

PROJET **ETABLISSEMENT DE** **LA RESIDENCE** **HARMONIE** **2024-2029**



Ligne de vie

**INTERVENTIONS À DOMICILE
ACCUEILS DE JOUR
RÉSIDENCES AUTONOMIE
EHPAD**

Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES
TEL : 03.27.23.78.00 FAX : 03.27.23.78.99
Courriel : cdesages.accueil@cdesages.com
SIRET : 245 900 287 000 54 /APE 853 D
FINESS 590811352

Validé par le CVS le 27/09/2024 et le Comité syndical le 04/10/2024

Table des matières

1.	Préambule.....	5
2.	Fiche d'identité.....	6
3.	Origine de la démarche	6
3.1	Les motivations et les valeurs du comité des âges : porteur du projet « Harmonie »	6
3.1.1	Les missions	6
3.1.2	Les valeurs portées par le Comité des âges	7
4.	Organigramme.....	8
5.	Auto-évaluation 2022	8
6.	CPOM.....	10
7.	Les thématiques cibles du projet d'établissement.....	11
7.1	La méthodologie	11
7.1.1	Une réflexion commune des acteurs.....	11
7.1.2	La planification.....	11
7.1.3	Les groupes.....	11
7.2	Les thématiques	12
7.3	Les objectifs	12
8.	Présentation de la résidence	13
8.1	Le pôle d'activité et de soins adaptés	14
8.2	Regard sur l'activité	15
8.3	Les caractéristiques de la population accueillie.....	15
8.3.1	Répartition par âge et sexe	15
8.3.2	Évolution du niveau de dépendance et du GIR Moyen Pondéré	15
8.3.3	Le Pathos Moyen Pondéré	15
9.	Le projet de vie personnalisé	15
9.1	Le recueil des informations concernant le résident	16
9.2	La réunion pluridisciplinaire	16
9.3	La validation du Projet Personnalisé par le résident.....	17
9.4	La validation du Projet personnalisé par les Directeurs.....	17
9.5	Mise en place et suivi des objectifs d'accompagnement définis dans l'Avenant au Contrat de séjour 17	
9.6	L'évaluation des objectifs d'accompagnement des Projets Personnalisés	17
10.	L'accueil d'un nouveau résident	18
10.1	L'admission.....	18
10.2	L'accueil au sein de la structure.....	18

11. La vie au quotidien	19
11.1 L'hôtellerie	19
11.1.1 Le service de restauration	19
11.1.2 La commission restauration	20
11.1.3 L'entretien du linge	20
11.1.4 L'entretien du cadre de vie du résident.....	20
11.2 L'animation	20
11.2.1 Le projet d'animation	20
11.2.2 Les objectifs de l'animation.....	21
11.2.3 Le rôle de l'animateur	22
11.2.4 Les projets culturels	22
11.2.5 L'ouverture sur l'extérieur	22
11.2.6 Le partenariat avec le réseau des animateurs du Valenciennois	22
11.2.7 Les activités et ateliers.....	22
11.3 La vie sociale	25
11.3.1 Le conseil de la vie sociale	25
11.3.2 La place des familles	25
11.3.3 L'intervention des bénévoles	26
12. Le projet de soins	26
12.1 Introduction :	26
12.2 Les outils de communication et de transmission de l'information	26
12.2.1 Les transmissions écrites et orales des équipes soignantes	26
12.2.2 Le dossier de soins informatisé Cédi'Acte	26
12.2.3 Le dossier de soin individuel papier	27
12.2.4 Les réunions d'unité	27
12.2.5 Les comptes rendus de réunions	27
12.3 L'inscription de la résidence dans une dynamique de réseaux et de partenariats	27
12.4 La promotion de l'autonomie et de la santé.....	28
12.4.1 Le maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne	28
12.4.2 La prévention et la prise en soins des troubles de l'incontinence	28
12.4.3 Le dépistage des troubles visuels, auditifs et dentaires	28
12.4.4 La lutte contre les infections	28
12.4.5 Prévention de l'altération cutanée	29
12.5 La promotion de la bienveillance.....	29
12.6 Les prises en soins spécifiques.....	30
12.6.1 Les troubles nutritionnels et de déglutition.....	30
12.6.2 Les troubles cognitifs et de comportements.....	31
12.7 Le P.A.S.A.	31
12.8 La gestion des déambulations.....	32
12.9 La gestion des contentions et des chutes	32
12.10 L'accompagnement jusqu'au bout de la vie	33
12.11 Le circuit du médicament	35
12.12 L'organisation des situations urgentes	35
12.13 L'organisation des soins.....	36

12.14	Conclusion.....	36
13.	La démarche qualité et la gestion des risques	36
13.1	L'Évaluation des pratiques professionnelles	36
13.2	La gestion prévisionnelle des emplois et des carrières	36
13.3	Les enquêtes de satisfactions annuelles des usagers et des familles	36
13.4	Le recueil des satisfactions, réclamations, plaintes des usagers, familles et intervenants extérieurs	37
13.5	Le Plan Bleu	37
13.6	Le Document d'Analyse de Maitrise du Risque Infectieux	37
13.7	Le Document d'Analyse du Risque de Défaillance Électrique	37
14.	Le projet managérial et social	38
14.1	Le recrutement du personnel de la résidence	38
14.2	Les Ressources en personnel ETP au 31/12/2023.....	38
14.3	Le formation du personnel.....	38
14.4	Le soutien des équipes et la recherche du bien-être au travail.....	38
14.4.1	Les entretiens individuels	38
14.4.2	Les réunions thématiques	38
14.4.3	La qualité de vie au travail	39

1. Préambule

Le projet d'établissement fixe les orientations stratégiques de la résidence « Harmonie » 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 de l'auto-évaluation de septembre 2022 menées dans le cadre d'une démarche collégiale. 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 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. Fiche d'identité

Dénomination de l'ESSMS	EHPAD « HARMONIE »
Adresse postale	Rue Pierre Brossolette
Ville	Aulnoy- lez- Valenciennes
Courriel établissement	Lgilleron.directeur@cdesages.com
Téléphone et fax	03.27.23.78.00 et 03.27.23.78.99
Nom du Directeur	Laurent GILLERON
CPOM (signature 2025)	2025-2029
N° SIRET	24590028700054
N° FINESS	590811352
Type d'établissement	Établissement d'Hébergement pour personnes Âgées Dépendantes.
Statut	Établissement public
Capacité d'accueil	55 résidents dont 3 accueils temporaires
Autorités de contrôle	CD, ARS
Date d'ouverture de l'établissement	1991
Date de l'autorisation	28/10/2016/convention tripartite 01/01/1998
Date de renouvellement de l'autorisation	03/01/2017 pour 15 ans
Organisme gestionnaire	SIVU Comité deS Ages
Nom et fonction du commanditaire signataire du contrat	Monsieur Laurent GILLERON, Directeur

3. Origine de la démarche

3.1 Les motivations et les valeurs du comité des âges : porteur du projet

« Harmonie »

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 « Harmonie » en fait partie. La direction est assurée par Mr Laurent GILLERON, sous l'autorité du Directeur Général Mr Denis RODOT, et du Président du SIVU « Comité des Ages » Mme Isabelle CHOAIN.

3.1.1 Les missions du Comité des âges

- 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.

3.1.2 Les valeurs portées par le Comité des âges

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.

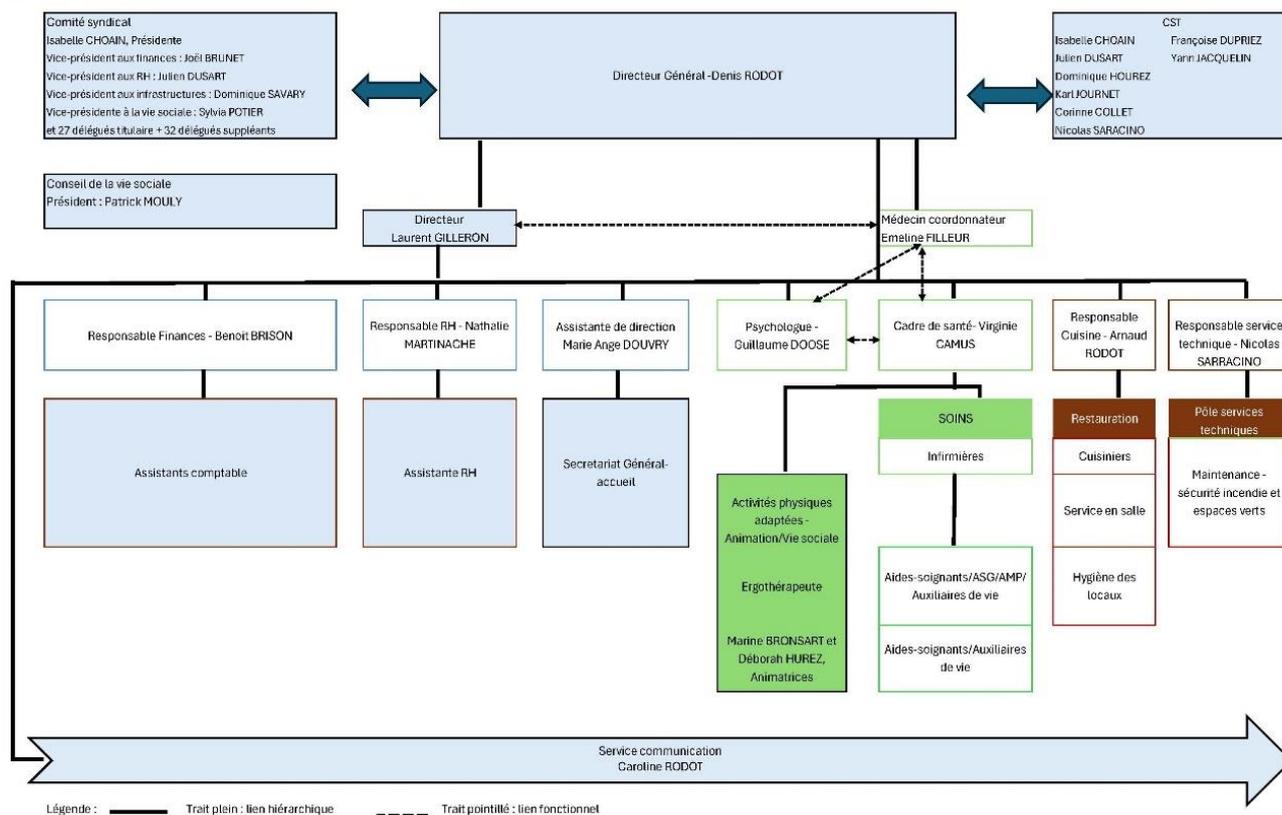
- *Le plaisir.*

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.

4. Organigramme



ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE ET FONCTIONNEL DE LA RESIDENCE HARMONIE - EHPAD PUBLIC



5. Auto-évaluation 2022

L'organisme Expertise Médico-social a procédé en septembre 2022 à l'auto-évaluation de l'EHPAD « Harmonie ».

La démarche d'auto-évaluation mise en place et souhaitée par la Direction a eu pour objectifs :

- De centrer la visée évaluative sur la pertinence de la réponse aux besoins et attentes des usagers comme socle et finalité des interventions (à travers la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, la personnalisation, la garantie des droits, la participation et la protection).
- De recueillir des données précises sur les conditions de mise en œuvre des activités pour les usagers.
- D'interroger les trois autres domaines qui caractérisent l'établissement (organisation | ouverture sur l'environnement | mise en œuvre du projet)

Plan d'amélioration de la qualité

Thématique	Objectif spécifique	Action retenue	Indicateur	Responsable	Calendrier
Bienveillance et éthique	Connaitre la perception de l'établissement de la part des usagers et des familles	Enquête de satisfaction auprès des résidents.	Taux de participation, étude des différents retours	Directeur, Cadre de santé	2 ^{ème} trimestre 2023
		Enquête de satisfaction auprès des familles	Taux de participation, étude des différents retours	Directeur, Cadre de santé	2 ^{ème} trimestre 2023
	Améliorer l'accueil des nouveaux résidents	Actualiser le procédure d'admission et d'accueil des nouveaux résidents		CDS IDE Animatrice AS	2 ^{ème} trimestre 2022
		Diffusion et mise en place du protocole			3 ^{ème} trimestre 2022
Droits de la personne accompagnée	Simplifier la compréhension des documents remis	Aide directe à la compréhension par la mise en place d'un accompagnement par un agent afin de donner les explications lors de la remise des documents	Analyse des enquêtes de satisfaction. Taux de participation. Analyse des sollicitations des résidents et familles. Analyse des informations lors des temps d'échange avec les usagers.	Directeur CDS Secrétariat Agent d'accueil Psychologue	4 ^{ème} trimestre 2023
		Simplifier la lisibilité et la liste des documents			
		Recueil des difficultés rencontrées lors des enquêtes de satisfaction			
Expression et participation de la personne accompagnée	Maitriser et réguler les interventions des familles	Identifier les personnes ressources de l'établissement auprès des familles	Analyse des FEI Taux de Participation aux enquêtes de satisfaction	Directeur CDS Psychologue Agent d'accueil Agent de communication	2 ^{ème} trimestre 2023
		Mise en place des enquêtes de satisfaction			3 ^{ème} trimestre 2023
		Communication et diffusion des informations			
Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement	Favoriser la participation de l'ensemble des acteurs du PVI	Élaboration d'une fiche préparatoire au PVI	Taux de fréquentation des différents acteurs aux PVI	Psychologue CDS IDE Réfèrent	1 ^{er} trimestre 2023
		Actualiser les missions et rôle du réfèrent			2 ^{ème} trimestre 2023
Accompagnement à l'autonomie	Accentuer le suivi des objectifs fixés en PVI	Contrôle et bilan à court terme des objectifs validés en PVI	Calendrier de suivi en post mise en place	Psychologue Médecin coordonnateur CDS Réfèrent	4 ^{ème} trimestre 2023
Accompagnement à la santé	Professionnaliser les agents	Formation	Calendrier de formation Étude et identification des besoins	Directeur RH Cadre de santé	Durant toute l'année
	Réactualiser les conventions avec nos différents partenaires	Sollicitation de nos partenaires existants et de nouvelles participations	Date des signatures Retour des conventions (quantité et qualité)	Directeur Médecin coordonnateur Agent de communication animatrice	
Continuité et fluidité des parcours	Formaliser et coordonner nos actions avec les différents prestataires et intervenants	Réunion avec les kinés	Taux de participation	Directeur CDS Médecin coordonnateur	4 ^{ème} trimestre 2023
		Réunion avec les médecins libéraux			
		Mise en place de supports à destination des intervenants et prestataires	Quantifier les échanges et la qualité de ceux-ci.	Directeur CDS Animatrice	1 ^{er} trimestre 2024

Thématique	Objectif spécifique	Action retenue	Indicateur	Responsable	Calendrier
Politique des ressources humaines	Améliorer la diffusion des informations aux agents	Calendrier des réunions	Enquête de satisfaction	Directeur RH CDS	2 ^{ème} trimestre 2023
		Informer sur les dispositifs en place et les nouveaux projets			3 ^{ème} trimestre 2023
	Travail sur l'absentéisme	Audit absentéisme	Taux d'absentéisme	Directeur RH	2024
Thématique	Objectif spécifique	Action retenue	Indicateur	Responsable	Calendrier
Qualité et gestion des risques	Accentuer l'accompagnement des nouveaux agents à l'arrivée dans l'établissement	Harmoniser les pratiques dans les différents services		Directeur RH CDS IDE	2-ème trimestre 2023
		Actualiser les fiches de poste			3-ème trimestre 2023
		Mise en place d'un travail en binôme			2-ème trimestre 2023
	Augmenter les temps de régulation avec les équipes	Mise en place d'un calendrier pour les rencontres avec les agents		Directeur CDS IDE Psychologue Médecin coordonnateur	Durant l'année
		Travail collaboratif sur les différents projets			

Conclusion de l'autoévaluation de 2022

Le fonctionnement général de l'EHPAD « Harmonie » est conforme aux missions qui lui sont imparties. L'équipe cadre, présente et soutenante, est inscrite dans une démarche cohérente avec les valeurs portées par la collectivité.

Les professionnels s'appliquent à répondre au plus près des attentes et besoins des résidents qu'ils accompagnent.

Les résidents se disent, dans leur ensemble, satisfaits des accompagnements proposés et apprécient la qualité relationnelle développée par les professionnels.

Comme dans beaucoup d'établissements de cette nature, les limites de l'action conduite se repèrent au regard d'un décalage entre les moyens accordés et l'évolution des besoins des résidents.

Cependant la structure est engagée dans une dynamique positive qui lui permettra de se mobiliser autour des actions à conduire pour continuer d'améliorer la qualité du service rendu.

6. CPOM

Le comité des âges signera en 2025 un CPOM.

Le CPOM s'inscrit dans un cadre rénové de contractualisation entre, d'une part, les autorités de régulation que sont le Département et l'ARS et, d'autre part, le Comité des âges (résidence Harmonie, résidence Godenettes, Accueil de jour La Relaiance et Yokoso).

7. Les thématiques cibles du projet d'établissement

7.1 La méthodologie

7.1.1 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'agrémenter nos réflexions et d'adapter au mieux l'accompagnement des résidents.

Le projet d'établissement a été travaillé en commun avec la résidence « Les Godenettes » de Trith Saint Léger, EHPAD du comité de S. 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.

7.1.2 La planification

Une note d'information a été diffusée 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 organisée au sein de chaque groupe pour déterminer 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 en 2024 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.

7.1.3 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.

7.2 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 Établissement 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, 1 Psychomotricien, 1 Ergothérapeute, 1 IDE par Établissement	12
Projet de Vie Personnalisé	1 Psychologue Godenettes et 1 Harmonie	1 AS, 1 AVS, 1 animatrice par Établissement	8
Soins palliatifs, douleur	1 psychomotricien Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 AVS par Établissement et le Dr Filleur	9
Contention, chute	1 ergothérapeute Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 Psychomotricien par Établissement	8
Circuit du médicament	1 cadre de santé Godenettes et 1 Harmonie	1 IDE, 1 AS, 1 AVS par Établissement et le Dr Filleur	9

7.3 Les objectifs

La dénutrition, l'alimentation et les textures modifiées

- Harmoniser 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),
- Équilibrer et adapter les menus aux besoins nutritionnels de chaque résident et à l'état de dénutrition par le biais du recours à 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.

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,

- Partenariat l'ESPREEVE (l'Équipe 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.

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.

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 audit afin d'améliorer la pratique et de 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 la nomination d'un référent douleur et soins palliatifs,
 - L'accompagnement palliatif et de la fin de vie.

Les contentions et les chutes

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

Le circuit du médicament

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

8. Présentation de la résidence



Les résidents sont accueillis dans les 55 (52 permanents et 3 temporaires) chambres individuelles qui composent la résidence « Harmonie » située à Aulnoy lez valenciennes.

L'établissement avait la volonté d'augmenter sa capacité d'accueil concernant le mode de l'accueil temporaire suite à un appel à projet sur le territoire auprès des autorités de tarification

mais à l'issue de l'instruction de l'ARS et du Département, ce projet n'a pas été retenu.

Un projet d'Unité de Vie Alzheimer est en étude afin de disposer d'une unité fermée/sécurisée dans le but de répondre aux besoins de nos résidents en fonction de l'évolution des troubles du comportement.

La résidence se décompose comme suit :

- Rez de chaussée : 13 chambres
- 1^{ère} étage : 26 chambres
- 2^{ème} étage : 16 chambres

Chaque unité est organisée en lieu de vie, permettant à chaque résident ainsi qu'à ses proches de se retrouver dans un espace à dimension humaine, convivial et chaleureux.

Les atouts de la résidence :



LA BALNEOTHERAPIE

LE PASA DE 14 PLACES



LE POTAGER ET LE PARC

8.1 Le pôle d'activité et de soins adaptés

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 sécurisée et d'un accès au jardin de la résidence.

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.

8.2 Regard sur l'activité

	2019	2020	2021	2022	2023
Admission	9	29	37	35	13
Sortie	13	22	33	28	17
Aide sociale	12	14	16	18	15
Journées théoriques	20075	20130	20130	20075	20075
Journées réalisées	19540	18486	20555	21884	20929
Taux d'occupation	97.35%	91.83%	102.11%	109%	104.29%

8.3 Les caractéristiques de la population accueillie

8.3.1 Répartition par âge et sexe

	2019	2020	2021	2022	2023
Homme	19	21	32	27	16
Femme	54	59	65	68	56
Moyenne d'âge	87.1ans	86.2ans	83.7ans	84.2ans	85.4ans

8.3.2 Évolution du niveau de dépendance et du GIR Moyen Pondéré

	2019	2020	2021	2022	2023
GMP	697.65	701.85	719.31	704.36	737.09
GIR 1	3	4	5	4	10
GIR 2	25	25	27	26	22
GIR 3	8	10	13	10	10
GIR 4	15	15	13	15	13

8.3.3 Le Pathos Moyen Pondéré

	2019	2020	2021	2022	2023
PMP	229				212
GMP VALIDE	752				815

9. Le projet de vie personnalisé

Le Projet Personnalisé est un droit et non une obligation (loi du 2 janvier 2022 du Code d'action sociale et familiale). Nous (EHPAD) sommes tenus de proposer au résident de participer à la rédaction de son Projet Personnalisé. Mais le résident n'est pas tenu d'y participer. Il peut tout à fait le refuser.

Ces éléments étant posés, concrètement un Projet Personnalisé est réalisé pour chaque résident. Dans l'idéal entre 2 mois (pour lui laisser le temps de s'installer et laisser le temps aux équipes de bien le connaître) et 6 mois après son entrée (norme édictée dans les RBPP sur ce thème). Il est renouvelé tous les ans. Donc dans un délai voisin des 12 mois, mais peut être anticipé en cas de changement notable pour le résident justifiant la définition de nouveaux objectifs d'accompagnement.

Ce protocole se décline en cinq étapes : le recueil d'informations autour du résident, la réunion pluridisciplinaire, la validation de son Projet Personnalisé par le résident et/ou son représentant légal, et/ou sa famille, la mise en place et le suivi des objectifs d'accompagnement, l'évaluation des objectifs d'accompagnement. Ces cinq étapes sont décrites ci-dessous.

9.1 Le recueil des informations concernant le résident

L'objectif de cette étape est de recueillir le maximum d'informations concernant le résident pour permettre un accompagnement le plus adapté possible au quotidien, d'une part, et pour permettre de disposer de tous les éléments pertinents lors de la réunion pluridisciplinaire. Informations concernant l'histoire de vie du résident, ses attentes et de ses souhaits pour sa vie dans la résidence, les éléments cognitifs, moteurs et psychologiques.

Un **Recueil de Vie** est donné au résident et à sa famille par le duo médecin coordonnateur / cadre de santé lors de la visite de préadmission. Ils sont invités 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. Le soignant « référent » du résident ainsi que l'infirmière référente de l'unité sont également associés à cette démarche.

Les Recueils de Vie sont archivés dans le dossier médical des résidents. Une synthèse des principaux éléments est inscrite dans la rubrique 'Projet de Vie' dans Cédi 'Actes.

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 assuré par le même groupe (toujours en coordination), entre son entrée dans la résidence et son premier Projet Personnalisé. Entretien qui est renouvelé tous les ans, à l'occasion du renouvellement du 'Projet Personnalisé'.

Ces 'attentes et souhaits' sont synthétisés dans une note qui est reprise dans le compte-rendu de la réunion pluri (voir le point suivant), d'une part, et d'autre part dans la rubrique 'Projet de Vie' dans Cédi 'Actes.

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** (ces évaluations ont une base commune entre les deux structures, base élaborée à l'occasion de réunions de travail du groupe 'Intervision paramédicaux / psychologues'). Les résultats de ces évaluations sont repris dans le compte-rendu de la réunion pluri (voir le point suivant), d'une part, et d'autre part dans la rubrique 'Évaluations' dans Cédi 'Actes. Les supports papier de ces évaluations sont également intégrées dans le dossier médical du résident.

9.2 La réunion pluridisciplinaire

Pour chaque résident un temps de réunion (tenue dans un lieu dédié garantissant la confidentialité des échanges) rassemblant tous les intervenants auprès du résident (soignants, infirmiers, paramédicaux, animatrice, psychologue, cadre de santé et médecin coordonnateur, et assistante sociale s'il y a lieu) est consacré à son Projet Personnalisé. Il s'agit de la réunion pluridisciplinaire (ci-après dénommée 'réunion pluri'). Elle se tient donc dans les 2 à six mois après l'entrée du résident, puis une fois par an (à chaque renouvellement de son Projet Personnalisé).

Cette réunion est 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. 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 collégiale 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 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).

Un compte rendu de chaque réunion pluri est rédigé par le psychologue, qui l'archive d'une part dans le dossier médical du résident, d'autre part dans la rubrique 'Projet Personnalisé' dans Cédi 'Actes'.

9.3 La validation du Projet 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 pluri' 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 Personnalisé qui reprend ces éléments d'accord.

Cette étape, selon les besoins et selon la période de l'année peut prendre de quelques jours à 2 mois (au maximum dans l'idéal).

9.4 La validation du Projet personnalisé par les Directeurs

Après validation du projet personnalisé par le résident et/ ou son représentant légal et/ ou sa famille, le psychologue le transmet au Directeur de l'établissement pour validation et signature ainsi qu'au Directeur général.

9.5 Mise en place et suivi des objectifs d'accompagnement définis dans l'Avenant au Contrat de séjour

Chaque professionnel concerné par les objectifs d'accompagnement met en œuvre ceux qui le concernent. En les réexpliquant au résident et en obtenant son accord.

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, le soignant référent, et tous les professionnels concernés par un ou plusieurs objectifs d'accompagnement 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. Ces interactions se font sur des temps de transmission ou d'échange au quotidien et, selon leur pertinence, une trace écrite est laissée soit sur le compte-rendu de la réunion pluri, soit dans la rubrique 'Projet Personnalisé' dans Cédi 'Actes' (ce qui induit automatiquement une inscription dans la relève).

Au tout début d'une réunion pluri dans un service, un point, **rapide**, est fait sur les objectifs d'accompagnement définis lors de la réunion précédente. Des annotations sont inscrites sur les comptes-rendus des réunions pluridisciplinaires.

9.6 L'évaluation des objectifs d'accompagnement des Projets Personnalisés

L'évaluation des objectifs d'accompagnement se fait via :

- la synthèse des interactions entre IDEs référentes et soignants référents (selon les traces écrites existantes)
- le 'point rapide' réalisé en réunion pluri 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 pluri à venir
- les constats faits par les autres professionnels concernés par les objectifs d'accompagnement
- la synthèse de tous ces éléments en réunion pluri.

Ces différents constats font l'objet de notes écrites, sur le compte-rendu de dernière réunion pluri ou dans le dossier 'Projet Personnalisé' dans Cédi 'Actes' (induisant automatiquement une inscription dans la relève).

Une synthèse de ces éléments est faite lors de la réunion pluri du Projet Personnalisé de l'année qui suit. Il n'est pas question de **juger** de la pertinence des objectifs d'accompagnement définis l'année précédente, mais plutôt

de faire le **constat** de ce qui a fonctionné et de ce qui a moins bien voire pas du tout fonctionné. De manière à participer au bon ajustement des nouveaux objectifs d'accompagnement qui seront définis en fin de réunion. Cette synthèse est détaillée dans un document dédié, repris dans Cédi 'Actes.

10. L'accueil d'un nouveau résident

10.1 L'admission

L'admission est une procédure essentiellement administrative qui vise à mettre en concordance une demande de prise en charge et les conditions à réunir pour y prétendre.

Toute demande d'admission doit être faite par écrit à l'aide du dossier qui comprend :

- Le livret d'accueil présentant l'EHPAD, les prestations proposées, le règlement de fonctionnement, les tarifs,
- Un dossier administratif et social à renseigner par le résident ou son représentant légal,
- Un dossier médical à remplir par le médecin traitant ou le médecin demandeur de l'admission.

Dès le retour du dossier d'accueil par le demandeur :

- Le dossier médical est transmis au médecin coordonnateur et au cadre de santé qui après lecture, émettent un avis,
- Le dossier administratif est transmis à la direction par le cadre de santé pour avis.

Si la demande est recevable, une visite de l'établissement est proposée par le cadre de santé et le demandeur sera alors placé sur la liste d'attente.

Dès qu'une place est disponible, le futur résident et /ou son représentant légal sont informés de la possibilité de l'accueil.

Une visite de préadmission est organisée avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé. Elle a lieu au domicile du résident, sur son lieu d'hébergement ou d'hospitalisation.

Elle permet de faire connaissance avec la personne, de connaître son parcours et ses volontés et de recueillir, quand cela est possible, son consentement.

Une évaluation de l'autonomie est réalisée ainsi qu'une mise à jour des antécédents médicaux.

Des précisions sur l'organisation, le fonctionnement de la structure, l'accompagnement des résidents lui sont apportées.

À l'issue de cette visite, une date d'entrée est prévue d'un commun accord.

Le contrat de séjour est remis en double exemplaire au résident et/ ou à sa famille, ils sont à ramener complétés et signés le jour de l'admission au cadre de santé.

10.2 L'accueil au sein de la structure

L'arrivée au sein de la collectivité constitue un moment important dans la vie de la personne.

Il est recommandé d'accompagner la personne dans la construction et l'appropriation de son espace personnel.

Pour ce faire, la chambre sera aménagée par l'entourage du résident si possible en amont de l'arrivée. L'établissement met à disposition le lit médicalisé et le réfrigérateur de chambre (type réfrigérateur « top »). L'aménagement des équipements de la chambre sera fait par l'ergothérapeute en fonction des pré-requis.

Différentes dispositions seront mises en place afin de faciliter l'arrivée et l'intégration du résident au sein de la vie collective :

- Transmissions à l'équipe soignante par le biais de la « fiche d'admission » rédigée par le médecin coordonnateur, des éléments médicaux, d'autonomie et les habitudes de vie,
- Annoncer l'arrivée, impliquer les autres résidents dans l'accueil,
- Associer tous les personnels concernés à la préparation de l'accueil,
- Identifier un professionnel qui sera le référent, interlocuteur privilégié de la personne,
- Accompagner la création de repères : présentation active de la personne aux autres, notamment voisinage proche, partage des repas, accompagnement physique dans les différents espaces.
- L'animatrice présentera le résident aux membres du CVS idéalement dans le premier mois d'accueil.

Le jour de l'entrée :

- Le rendez-vous est fixé à partir de 14h30 du lundi au jeudi, en cas d'urgence le vendredi également,
- L'infirmier et un membre de l'équipe concernée sont prévenus par l'accueil dès l'arrivée de la personne,
- Les soignants se présentent individuellement à la personne ainsi qu'aux accompagnants,
- Les soignants accompagnent le résident dans sa chambre et proposent leur aide pour l'installer,
- Les soignants présents ce jour-là, présentent le résident à l'ensemble des résidents de l'unité de vie,
- L'infirmier établit le dossier de soins puis les transmissions sont assurées.

Il est important de maintenir une vigilance accrues les premières semaines.

11. La vie au quotidien

11.1 L'hôtellerie

11.1.1 Le service de restauration

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

Le repas du midi est pris dans la salle à manger de l'unité de vie ou dans la salle de restaurant du Comité des âges, sauf si l'état de santé du résident justifie qu'il soit pris 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.

Les menus sont affichés à la semaine dans la salle de restaurant, dans le hall de la résidence 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.

11.1.2 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, du cadre de santé, d'un cuisinier, d'une infirmière référente, d'une aide-soignante et d'un agent de la comptabilité responsable des commandes alimentaires.

11.1.3 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.

11.1.4 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 par semaine voir plus selon la nécessité ou protocole particulier selon le risque infectieux.

11.2 L'animation

11.2.1 Le projet d'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.

11.2.2 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 rééducateurs, 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, résidences autonomes sont proposées.

11.2.3 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.

Les animations sont proposées dans le but d'épanouir et de divertir 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 ne 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.

11.2.4 Les projets culturels

La résidence souhaite associer les partenaires financiers aux projets culturels menés par Le Département du Nord, dans le cadre de la politique départementale de développement d'actions culturelles dans les E.H.P.A.D. Ils 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'Éducation Renforcé Alter Égaux, les bénévoles de la commune et les résidents des différents établissements du Comité des Ages.

Le projet s'est décliné en plusieurs ateliers :

- écriture, théâtre, décor/scénographie et vidéo et représentation.
- support théâtral, la vidéo et la réalisation des décors autour de la thématique du cabaret.

11.2.5 L'ouverture sur l'extérieur

La volonté de la résidence est de travailler en partenariat avec les municipalités d'Aulnoy lez valenciennes 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.

11.2.6 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...

11.2.7 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 également l'équipe pluridisciplinaire.

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, le 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 ateliers poterie...

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.

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, un présent est remis au résident et un goûter festif avec une animation est organisé tous les mois pour regrouper les anniversaires.

À titre d'exemple :

BILAN DES ACTIVITES DES RESIDENCES "HARMONIE" AVEC EFFECTIF PARTICIPATION – ANNÉE 2023		
	FREQUENCE / MOIS	Moyenne effectif résidents par animation
Activités avec l'animatrice (+quantité/mois)		
Apéritif avec les aromates du jardin	Avril à sept.	60
Atelier "Activ 'tab" à l'essai	en mai	45
Atelier couture (pour l'association EMERA)	août à octobre	3
Atelier culinaire	Ponctuel	12
Atelier manuel	Ponctuel	13
Atelier mémoire divers	1x/semaine	23
Balnéothérapie (à la résidence "Harmonie" à Aulnoy-lez-Vals)	dès septembre	12
Coiffure (shampooing, brushing ou mise en plis)	1x/mois	12
Conférence sur le compostage et le tri des poubelles	1x / an	4
Commission animation	1x/an	11
Commission menu	1x/mois	3
Décoration de l'établissement pour les fêtes	Selon évènement	5
Dégustation de glaces à l'italienne	En août	60
Groupe de marche	Juin à octobre	8
Haka (écriture d'un texte, création d'une chorégraphie, tournage)	Avril à sept.	14
Jeux de société / Jeux de cartes	1x/mois	11
Journée mondiale de la lutte contre la douleur	octobre	37
Loto	1x/mois	20
Loto caritatif (octobre rose)	octobre	29
Loto musical	Ponctuel	22

Petit bac concours	Ponctuel	13
Petit marché à la résidence (vente vêtements, gourmandises, bijoux...)	2x/an	33
Projet "ouverture d'un bar" géré par les résidents	juin à sept.+ déc.	60
Projet jardin	10 mois/an	4
Projet Tour de France : défi sportif	Courant juillet	37
Projet théâtre	Janvier à Juin	7
Rencontre inter-structures (avec le Réseau des Animateurs du Valenciennois) autour du jeu, repas festifs, sorties, etc.	Ponctuel	11
Rencontres intergénérationnelles : fêtes calendaires, atelier manuel, promenade, jardinage, kitchen day, chants, etc.	Ponctuel	17
Repas ou goûters festifs (fêtes calendaires) : anniversaires, nouvel an, carnaval, fêtes des mères/pères, fête de la musique, barbecue, braderie, beaujolais, Noël, etc..., souvent animés par un chanteur ou un orchestre	Ponctuel	60
Repas thérapeutiques	Ponctuel	13
Rétrospective de l'année en photos	1x/an	41
Séjour vacances 5jours / 4 nuits	1x / an	4
Semaine bleue (activités diverses)	5 jours en oct.	60
Semaine européenne du sport	5 jours en sept.	42
Soirée match pour la coupe du monde de rugby	sept à oct	7
Sorties diverses : restaurant, visite entreprise, croisière, thé dansant, pétanque, cinéma, bowling, cirque, concert, marché, promenade...	Ponctuel	11
Temps personnalisés : discussions, jeux, appel visio "skype", messages et photos aux familles via notre site internet, etc...	Toute l'année	60
Tournoi de belote	1x/mois	7
Tournoi de ping-pong à l'occasion du Roland-Garros	Juin	21
Activités avec intervenants extérieurs avec coordination de l'animatrice (+quantité/mois)		
Atelier Fitness des neurones	5x/an	13
Atelier floral	Ponctuel	10
Atelier philo	Ponctuel	6
Sophrologie	1x/semaine	12
Chants avec des bénévoles du relai Malakoff	Ponctuel	34
Chorale	1x/mois	23
Conférences sur divers thèmes	1x/mois	15
Eureka	Ponctuel	9
Gym douce	2x/mois	17
Jeux sur l'application 'wivy' avec des bénévoles du relai Malakoff	Ponctuel	21
Karaoké	4x/an	34
La mémoire qui chante	3x/an	38
Mediation équine	d'avril à juillet	19
Médiathèque mobile avec la médiathèque de la ville	Selon la demande	1
Opérabus	Décembre	37
Prévention des chutes	1x/mois dès avril	14
Projet 'le mois de l'art'	En mai	31
Rééducation à vélo et/ou tapis de marche	dès juillet	4
Réflexologie plantaire et massage Amma	1x/mois	6
Tangothérapie	3x/an	30
Thérapie par la danse	1 essai	16
Thérapie par le rire	1 essai	14

11.3 La vie sociale

11.3.1 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 :

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

11.3.2 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.

11.3.3 L'intervention des bénévoles

Les bénévoles interviennent au sein de la résidence après s'être entretenu avec le directeur 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 des âges. 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.

12. Le projet de soins

12.1 Introduction :

Le projet de soins de l'EHPAD « Harmonie » est un engagement de tous les intervenants envers chaque résident. Il est la référence commune pour les professionnels. La notion de bien-être est le fil conducteur de toute action réalisée par chaque intervenant auprès des résidents.

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

12.2.1 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 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.

12.2.2 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 (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 le cadre de santé dans le cadre du pilotage du projet d'établissement et, plus particulièrement, du projet de soins.

12.2.3 Le dossier de soin individuel papier

Il s'avère indispensable de garder une trace papier du dossier de soin individualisé dans le cadre d'une procédure dégradée, panne informatique. 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.

12.2.4 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 réunir 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.

12.2.5 Les comptes rendus de réunions

Ils sont réalisés par l'infirmière référente du service et validée par le directeur. Ils permettent d'acter la tenue de la réunion et d'en 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.

12.3 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 en présentiel ou par l'intermédiaire de la

téléconsultation, 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'Équipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD, ainsi qu'à l'Hospitalisation À Domicile voir même l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs et Continus afin d'éviter les hospitalisations et de réajuster les traitements avec pour but d'améliorer le bien-être des résidents.

12.4 La promotion de l'autonomie et de la santé

12.4.1 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.

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

Les troubles de l'incontinence touche en 2024 plus de 92 % des résidents à différents niveaux. Pour 85 % il s'agit d'une incontinence totale et pour 15 % 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.

12.4.3 Le dépistage des troubles visuels, auditifs et dentaires

La moyenne d'âge des personnes accueillies au sein de la résidence est de 82 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 a été mis en place en 2023 avec l'association Handident pour assurer des prestations de dépistage, suite à cela, des soins ont été prodigués en unité spécialisée pour certains résidents.

12.4.4 La lutte contre les infections

La lutte contre les infections vise 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. des formations régulières sont dispensées par le médecin coordonnateur.

Le cadre de santé en collaboration avec le médecin coordonnateur ont 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.

12.4.5 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 2023, seul 5 résidents, soit 9.60 % des personnes accueillies sur l'année ont développé une escarre au sein de la résidence. 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. Le recours à l'utilisation de matériel spécifique sur recommandation de l'ergothérapeute (matelas, coussin...) est systématisé.

12.5 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 sur 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.

Des référents en « Bientraitance » sont en place dans chaque unité.

Une charte « Bientraitance » de l'établissement a été rédigée en collaboration avec l'ensemble des équipes.

Le plan de formation est axé sur la promotion de la bientraitance.

12.6 Les prises en soins spécifiques

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

12.6.1 Les troubles nutritionnels et de déglutition

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.

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 sera portée particulièrement sur l'aspect visuel du repas 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 susciter l'envie. L'alimentation a une place centrale dans la recherche du bien-être et rayonne sur l'ensemble des besoins fondamentaux.

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 l'établissement. Le recueil des souhaits et des goûts des résidents est systématiquement fait.

La texture mixée correspond à une texture lisse sans morceaux. Elle est obtenue à partir des aliments constituant le repas (viande, poisson, légumes, fruits, ...). À 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 appelle 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.

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, 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, ...).

12.6.2 Les troubles cognitifs et de comportements

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 à tendance à augmenter passant de 70% à 80% en l'espace de 3 ans. Nous travaillons avec l'EMGIE, l'Équipe 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.

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'ergothérapeute, le psychologue ou encore une ASG.

12.7 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 avec l'ergothérapeute et les ASG, 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 ergothérapeute et d'assistantes de soins en gériatrie.

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 2023, 71 résidents ont séjournés au sein de l'EHPAD. 58 étaient atteints d'une démence soit 81.7 %. Le PASA a accueilli 26 résidents.

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 retrouvent dans une atmosphère plus apaisante.

12.8 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.

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 rez 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.

12.9 La gestion des contentions et des chutes

Les troubles de l'équilibre et les chutes

Sur l'année 2023, 73 % résidents accueillis ont chuté au moins une fois. 95 % des chutes ont eu pour conséquence un traumatisme bénin à type d'ecchymose, de contusion ou de petite plaie simple non suturée, 0.7 % ont fait l'objet d'une hospitalisation.

Une réflexion a été menée par l'ergothérapeute, 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 l'ergothérapeute peut être organisée.

Une fiche de déclaration 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 récurrences et de traiter les raisons si celles-ci peuvent l'être. Lors des réunions « Chutes » mensuelles.

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 actualisé 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.

La mise en place d'une contention

Pour l'année 2023, 23.9 % des résidents utilisent les deux barrières de lits la nuit, 4,2 % portent une contention au fauteuil et 4.2 % ont une fermeture de porte la nuit sur prescription médicale.

Le protocole contention a été retravaillé en 2022 et actualisé en 2024. Il prévoit la réévaluation mensuelle de la contention par l'équipe soignante, sous contrôle d'une infirmière, d'une aide-soignante, de l'ergothérapeute 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.

Face à une contention, un plan de compensation individualisé est systématiquement mis en place pour pallier les risques liés à celle-ci en fonction des capacités de la personne, 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.

12.10 L'accompagnement jusqu'au bout de la vie

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.

Afin d'aider les équipes un protocole directives anticipées a été rédigé en 2022.

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.

La prise en soin 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 voir de défense par rapport aux soins si elles ne sont pas comprises.

Une réflexion commune des équipes a permis d'actualiser le protocole douleur en 2022 et l'ensemble du personnel y a été sensibilisé. Des formations en interne ont été réalisées par le médecin coordonnateur, l'IDE et le psychologue. Deux 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 1 IDE puis 1 soignant 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 l'équipe mobile de soins palliatifs du CHV. Ils font partie des personnes ressources du Comité de Lutte contre la Douleur de la résidence sous l'initiative du médecin coordonnateur et de la cadre de santé.

Le CLUD a 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 est pluriprofessionnelle. Les référents douleurs étant bien distinct des référents soins palliatifs chacun ayant des missions bien spécifiques.

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. La procédure a été réactualisée en 2022.

Les équipes sont à l'écoute de l'entourage, afin de le rassurer, l'apaiser, l'assurer que tous les moyens sont mis en œuvre pour que la souffrance physique et psychique de son proche soit réduite. Un soutien psychologique peut lui 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'Équipe 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 1 IDE puis 1 soignant 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 nécessaire au confort de la personne. Ils ont pu bénéficier d'une formation en partenariat avec le centre hospitalier de Valenciennes et l'Équipe Mobile de Soins Support et Palliative mais également en interne par le biais du médecin coordonnateur. Un infirmier est titulaire d'un diplôme universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement.

Les professionnels de l'EHPAD soignants et non soignants sont également confrontés à un travail de deuil. Ainsi le soutien institutionnel des professionnels leur permettra de s'engager dans les soins avec la proximité et la distance nécessaire au maintien de leur santé (accompagnement, formation continue, analyse de pratiques professionnelles...)

12.11 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 en 2021. 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.

Le déploiement du PDA en 2024, permet de mettre en place les dernières obligations réglementaires. La procédure a été réactualisé dans ce sens en août 2024.

12.12 L'organisation des situations urgentes

Les urgences sont gérées par l'équipe infirmière 24h/24 et 7j/7, en présentiel la journée et ensuite en astreinte pour la nuit (19h-8h). 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 Équipe Médicale d'Urgence et de Réanimation est possible en cas de besoin. Une liaison est établie (fiche de liaison, appel téléphonique...) entre l'EHPAD et le Centre Hospitalier.

La résidence est équipée d'un sac d'urgence de premiers secours ainsi qu'une dotation de médicaments pour besoin urgent. Les hospitalisations sont analysées par le médecin coordonnateur lors de l'écriture du rapport d'activité médicale. (motifs, impacts...)

12.13 L'organisation des soins

L'organisation des soins est définie sur 24h permettant d'assurer la permanence, la continuité, la qualité et la sécurité.

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.

12.14 Conclusion

Placer le résident au cœur du dispositif est une philosophie.

Le projet de soins, formalisé pour une période de 5 ans, s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité et de la prise en soins des résidents.

Une évaluation de ce projet doit être réalisée régulièrement.

13. La démarche qualité et la gestion des risques

13.1 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.

13.2 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.

13.3 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.

13.4 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.

13.5 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. Celui-ci sera travaillé début 2025.

13.6 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. Réalisé en 2023, l'établissement obtient un résultat de 72% des critères satisfaits. (96% sur le circuit du linge et l'entretien des locaux, 88% sur les soins). L'effort reste à poursuivre sur la politique RH (66%) et l'environnement (20%).

13.7 Le Document d'Analyse du Risque de Défaillance Électrique

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.

14. Le projet managérial et social

14.1 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 France Travail 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 cadre de santé en collaboration avec le service des Ressources Humaines et la validation du Directeur et du Directeur Général.

14.2 Les Ressources en personnel ETP au 31/12/2023

Métiers	E.T.P	E.T.P. autorisé
Direction, Administratif	2.17	3.5
Cuisine service généraux	3.22	4.4
Animation service social	0.90	0.5
Personnel blanchissage – repas	22.6	23.6
Assistante sociale	0.2	0
Psychologue	1	0
AS – AMP- ASG	11.95	12.6
IDE – cadre de santé	5	5
Médecin	0.40	0,50
Paramédicaux	1	3
TOTAL	48.44	53.1

14.3 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.

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

14.4.1 Les entretiens individuels

Réalisés 1fois/an par le cadre et l'IDE référent.

Les entretiens permettent un échange avec l'agent, de fixer des objectifs pour N+1 et de recueillir les souhaits de formation afin d'établir le plan de formation N+1.

14.4.2 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 des 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.

14.4.3 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.
- En 2023, le sport et l'activité physique « Vecteurs de plaisir et d'émotions »