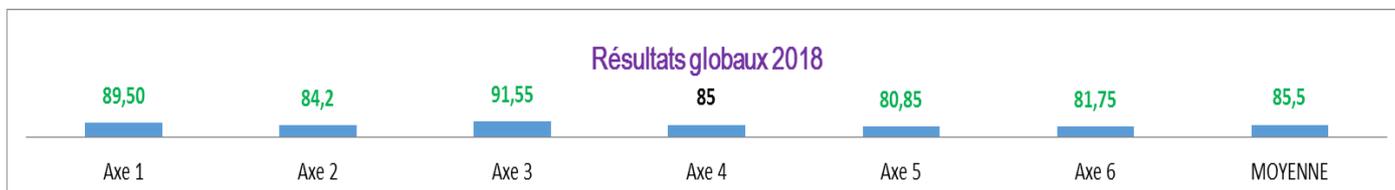
Le référentiel a été complété en cours d'évaluation par une thématique jugée indispensable et spécifique au circuit du médicament au profit de l'axe 3. Une synthèse de l'auto-évaluation a été présentée à l'ensemble des professionnels ainsi qu'aux membres du Conseil de la Vie Sociale, ce qui a permis de d'échanger à nouveau sur le projet de la résidence et ses missions.

Le plan d'action 2018 pérennise les axes d'amélioration mis en place en 2015. Des ajustements concrets en lien avec le travail du quotidien ont été réalisés.

Les axes choisis prennent en compte les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sanitaire et Médico-sociale (A.N.E.S.M) puisqu'ils correspondent bien aux thématiques du projet existant :

- Axe 1 : La garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents, coordonné par l'animatrice,
- Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents, animés par le psychologue,
- Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance, géré par le médecin coordonnateur. Au fil du questionnement, le circuit du médicament fut abordé sans être approfondi. Le comité de pilotage décida de prolonger la réflexion sur ce nouvel item et de l'ajouter au référentiel.
- Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement, dirigé par la directrice,
- Axe 5 : L'accompagnement de la fin de vie, piloté par le médecin coordonnateur,
- Axe 6 : Le management, mené par la cadre de santé.





Les chiffres en noir pour un taux constant et ceux en vert pour un taux en progression.

Les professionnels, l'équipe encadrante et la direction avaient besoin de ce temps de concertation, d'échange et de réflexion pour sortir du quotidien, analyser les situations parfois complexes, se projeter différemment afin d'appréhender le fonctionnement de la résidence avec un regard nouveau.

4.4 Conclusion de l'évaluation externe de 2019

L'évaluation externe a été planifiée bien en amont de la présence in situ. Ce rétroplanning, au-delà d'avoir réuni les conditions favorables du bon déroulement de la démarche, est révélateur de la vision d'anticipation et de bienveillance récurrente développée par la Direction en place au sein de la Résidence « Les Godenettes ».

L'étude documentaire a donc pu être réalisée en profondeur, ce qui a favorisé la pertinence des échanges et des observations lors de la présence au sein des locaux. Nous avons rencontré des professionnels impliqués dans leurs missions et favorables à la démarche d'évaluation qu'ils ont perçue comme constructive. Les résidents et leurs familles nous ont également réservé un accueil chaleureux avec une vraie volonté de transparence.

C'est assez rare pour mériter d'être souligné, les conclusions de l'évaluation externe mettent en évidence nombre de points remarquables, sur un éventail suffisamment large pour couvrir quatre champs majeurs de l'action de l'établissement.

Ils s'appuient sur les piliers que sont la participation des professionnels à la démarche d'amélioration continue de la qualité, leur appropriation des Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles, l'aménagement des locaux dans une recherche de bienveillance, la production de supports accessibles et rassurants pour les familles (livret d'accueil).

Autant de garanties de bienveillance et de bienveillance à l'égard des résidents, leurs familles et dans la manière de réaliser les missions qui incombent aux professionnels.

Les axes de progrès concernent majoritairement :

- La formalisation des modalités de participation du CVS à l'élaboration des documents clés,
- Le développement des compétences des professionnels au regard de l'évolution de la prise en charge des usagers.

4.5 Les thématiques cibles du Projet d'Etablissement 2021-2026

4.5.1 La méthodologie

4.5.1.1 Une réflexion commune des acteurs

Dans la continuité des démarches projets déjà mises en place au sein de la résidence lors des évaluations internes et externes, l'ensemble des professionnels ont été mis à contribution à divers degrés ainsi que les résidents et les familles. Chacun n'hésitant pas à faire des retours au quotidien sur la qualité des prestations, sur l'évolution des besoins dans le but d'agréments nos réflexions et d'adapter au mieux l'accompagnement des résidents.

Le projet d'établissement a été travaillé en commun avec la résidence Harmonie d'Aulnoy les Valenciennes EHPAD du comité deS Ages. Le partage des valeurs d'accompagnement nous permettant d'enrichir les échanges et d'harmoniser les projets.

Pour cela un comité de pilotage « copil » a été créé :

- Il a pour mission de :
 - Rendre opérationnelle la démarche,
 - Fixer le calendrier,
 - Déterminer les axes de travail et de cibler des priorités internes à chaque thématique,
 - Suivre l'avancée des travaux, de valoriser les productions, de donner du sens aux actions.

- Il se compose de :
 - Les référents rédacteurs : Mme Peggy FREUZE Directrice de la résidence les Godenettes et Mr Laurent Gilleron Directeur de la résidence Harmonie,
 - Les membres encadrants : Le Docteur Emeline FILLEUR pour les deux résidences et Mesdames Estelle BERNARD pour les Godenettes et Mme Virginie CAMUS pour Harmonie pour les Cadres de Santé.

Le copil se réunira une à deux fois par an pour assurer le suivi du projet et son évaluation. Des synthèses sur l'avancée des réflexions des groupes seront régulièrement diffusées au sein des établissements et lors des Conseils de Vie Sociale.

4.5.1.2 La planification

Une note d'information a été diffusé en septembre 2021 au sein de chacune des résidences afin de lancer la démarche et de définir les membres des différents groupes de travail.

Courant octobre et novembre 2021 une première réunion a été organisé au sein de chaque groupe pour définir les objectifs et les axes de travail prioritaires. La période de crise sanitaire a contraint certains groupes à annuler les réunions, mais elles ont été rapidement reprogrammées début janvier 2022.

Ensuite, les secondes réunions auront lieu pour les deux thématiques prioritaires à savoir les troubles du comportement UVA et PASA ainsi que la dénutrition, alimentation et textures modifiées.

L'écriture sera finalisée sur le 2ème trimestre 2022 en précisant les objectifs ciblés pour les 6 thématiques, l'organisation et le déroulement des travaux réparti sur les 5 années du projet d'établissement, afin de le faire vivre et évoluer selon les besoins des résidences.

4.5.1.3 Les groupes

Ils sont pluriprofessionnels et menées par des experts du domaine traité avec des participants identifiés comme référent au sein de leur établissement ou sur le mode du volontariat.

Des partenaires identifiés comme des professionnels ressources sur le secteur médico-social seront conviés à certaines réunions afin d'apporter leurs expertises et d'autres seront ouvertes également aux usagers et aux familles pour la richesse des débats. Ces groupes sont amenés et vécus comme un espace de rencontres et d'échanges constructifs.

Une réunion par trimestre est envisagée dans chaque groupe de travail pour les prioritaires, pour les autres nous verrons en allant selon les objectifs ciblés et l'importance du travail à réaliser afin de le planifier raisonnablement pour assurer la pérennité du groupe et des échanges.

4.5.2 Les thématiques

Le copil a ciblé six thématiques spécifiques aux besoins des deux EHPAD dont deux prioritaires. Elles seront développées au sein des groupes de travail mixtes.

Thématiques	Meneurs de projet sur les 2 EHPAD	Constitution du groupe par métier	Membres
Dénutrition, alimentation et textures modifiées	1 IDE Godenettes et 1 IDE Harmonie	1 AS, 1 AVS, 1 cuisinier par Etablissement et le Dr Filleur	9
Trouble du comportement, PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adapté), Projet d'Unité de Vie Alzheimer (Harmonie)	Dr Filleur et la cadre de santé Harmonie	1 ASG, 1 Psychologue, 1Psychomotricien, 1 Ergothérapeute, 1 IDE par Etablissement	12
Projet de Vie Personnalisé	1 Psychologues Godenettes et 1 Harmonie	1 AS, 1 AVS, 1 animatrice par Etablissement	8
Soins palliatifs, douleur	1 psychomotricien Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 AVS par Etablissement et le Dr Filleur	9
Contention, chute	1 ergothérapeute Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 Psychomotricien par Etablissement	8
Circuit du médicament	1 cadres de santé Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 AVS par Etablissement et le Dr Filleur	9

4.5.3 Les objectifs

4.5.3.1 La dénutrition, l'alimentation et les textures modifiées

- Harmonier les outils de communication entre la cuisine et les unités pour améliorer l'identification des régimes et textures modifiées,
- Former les agents de cuisine sur les textures modifiées et l'enrichissement protéiné et calorique,
- Ajuster les portions alimentaires aux souhaits des résidents, (petite, moyenne, grande assiette pour stimuler l'appétit),
- Equilibrer et adapter les menus aux besoins nutritionnels de chaque résident et à l'état de dénutrition par le biais d'une diététicienne en vacation,
- Améliorer la présentation des plats en textures modifiées,
- Proposer pour chaque recette son équivalence en texture modifiée,
- Développer le manger mains pour promouvoir l'autonomie.

4.5.3.2 Les troubles du comportement, PASA

- Sensibiliser et former le personnel à l'utilisation de l'échelle NPI afin de dépister et identifier les troubles du comportement,
- Former le personnel ou compléter la formation initiale Naomie Feil validation / Humanitude et aux troubles du comportement,
- Appui de l'ESPREE (l'Equipe Spécialisée de Prévention Inter EHPAD) pour analyser les pratiques et proposer des outils et ou des méthodes d'accompagnement ou d'aménagement de l'environnement dans le but de réduire les troubles.
- Remettre à jour les protocoles et veiller à leur diffusion : disparition ou fugue et prise en soin des troubles psycho-comportementaux du sujet âgé.

4.5.3.3 Le Projet de vie Personnalisé

- Définir le rôle du référent et le mettre en place,

- Impliquer le résident, les familles et les tuteurs dans la démarche,
- Assurer le suivi des objectifs du PVP.
- Remise à jour du protocole PVP.

4.5.3.4 Les soins palliatifs et la gestion de la douleur

- Sensibiliser et former le personnel en interne par le médecin coordonnateur : évaluer, tracer, soulager la douleur physique et morale, les positionnements, ... mais aussi par l'intermédiaire de l'organisme de formation.
- Réaliser un état des lieux des pratiques afin d'améliorer la pratique et de la retranscrire dans des nouveaux protocoles et actions à mettre en œuvre :
 - Les directives anticipées,
 - La personne de confiance,
 - La prise en soin de la douleur, les outils d'évaluation et la création d'un comité de lutte contre la douleur, et d'un référent douleur et soins palliatifs,
 - L'accompagnement palliatif et de la fin de vie.

4.5.3.5 Les contentions et les chutes

- Réécrire les protocoles chute et contention,
- Sécuriser et harmoniser les pratiques,
- Formation du personnel par le biais de l'ESPREEVE.

4.5.3.6 Le circuit du médicament

- Réaliser un audit au sein des 2 EHPAD et après l'analyse dégager des axes d'amélioration,
- Sécuriser le circuit et écriture du protocole.

5 Présentation de la résidence : lieu de vie à part entière

5.1 L'architecture et l'environnement

La résidence « Les Godenettes » est un Etablissement d'Hébergement Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) ouvert depuis le 1^{er} avril 2010. Elle est implantée sur le territoire de la commune de Trith-Saint-Léger, près du centre-ville, à une centaine de mètres d'un arrêt de bus reliant la commune au Valenciennois. La résidence est intégrée dans la vie du quartier. Elle se positionne en articulation entre le futur parc urbain de la ville, le complexe sportif et les jardins pédagogiques des écoles maternelles et élémentaires.

La Haute Qualité Environnementale du bâtiment influe sur le confort des personnes accueillies. L'utilisation de techniques innovantes telles que les vitrages pariétaux-dynamiques, les toitures végétalisées, la ventilation naturelle impactent sur le confort de vie des résidents en régulant la température ambiante.

L'aménagement des lieux facilite le sentiment d'appartenance dans l'unité, véritable quartier de vie où les personnes, mêmes perturbées et désorientées peuvent facilement poser leurs repères. Le mélange de mobiliers anciens et contemporains y a son importance.

Les activités seront réalisées dans un environnement sécurisé et stable grâce aux repères spatio-temporels et sociaux. L'architecture permet aux résidents une liberté de déambulation, elle offre un espace spacieux, lumineux et coloré invitant au bien-être et à la sérénité. Elle favorise à la fois la convivialité et offre la possibilité de se retrouver

dans des espaces plus intimes, pour se détendre, se relaxer, se reposer ou encore profiter d'activités plus individualisées. L'utilisation de couleurs permet de pallier une médication parfois lourde pour les personnes souffrant de troubles du comportement liés aux maladies démentielles.

Au réz de chaussée se trouve l'accueil, un local administratif, le bureau de la directrice, le salon de coiffure, le restaurant, la cuisine, les espaces de stockage pour le circuit du linge, les réserves de produits d'hygiène et de boissons ainsi que le bureau de l'agent technique.

Un petit salon de coiffure est mis à disposition des coiffeurs conventionnés avec la résidence garantissant l'uniformité des prix, la qualité de la prestation et la mise en place d'une carte de fidélité.

La salle de restaurant accueille au quotidien l'ensemble des résidents pour le repas du midi et peut recevoir près de 110 personnes dans le cadre des festivités. Un salon privatif y est attenant et permet aux résidents de partager un bon repas en famille.

Le restaurant s'ouvre sur un préau donnant sur le jardin intérieur, véritable lieu de calme et de ressourcement. L'architecture a été pensée afin de profiter au maximum du soleil et de protéger ce lieu des vents.

Le jardin est accessible et sécurisé, permettant une déambulation en toute liberté. La végétalisation de la clôture limite la sensation d'enfermement.

Au 1^{er} étage se situe les bureaux de la cadre de santé, de l'animatrice, de l'ergothérapeute et de la psychomotricienne, la pharmacie, une salle de bain ainsi qu'une lingerie d'appoint.

Au 2nd étage, se trouve les bureaux du médecin coordonnateur et du psychologue, une salle de réunion ainsi qu'une salle de bain.

5.2 Les lieux de vie

Les résidents vivent en unité de vie répartie sur 3 niveaux : l'unité le Castel des Pres au rez-de-chaussée accueillant 13 personnes, la Tranquillité au 1^{er} étage et le Moulin au 2^{ème} étage hébergeant 26 résidents chacune.

A l'ouverture de l'établissement, il n'y a pas de lieu de vie spécifique dédiée à l'accueil des personnes présentant des troubles cognitifs avec troubles du comportement. Les besoins des résidents ayant rapidement évolués, nous avons sollicités les tutelles pour la création d'un PASA et avons obtenu l'autorisation le 13 décembre 2011.

Chaque résident a la possibilité de compléter et de personnaliser l'ameublement et la décoration de sa chambre, afin de s'approprier son nouveau lieu de vie. Un espace est prévu pour lui permettre de disposer d'une petite kitchenette avec un évier, un réfrigérateur et un petit espace pour installer cafetière ou bouilloire électriques.

La disposition des chambres est pensée afin de favoriser la vue extérieure. Ainsi, les personnes accueillies bénéficient d'une vue panoramique à la fois sur la cour intérieure et sur le couloir où rue passante de l'unité.

Les lieux de vie sont composés :

- D'une salle de vie au centre, pièce maitresse de l'unité, où se déroulent les activités de la journée, elle accueille également les résidents pour le repas du soir dans une ambiance plus intime et plus calme,
- D'un espace salon avec télévision,
- D'un coin cuisine utile pour la confection du petit déjeuner et l'élaboration de la soupe avec les résidents qui le souhaitent.

Des points rencontres se trouvent sur chaque niveau permettant aux équipes soignantes, aux infirmières et médecins de s’y entretenir.

Les différentes unités, couloirs et vérandas sont nommés avec les noms d’anciennes rues issues des communes du Comité deS AGES du Pays Trithois. Elles rappellent aux résidents certains souvenirs d’entant et les rattachent à leurs villes ou villages d’origine.

Le choix des couleurs est à la fois esthétique et thérapeutique. Elles sont agréables à l’œil, chaleureuse et attirantes, aussi bien dans les chambres que dans les couloirs pour inciter les résidents à s’y promener. La teinte gris foncé est choisi pour les zones pouvant se révéler dangereuses pour les personnes désorientées parce qu’elle a ici une fonction de repoussoir. Cette approche non médicamenteuse se retrouve dans l’architecture même de l’établissement. La lumière naturelle directe et indirecte pénètre partout notamment grâce aux puits de lumière et aux nombreuses baies vitrées.

La résidence a été meublée en associant l’ancien et le contemporain, ce qui permet à la fois de créer une ambiance actuelle et pour les résidents de retrouver la chaleur et l’esthétisme apporté par des meubles d’autre fois. De même, les chambres sont meublées par l’établissement, mais chaque résident doit apporter sa garde-robe, ce qui lui permet de conserver un lien avec son ancienne demeure et sa propre histoire.

5.3 Le Pôle d’Activité et de Soins Adaptés

Suite aux travaux d’extension, le PASA a ouvert en juin 2018. Il se situe au rez-de-chaussée, dans des locaux spécifiquement dédiés à cet accompagnement. Sa capacité d’accueil est de 14 places. Il fonctionne du lundi au vendredi de 10h à 17h.

Il est structuré de manière à respecter les habitudes de vie de chaque résident (espace de transition, bureau, lieu de vie et de repas, cuisine aménagée, salles d’activités, salon de repos et détente, sanitaires,...). Il bénéficie d’une terrasse sécurisé et d’un accès au jardin et au verger de la residence.

Le PASA offre des prestations complémentaires à celles déjà mises en place par l’établissement lui-même. Il accueille des personnes souffrant de la maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Il permet aux personnes accueillies de :

- Préserver leur autonomie, de travailler sur le bien-être et l’estime de soi, par le biais d’activités thérapeutiques et sociales,
- Favoriser la stimulation des fonctions cognitives et instrumentales afin de préserver un potentiel dans les gestes essentiels inhérents à la vie quotidienne.

5.4 Regard sur l’activité

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Admission	90	21	18	17	17	19	24	13	11	20	26	19
Sortie	25	22	19	16	17	19	23	13	11	20	31	19
Aide Sociale	11	13	14	17	17	28	29	26	23	23	21	25
Journées théoriques	13 032	23 725	23 790	23 725	23 725	23 725	23 790	23 725	23 725	23 725	23 790	23725

Journées prévues	13 032	23 013	23 076	23 251	23 360	23 404	23 469	23 300	23 300	23 300	23 549	23150
Journées réalisées	13 340	23 375	23 519	23 316	23 406	23 461	23 421	23 587	23 641	23 626	22 734	23319
Taux d'occupation	97,69	98,5	98,86	98,27	98,65	98,70	98,45	99,41	99,65	99,59	95,87	98,29

5.5 Les caractéristiques de la population accueillie

5.5.1 Répartition par âge et sexe

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre séjour	90	86	82	80	81	83	88	78	76	85	89	79
Homme	19	20	20	19	20	19	24	15	14	12	17	20
Femme	71	66	62	61	61	64	64	63	62	73	72	59
Moyenne d'âge	84,4	84,6	82,6	84,9	85,2	85	84,3	86	86	86	87	88
Amplitude	65/96	66/97	68/92	62/98	63/99	64/95	68/99	66/96	67/97	60/97	67/98	60/99

5.5.2 Evolution du niveau de dépendance et du Gir Moyen Pondéré

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
GMP	698,77	702,77	712,33	705,94	729,06	721,23	698,15	732	746,15	736,31	705,33	720
Gir 1	6	5	4	6	10	8	5	3	5	10	5	5
Gir 2	28	24	28	29	27	31	31	35	35	16	23	31
Gir 3	12	15	12	11	11	8	9	16	15	16	19	15
Gir 4	19	20	19	18	16	18	20	11	10	13	13	14

5.5.3 Le Pathos Moyen Pondéré

	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PMP	243	243	230			245	210		213		
GMP validé						740			794		
% de syndromes démentiels	64,6	63,4	70	79	80,7	80	76,9	86,8		79,5	82
Troubles du comportement	43,1	53,8	48,2	57,1	44,8	63,3	41,7	52,6		48,9	57,8

Le nombre de résidents atteints de troubles démentiels suit une progression casi constante pour se stabiliser aux environs de 80 %. D'où l'intérêt de construire le nouveau projet d'établissement autour de ce constat, afin que la prise en soins soit en adéquation avec les besoins des personnes accueillies.

6 Le Projet de Vie Personnalisé

Le projet de la résidence est axé sur la qualité de vie et le bien être des résidents. La disposition des locaux et l'accompagnement des usagers sont réfléchis et organisés dans le but de tendre au mieux vers ces objectifs. La

résidence est un vrai lieu de vie pour la personne accueillie et comme le disent certains « c'est bien ici, car on ne se croit pas dans un hôpital, c'est une maison où il fait bon vivre ».

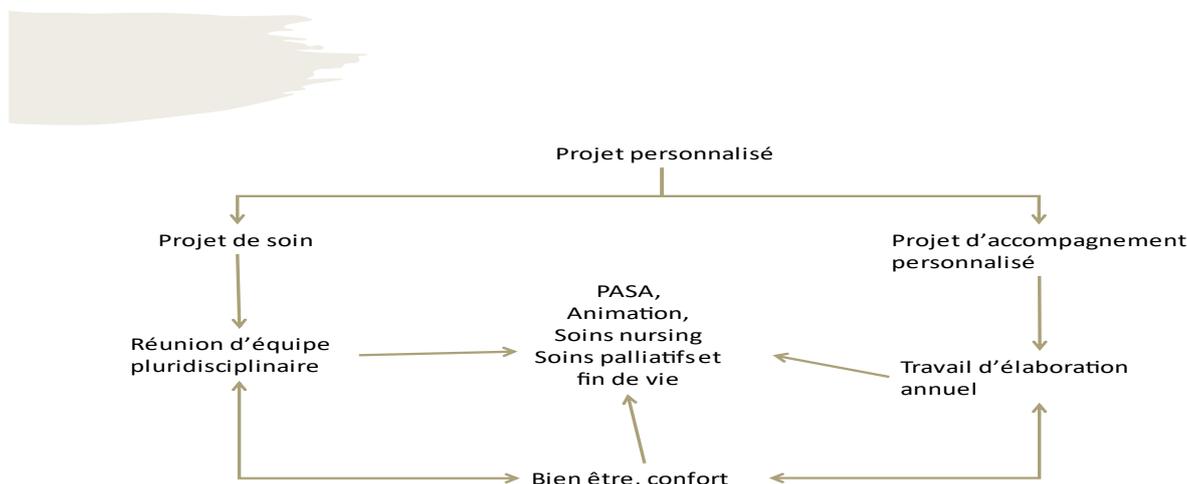
Conformément à l'esprit de la loi 2002-2 du 2 Janvier 2002, les principes éthiques énoncés dans la charte de la personne accueillie sont respectés par l'ensemble des professionnels et partenaires intervenant au sein de l'établissement. Cette charte est également annexée au contrat de séjour et affichée au sein de la résidence. Elle définit l'exercice des droits et libertés individuelles de la personne via une participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement.

Le livret d'accueil décrit en images le fonctionnement de la structure afin de permettre au futur résident de découvrir les lieux si celui-ci ne peut venir visiter. Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour permettent au résident de mieux connaître le cadre dans lequel sa vie va désormais s'inscrire, ses droits, ses obligations comme tout citoyen dans une collectivité. Le projet de vie personnalisé fait l'objet d'un avenant au contrat signé par le résident et ou son représentant légal.

Le projet de vie personnalisé nous guide dans une démarche d'accompagnement personnalisé, puisque chaque personne accueillie a son propre projet. Il suppose donc un accompagnement thérapeutique et social individualisé. Il respecte les habitudes de vie, les goûts et le caractère de chacun. Le recueil de vie s'avère être une source d'information très précieuse pour la qualité de la prise en soin. C'est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. Il est le fruit d'une démarche, d'une dynamique de co-construction d'un projet entre la personne accompagnée, son représentant légal et les équipes professionnelles.

Les animations et les activités proposées s'organisent autour de la vie quotidienne selon les désirs du résident. Cet accompagnement permet de stimuler les fonctions perturbées de la personne, de maintenir ses capacités au travers des actes essentiels de la vie et surtout de donner du sens à sa vie dans l'établissement.

Articulation du projet personnalisé dans l'accompagnement global et le projet d'établissement :



6.1 Le recueil de l'information nécessaire concernant le résident

Un Recueil de Vie (formule rénovée proposée en annexe) est donné au résident et à sa famille par le duo médecin coordonnateur / cadre de santé lors de la visite de préadmission. En les invitant à le remplir et à le retourner le jour de l'entrée du résident dans la structure.

Le psychologue, l'animatrice et les paramédicaux de la structure font le point sur le retour des Recueils de Vie et s'organisent entre eux pour compléter le recueil de ces informations concernant l'histoire de vie de la personne.

Un entretien visant à recueillir des informations complémentaires concernant le résident (par exemple sur la base des éléments apparaissant dans le Recueil de Vie), ainsi que ses attentes et souhaits est ensuite assuré par le même groupe (toujours en coordination). Entretien qui est renouvelé tous les ans, à l'occasion du renouvellement du Projet Personnalisé.

Une évaluation minimale est enfin réalisée dans le cadre de la procédure Projet Personnalisé. Elle comprend un volet cognitif (réalisé par le psychologue) et un volet ergothérapeutique et psychomotricien.

6.2 Les réunions pluridisciplinaires

Elles sont coordonnées par le psychologue et sont le lieu où sont synthétisées l'ensemble des informations provenant du résident et/ou de sa famille (histoire de vie, bilans, attentes et souhaits, ...), l'ensemble des données médicales et des éléments relatifs au quotidien remontés par les personnels présents : soignants des unités de vie, infirmière référente, paramédicaux, animatrice, psychologue, médecin coordonnateur, cadre de santé. L'infirmière référente et le soignant référent portent les observations de l'équipe soignante et le constat de l'équipe soignante sur le résultat des objectifs définis lors du Projet Personnalisé précédent.

La synthèse de tous ces éléments aboutit à la définition des objectifs d'accompagnement, en détaillant les objectifs généraux, les moyens mis en place et la description de l'organisation proposée. Médecin coordonnateur et cadre de santé qui cautionnent la pertinence des objectifs d'accompagnement proposés (sur le plan médical, d'une part, sur le plan de l'organisation du service, d'autre part).

6.3 La validation du Projet de Vie Personnalisé par le résident

Le psychologue retourne ensuite vers le résident, et/ou son représentant légal, et/ou sa famille (selon les capacités du résident à exprimer un avis éclairé, selon ses souhaits et selon les situations). Les objectifs d'accompagnement définis en réunion pluridisciplinaire lui sont présentés, pour discussion et dans le but d'aboutir à un accord. Cet accord obtenu, le résident (et/ou son représentant légal et/ou sa famille) est invité à signer l'Avenant au Contrat de Séjour – Projet d'Etablissement qui reprend ces éléments d'accord.

6.4 La mise en place et le suivi des objectifs d'accompagnement

Chaque professionnel concerné par les objectifs d'accompagnement met en œuvre ceux qui le concernent :

- Le soignant référent veille à la bonne diffusion, au sein de son équipe, des objectifs d'accompagnement qui concernent l'équipe soignante.
- L'infirmière référente et le soignant référent interagissent, les semaines qui suivent, pour le bon suivi des objectifs d'accompagnement. En constatant ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien voire pas du tout, et en les ajustant selon la nécessité.

Au tout début d'une réunion pluridisciplinaire, un point rapide est fait sur les objectifs d'accompagnement définis lors de la réunion précédente.

6.5 L'évaluation des objectifs d'accompagnement

Cette évaluation se fait via :

- La synthèse des interactions entre IDE référente et soignant référent (selon les traces écrites existantes),
- Le point rapide réalisé en réunion pluridisciplinaire quelques semaines après la définition des objectifs d'accompagnement,
- Le point réalisé par l'IDE référente avec son équipe soignante par anticipation de la réunion à venir,

- La synthèse de tous ces éléments en réunion pluridisciplinaire.

7 L'accueil du résident et de sa famille

L'étape de l'accueil, ou de la prise de contact à domicile, est capitale pour la réussite de l'accompagnement de la personne accueillie. Ce temps d'accueil doit être l'occasion de poser les fondements d'une relation bienveillante et de se projeter vers une nouvelle étape de vie et vers un projet de vie personnalisé.

Un premier contact est réalisé soit au niveau de la structure, soit par téléphone avec une description des prestations offertes par l'E.H.P.A.D., par l'agent d'accueil ou de préférence par la cadre de santé, une visite de la résidence peut alors être réalisée.

Le dossier d'accompagnement gérontologique est remis ou envoyé avec une partie administrative, le certificat médical à faire remplir par le médecin traitant, les tarifs, les valeurs de la résidence, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil, ... Les familles peuvent être accompagnées pour compléter le dossier et effectuer les démarches administratives. Une assistante sociale est également disponible pour les demandes d'aide sociale.

7.1 La visite de pré-admission

Elle a lieu au domicile du résident ou sur le lieu d'hébergement ou d'hospitalisation. Elle est réalisée par le médecin coordonnateur et la cadre de santé de l'établissement. Elle nous permet de faire connaissance avec la personne et sa famille, de connaître son parcours et ses volontés, d'envisager son avenir au sein de la structure. Une évaluation de l'autonomie de la personne est réalisée, avec une mise à jour des antécédents médicaux.

Des précisions sur l'organisation, le fonctionnement de la résidence et l'accompagnement des personnes accueillies lui sont apportées. C'est aussi l'occasion de mettre en avant le respect du rythme de vie des résidents, de leur intimité, de leur sécurité et de leur libre choix. Pour cela, un recueil de vie est laissé à la personne afin qu'elle puisse le remplir calmement avec sa famille et nous le ramener le jour de son admission, ceci afin de mieux la connaître et de personnaliser l'accompagnement.

Une visite de l'établissement est proposée. Si celle-ci n'est pas possible, le livret d'accueil contenant des photos de la résidence est présenté à la personne pour se familiariser avec les lieux.

7.2 La personnalisation de l'admission

L'arrivée au sein de la résidence constitue un moment important dans la vie de la personne. C'est une phase particulièrement délicate, marquée à des degrés divers par la séparation, le renoncement, l'incertitude. Un temps d'adaptation est nécessaire. La personne accueillie doit s'habituer à son nouveau lieu de vie et apprendre à vivre en collectivité, même si nous veillons tout particulièrement à mettre en place un accompagnement individuel au sein d'un lieu de vie collectif bien souvent source d'angoisse et d'anxiété.

Notre priorité est d'accompagner la personne dans les gestes de la vie quotidienne, avec une écoute bienveillante et rassurante. L'arrivée de la personne est attendue :

- La cadre de santé informe l'équipe pluridisciplinaire des particularités de la prise en soin à mettre en place à la suite du recueil de données réalisé lors de la visite de pré-admission (matériel spécifique, texture des plats et ou régime particulier, ...)
- Le résident et/ou la famille est reçue avant le jour de l'entrée pour finaliser le dossier administratif et visiter la résidence.

Un soignant référent est identifié au sein de l'unité de vie du résident pour veiller au bon déroulement de son arrivée :

- Il est l'interlocuteur privilégié tout au long du séjour du résident,
- Il veille à la bonne diffusion des habitudes de vie de la personne, fait remonter ses souhaits en termes de prise en soin et de projet de vie personnalisé,
- Il reste vigilant et aide à la création de repères spatio-temporels et relationnels/affectifs, particulièrement importants les premiers jours pour que la personne soit rassurée sur le maintien de son identité, et pour ne pas accroître le risque de perte d'autonomie.

Dans la semaine qui suit l'accueil du résident, un rendez-vous avec la directrice est planifié. Il permet à la personne accueillie et à sa famille d'obtenir des compléments d'informations sur le projet d'établissement et son fonctionnement. Le Conseil de la Vie Sociale est présenté avec notamment sa composition ainsi que ses attributions.

Les différents professionnels de la résidence restent attentifs aux éventuels changements de comportement pouvant être révélateurs de difficultés d'adaptation au nouveau lieu de vie. Ils communiquent avec la personne et l'accompagnent au mieux en respectant son rythme de vie et d'adaptation.

7.3 L'accueil le jour J

- Le rendez-vous est fixé en début d'après-midi si possible afin de permettre à l'équipe soignante d'être plus disponible pour accueillir le résident et sa famille,
- L'I.D.E. et un membre de l'unité concernée sont prévenus par l'accueil dès l'arrivée de la personne âgée, et chacun se présente individuellement à la personne âgée ainsi qu'aux accompagnants,
- Une soignante accompagne le résident dans sa chambre et propose son aide pour l'installation, elle en profite pour discuter avec celui-ci et sa famille de ses habitudes de vie, goûts et dégoûts, rythme de sommeil, ...
- Le résident est présenté, s'il le souhaite, à l'ensemble des personnes accueillies au sein de l'unité de vie au moment de la collation,
- L'I.D.E. rencontre en entretien la personne accueillie et la famille pour les formalités administratives (les préférences paramédicales telles que le choix du lieu d'hospitalisation, de la pharmacie, du médecin, du kiné, orthophoniste si besoin ...), prépare le dossier de soins infirmiers avec le plan de soins individualisés, puis assure la transmission de toutes ces informations.
- L'animatrice offre un coffret hygiène et bien être au résident comme signe de bienvenue, elle le présente au reste des personnes accueillies le lendemain midi au restaurant et lui propose de visiter la résidence pour mieux se familiariser avec les locaux quand elle le désire.

8 La vie au quotidien

8.1 L'hôtellerie

8.1.1 Le service de restauration

La résidence propose 4 repas par jours : petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner, avec la possibilité de choisir un menu à la carte le midi et de suppléer par du fromage le menu établit le soir.

Le repas du midi est pris en salle de restaurant principale, sauf si l'état de santé du résident justifie qu'il soit pris dans l'unité de vie ou en chambre (avis médical du médecin coordonnateur et/ou du Cadre de Santé). En ce qui concerne le petit déjeuner, le libre choix est laissé au résident. Le goûter est servi en chambre, dans la salle à manger de l'unité ou pendant l'animation suivant les activités prévues dans la journée.

Les résidents peuvent inviter leur famille à venir partager leur repas du midi, il suffit de prévenir l'accueil de la résidence 72h à l'avance. Les repas des invités relèvent d'une facturation particulière dont les prix sont consultables sur le site internet ou sur l'annexe au prix de journée du contrat de séjour. Une salle à manger privée peut être mise à votre disposition sur simple demande.

Les menus sont affichés à la semaine dans la salle de restaurant et dans chaque unité de vie, et sont proposés aux résidents une semaine à l'avance afin qu'ils puissent choisir leurs plats.

La préparation des repas est entièrement réalisée sur place et ils sont servis en liaison chaude. Les menus sont établis sur 4 semaines et respectent les principes de l'équilibre nutritionnel des personnes âgées. Ils tiennent également compte des habitudes alimentaires locales et des produits disponibles selon les saisons. Les plats sont essentiellement réalisés à partir de produits frais.

La résidence a mis en place et applique la méthode HACCP dont le but est de prévenir les risques sanitaires liés à la restauration collective pour cela un plan de maîtrise sanitaire a été réalisé et évolue régulièrement selon la vie de l'établissement.

8.1.2 La commission restauration

Elle a pour but de permettre aux résidents et aux représentants du personnel de s'exprimer sur la qualité et la quantité de l'alimentation. Elle analyse les menus proposés en tenant compte de la satisfaction, des besoins, des goûts des résidents, de l'équilibre nutritionnel, des textures alimentaires et de la faisabilité de réalisation de la cuisine et des possibilités financières de la résidence.

Elle permet de mettre en place une démarche qualité autour de la prestation restauration et d'établir une communication entre les résidents, les équipes soignantes, le personnel hôtelier et le personnel de cuisine.

Elle se réunit tous les mois et se compose de résidents, de l'animatrice, de la directrice, de l'agent d'accueil, d'un cuisinier, d'une infirmière référente, d'une aide-soignante et d'un agent de la comptabilité responsable des commandes alimentaires.

8.1.3 L'entretien du linge

Depuis l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 de la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, la résidence a fait le choix de maintenir la prestation linge à titre gracieux afin de ne pas impacter le prix de journée pour les personnes accueillies.

La prestation linge est externalisée par l'intermédiaire de deux sociétés :

- Une pour la fourniture et l'entretien du linge plat (draps, serviettes éponges, gants de toilette, serviette de table),
- Une seconde pour l'entretien du linge personnel du résident. L'inventaire du trousseau sera fait à l'entrée en présence de la famille. En cas de litige avec un défaut d'entretien par la société, la résidence dégage sa responsabilité et fait le lien avec le prestataire pour qu'il puisse gérer le litige avec le résident et sa famille.

8.1.4 L'entretien du cadre de vie du résident

L'entretien du cadre de vie est réalisé par le personnel de la résidence avec l'accord du résident au rythme d'une fois semaine voir plus selon l'état de salissure ou protocole particulier selon le risque infectieux.

8.2 L'animation

8.2.1 Le projet animation

L'animation est l'affaire de tous, c'est un travail d'équipe, chaque professionnel amènera par ses compétences propre sa touche personnelle privilégiant ainsi la diversité dans les activités proposées. L'animateur étant là pour coordonner les différents acteurs et veiller au respect de la démarche.

Les projets de vie personnalisés permettent à l'équipe de repérer les goûts et envies du résident, notamment en termes d'activités, mais aussi d'obtenir des informations plus personnelles sur son histoire de vie (métier exercé, faits marquants positifs, négatifs...) ceci afin de connaître au mieux la personne accueillie et de répondre favorablement à ses attentes.

8.2.1.1 Les objectifs de l'animation

- Maintenir la socialisation de la personne âgée

L'entrée en résidence peut être difficile à accepter par les résidents. Certains peuvent se renfermer sur eux-mêmes et s'isoler. Le rôle du personnel sera donc de faciliter l'intégration de nos aînés à travers la pratique collective d'activités récréatives, artistiques, culturelles et sociales. En ce sens, des ateliers sont proposés chaque jour en individuel ou en collectif. Ils permettent de créer un climat de confiance et d'entente et suscitent ainsi des discussions et des échanges entre chacun.

- Lutter contre l'isolement

Cet objectif est important pour ne pas délaissier nos aînés. Ainsi, les clubs de la ville, la médiathèque, l'école de musique, les rencontres intergénérationnelles participent à cet objectif. Des fréquences de rencontres ont été planifiées pour permettre aux résidents de se repérer au mieux. Ils constatent ainsi que le fait de « vieillir » ne suscite pas l'abandon et que des solutions sont trouvées pour faire vivre la résidence par le biais d'activités ludiques.

- Participation à la vie de l'établissement

Il semble important de faire participer les résidents à la vie de la résidence afin qu'ils se sentent « chez eux ». Au quotidien, cela peut se faire par le biais de la décoration des tables pour les repas, de pliage de serviettes, la mise en place du couvert, la connaissance et choix des menus, l'aide à la préparation et au service du café, les ateliers cuisine, l'épluchage des légumes...

- Donner des repères dans le temps

Il est essentiel de donner des repères dans le temps aux résidents. Notamment en indiquant sur un panneau d'affichage aux différents lieux de vie, la date du jour ainsi que la fête associée. La confection d'un calendrier, le rappel des jours fériés, l'annonce du programme de la journée, la lecture du journal permettront aux résidents de se donner des repères et de se tenir informer de l'actualité.

- Maintenir les capacités

En collaboration avec l'équipe soignante et les éducateurs, des ateliers de gymnastique douce, d'équilibre et de prévention des chutes sont mis en place. Les résidents effectueront des mouvements simples afin de permettre un entretien des capacités physiques. Des parcours d'obstacles, des jeux d'adresse (échanges de balles, jeux de quilles, bâtons...) faciliteront l'approche de l'activité physique et des mouvements de manière ludique.

- Maintenir les capacités intellectuelles

Le maintien des capacités intellectuelles, sans dévalorisation ni de mise en échec, est primordial. Cela se traduit par des jeux de mémoires, des groupes de parole sur des thèmes choisis, des ateliers de lecture et d'écriture...

- Les sorties

En lien direct avec les objectifs précités, les sorties sont indispensables pour entretenir le lien social avec l'extérieur. Ainsi des sorties cinéma, restaurant, marché, magasins, séjour à la mer, échanges avec d'autres EHPAD sont proposées.

8.2.1.2 Le rôle de l'animateur

Le poste d'animateur au sein de la résidence est indispensable, il est un relais formidable entre le résident et l'équipe pluridisciplinaire, les familles et les bénévoles. Il planifie, organise développe les activités, ateliers et animations au quotidien dans une dimension conviviale et chaleureuse en individuel et en collectif. Chaque atelier nécessite la création d'une fiche projet pour mettre en avant les objectifs ciblés, les personnes concernées ainsi que l'évaluation de l'activité afin d'envisager les éventuels ajustements.

Les animations sont proposées dans le but d'épanouir et d'amuser les résidents sans jugements de valeur quant à leurs capacités physiques et ou mentales. Les activités et ateliers sont régulièrement proposés aux résidents répondant au maximum à leurs envies et attentes. En aucun cas, les activités sont imposées. Seul, le résident choisit l'activité qui lui convient le mieux car l'essentiel est de garder la notion de plaisir et de partage.

8.2.1.3 Les projets culturels

La résidence souhaite associer les partenaires financiers aux projets culturels menés. Le Conseil Départemental du Nord dans le cadre de la politique départementale de développement d'actions culturelles dans les E.H.P.A.D. et le C.C.A.S de la commune ont ainsi participé aux différents projets artistiques et culturels. Le but étant de valoriser les capacités des aînés accueillis en établissement et de changer les idées reçues bien souvent négative de la vie en institution.

La résidence a travaillé sur trois années successives avec les jeunes du Centre d'Education Renforcé Alter Egaux, les bénévoles de la commune et les résidents des différents établissements du Comité des Ages.

La 1^{ère} année, confection d'une fresque sur le thème du jardin souvenir avec des objets symbolisant l'histoire de vie, les souvenirs, les passions et goûts de chacun. Ceux-ci ont ensuite été déclinés dans le jardin de la résidence.

La 2nd, une représentation théâtrale, le projet s'est décliné en plusieurs ateliers : écriture, théâtre, décor/scénographie et vidéo.

La 3^{ème} année, support théâtral, la vidéo et la réalisation des décors autour de la thématique du cabaret.

8.2.1.4 L'ouverture sur l'extérieur

La volonté de la résidence est de travailler en partenariat avec la municipalité de Trith Saint Léger et des environs. Pour ce faire, les écoles et les associations locales ont été contactées afin d'établir des projets d'animation en accord avec le projet d'établissement. Le but étant de faire de la résidence un lieu d'accueil, de convivialité et de partage avec les différents acteurs de la commune. Des liens et des échanges se sont établis avec : la médiathèque, le club de la bibliothèque, avec les amateurs de belote et de jeux de société, les écoles primaires pour les chants chorale et d'ateliers culinaires, les centres aérés pour les kermesses, le club féminin pour les après-midis tricot, le club de pêche, ...

Les familles sont également associées aux activités et sorties. Leurs savoir-faire et compétences peuvent être utiles afin de proposer un maximum d'activités diverses et variées.

8.2.1.5 Le partenariat avec le réseau des animateurs du Valenciennois

Le R.A.V. (Réseau d'Animateurs du Valenciennois) a été créé depuis 2013. Il réunit les structures hospitalières, privées et publiques exerçant dans le domaine médico-social. Le but de ce réseau est de promouvoir l'animation sociale et culturelle dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Ainsi des rencontres entre animateurs sont organisées afin d'échanger des savoirs, des compétences et des informations en lien avec l'animation. Des projets communs sont aussi réalisés : défilé de chapeaux, échanges entre structures autour de jeux de société, loto, tournoi de belote...

8.2.2 Les activités et ateliers

Les activités sont proposées aux résidents et planifiées au mois. Une analyse de la satisfaction des animations est réalisée avec les résidents et les ajustements sont faits en conséquence. Le but étant de proposer un maximum d'activités variées pour faire plaisir à tout le monde. L'animatrice réalise un travail de collaboration avec les soignants des unités, mais aussi l'ergothérapeute et le psychomotricien.

Toutes les saisons sont propices aux sorties, c'est l'occasion de permettre aux résidents de se changer les idées, et de s'ouvrir aux autres et de maintenir un lien social. Chaque année de nombreuses sorties sont réalisées. Ces sorties nécessitent la mobilisation de nombreux agents pour que ces dernières se déroulent avec le maximum de sécurité, même si le risque zéro n'existe pas. Ex : Voyage à la mer, le marché de Noël, les ateliers de lecture et cinéma, les restaurants, les pièces de théâtre, le marché, les échanges avec les résidents des résidences « La Relaiance », « Yokoso », « Harmonie » et « Les Heures Claires » « Musmeaux » autour de chants, loto, thé dansant repas festif barbecue, la balnéothérapie, les séances de relaxation en salle snoezelen, les ateliers poterie, les promenades le long du canal de l'Escaut, le cirque, le bowling, le zoo, ...

Les bénévoles sont présents autant que possible pour faire profiter les résidents d'après-midi festives avec notamment Félix et Edith chanteurs (une fois par trimestre), et la mise en place de la chorale avec les familles.

Les festivités de fêtes des mères et des pères, la semaine bleue et de fin d'années sont mises à l'honneur avec les repas festifs et l'intervention de prestataires pour offrir un spectacle musical et dansant pour les résidents. Des buffets sont réalisés également pour les réveillons, afin que chaque résident puisse partager ce moment de fête en famille.

Les anniversaires sont fêtés le jour J et un repas festif avec une animation est organisée tous deux mois pour regrouper les anniversaires avec la remise du cadeau.

8.2.3 La commission animation

La commission animation est un temps d'échange et de partage qui a pour but d'organiser « ENSEMBLE » les activités et les sorties. L'animatrice, les acteurs de l'animation au sein de la résidence, les usagers, les bénévoles et les familles en font partie. Elle se réunit une fois par trimestre.

Les thématiques abordées sont :

- L'évaluation des activités réalisées : les points positifs et les axes d'amélioration,
- Les propositions des activités futures en fonction des souhaits des résidents,
- Echanger sur les moments festifs (fêtes des pères et des mères, fête de l'été, repas à thème, Noël...) : choix des décorations, de l'animation

- Les projets en cours et à venir,
- L'intervention des bénévoles,
- Les partenariats (associations, école, médiathèque, centre de loisirs...)
- Les prestataires extérieurs,
- Le recueil des données des enquêtes de satisfaction et leur analyse

La commission animation a donc pour objectif principal de prendre en compte les choix du résident, mais aussi de faire participer celui-ci à l'élaboration des plannings d'animations en les validant lors de la commission.

8.3 La Vie Sociale

8.3.1 Le Conseil de la Vie Sociale

Institué par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et concrétisé par le Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au C.V.S.

Le Conseil de la Vie Sociale est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'usager. Il est également un lieu d'écoute très important, ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des usagers. Il convient aussi de souligner que le conseil est une instance collégiale qui doit donc impérativement fonctionner de manière démocratique.

Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service et notamment sur : l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants, les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge...

Ces réunions permettent aux résidents et aux familles d'énoncer et d'expliquer les demandes des groupes qu'ils représentent. Lors du conseil, ces questions font l'objet de débat. L'ordre du jour est arrêté par la présidente qui est une personne accueillie dans l'établissement, dans un premier temps les points évoqués lors du précédent conseil sont traités pour évaluer les réalisations le cas échéant. Dans un second temps, les points à l'ordre du jour sont évoqués et débattus.

Le C.V.S. se réunit en général 3 fois par an. Les membres du conseil sont :

- Une Présidente, représentante des résidents,
- Une Vice-Présidente, représentante des familles,
- Le collège des résidents,
- Le collège des familles,
- Les représentants du personnel,
- Les représentants de l'organisme gestionnaire.

8.3.2 La place des familles

Les familles et les proches font partie intégrante du projet d'établissement. Leur présence est un facteur essentiel au bien-être du résident. La résidence doit tout mettre en œuvre afin de maintenir, favoriser, voir développer, la solidarité familiale et les liens intergénérationnels.

Même si l'entrée en institution constitue souvent un moment de rupture entre la personne et son entourage, le maintien des relations préalablement entretenues est nécessaire à l'épanouissement du résident. La reconnaissance de la place et l'implication des proches connaît un réel développement. L'aide aux aidants, le droit au répit, l'expression des usagers, le droit au maintien d'une vue de famille dans l'établissement, le substitut du domicile sont des objectifs sans cesse réaffirmés.

Les familles des résidents occupent une place grandissante dans la vie institutionnelle. Aussi les changements culturels, économiques et sociologiques qui ont bouleversé l'institution familiale ne sont pas sans conséquence sur le fonctionnement quotidien de la résidence. En effet, ces nouveaux comportements se traduisent par de nombreuses sollicitations des familles qui expriment des attentes particulières au vu de leurs vécus, de leurs intérêts pour l'institution ou de leurs relations avec le parent âgé.

Les professionnels d'accompagnement et ou d'encadrement sont régulièrement interpellés sur différents problèmes pour lesquels, les familles attendent une solution. Pour autant, face à la singularité des situations individuelles et familiales, il n'existe pas une solution miracle, prédéterminée sur laquelle l'équipe pluridisciplinaire et la direction pourraient se fonder et s'appuyer.

Il s'avère parfois difficile de trouver un juste équilibre entre d'une part, l'intégration des familles et d'autre part, le nécessaire fonctionnement de l'établissement et la préservation des droits des résidents. C'est pourquoi, les capacités d'écoute, de réflexion et d'adaptation sont primordiales afin d'inscrire l'intégration des familles et des proches des résidents dans une démarche partenariale et constructive.

8.3.3 L'intervention des bénévoles

Les bénévoles interviennent au sein de la résidence après s'être entretenu avec la directrice et l'animatrice. Ils exposent leurs motivations, leurs expériences auprès des personnes âgées et nous discutons de leurs possibles interventions. Le projet d'établissement leur est présenté et une visite de la résidence est faite. Les bénévoles doivent adhérer au projet et aux valeurs du Comité de SAGES. Une charte de bénévolat est alors signée pour formaliser le partenariat, l'engagement moral du bénévole à respecter quelques règles au sein de la résidence et envers les résidents.

Les bénévoles ne doivent pas se substituer au personnel de la structure et ni intervenir dans le domaine médical, paramédical et administratif. Leur rôle est de donner un peu de leur temps et d'assurer une présence auprès des résidents qui le souhaitent contribuer à leur bien-être, sans contrepartie financière ou matérielle. Ils doivent accepter de coopérer avec le personnel et les familles pour répondre aux besoins et aux attentes des résidents, dans une logique de complémentarité.

9 Le Projet de Soins

9.1 Les outils de communication et de transmission de l'information

9.1.1 Les transmissions écrites et orales des équipes soignantes

Les transmissions écrites et orales entre professionnels de santé sont des actes essentiels et indispensables à la qualité et à la sécurité de l'accompagnement du résident. Elles se caractérisent par l'ensemble des moyens destinés à faire passer une information entre les différents membres de l'équipe soignante afin d'assurer la continuité des soins.

Les transmissions écrites permettent de retranscrire par écrit les informations importantes en laissant une trace afin d'assurer le suivi de celles-ci. Les transmissions orales développent les interactions directes au sein de l'équipe et favorisent les échanges de pratiques.

9.1.2 Le dossier de soins informatisé Cédi'Acte

Le dossier de soins est défini comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devra être établi avec la personne soignée.

C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec le résident. Il permet de tracer l'accompagnement de la personne accueillie durant toute la durée de son séjour. Il contient des informations spécifiques à la pratique soignante. Ce dossier a pour but d'améliorer la qualité des soins (efficacité, continuité, sécurité) et l'organisation des soins.

Il comprend le plus souvent un volet administratif et de gestion des séjours, un volet médical, un volet social et enfin, des outils statistiques sur tous ces domaines.

L'informatisation du dossier du résident permet :

- Le recueil centralisé de toutes les informations le concernant,
- La traçabilité écrite de toutes les informations et actions conduites auprès du résident,
- La coordination des soins,
- Une prise en charge globale et un accompagnement personnalisé,
- Un archivage sécurisé des données,
- L'évaluation Aggir et Pathos intégrée.

L'informatisation du dossier devient un formidable outil d'analyse de l'activité et des diverses données qui peuvent aider le directeur, le médecin coordonnateur ou l'infirmière référente dans le cadre du pilotage du projet d'établissement et, plus particulièrement, du projet de soins.

9.1.3 Le dossier de soin individuel papier

Il s'avère indispensable de garder une trace papier du dossier de soin individualisé par le biais de Dossier de Liaison d'Urgence en cas de problème informatique avec la nécessité d'hospitaliser un résident en urgence. Le dossier papier reste la meilleure arme pour gérer la situation. Toutefois, pour cela il est impératif de veiller à ce que celui-ci soit tenu à jour selon l'évolution des pathologies du résident.

9.1.4 Les réunions d'unité

Elles ont lieu au rythme de 2 à 3 fois par an selon les besoins. Animées par l'infirmière référente de l'unité et la cadre de santé, elles permettent de regrouper l'intégralité de l'équipe. Ce faisant, elle sert à diffuser les informations utiles à tous les membres de l'équipe de façon simultanée ou à traiter collectivement des situations complexes qui nécessitent un regard pluridisciplinaire concernant l'accompagnement des résidents. Elles permettent de confronter les points de vue de chacun et de se positionner sur une posture commune validée par la cadre de santé.

C'est le moment également de redynamiser les équipes, de les motiver, d'entendre leurs points de vue et leurs propositions en lien avec l'organisation de l'unité pour être la plus efficace possible, de faciliter les échanges et de créer un esprit d'équipe.

9.1.5 Les comptes rendus de réunions

Ils sont en général réalisés par l'infirmière référente du service et validée par la directrice. Ils permettent d'acter la tenue de la réunion et de lister les participants. Ils ont pour but d'être diffusés au sein de l'unité et de servir

de support aux absents. Ce document de référence sert à garder une trace écrite des décisions formulées et validées et de les conserver.

9.2 L'inscription de la résidence dans une dynamique de réseaux et de partenariats

L'établissement s'inscrit dans un partenariat avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) des communes environnantes, la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA), ainsi que le réseau de soins gériatriques Repér'Age de Valenciennes.

L'EHPAD travaille en partenariat avec les structures hospitalières environnantes par le biais de la filière gériatrique avec le Groupement de Coopération Sanitaire du Valenciennois, donnant un accès conventionné aux établissements du secteur permettant une hospitalisation directe dans un service sans passer par les urgences pour une prise en charge rapide, un accès à des consultations spécialisées, des hospitalisations programmées en Court séjour Gériatrique, des modalités de transfert vers des Unités d'Hébergement Renforcé, les Unités Cognitivo Comportementale, des échanges d'informations.

Un EHPAD n'est pas un établissement sanitaire et les résidents dont l'accompagnement médical et ou psychologique s'avère trop délicat doivent être transférés vers un établissement adéquat, librement choisi, dans la mesure du possible, par le résident ou son entourage. Cependant, en dehors des situations aiguës, il est possible de faire appel à l'Equipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD, ainsi qu'à l'Hospitalisation A Domicile voir même l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Continus afin d'éviter les hospitalisations et de réajuster les traitements afin d'améliorer le bien-être des résidents.

9.3 La promotion de l'autonomie et de la santé

9.3.1 Le maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne

L'autonomie est la capacité à accomplir seul les actes essentiels de la vie et à assurer sans aide la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Les personnes accueillies au sein de la résidence présentent à différents degrés une perte d'autonomie qui se caractérise par des difficultés, voire une incapacité, à réaliser seul certains actes essentiels : se lever, s'habiller, se coucher, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer, se divertir, ... L'équipe soignante est présente pour les accompagner, les stimuler et si besoin faire avec eux et pour eux. Elle veille à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne et lui apporte un soutien psychologique.

9.3.2 La prévention et la prise en soins des troubles de l'incontinence

Les troubles de l'incontinence touche en 2022 plus de 96 % des résidents à différents niveaux. Pour 73 % il s'agit d'une incontinence totale et pour 27 % une incontinence partielle. Cette pathologie aux causes multiples peut engendrer des répercussions sur l'image de soi et sur la vie sociale à type de repli sur soi et d'isolement, mais aussi physique avec le risque de chute.

Les troubles urinaires peuvent être très invalidants. Pour cela à l'admission, le médecin coordonnateur en équipe, évalue les troubles en place et un protocole spécifique de prise en soins est établi avec notamment : le type d'incontinence, le type de produit adapté en termes de taille et d'absorption, la fréquence des changes et des stimulations par la mise aux toilettes.

9.3.3 Le dépistage des troubles visuels, auditifs et dentaires

La moyenne d'âge des personnes accueillies au sein de la résidence est de 86,5 ans à leur arrivée, avec bien souvent des troubles visuels, auditifs et dentaires installés et +/- traités aux vues du niveau de dépendance et de

l'accessibilité aux soins. Les répercussions sur la vie quotidienne de ses troubles non traités sont multiples et interagissent sur les plans de la nutrition, de la vie sociale, de la mobilité, de la perception douloureuse, du risque infectieux, et sur le moral ...

Ainsi, nous avons mis en place un partenariat avec un opticien du secteur qui se déplace gratuitement plusieurs fois par an pour réaliser un dépistage visuel et auditif avec un camion équipé.

Un partenariat va également voir le jour avec le Centre Hospitalier de Valenciennes par le développement d'un Buccobus au 1^{er} trimestre 2023 pour assurer des prestations d'odontologie, de diagnostic et de soins ce qui est un énorme progrès car il s'avère très compliqué de transporter les résidents chez les dentistes car l'accès au cabinet et aux appareils n'est pas toujours évident pour les personnes à mobilités réduites.

9.3.4 La lutte contre les infections

La lutte contre les infections visent à protéger les personnes vulnérables. Elle est mise en place dans le cadre du suivi médical mensuel réalisé par les médecins traitants libéraux en lien avec les antécédents et pathologies du résident.

Au quotidien, le personnel soignant reste attentif aux signes d'alerte et aux verbalisations de la personne pouvant évoquer un problème infectieux. Les données sont alors collectées par l'infirmière qui interpellera le médecin traitant et ou si besoin le médecin coordonnateur afin de prescrire les examens nécessaires pour établir le diagnostic et la mise en place d'un traitement. Les points de vigilance particuliers sont notamment : les signes de dénutrition, les troubles de déglutition, les préventions d'escarres, l'hygiène corporelle et dentaire, ...

Elle passe irrémédiablement par la mise en place et le respect des mesures d'hygiène par le personnel, lors des soins d'hygiène, lors de l'aide au repas, mais également lors de l'entretien du cadre de vie du résident et la désinfection du matériel, ceci afin de prévenir les infections nosocomiales. Dans ce sens un partenariat avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CLIN est mis en place avec des interactions et formations régulières.

Le médecin coordonnateur a établi dans ce sens des protocoles stricts et spécifiques à respecter en cas d'infection et ou d'épidémie. Ceux-ci sont diffusés et expliqués aux équipes à chaque mise en place.

Enfin il est impératif d'inciter le personnel et les résidents chaque année à se faire vacciner contre la grippe.

9.3.5 Prévention de l'altération cutanée

Du fait d'un manque de mobilité et de périodes d'immobilisation prolongées, les personnes âgées ou dépendantes peuvent développer notamment des escarres, des lésions nécrosantes de la peau plus ou moins profondes, affectant notamment les points de pression : talon, sacrum, omoplate... Mais au-delà des facteurs mécaniques et extrinsèques, de nombreux autres facteurs intrinsèques à la personne âgée peuvent favoriser la survenue d'escarres : la dégradation de l'état général, la dénutrition, le diabète, la fragilité de la peau, les troubles cardiovasculaires, les démences ou des troubles de la conscience, de la sensibilité, etc.

Au cours de l'année 2021, seul 7 résidents, soit 9 % des personnes accueillies sur l'année ont développé une escarre. (30 % au sein de l'EHPAD, 30 % durant une hospitalisation et 40 % dans une situation de soins palliatifs terminaux). Le personnel soignant est sensibilisé et très actifs pour prévenir et dépister les personnes à risque. C'est un travail d'équipe car tous les corps de métiers sont sollicités.

L'observation lors des soins corporels est primordiale afin d'agir rapidement sur le plan cutané pour les escarres, mais également pour les autres affections cutanées à type de mycose, de démangeaison, de sécheresse, ...

9.4 La promotion de la bientraitance

Le travail en milieu gériatrique, parmi des résidents présentant des affections chroniques, des situations palliatives et des troubles cognitifs sévères, entraîne une pénibilité susceptible d'influer sur les équipes. Celles-ci peuvent l'exprimer au moment de transmissions, ou lors des PVP moment propice pour évoquer les difficultés que peuvent rencontrer les soignants dans l'accompagnement spécifique des résidents avec l'appui du psychologue et ou des infirmières, de la cadre de santé et du médecin. Le psychologue passe régulièrement dans les équipes, leurs permettant ainsi d'échanger facilement avec lui, soit pour des difficultés individuelles, soit pour des problèmes concernant toute l'équipe.

Un temps d'échanges à destination des familles des résidents a été mis en place. Il se veut convivial et bienveillant, permettant aux familles d'échanger entre elles leurs expériences, leurs vécus, leurs difficultés. Il permet d'interagir avec le psychologue de l'établissement, sur les principes et valeurs qui prévalent à l'accompagnement des résidents au quotidien. C'est aussi l'occasion de poser des questions et d'obtenir des éclairages sur les sujets qui touchent à la dépendance, l'avancée en âge, les maladies dites « d'Alzheimer et apparentées », ... Ces « temps » ont vocation à se tenir au rythme de 5 par an.

9.5 Les prises en soins spécifiques

Elles sont accés principalement sur les thématiques des groupes de réflexion du projet de l'établissement.

9.5.1 Les troubles nutritionnels et de déglutition

9.5.1.1 Les troubles de la déglutition

La dysphagie touche souvent les personnes âgées, mais également les résidents atteints d'AVC ou de maladies neurovégétatives. Un bilan orthophonique sur prescription médicale peut être réalisé pour dépister le risque de fausses routes et permettre d'ajuster la prise en soins et l'alimentation en conséquence.

La stimulation par le pétillant, le gazeux, l'acidité, la température (chaude ou froide) a une incidence sur la performance de la déglutition et permet de diminuer les fausses routes. Plus la température du liquide est froide, les goûts prononcés, les odeurs marquées, plus la déglutition sera rapide et forte.

L'épaississement des liquides permet de ralentir la vitesse d'écoulement dans la gorge (pour laisser le temps au larynx de se fermer), tout en stimulant également le réflexe de déglutition par le goût.

La stimulation et le ralentissement ont des effets sur la qualité et la performance de la déglutition permettant ainsi de diminuer ou d'éviter les fausse-route. L'adaptation de la posture et de l'environnement calme et apaisant est également bénéfique.

Les aliments offrant une texture adaptée constituent également une solution pour faciliter et sécuriser l'alimentation des personnes souffrant de dysphagie.

9.5.1.2 Les textures modifiées

L'alimentation doit rester un plaisir, un moment de partage et d'échange. Elle fait partie intégrante du parcours de soin des personnes âgées. Une attention toute particulière lui est donnée lorsqu'une modification de régime ou de texture est nécessaire. Elle peut être transitoire, temporaire ou définitive en fonction des cas. Celle-ci peut évoluer dans le temps en fonction des capacités de déglutition et de mastication, c'est pourquoi un suivi régulier est recommandé afin de surveiller et d'adapter la texture au fil du temps.

Une attention toute particulière sur l'aspect visuel du repas sera également importante afin de stimuler la prise alimentaire en jouant sur les formes et les couleurs. Il sera possible d'agrémenter les plats avec des aromates et épices afin de varier les goûts et donner envie de nos aînés. L'alimentation a une place centrale dans la recherche du bien-être et rayonne sur l'ensemble des besoins fondamentaux. Une attention particulière est donnée à la variété des menus et aux souhaits des personnes accueillies.

Une restauration de qualité est un axe important de satisfaction pour les familles et les résidents. Elle doit tenir compte à la fois des goûts, des habitudes et des contraintes de chacun. Cette personnalisation des repas est par conséquent un enjeu majeur pour les établissements.

La texture mixée correspond à une texture lisse sans morceaux. Elle est obtenue à partir des aliments constituant le repas (viande, poisson, légumes, fruits, ...). A partir de ces aliments préalablement mixés, on rajoute des constituants permettant de maintenir le produit stable et onctueux : crème, œufs, gélifiant, purée de pommes de terre, ... Ainsi l'ensemble du repas peut être adapté et présenté sous forme mixée.

Les textures hachées et mixées nécessitent de respecter les bonnes pratiques en matière d'hygiène alimentaire. Les cuisiniers doivent donc être formés à la fois à ces règles et aux techniques culinaires. C'est pourquoi nous faisons appel à une diététicienne pour :

- Initier les cuisiniers et les équipes soignantes aux textures modifiées,
- Veiller aux respects de l'équilibre alimentaire,
- Répondre aux besoins nutritionnels spécifiques des résidents et ainsi lutter contre les risques de dénutrition.

9.5.1.3 Lutte contre la dénutrition et la déshydratation

Lors de l'admission du résident, un temps est consacré au recueil des habitudes et préférences alimentaires. L'équipe est attentive aux signes d'alerte, notamment une perte de poids récente ou progressive depuis plusieurs mois, le refus alimentaire ou hydrique, les problèmes buccodentaires, un état dépressif, fatigue inhabituelle, confusion, chute, ... Le médecin coordonnateur peut alors réaliser un test de dépistage appelé MNA pour évaluer l'état nutritionnel de la personne ainsi qu'un bilan sanguin afin de décider de l'intérêt de mettre en place des compléments alimentaires et ou d'enrichir l'alimentation par le biais de protéine (poudre de lait, galet hyper-protéiné, fromage, poudre d'amande, ...

Des fiches de suivi alimentaire et hydrique peuvent être mise en place afin d'évaluer les quantités absorbées au quotidien et d'adapter la prise en soin en conséquence (aide et stimulation au repas et à l'hydratation, prescription d'une réhydratation par perfusion sous cutanée ou intraveineuse selon les résultats du bilan sanguin, fractionnement des repas, collations, ...). Des préventions d'escarres et des soins de bouches peuvent éviter l'apparition de complications.

9.5.2 Les troubles cognitifs et de comportements

9.5.2.1 Prévention et dépistage précoce de la détérioration intellectuelle

Les fonctions cognitives et les capacités mnésiques d'un nouveau résident sont évaluées dans les semaines qui suivent son arrivée. Le médecin coordonnateur ou le psychologue réalise un MMS afin de dépister les troubles débutants et d'envisager une prise en soin rapide des troubles. Ce test est renouvelé une fois par an. Selon le résultat, ce test peut être complété par un bilan biologique, une imagerie cérébrale et une évaluation neuropsychologique. L'interrogatoire de l'entourage est une étape primordiale pour établir les modes d'installation et d'évolution des déficits et leur retentissement sur la vie quotidienne avant l'admission.

La démence est une détérioration globale des fonctions cognitives, d'installation progressive, ayant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne. La pathologie démentielle est responsable de plus de 50 % de la dépendance du sujet âgé. C'est une des raisons qui expliquent la prévalence importante de démence en institution.

Au sein de la résidence le pourcentage de résident présentant des troubles cognitifs reste stable à environ 80 % sur les 5 dernières années. Toutefois, la proportion de résidents présentant des troubles du comportements est plus élevée en 2021. Nous travaillons également avec l'EMGIE, l'Equipe Mobile de Gériatrie Inter-EHPAD du CH Denain, et nous proposons en cas de nécessité une hospitalisation à l'UCC du CH Le Quesnoy, lorsque les troubles sont difficilement gérables au sein de l'EHPAD.

9.5.2.2 La stimulation cognitive

La stimulation cognitive de la personne âgée a pour objectif principal de ralentir le déclin de la mémoire, qu'elle soit visuelle, spatiale ou encore auditive. Elle peut également entretenir les capacités de concentration et d'adaptation. Elle va agir sur les liens sociaux, sur la valorisation de l'estime de soi donc sur le moral afin d'améliorer la qualité de vie. Il est important d'adapter les activités et exercices de stimulation cognitive aux capacités de la personne âgée, le principal étant d'éviter la mise en échec et de valoriser au maximum la réussite.

Celle-ci peut être réalisée au quotidien par petite touche à partir des actes de la vie courante lors de l'accompagnement, ou encore dans le cadre d'activités ou ateliers spécifiques réalisés par l'animatrice, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le psychologue ou encore une ASG.

9.5.2.3 Le P.A.S.A.

Le Pôle d'Activité et de Soins Adapté est un espace aménagé dans l'EHPAD dédié à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives durant la journée. C'est un espace conçu pour créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Il offre un lieu de vie sociale pour le groupe et propose une ouverture sur l'extérieur par un accès PMR sur un jardin et sur une terrasse sécurisée. Il accueille au maximum 14 résidents et propose un accompagnement personnalisé.

Les PASA proposent des activités individuelles ou collectives. Le programme d'activités est élaboré par un ergothérapeute ou un psychomotricien, sous la responsabilité du médecin coordonnateur et de la cadre de santé. Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents, notamment pour faire diminuer les manifestations de l'humeur, les troubles du comportement et les déambulations pathologiques.

Des professionnels spécialement formés aux techniques de soins et de communication adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées interviennent au sein du PASA. L'équipe est composée d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute et d'assistantes de soins en gérontologie.

L'admission au PASA est une décision collégiale avec l'accord du résident et de sa famille actée par la signature d'un avenant au contrat de séjour.

Durant l'année 2021, 78 résidents ont séjournés au sein de l'EHPAD. 64 étaient atteints d'une démence soit 82 %. Le PASA a accueilli 34 résidents, dont 92 % présentaient des troubles chroniques du comportement.

Au quotidien, les bénéfices sont ressentis à la fois par les personnes accueillies au sein du PASA car ils profitent d'un accompagnement plus spécifique dans le but de réduire les troubles du comportement, mais également pour les autres résidents de l'EHPAD qui de ce fait se retrouve dans une atmosphère plus apaisante.

9.5.2.4 La gestion des déambulations

La résidence a fait le choix, du fait de son architecture, de promouvoir la libre circulation des personnes accueillies. Il n'y a pas d'unité fermée, les couloirs sont larges, colorés et lumineux et les lieux de vie sont ouverts sur l'extérieur par le biais de grande baie vitrée et de balcon sécurisé.

Des bracelets anti-fugue sont mis en place chez les personnes pour lesquelles le risque d'errance a été identifié. Ceci afin de leur permettre de se déplacer librement au sein de la résidence afin de satisfaire ce besoin parfois compulsif de marche sans but précis. La vigilance reste bien sûr de rigueur au sein des équipes, ainsi qu'auprès de l'agent d'accueil pour le réze de chaussée qui veille aux entrées sorties de la résidence. En son absence les portes sont fermées et les familles peuvent accéder à la résidence avec un badge ou une sonnette.

9.5.3 La gestion des contentions et des chutes

9.5.3.1 Les troubles de l'équilibre et les chutes

Sur l'année 2021, 56,4 % résidents accueillis ont chuté au moins une fois. 92,5 % des chutes ont eu pour conséquence un traumatisme bénin à type d'ecchymose, de contusion ou de petite plaie simple non suturée, 2,7 % ont nécessité la suture d'une plaie et 4,4 % ont fait l'objet d'une hospitalisation pour fracture.

Une réflexion a été menée par l'équipe de rééducateurs (ergothérapeutes et psychomotricien), afin de proposer un bilan et une prise-en-charge rééducative individualisée aux résidents chuteurs. Le dépistage et la prise-en-charge du syndrome post-chute est également organisée. Les kinésithérapeutes interviennent également au sein de l'EHPAD et une prise-en-charge commune avec les rééducateurs est mise en place si besoins.

Une fiche de chute est réalisée systématiquement avec un signalement de l'équipe en poste à l'infirmière afin de l'évaluer et de faire intervenir le médecin si la situation le justifie. Une recherche des causes est également réalisée afin d'éviter les récives et de traiter les raisons si celles-ci peuvent l'être.

Les bracelets appel malade sont également équipés de la fonction chute afin d'alerter automatiquement les soignants sur leur téléphone portable qu'un résident a chuté.

Le protocole a été remis à jour et diffusé auprès des équipes avec les démarches immédiates à suivre en cas de chute et la réflexion à mener face à une personne qui chute à répétition.

9.5.3.2 La mise en place d'une contention

Pour l'année 2021, 37,2 % des résidents utilisent les deux barrières de lits la nuit, 10,2 % portent une contention au fauteuil et 6,4 % ont une fermeture de porte la nuit sur prescription médicale.

Le protocole contention a été mis en place en 2014. Il prévoit la réévaluation mensuelle de la contention par l'équipe soignante, sous contrôle d'une infirmière, d'une aide-soignante, de l'ergothérapeute, du psychomotricien et du médecin coordonnateur, et une prescription mensuelle par le médecin traitant. Cela permet une réflexion sur l'intérêt de la contention en réévaluant la balance bénéfice/risque, d'insister sur la surveillance nécessaire à chaque contention. Le psychologue assiste depuis 2021 à cette réunion afin d'évaluer les risques psychologiques de la contention.

Face à une contention, un plan de compensation individualisé est systématiquement mis en place pour pallier aux risques liés à celle-ci en fonction des capacités de la personne, comme par exemple un temps de verticalité avec une toilette à privilégier au lavabo ou une douche, des changements de positions, un temps de marche, l'adaptation

d'un fauteuil roulant pour permettre les déplacements en propulsion podale, ... des temps de lever de la contention sous surveillance ...

La fermeture de la porte la nuit peut être utilisée pour limiter les déambulations nocturnes de certains résidents et ainsi éviter qu'ils ne se promènent dans les couloirs, essayent de pénétrer dans les autres chambres et ainsi réveillent et perturbent le sommeil des voisins. Les équipes de nuit passent régulièrement et surveillent que tout va bien. Elles n'hésitent pas à proposer une collation ou une tisane pour rassurer et apaiser les angoisses si besoin.

9.5.4 L'accompagnement jusqu'au bout de la vie

9.5.4.1 Les directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie

La mise en place des directives anticipées n'est pas une chose aisée, dans la mesure où l'admission en EHPAD est déjà en soi une étape délicate et difficile à vivre pour la personne et sa famille. Il ne faut pas précipiter les choses et laisser le temps à la personne âgée et à son entourage d'en discuter ensemble.

Une annexe dédiée aux directives anticipées et à la désignation d'une personne de confiance est intégrée au contrat de séjour pour permettre à chacun d'y réfléchir et de la compléter. Elle est rédigée de façon simple et compréhensible pour permettre au résident de se prononcer sur des choix clairs quant aux soins de fin de vie, mais aussi de mettre par écrit ses dernières volontés pour que celles-ci soient respectées.

Une fois recueillie ces éléments sont centralisés au niveau du dossier médical de la personne, ils ont une durée de vie illimitée et peuvent toutefois être à tout moment modifiés ou annulés.

Une réflexion est menée régulièrement en équipe pluridisciplinaire par rapport à l'état de santé des résidents et quand celui-ci se dégrade, le psychologue et ou le médecin sensibilisent à nouveau le résident et sa famille, si les directives ne sont pas mises en place afin d'adapter au mieux l'accompagnement, de ne pas agir dans la précipitation et l'urgence à l'encontre de ce qu'aurait souhaité le résident.

Les équipes sont également sensibilisées à cette démarche et restent attentives aux échanges avec la personne accompagnée afin de pouvoir apporter leur témoignage si la personne n'a plus la capacité de l'écrire.

9.5.4.2 La gestion de la douleur

Il ne faut jamais banaliser la douleur chez la personne âgée et ne pas la laisser s'installer, car elle peut être le signe d'alerte d'une pathologie sous-jacente et ou d'une de ses conséquences pouvant perturber la personne dans de multiples domaines comme le moral, la mobilité, l'appétit, le comportement, le sommeil, ... Les douleurs peuvent amener la personne vers un repli sur soi ou au contraire des situations d'agressivité voire de défense par rapport aux soins si elles ne sont pas comprises.

Une réflexion commune des équipes a permis de mettre à jour le protocole douleur et l'ensemble du personnel y a été sensibilisé. Des formations en interne ont été réalisées par le médecin coordonnateur pour que les évaluations de la douleur puissent être pratiquées au quotidien. Deux 2 types d'échelle sont utilisés : une pour les personnes communicante et coopérante et une seconde s'il existe des troubles de la communication. Le but étant de systématiser l'utilisation de ces outils afin de permettre une meilleure analyse et prise en compte des douleurs.

Des référents douleur avec 2 IDE puis 2 soignants par unité de vie sont mis en place sur le mode du volontariat. Ils permettent d'assurer la continuité des évaluations auprès des équipes en sensibilisant et en formant les équipes. Ils ont pu bénéficier d'une formation en partenariat avec le CNFPT mais aussi en interne par le médecin coordonnateur. Ils feront parties des personnes ressources du Comité de Lutte contre la Douleur qui reste encore à développer au sein de la résidence sous l'initiative du médecin coordonnateur et de la cadre de santé.

Le CLUD aura pour mission d'assurer de la prise en soin optimale de la douleur auprès des résidents, le cas échéant d'en rechercher l'amélioration. Sa composition pluriprofessionnelle reste à déterminer, tout autant que sa mise en place (fréquence de réunion...). Les référents douleurs étant bien distinct des référents soins palliatifs chacun ayant des missions bien spécifiques.

9.5.4.3 La démarche palliative

Nous avons un engagement à tenir, celui d'accompagner le résident jusqu'au bout de sa vie, dans les meilleures conditions de confort, de bien-être, de respect de sa dignité et en accord avec ses volontés. Cela implique un travail en équipe pluridisciplinaire où chacun doit se monter à l'écoute, disponible, rassurant et efficace.

La démarche palliative permet un passage progressif du « soin curatif » (pour guérir) au « soin palliatif » (pour soulager) avec le résident au centre de l'accompagnement. Cohésion d'équipe, coordination et continuité des soins sont nécessaires. L'accompagnement du résident et de ses proches est fondamental pour permettre :

- Au résident de se mettre le plus en accord possible avec sa vie et de s'approcher du « mourir en paix »,
- Aux proches de pouvoir accompagner au plus près et dans les meilleures conditions possibles le résident.

Dans l'idéal, les directives anticipées ont été préalablement rédigées et la personne de confiance désignée. Si tel n'est pas le cas et que la personne a encore la capacité de le faire, il est toujours temps. Le « Recueil de vie » est un outil d'accompagnement important dans cette phase de vie pour que l'on ait connaissance de ce qui a compté pour la personne accompagnée, et qui pourrait être une ressource aujourd'hui. Les besoins spirituels sont primordiaux pour la personne s'approchant de sa fin de vie et peuvent y figurer.

Une démarche de soins personnalisée est mise en place, privilégiant le confort et la qualité de vie. L'organisation habituelle des soins est modifiée pour privilégier les phases de sommeil. Une prémédication antalgique avant la réalisation de tout soin douloureux est instaurée. Une écoute attentive et bienveillante accompagne l'ensemble des soins, l'accent est mis sur les touchers bien-être et la mobilisation passive à visée relaxante.

Les équipes sont à l'écoute de l'entourage, savoir le rassurer, l'apaiser, lui assurer que tous les moyens sont mis en œuvre pour que la souffrance physique et psychique de leur parent soit réduite. Un soutien psychologique peut leur être apporté par le psychologue.

En cas de symptômes insuffisamment contrôlés, de questionnement sur la proportionnalité des soins, de difficultés rencontrées lors d'un accompagnement de fin de vie, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur peut prendre contact avec l'Equipe Mobile de Soins de Support et Palliative du CH Valenciennes. Un avis téléphonique ou une intervention sur site est alors proposé. L'Hospitalisation à Domicile du Hainaut peut également être sollicitée pour la mise en place et le suivi de thérapeutiques non accessibles en ville.

Dans le contexte large de démarche palliative et dans des problématiques sans rapport direct avec un diagnostic de fin de vie, les interventions de l'équipe mobile peuvent aussi se faire dans le cadre d'un accompagnement pour apaiser ou soulager douleur et anxiété majeures et tout signe d'inconfort, en complémentarité avec l'équipe soignante de la résidence.

Des référents soins palliatifs avec 2 IDE puis 2 soignants par unité de vie ont été mis en place sur le mode du volontariat. Ils permettent d'assurer la continuité de la démarche avec les évaluations et les réajustements nécessaires au confort de la personne. Ils ont pu bénéficier d'une formation en partenariat avec le centre hospitalier de Valenciennes et l'Equipe Mobile de Soins Support et Palliative mais également en interne par le biais du médecin coordonnateur.

9.6 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament en EHPAD, du prescripteur au résident, est très complexe et concerne de multiples intervenants. Une organisation rigoureuse et une coordination de tous les acteurs est nécessaire afin de prévenir le risque iatrogène chez des résidents âgés et ou polypathologiques.

Une procédure générale sur le circuit du médicament a été travaillé en groupe projet. Elle définit les actions et les moyens à mettre en œuvre pour optimiser le circuit du médicament. Son objectif principal est d'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés : aux bons résidents, au bon moment, avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le résident, en minimisant les coûts cachés consécutifs de la non-qualité.

Un premier audit réalisé en novembre 2021 montrait un taux de conformité globale à 36,11 %. Les travaux de groupe ont permis de mettre en place des modifications. Le second audit réalisé en juin 2022 évolue favorablement à 64,92 %. Des efforts en termes de protocole, de traçabilité et de sécurité du circuit ont permis cette progression. Il reste encore des ajustements à fournir et le travail doit se poursuivre.

9.7 La gestion des urgences

Les urgences sont gérées par l'équipe infirmière 24h/24 et 7j/7, en physique la journée et ensuite en astreinte pour la nuit. Elles interagissent avec les médecins traitants des résidents et ou le médecin coordonnateur de la résidence. Si la situation le permet en journée, une hospitalisation directe est programmée avec le gériatre des urgences afin d'éviter le passage par les urgences pour limiter l'attente pour la personne. L'intervention des pompiers et ou d'une Equipe Médicale d'Urgence et de Réanimation est possible en cas de besoin.

La résidence est équipée d'un kit d'urgence de premiers secours ainsi qu'une réserve de médicaments d'urgence pour une administration rapide sur prescription médicale, d'oxygène et d'un défibrillateur.

9.8 L'organisation des soins

Les soins sont planifiés par le biais du logiciel de soin informatisé. Il permet de les anticiper, de les organiser par ordre de priorité en y intégrant toutes les dimensions du soin et les données indispensables à leur bonne exécution (rythme de vie et habitude de vie). Ils sont établis en équipe sous la supervision de l'infirmière référente et la cadre de santé. La prise en compte du niveau de dépendance au sein de chaque unité de vie permet également d'ajuster les effectifs en poste pour les renforcer au besoin et faciliter ainsi les accompagnements spécifiques.

10 La Démarche Qualité et la Gestion des Risques

10.1 L'évaluation des pratiques professionnelles

L'enjeu est de répondre aux exigences légitimes des personnes accueillies et de leurs familles. L'évaluation s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle cible notamment les activités centrées sur les résidents et leurs conditions de réalisation. Les pratiques sont réajustées au quotidien et en équipe notamment durant les temps de transmissions avec le partage d'expérience sur les méthodes de prise en soins. L'évaluation interne permet également aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et de donner (ou de retrouver) du sens à leur engagement dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

10.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des carrières

Elle est réalisée une fois par an par des référents formés à cette pratique. Elle permet une gestion anticipative et préventive des ressources humaines en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement et du Comité des Ages.

Elle permet :

- D'analyser les ressources actuelles,
- D'anticiper les besoins en compétences et en effectifs,
- De motiver le personnel en valorisant leurs compétences et en leur proposant un accompagnement spécifique quant à leurs projets professionnels.

10.3 Les enquêtes de satisfactions annuelles des usagers et des familles

Elles permettent de recueillir le niveau de satisfaction des résidents et des familles par thématique dans le but d'améliorer la qualité des prestations et de cibler les axes de progrès. Elles ont lieu chaque année et les résultats sont diffusés au Conseil de la Vie Sociale, aux résidents et aux familles mais également aux personnels de la résidence.

10.4 Le recueil des satisfactions, réclamations, plaintes des usagers, familles et intervenants extérieurs

Il est mis en place par le biais d'un document laissé à disposition au niveau de la barre d'accueil, en libre accès et de façon anonyme. Il permet à toutes personnes d'y notifier un constat, une suggestion. La problématique est ensuite analysée par la direction et une réponse est apportée dans le but d'envisager un correctif. La personne est invitée, si elle le souhaite à laisser ses coordonnées afin de pouvoir se rencontrer pour mieux échanger sur la situation.

10.5 Le Plan Bleu

Ce document détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique au sein des établissements du Comité des Ages. Le plan bleu permet notamment la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens matériels et humains afin de réagir efficacement à une situation exceptionnelle de crise tel qu'une période de canicule ou encore épidémique.

10.6 Le Document d'Analyse de Maitrise du Risque Infectieux

C'est un outil d'autoévaluation du risque infectieux. Il a pour but d'en apprécier le niveau de maîtrise afin de cibler et d'adapter les actions à mettre en œuvre pour prévenir et limiter les risques infectieux au sein de la résidence.

Sa maîtrise passe par des mesures de prévention, d'organisation, de sensibilisation, de formation et de communication, élaborées à partir de l'identification de vulnérabilités et de points de vigilance par les établissements.

La prise en compte du risque infectieux s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité. Le travail des groupes projet en cours et la mise à jour des différents protocoles permet de refaire un état des lieux et de mettre en place les ajustements nécessaires pour limiter ce risque.

10.7 Le Document d'Analyse du Risque de Défaillance Electrique

Il analyse les risques liés à une défaillance en énergie. Il est annexé au registre de sécurité et doit être diffusé auprès de tous les professionnels de la résidence. Il permet :

- D'identifier les risques de panne d'électricité,

- D'analyser les répercussions sur le fonctionnement de la résidence et pour la sécurité des usagers,
- De définir les solutions à mettre en œuvre pour assurer la continuité électrique en cas de panne.

11 Le Projet Managérial et Social

11.1 Le recrutement du personnel de la résidence

Les agents sont recrutés pour leurs compétences, leurs expériences auprès de la personne âgées dans le but de répondre aux objectifs du projet d'établissement en lien avec les valeurs de la résidence. Un travail de partenariat est mis en place avec les agences de Pole emploi du Valenciennois par le biais de notre référent entreprise, mais aussi avec les missions locales du secteur pour la mise en place des contrats aidés.

Les entretiens de recrutements sont réalisés par la directrice et la cadre de santé en collaboration avec le service des Ressources Humaines et la validation du Directeur Général.

11.2 Les ressources en personnel ETP au 31/12/2022

Métiers	E.T.P	E.T.P. autorisé	PEC
Direction, Administratif	3,88	3	
Service Technique	1,75	1	
Cuisinier	1,8	0	
Animation service social	1,1	1	
A.V.S. Agent blanchissage	9,60	12,5	
PEC Entretien locaux			1
A.S. – A.M.P.	20,20	21	
PEC A.V.S.			2
Psychologue	0,46	0,35	
Médecin	0,34	0,40	
I.D.E.	4,5	5	
Ergothérapeute	1	2	
Psychomotricienne	1	1	
TOTAL	48,63	47,25	3
Ratio Global	0,748	0,727	0,794

11.3 Le formation du personnel

Un plan de formation pluriannuel est établi en fonction des besoins mis en avant par la GPEC, du projet d'établissement, de l'évolution de la population accueillie et des professionnels recrutés. Les formations sont principalement réalisées en partenariat avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale sur Lille ou alors en délocalisé sur les établissements publics du territoire et de façon plus spécifique avec des prestataires sur la sécurité incendie notamment.

11.4 Le soutien des équipes et la recherche du bien-être au travail

11.4.1 Les entretiens individuels

Ils peuvent être réalisés à la demande de l'agent en dehors de la GPEC, notamment avec l'infirmière référente du service, la cadre de santé, la directrice ou encore le psychologue selon la situation rencontrée. Ils peuvent être également sollicités par le supérieur hiérarchique s'il estime que l'agent est en souffrance ou n'est plus cohérent avec le projet de la résidence.

11.4.2 Les réunions thématiques

Des réunions sont proposées aux professionnels à type d'information sur des thématiques concrètes du quotidien, par exemple : la bientraitance, les troubles du comportement, les démences, les techniques de validation, l'accompagnement de fin de vie, la relation soignant/soigné, ... le but étant de faciliter les échanges, de permettre une prise de conscience, un positionnement, une remise en question, un échange de pratique afin de questionner les pratiques et d'améliorer la qualité de la prise en soins et le bien-être de chacun.

11.4.3 La qualité de vie au travail

L'ARS a été sollicité sur des appels à projets concernant l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être au travail. Ainsi nous avons pu obtenir le financement :

- En 2019, d'un agent PRAPS 2S Prévention des Risques liés à l'Activité Physique dans le secteur Sanitaire et Social. Celui-ci forme les professionnels à la prévention des Troubles musculosquelettiques et les sensibilise aux gestes et postures.
- En 2020, de séances d'ostéopathie et de massage bien être pour le personnel de la résidence.
- En 2021, d'un audit RH sur la sinistralité des arrêts de travail prévu en 2022.