

**MAISON DE RETRAITE SAINT JEAN**  
**41 Avenue Félix Baert**  
**BP 59**  
**59380 BERGUES**

**Tél : 03.28.68.62.99**

**Fax : 03.28.68.53.19**

**E-mail : [stjean.residence@wanadoo.fr](mailto:stjean.residence@wanadoo.fr)**

**ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**



**PROJET D'ETABLISSEMENT**

**« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous, ensemble »**

**Euripide, dramaturge**

**ANNEE 2016-2020**



## Sommaire

CONTEXTE NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL .....	4
1. Orientations générales, schémas et repères juridiques.....	4
2. Convention tripartite ou CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens).....	4
3. Missions de l'établissement .....	5
PRÉSENTATION DE LA RÉSIDENCE ST JEAN .....	5
1. Historique .....	5
2. Contexte géographique et architectural .....	6
3. Caractéristiques du public accueilli .....	9
IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE ET ORGANISATION GÉNÉRALE .....	10
1. Les effectifs du personnel de la résidence au 31/12/2015 et l'organigramme .....	10
2. Les différentes instances .....	11
3. Les réunions institutionnelles.....	14
4. LES PRESTATIONS D'HÉBERGEMENT .....	17
NOTRE PHILOSOPHIE ET NOS VALEURS INSTITUTIONNELLES .....	23
1. HUMANITUDE méthodologie GINESTE MARESCOTTI : origine de la mise en place et projet de labellisation .....	24
2. Rôle du groupe ressource et des référents Humanitude : .....	24
3. Rôle des référents professionnels : .....	26
4. Phase de pré admission et d'accueil du résident .....	26
PROJET DE SOINS et d'ACCOMPAGNEMENT .....	28
1. Le projet de soins .....	28
2. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) : .....	35
3. Les techniques de soins non médicamenteuses .....	37
4. UNITE DE SOINS ET DE CONFORT .....	42
PROJET DE VIE SOCIALE .....	44
1. Animation interne et externe, partenariats, conventions, bénévolat .....	44
2. Projet : développement des liens avec l'extérieur et de la citoyenneté.....	44
PROJET SOCIAL ET D'AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL.....	47
1. Formation du personnel et Gestion Prévisionnel des Moyens et des Compétences (GPMC) ..	47
2. Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), des Risques Psycho-sociaux (RPS) et de l'absentéisme .....	47
3. Le constat .....	47
4. Les principaux enjeux .....	49



5. Projets d'amélioration du bien-être au travail : massages, gym douce, relaxation.....	50
AMELIORATION DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....	51
1. Les enjeux du Projet Qualité et la gestion des risques :.....	51
2. Les outils qualité.....	52
3. Bilan et propositions d'amélioration.....	52

## ANNEXES

- Charte humanitude
- Trame du Projet d'accompagnement personnalisé
- Protocole Projet d'accompagnement personnalisé
- Livret d'accueil du PASA
- Le projet de création d'une UNITE DE VIE ALZHEIMER
- Le journal de ST JEAN
- Le livret d'accueil de la résidence

## INTRODUCTION

L'article L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un **Projet d'Établissement**, qui définit :

- Ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ;
- Ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de vie sociale.

Ce document de référence doit être connu des professionnels et des usagers, décrire la pratique de l'établissement. Il doit être évolutif, refléter une dynamique en étant régulièrement actualisé, décrire **OÙ** l'établissement veut aller et **COMMENT** y parvenir.

Ce document a été rédigé suite à une concertation avec les membres du comité de pilotage de la démarche qualité de la résidence Saint Jean.



Salon d'accueil nommé aussi le « **BABELKOT** », soit l'endroit où on papote .....

## CONTEXTE NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL

### 1. Orientations générales, schémas et repères juridiques

Un projet d'établissement se situe au carrefour d'enjeux nationaux, départementaux, et locaux. Le contexte démographique est important : le vieillissement de la population est constaté, en 2050, 1 habitant sur 3 sera âgé de 60 ans et plus, contre 1 sur 5 en 2005. Ces données sont à prendre en compte et imposent aux pouvoirs publics une réflexion sur l'accompagnement du grand âge. Depuis 2003 et les ravages de la canicule, une prise de conscience a permis l'instauration du jour férié de solidarité, et la création de la Caisse Nationale de Solidarité aux âgés. Les plans **ALZHEIMER et SOLIDARITÉ GRAND ÂGE** se sont succédés, afin d'aider les établissements et services à domicile à mieux repérer les résidents les plus fragiles et leur proposer un accompagnement de qualité. Ces grandes orientations sont ensuite déclinées en schémas régionaux et départementaux, dessinant ainsi le paysage médico-social de nos territoires.

La résidence St Jean est un établissement public de santé, autonome, géré par un conseil d'administration dont le président est le maire de la commune. Le directeur est nommé par le ministère de la santé, et il est le représentant légal et ordonnateur de l'établissement. Il gère l'ensemble du personnel et est le garant de la qualité des prestations proposées dans la résidence.

### 2. Convention tripartite ou CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens)

Depuis la réforme de la tarification des EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes doivent avoir passé une convention avec les services de l'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, et le CONSEIL GÉNÉRAL, afin d'être autorisés à poursuivre leur activité.

En effet, depuis 2001, les maisons de retraite médicalisées changent de statut pour devenir progressivement des EHPAD en s'engageant sur des critères qualitatifs. **Les établissements autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans doivent respecter un corpus législatif et réglementaire profondément remanié à la fin des années 1990 : loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets du 26 avril 1999.**

Ce corpus a été modifié à plusieurs reprises. Comme tous les établissements médico-sociaux en France, les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont regroupées dans le CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES ; en ce qui concerne la résidence St Jean, **la dernière convention a été signée en 2008 jusqu'en 2012.** Elle aurait donc dû être renouvelée en 2013 mais ne le sera qu'en 2016. Les CPOM sont possibles pour les établissements annexes à un hôpital, ou dans le cadre d'un groupement de coopération sociale et médico-social.

### 3. Missions de l'établissement

Les missions des EHPAD sont donc clairement définies dans le cadre législatif, et reprises dans les documents issus des évaluations internes et externes, conformément aux recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux).

Ces missions s'articulent autour de :

- La personnalisation de l'accompagnement du résident ;
- La Bientraitance déclinée sur tous les plans ;
- La qualité de la restauration, des soins, de la vie sociale et de l'animation ;
- La prise en compte des souhaits et du maintien des liens familiaux et amicaux du résident ;
- Du respect des croyances et de l'intimité des résidents ;
- La Charte des droits de la personne âgée en institution décline l'ensemble des principes à respecter par les EHPAD dans ce domaine et constitue une base de réflexion et un socle pour le projet d'établissement.

## PRÉSENTATION DE LA RÉSIDENCE ST JEAN

### 1. Historique

L'hôpital Saint-Jean, fondé par lettre patente de la comtesse de Flandre en 1251, reconstruit et agrandi à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, a été entièrement détruit par un bombardement allemand le 1<sup>er</sup> juin 1940.

Inauguré le 1<sup>er</sup> juillet 1959, l'hôpital rural, reconstruit 41 avenue Félix Baert, est devenu maison de retraite en 1982.

La résidence s'est transformée en EHPAD, d'une capacité d'accueil de 150 places, par arrêté préfectoral du 15 janvier 2002, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2003.

L'établissement jouit d'une situation privilégiée à proximité du jardin public du Groënberg, près des tours de l'Abbaye de Saint-Winoc.

Personne morale de droit public, la maison de retraite est un ÉTABLISSEMENT PUBLIC AUTONOME, dont le Conseil d'Administration est présidé par Le Maire de BERGUES.

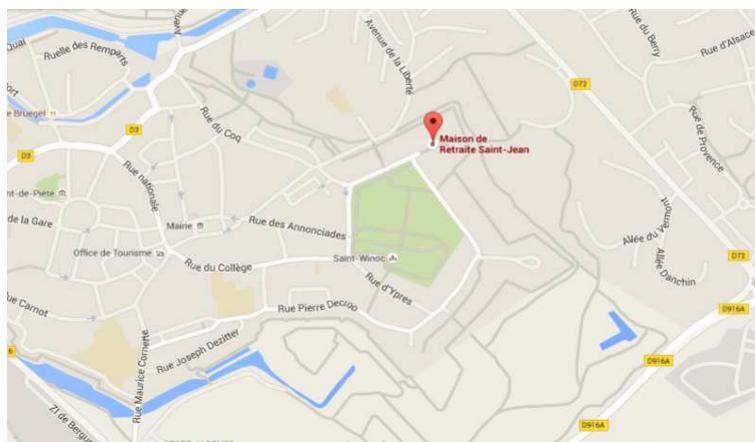
Le Conseil de la Vie Sociale, composé notamment de représentants des résidents, des familles, du Conseil d'administration et du personnel, permet d'associer les usagers au fonctionnement de l'établissement.

La gestion et la direction de l'établissement sont assurées par une directrice, nommée par le Ministère de la santé.

Monsieur le Receveur de Bergues est le comptable de l'établissement.

## 2. Contexte géographique et architectural

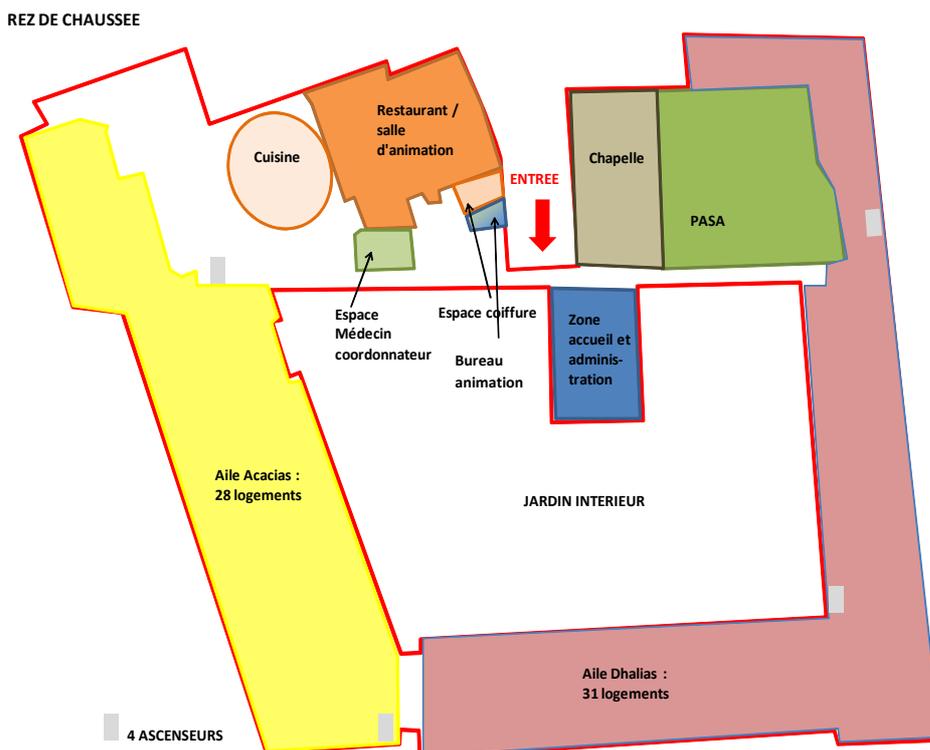
Située dans la ville de Bergues, la résidence se trouve à proximité de la côte, de DUNKERQUE (12 kms), de la Belgique et à 1h de LILLE par l'A25.



La résidence « Saint Jean » est constituée d'un bâtiment en U autour d'un jardin totalement clos. Les logements sont répartis sur trois niveaux en 5 unités, desservies par 4 ascenseurs. A savoir que les locaux techniques tels que la buanderie, le service de maintenance technique, deux chambres funéraires et les vestiaires du personnel se trouvent au sous-sol.

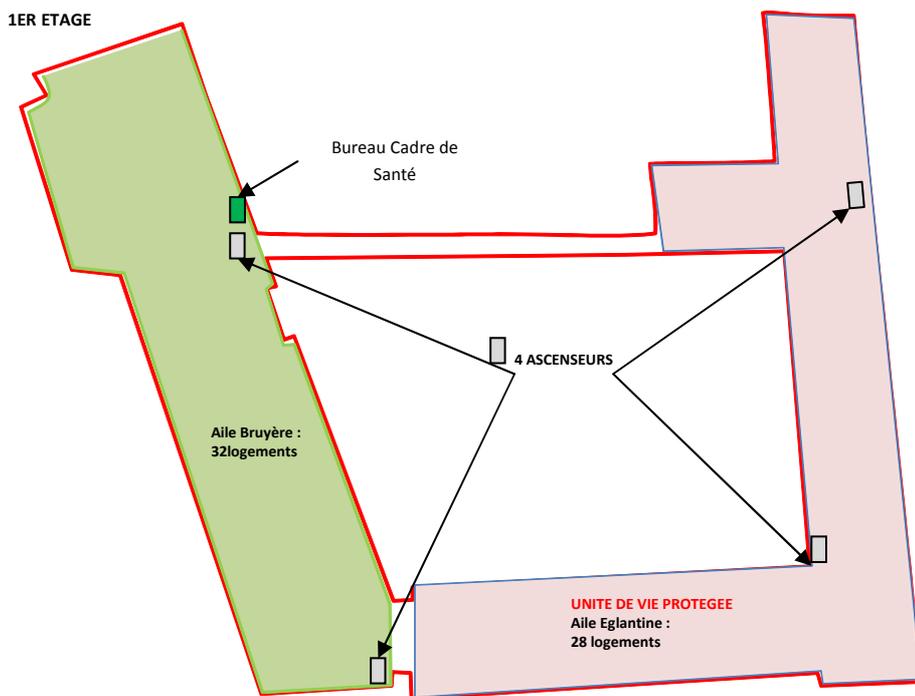
Le rez-de-chaussée comprend :

- Des espaces collectifs (la salle à manger, le Babelkot, la cafétéria, le petit magasin) ;
- Des locaux techniques (local poubelles, stockage, garage...) ;
- Les Lilas (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, PASA) ;
- Les Acacias de 28 logements sur l'aile droite ;
- Les Dahlias de 31 logements sur l'aile gauche avec une salle de bain ;
- La cuisine de production sur place ;
- La zone administrative ;
- Une chapelle.

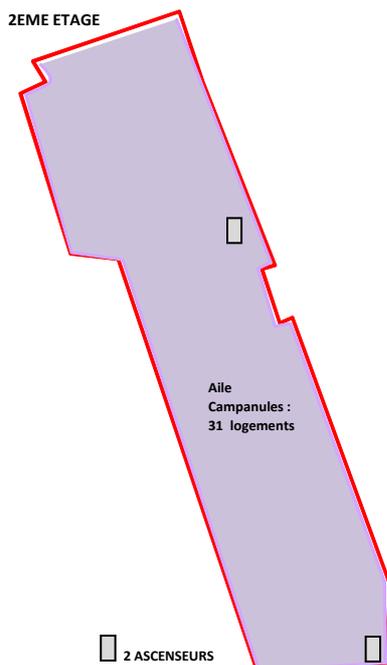


Le 1er étage comprend :

- les Bruyères sur l'aile droite de 32 chambres avec salle de bain avec baignoire à ouverture latérale, une salle à manger climatisée.
- les Églantines sur l'aile gauche, **Unité de Vie Protégée (UVP)** d'une capacité d'accueil de 28 places (digicode à l'entrée) avec une salle de bain avec baignoire à ouverture latérale et une grande salle à manger climatisée.
- **Le bureau de la cadre de santé**



**Au 2<sup>ème</sup> étage :** le service des Campanules de 31 chambres avec notamment une salle à manger climatisée, une salle de bain avec baignoire à hauteur variable électrique et un espace Snoezelen.



Les salles de bains communes sont équipées :

- D'une baignoire à hauteur variable électrique, ou à ouverture latérale ;
- D'un chariot douche ;
- D'un lève-personne.

La résidence possède 2 espaces SNOEZELEN, l'un situé au 2<sup>ème</sup> étage dans le service Campanules, l'autre aux Lilas(PASA).



La salle à manger du rez-de-chaussée est spacieuse et sert de lieu d'animation, de réunions et de fêtes (anniversaires, Noël, etc.). Un espace CAFÉTARIA est installé au fond de cette salle, afin de permettre aux familles et à l'entourage des résidents de passer un moment de convivialité en dehors de la chambre ; un espace extérieur est installé dans le même but, l'été.

À l'accueil de la résidence, un salon nommé « Babelkot » permet aux résidents et familles de se retrouver auprès de la BORNE MÉLO, qui fait partie intégrante désormais de la vie de la résidence. Elle est simple d'utilisation et permet, à tout moment de la journée aux résidents, d'avoir accès facilement à la musique.

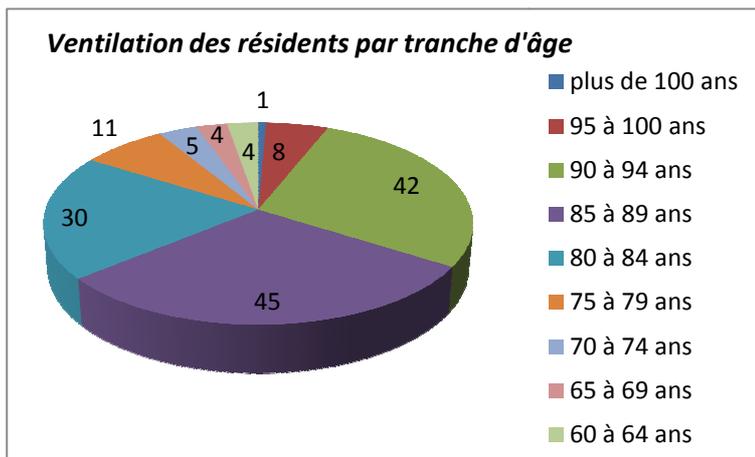
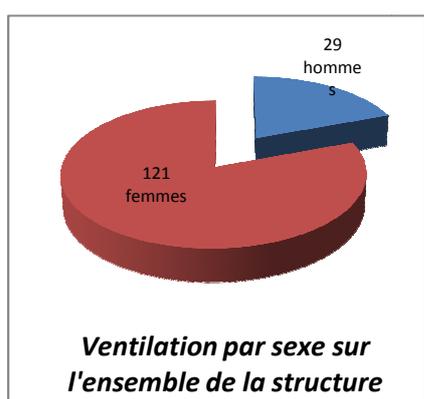
La cuisine, répondant aux exigences des normes HACCP, propose des repas variés, en autonomie pour la gestion et les commandes ; nous privilégions les fournisseurs locaux et les produits frais de manière générale. Des commissions de menus permettent de relever les satisfactions ou plaintes des résidents et des familles, et d'y remédier.



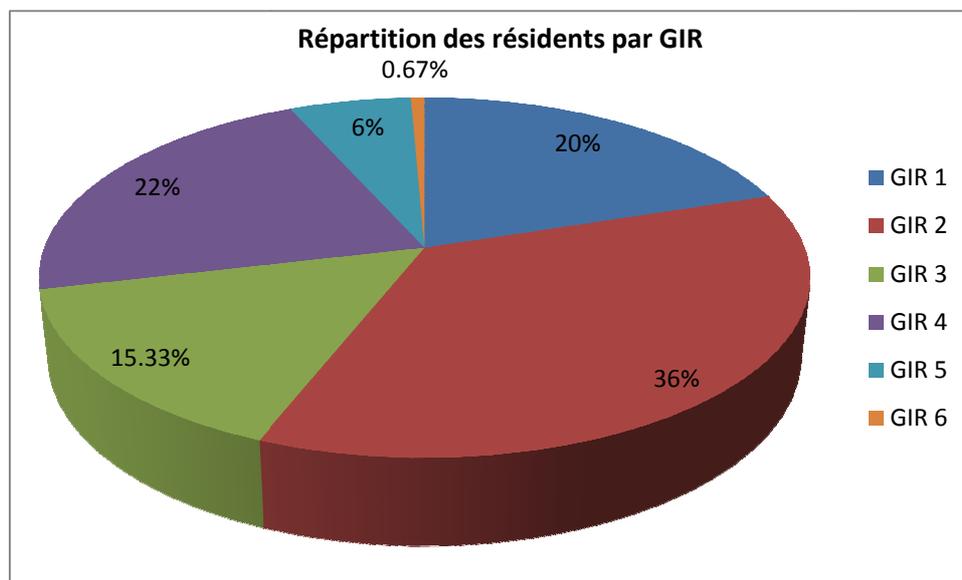
### 3. Caractéristiques du public accueilli

Issus principalement du canton de Bergues et communes limitrophes, et ensuite du dunkerquois, la moyenne d'âge des résidents au 4 décembre 2015 est de 86 ans, 86 ans pour les femmes et 83 ans pour les hommes. La plus âgée des résidentes est âgée 106 ans et le plus jeune, 61 ans.

Les personnes âgées accueillies dans la résidence sont majoritairement des femmes dont l'âge moyen avoisine les 86 ans. Les hommes représentent 25% de l'effectif total, ils arrivent en général, un peu plus jeunes dans la résidence.



LE GIR MOYEN PONDÉRÉ est de 717.85 et le PATHOS MOYEN PONDÉRÉ de 201 (validés en décembre 2015 après visite des médecins valideurs ARS et CONSEIL DEPARTEMENTAL)



#### Évolution du GMP sur les dernières années

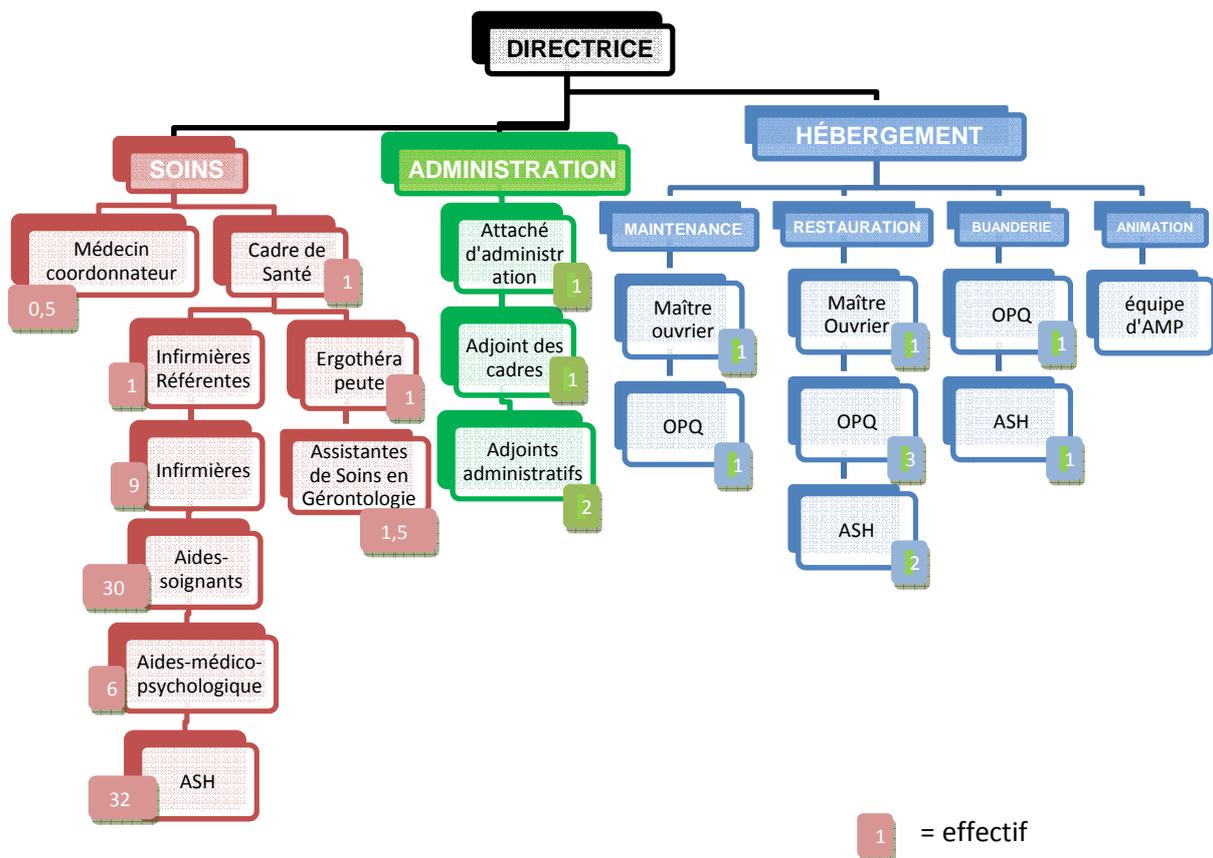
année	2012	2013	2014	2015
GMP	645	654.4	662.38	717.85

Par ailleurs, au 31/12/2015, 120 résidents sont hébergés à titre payant, et 30 au titre de l'aide sociale.

## IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE ET ORGANISATION GÉNÉRALE

### 1. Les effectifs du personnel de la résidence au 31/12/2015 et l'organigramme

	HÉBERGEMENT	DÉPENDANCE	SOINS	TOTAL
<b><u>Personnel de Direction</u></b>				
Directrice	1			1
<b><u>Personnel Administratif</u></b>				
Attaché d'Administration	1			1
Adjoint Administratif	2			2
Adjoint des Cadres	1			1
<b><u>Personnel Soignant</u></b>				
Médecin Coordonateur			0,50	0,50
Cadre de Santé			1	1
Ergothérapeute			1	1
Psychomotricien			1-1=0	0
Infirmières			8+1=9	9
Aides Soignants		9	21	30
AMP		1,80	4,20	6
ASG			1,50	1,50
<b><u>Personnel Service</u></b>				
Maître Ouvrier	1+1=2			2
Ouvrier Professionnel Qualifié	7-1=6			6
ASHQ	26,30	8,70		35
<b>TOTAL</b>	<b>39,30</b>	<b>19,50</b>	<b>38,20</b>	<b>97</b>



## 2. Les différentes instances

Le statut juridique de l'établissement se formule sous le terme EHPAD qui signifie **Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**.

Établissement public, autonome, il relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le statut du personnel appartient à la Fonction Publique Hospitalière (loi du 9 janvier 1986).

Le président du CONSEIL D'ADMINISTRATION est le Maire de la commune.

L'EHPAD est habilité à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale.

Plusieurs instances s'articulent afin d'assurer un fonctionnement démocratique et représentatif.

### Le Conseil d'Administration (CA) :

En application du décret n° 2005-1260 du 4 octobre 2005, le Conseil d'Administration est composé ainsi :

- Mme BRACHET Sylvie, présidente du conseil et maire de la commune
- Mme KOELIE Françoise, membre du conseil municipal
- Mr LE GALL Lionel, trésorier percepteur
- Mr JAROLEWSKI Christian, personne qualifiée
- Mr FOVELLE Jacques, adjoint aux affaires sociales municipalité

- Mme BULTE isabelle, conseillère départementale
- Mme Dr LESCIEUX, représentant des médecins libéraux
- Mme DEQUIDT Florence, représentant des personnels
- Mr VANDEWALLE benoit, conseiller départemental
- Mr GOKEL Julien, conseiller départemental
- Mme JOVENEL isabelle, vice- présidente du conseil de vie sociale

Les séances ne sont pas publiques ; le conseil d'administration se réunit au moins 4 fois par an et délibère sur :

- Le projet d'établissement.
- Le programme d'investissement.
- Le rapport d'activité (compte administratif).
- Le budget et les tarifs appliqués.
- Les comptes financiers et les affectations de résultats.
- L'organisation ou l'activité de l'établissement.
- Le tableau des emplois du personnel.
- Les actions de coopération.
- Les emprunts.
- Le règlement de fonctionnement.
- Les dons et legs.
- Les actions en justice.

**Tout ce qui ne relève pas de ces domaines est de la compétence générale du directeur.**

#### Les Commissions Administratives Paritaires(CAP) (départementales et locales) :

Dans la fonction publique hospitalière, les Commissions Administratives Paritaires, sont des instances représentatives paritaires consultatives instaurées dans chaque établissement public hospitalier et dans chaque département. Les CAP sont compétentes pour donner des avis sur la situation individuelle professionnelle des agents.

Il existe plusieurs formes de commissions administratives paritaires :

- La Commission Administrative Paritaire LOCALE (CAPL) (départementale ou locale) qui examine la situation professionnelle des agents de l'établissement public de santé.
- La Commission Administrative Paritaire DEPARTEMENTALE (CAPD) qui examine la situation professionnelle des agents ne disposant pas de CAPL dans leur établissement.
- La Commission Administrative Paritaire NATIONALE (CAPN) qui examine la situation professionnelle des membres du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

#### Le Comité Technique D'établissement (CTE) :

Dans chaque établissement public de santé, il existe un CTE qui est une instance représentative du personnel dotée de compétences consultatives sur les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement, sur l'organisation de l'établissement et sur toutes les questions d'organisation collectives et de conditions de travail. Le Président du CTE doit respecter les dispositions législatives

et règlementaires régissant les modalités de consultations, réunions, les votes, l'exercice du mandat et la formation des représentants du personnel au CTE.

#### **Le Comité D'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) :**

Dans chaque établissement comptant plus de 50 agents, un CHSCT doit exister. Cette instance doit se réunir au moins 4 fois par an, sur un ordre du jour établi conjointement avec la direction et les représentants du personnel. Le médecin du travail fait partie de cette instance qui examine les conditions de travail du point de vue de la sécurité et de l'hygiène, mais aussi du point de vue de l'ensemble des risques potentiels des agents dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

#### **Le Conseil de Vie Sociale (CVS) :**

En application du décret n° 2004-287 du 25/03/2004, un CVS est constitué des représentants des résidents, des familles, membres du conseil d'administration et du personnel de l'établissement. Sa composition date de 2013 et sera renouvelé en 2016.

Cette instance se réunit au moins 3 fois par an et est amenée à donner son avis sur :

- Le règlement de fonctionnement.
- La vie quotidienne de l'établissement et des résidents.
- Les activités.
- Les animations socioculturelles.
- Les services thérapeutiques.
- Les projets de travaux et d'équipement.
- La nature et le prix des services rendus par l'établissement.

#### **La Commission des Menus :**

La commission des menus se réunit toutes les 8 semaines, autour du responsable cuisine, avec la participation de résidents, familles, personnel soignant (référents menus de chaque service), direction et personnel de restauration. Cette assemblée valide les menus, permet aux résidents de s'exprimer, recense leurs souhaits en matière de repas.

Les satisfactions et insatisfactions de chaque service sont soulignées, puis les menus des 8 semaines à venir lus et éventuellement modifiés en fonction des remarques émises. Un compte-rendu est établi et envoyé à tous les membres de la commission.

#### **La Commission d'Animation :**

C'est également une instance de consultation et de propositions des résidents qui se réunit une fois par trimestre environ. Animée une Aide Médico-Psychologique (AMP), en présence de la directrice, le programme des animations à venir est discuté et les remarques sur les animations passées sont prises en compte.

La résidence a développé des relations avec les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, et des conventions ont officialisé cette ouverture de l'établissement vers l'extérieur.

### Les conventions et partenariats extérieurs :

L'EHPAD dispose d'une convention avec le centre hospitalier de DUNKERQUE, l'hôpital maritime de ZUYDCOOTE, la polyclinique de GRANDE-SYNTHE, dans le cadre de la FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUE.

- Le centre hospitalier de DUNKERQUE dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées (cependant **une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs est en cours, ainsi que les modalités d'hospitalisation, dans le cadre de la filière gériatrique**)
- Le SMUR
- UNIS CITÉ (service civique)
- DK PULSE, gymnastique douce et prévention des chutes
- La pharmacie de la ville pour la prise en charge des médicaments, des dispositifs médicaux et le matériel médical
- La trésorerie de BERGUES
- AMAVIE
- LA MAIA
- LE CLIC des moulins de Flandres
- L'Hôpital À Domicile
- L'EPSM de BAILLEUL
- La Médecine du Travail
- L'Association AGILITY
- L'Association AUJOURD'HUI LA VIE.
- Partenariat avec l'organisme RETRAIDES pour le dépistage auditif et visuel

L'EHPAD a établi des contrats de coopération avec les médecins libéraux et les kinésithérapeutes qui interviennent au sein de la résidence.

### Convention de coopération avec les EHPAD du territoire :

Une convention de coopération a été validée par les instances de l'établissement en 2015 afin de permettre des échanges de pratiques, des mutualisations en termes de formation des personnels, des rencontres inter-établissements dans le cadre du projet d'animation, etc.

## 3. Les réunions institutionnelles

### La réunion de l'équipe d'encadrement :

Il y a un an à l'arrivée de la nouvelle direction, des réunions d'échanges et d'informations entre les responsables de tous les secteurs d'activité de la résidence (la direction, l'attaché d'administration et les agents administratifs, le médecin coordonnateur, la cadre de santé et une IDE, l'animatrice, le responsable restauration, le responsable technique, le responsable lingerie buanderie, l'ergothérapeute responsable du PASA) ont été instaurées. Elles ont lieu 1 fois par quinzaine. Sont évoqués lors de ces réunions :

- Les pré admissions et entrées des nouveaux résidents.
- Les décès.

- Les problématiques liées au fonctionnement de l'établissement (repas, travaux, animation, effectifs, budget, etc.)
- Des informations diverses données par la direction (formations des personnels, plaintes des familles, dates des réunions de services, etc.).

#### Les réunions de service :

Ces réunions sont animées par la cadre de santé en présence de la direction toutes les 5 semaines. Elles abordent tous les sujets relatifs à la vie du service et des résidents, ainsi que les questions de congés, absences, éventuellement conflit entre membres du personnel ou avec un résident / une famille.

#### Les réunions du groupe ressource « Humanitude » :

Ces réunions ont lieu toutes les six semaines en présence du groupe pilote, de l'animatrice et de l'ergothérapeute. Elles sont animées par la cadre de santé, l'infirmière coordinatrice en Bientraitance et l'AMP référente en Humanitude. Elles ont pour objectifs la réactualisation des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), la réévaluation des prescriptions de soins, les problèmes liés à des comportements d'agitation pathologique et également tout ce qui est lié à la manutention.

Dans le cadre de l'engagement de l'établissement « vers le label », ces réunions seront programmées chaque mois afin de réaliser l'autoévaluation adéquate.

#### Les réunions de l'Unité de Soins de Confort (USC) :

Ces réunions sont animées par le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'infirmière coordinatrice en soins palliatifs et l'AMP référente en soins de confort et rassemblent le groupe pilote en USC. Elles sont mensuelles et leur objectif est l'évaluation des différentes demandes des services pour une prise en soins de résidents par l'USC, les possibilités de prises en soins non médicamenteuses (aromathérapie, soins esthétiques, luminothérapie...) et c'est également un moment d'échange sur les ressentis du personnel lors de ces prises en soins spécifiques.

#### Les réunions du PASA :

Elles ont lieu toutes les six semaines et sont animées par l'ergothérapeute en présence du médecin coordonnateur, de la Direction, de la cadre de santé et des assistantes de soins en gérontologie. Ces réunions interdisciplinaires sont pour objectif d'échanger en équipe sur la prise en soins des résidents, faire le point sur la file active et le fonctionnement du pôle. L'équipe du PASA participent aussi aux réunions de service pour assurer une continuité dans les soins.

#### Les réunions de l'équipe infirmière :

Elles ont lieu toutes les six semaines et sont animées par la cadre de santé en présence de la Direction. Elles abordent tous les sujets relatifs aux traitements et soins des résidents, à l'organisation des soins dans les différents services, ainsi que les questions de congés, absences, éventuellement conflit entre membres du personnel ou avec un résident / une famille.

### Les réunions de coordination :

Elles ont lieu 2 fois par an et sont organisées par le médecin coordonnateur. Elles rassemblent tous les intervenants extérieurs (médecins, kinés, ...), la direction, la cadre de santé, l'infirmière coordinatrice en USC, l'infirmière coordinatrice en Bienveillance et l'ergothérapeute. Ces réunions ont pour objectifs :

- La communication du projet d'établissement et sa mise en œuvre
- La politique du médicament à utiliser préférentiellement
- Le contenu du dossier type de soins
- Le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement
- Le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement

L'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociale et a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques.

### Les réunions annuelles de bilan de fonctionnement avec les services de l'EPSM des FLANDRES

Chaque année une réunion avec le psychiatre et les personnels intervenant pour le suivi des résidents permet d'ajuster les dysfonctionnements, et de faire un bilan du partenariat engagé avec les services. Ce partenariat existe depuis de nombreuses années et apporte un éclairage important aux équipes sur la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement.

### Les réunions générales et des familles

Une fois par an, en mai-juin, l'ensemble des familles des résidents est invité à participer à une réunion générale d'informations par la direction et toute l'équipe, suivie d'un repas pris en commun.

**En projet pour la réunion de 2016, une conférence-débats sur les principes de la méthodologie Gineste Marescotti, ou philosophie de l'Humanité.**

Des réunions générales d'information aux personnels peuvent aussi être organisées, sur un thème précis (exemple restitution évaluation externe, ou présentation d'un nouveau mode d'organisation...).

Ponctuellement, lors de la Semaine Bleue, une journée « portes ouvertes » est organisée afin de communiquer avec le public et permettent de mettre en valeur les prestations proposées, ainsi que des visites commentées de la résidence.

## 4. LES PRESTATIONS D'HÉBERGEMENT



### ✚ L'accueil et le service administratif

Sous la responsabilité du directeur, le service administratif est composé d'un directeur, d'un attaché d'administration, d'un adjoint des cadres et de 2 adjoints administratifs, dont l'un est **réfèrent qualité**.



Les agents de ce service sont polyvalents et assurent ensemble l'accueil des familles, résidents, personnels qui se présentent et répondent aux demandes. L'attaché d'administration est chargé du suivi des finances, élabore le budget, le compte administratif, en lien avec la direction.

**L'accueil des usagers est ouvert de 8h à 17h du lundi au vendredi** ; des visites de l'établissement sont faites sur demande. La direction reçoit les familles pour toute question relative au séjour de leur parent, sur rendez-vous. Les pré-admissions ont lieu dans le bureau de la direction, avec un référent Humanité. L'ensemble des agents du service administratif sont au service des résidents et des familles, dans un climat de convivialité.

### ✚ Restauration et hôtellerie

Les repas sont confectionnés sur place, préparés par le personnel de l'établissement en liaison chaude. Le service gère toutes les opérations y compris les commandes d'ingrédients liées à la qualité, la sécurité et l'appétence des repas.

L'équipe de cuisine est très attentive au :

- **Respect des goûts et des souhaits des résidents ;**
- **La qualité gustative et la présentation des repas.**
- **La sécurité sanitaire et alimentaire garantie par les protocoles (HACCP).**



Le petit-déjeuner est servi sur plateau en chambre, à partir de 7h30 (le dimanche et les jours fériés, une viennoiserie ainsi qu'un verre de jus d'orange accompagne le début de la journée. Le déjeuner est servi dès midi, en salle de restaurant, en chambre ou dans la salle à manger des services. Il se compose d'une entrée ou potage, d'un plat avec garniture et d'un dessert. Une collation (café goûter) est proposée vers 15h30.

Le dîner est servi à partir de 18h30 en chambre ou dans les salles à manger des services. Il se compose d'un potage, d'un plat complet et d'un dessert. Une collation est proposée aux résidents, la nuit.

Une attention particulière est apportée à la question des régimes alimentaires, des textures modifiées (mixés, finger-food (le manger-mains), ...)

Une démarche d'amélioration de la qualité a été menée en collaboration avec les services infirmiers concernant les repas de substitution enrichis. Ceux-ci sont dorénavant, dans la plupart des cas, enrichis naturellement par des ingrédients protéinés.

<b>FICHE ACTION 1</b>
<b>AXES D'AMELIORATION EN RESTAURATION</b>
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mettre en place, en lien avec les référents Humanitude, le repas personnalisé prescrit</b></li> <li>• <b>Favoriser la verticalisation en réduisant le nombre de fauteuils roulants en salle à manger et en proposant une chaise aux résidents</b></li> <li>• <b>Envisager une tenue civile pour les agents effectuant le service à table</b></li> <li>• <b>Remplacer les bavoirs par des serviettes de table</b></li> <li>• <b>Travailler sur le circuit des médicaments lors du temps de repas</b></li> <li>• <b>Revoir la décoration de table dans les services (mise à disposition de condiments, serviettes)</b></li> <li>• <b>Réévaluer et réorganiser le service en salle à manger (peut-être sous forme de buffet)</b></li> <li>• <b>Réévaluer et revoir les prescriptions médicales des régimes et textures des repas</b></li> <li>• <b>Développer la mise en place du finger-food et pérenniser les repas sur la semaine et week-end</b></li> <li>• <b>Réaménager la salle à manger des Églantines et revoir l'organisation des repas</b></li> <li>• <b>Faire l'inventaire de la vaisselle et l'harmoniser</b></li> <li>• <b>Retravailler la table thérapeutique</b></li> <li>• <b>Voir la possibilité de dîner en salle à manger du rez-de-chaussée</b></li> <li>• <b>Réduire le bruit en salle à manger en aménageant un faux plafond sous forme de voilage ou tenture</b></li> <li>• <b>Permettre aux résidents de choisir sa place à table et d'en changer en cas de besoin</b></li> <li>• <b>Partenariat dentiste-orthophoniste</b></li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITE de la direction et du responsable cuisine</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC l'ensemble des agents</b>
<p><b>MOYENS MIS EN ŒUVRE :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Groupe de travail ACTION RESTAURATION</b></p>
<p><b>INDICATEURS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>enquêtes de satisfaction</b></li> <li>- <b>Nombre de réunions du groupe de travail</b></li> </ul>

## ✚ La lingerie-buanderie de la résidence

**La résidence dispose d'une blanchisserie et assure en totalité l'entretien du linge de l'établissement et des résidents à l'exception des matières fragiles.**

Celle-ci est conçue de façon aseptique et équipée de machines à laver à double ouverture afin de lutter contre les risques de re-contamination.

Une liste du trousseau est donnée à titre indicatif avant l'entrée du résident. Elle renseigne sur le nécessaire et les quantités utiles et donne les informations sur les conditions d'entretien. Le linge des résidents doit être marqué afin d'être identifié après lavage et assurer un bon acheminement. Celui-ci est à la charge des familles et l'établissement souhaiterait assumer ce service afin de limiter les risques de pertes.



**Collecte du linge sale :** Les services disposent d'un chariot de collecte de linge sale comportant 4 compartiments identifiés sous forme de sacs de couleurs différentes en fonction de la catégorie du linge. En cas de risque infectieux, le linge susceptible d'être une source de contamination est déposé dans des sacs hydrosolubles ou à ouvertures hydrosolubles et est évacué quotidiennement. Ces sacs seront ensuite isolés dans un sac à linge désigné à cet effet avant le transfert.

Un affichage dans les zones dites « sales » des services rappelle les bonnes pratiques du tri afin de limiter les erreurs.

Ce chariot est rangé dans la « zone sale » de chaque service. Les sacs sont ensuite déposés en fin de journée dans un roll. Le secteur de la blanchisserie ne disposant que d'un ascenseur, les chariots doivent être housés avant leur transfert vers la blanchisserie d'afin d'éviter les risques infectieux. Les rolls sont nettoyés avant de les renvoyer dans les services.

La blanchisserie est divisée en 2 zones distinctes : la zone dite « sale » qui définit la zone de tri et de lavage et la zone dite « propre » qui désigne la zone de finition où le linge lavé est séché et repassé. Celles-ci sont séparées par un sas disposant d'un lave-mains ainsi qu'un affichage du protocole « lavage des mains ».

### Tri et entretien du linge

Le personnel est équipé d'une sur-blouse pour le tri du linge sale et de gants jetables.

Le service dispose de 3 machines à laver à double ouverture de 20kg et les programmes sont effectués en fonction des matières à traiter.



### Finition et distribution du linge

Ce secteur est équipé de 2 séchoirs rotatifs de 20kg pour le séchage du linge, d'une calandreuse-repasseuse pour le repassage du linge plat et de 2 tables à repasser pour la finition du linge.

Le linge plat est stocké sur des étagères avant l'approvisionnement des armoires mobiles des différents services en fonction des besoins.

Le linge des résidents est rangé dans des chariots à tiroirs nominatifs pour chaque personne et est quotidiennement distribué dans les chambres des résidents.

FICHE ACTION 2
AXES D'AMÉLIORATION EN LINGERIE
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'hygiène dans le circuit du linge</li> <li>• Amélioration de l'organisation logistique</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction, du responsable lingerie et de la référente hygiène</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les différents services</b>
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de procédures et/ou de protocoles en matière d'hygiène dans le circuit du linge et de l'entretien du matériel et des locaux</li> <li>- Mise en place d'une traçabilité de l'entretien du matériel de collecte (chariots, rolls...) et des locaux</li> <li>- Sensibilisation et information du personnel au respect du tri, des procédures et des risques infectieux</li> <li>- Uniformiser les pratiques du circuit du linge à l'ensemble des services</li> <li>- Formation continue de l'ensemble du personnel aux normes RABC</li> <li>- Renouveler le matériel existant par du matériel plus ergonomique et automatisé</li> <li>- Améliorer la fiche trousseau en collaboration avec les référents qualité</li> <li>- Sensibiliser le résident et sa famille lors des pré admissions sur les recommandations concernant l'entretien du linge et les besoins</li> </ul>
<b>INDICATEURS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FEI</li> <li>- enquêtes de satisfaction</li> <li>- nombre d'intervention techniques</li> </ul>

#### Le service technique, sécurité et maintenance :

Une équipe de trois agents réalise les travaux de maintenance, entretien et réparation des équipements et des locaux ainsi que l'entretien des espaces verts. Les travaux à effectuer sont consignés par le personnel des différents services, ces demandes sont informatisées ce qui permet d'être plus réactif avec une traçabilité de l'exécution des tâches, pour la plupart effectuées en interne. Elle est aussi le relais des entreprises extérieures pour les travaux plus importants qui ne peuvent être assurés par le service. L'équipe a le sens de l'écoute auprès des résidents et des familles.



Le responsable assure le maintien en conformité des équipements, le suivi des contrats de maintenance, des contrôles réglementaires obligatoires, des rapports retraçant les contrôles et travaux effectués, du registre de sécurité et participe aux commissions de sécurité.

**L'établissement est équipé d'un système de sécurité incendie (SSI) de catégorie A avec une alarme de type 1. Les dispositifs et matériels constituant le SSI sont conformes aux normes et réglementation en vigueur. Ces équipements sont regroupés au RDC (les Acacias) dans le bureau IDE (salle de garde).**

Des détecteurs sont implantés dans les locaux affectés au sommeil, les circulations, les locaux à risques moyens, et risques importants, Chaque détecteur est adressé individuellement permettent ainsi de connaître depuis le tableau l'élément en alarme ou en défaut.

Des reports d'alarme sont installés dans chaque office, équipés d'un afficheur LCD qui diffuse les signalisations de la centrale.

Indicateur d'action (IA) sont placés au-dessus des portes des locaux ou à proximité des volumes protégés visibles depuis la zone d'accès au local ou volumes protégés.

Déclencheur manuel (DM) sont associés aux équipements de contrôle. Ces boîtiers installés dans les circulations, à chaque niveau, à proximité de chaque escalier et des sorties.

Des sirènes sont audibles en tout point de la zone de diffusion d'alarme.

**Un groupe électrogène (G.E) alimente les équipements de désenfumage (touvelles, caissons d'extraction) et les organes du système de sécurité-incendie en cas de défaillance de la source normale d'électricité.** D'autres matériels sont secourus, les ascenseurs A et D, des prises de courant par lot de 3 de couleur blanche et rouge qui se trouvent dans les salles de soins au Dahlias et Eglantines, bureau des Dahlias et salon des Eglantines, ainsi que les groupes froids en cuisine.

Le SSI fait l'objet de 2 contrats :

- de maintenance, vérification des équipements (2 visites/an).
- vérification du bon fonctionnement du SSI, avec un organisme agréé (1 visite triennale).

#### Commission de Sécurité :

Une commission d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public se réunit tous les trois ans à la demande du chef de l'établissement.

- **ECLAIRAGE DE SECURITE** : L'établissement ne dispose pas d'éclairage de remplacement. Néanmoins il est complété d'un éclairage de sécurité d'évacuation des circulations, des locaux et des dégagements attenants jusqu'à l'extérieur du bâtiment. Ils assurent une autonomie minimale d'une heure en cas d'absence de tension en provenance de la source normale.
- **REGISTRE DE SECURITE** (Obligatoire): les renseignements portés sur le registre sont :
  - L'état du personnel chargé du service d'incendie.
  - Les diverses consignes générales et particulières établies en cas d'incendie.
  - Les consignes d'évacuation et les dates des différents exercices.

- Les divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu.
- Il est présenté lors de contrôle administratif.
- Il est sous la responsabilité du chef de l'établissement.
- Il est disponible à l'accueil.
- **AGENT DE SÉCURITÉ** : actuellement 3 agents ont été formés au niveau SSIAP 1. (Service de sécurité incendie et d'assistance à personne), 2 au service technique et 1 de nuit. (Recyclage tous les trois ans).

FICHE ACTION 3
AXES D'AMÉLIORATION EN MAINTENANCE
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer le nettoyage et désinfection des réseaux de ventilation (VMC)</li> <li>• Vérifier et maintenir en état les installations de désenfumage</li> <li>• Prévoir une solution en cas de coupure d'énergie : groupe électrogène et armoire de délestage</li> <li>• Rénover les sols des salles de bain et portes coulissantes chambres</li> <li>• Installer des stores occultant extérieurs dans la salle de restaurant et certaines salles de bain</li> <li>• Equiper le réseau d'eau froide d'un dispositif de traitement antitartre magnétique</li> <li>• Modifier les surpresseurs et les remplacer par du matériel de nouvelle génération</li> <li>• Installer une alarme technique (centrale 64 points)</li> <li>• Organiser la formation des référents « sécurité prévention incendie » dans chaque service</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016-2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction, du responsable du service Maintenance</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les différents services</b>
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un poste d'agent technique polyvalent</li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitements des demandes via le logiciel ID-Ocea</li> <li>- Enquêtes de satisfaction</li> <li>- Devis et factures</li> </ul>

## NOTRE PHILOSOPHIE ET NOS VALEURS INSTITUTIONNELLES

### Les Piliers de l'Humanité

#### Vos regards me font vivre...



#### Votre toucher m'accompagne...



#### Ma liberté : vivre et mourir debout...



#### Vos paroles me nourrissent...



**« Avant d'entrer dans la maison où il est aujourd'hui, mon père a séjourné pendant quelques semaines chez les morts... Les morts n'étaient pas les malades mais les infirmiers qui les abandonnaient pour la journée entière sans aucun soin de parole. Personne ne leur avait appris que soigner, c'est aussi dévisager, parler – reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu »**

**Christian Bobin, « la Présence Pure »**

**Une approche basée sur le concept de Bienveillance (cf. Annexe 1) et d'Humanité ; la résidence St Jean s'est engagée « vers le label » d'ici à 3 ans (soit 2017).**

C'est véritablement le fil conducteur qui va traverser tous les champs d'activité de l'établissement et se décliner dans l'ensemble des services, soignants et non-soignants.

**L'EHPAD Saint Jean a orienté son projet d'établissement en appliquant les principes de la philosophie de "l'Humanité".**

C'est un concept qui englobe des techniques et des attitudes adaptées afin de prendre soin de l'homme souffrant dans son milieu de vie.

C'est un art de vivre : zéro soin de force sans abandon de soin, le respect du domicile, le respect du sommeil, le toucher tendresse, .... C'est une approche professionnelle, un savoir-faire, un savoir-être qui permet aux personnes âgées dépendantes de rester une personne à part entière en maintenant ou en améliorant son autonomie malgré le handicap ou la maladie. Ces principes sont de plus en plus connus et mis en place dans les EHPAD, mais cela demande un investissement de tous, et exige une refonte complète des habitudes et des usages parfois installés depuis très longtemps.

## 1. HUMANITUDE méthodologie GINESTE MARESCOTTI : origine de la mise en place et projet de labellisation

**Prendre soin de quelqu'un nécessite des qualités humaines identiques quel que soit le domaine d'activité. Cela exige une remise en question de la pratique soignante, notamment en matière de savoir être.**

Il est indispensable de trouver l'équilibre entre la nécessaire technicité et le besoin d'humanité. Il est indispensable de comprendre l'utilité de l'approche globale de la personne et de ne pas se cantonner à la maladie.

**La personne âgée outre le fait d'être soignée, sollicite également celui d'être reconnue par les soignants en tant qu'individu unique, singulier et d'avoir un véritable projet de vie.**

C'est dans cette optique que la Direction a mis en place des sessions de formation à l'Humanitude au sein de la résidence Saint Jean. L'objectif visé est de diffuser la démarche globale de promotion de la bientraitance dès l'accueil du résident et dans tous les actes d'accompagnement de ce dernier. Il a été initié par la mise en place de sessions de formation des professionnels dès octobre 2011 visant à acquérir des nouvelles techniques de soins et de communication adaptées aux personnes âgées les plus fragilisées.

Pour ensuite pérenniser la démarche, des groupes-ressources pluridisciplinaires ont été constitués en vue de fédérer les professionnels autour de thématiques essentielles (toilette évaluative, intimité du résident, etc.), de la mise en place d'indicateurs de suivi et d'actions de sensibilisation sur les pratiques.

## 2. Rôle du groupe ressource et des référents Humanitude :

### Référent Humanitude :

La résidence St Jean a choisi, en octobre 2011, la philosophie de l'HUMANITUDE et la méthodologie de soins Gineste Marescotti, du nom de leurs auteurs, afin de répondre à l'un des objectifs de son projet d'établissement qui est la BIENTRAITANCE. L'EHPAD souhaitait disposer en permanence de personnes référents. **C'est pourquoi, en 2012, une soignante (AMP) a été formée en tant que référente Humanitude puis en 2013, une infirmière.**

Leurs missions :

- **Animer des petits groupes de soignants et faire réviser les outils de la méthodologie**
- **Assurer des « piqûres de rappel » sur les techniques apprises pendant les formations**
- **Evaluer un résident et aider à la mise en place des toilettes évaluatives et de leur réévaluation**
- **Aider les équipes à évoluer vers zéro soin de force (s'occuper des personnes ayant des comportements d'agitation pathologique et transmettre aux autres soignants)**
- **Guider le groupe ressource dans la mise en place des projets**
- **Accompagner les nouveaux soignants dans les bonnes pratiques de l'EHPAD**
- **Accompagner les élèves stagiaires**
- **Associer l'ensemble du personnel, les résidents et la famille**

### Groupe ressource Humanitude :

Il est constitué de soignants (Pilotes Humanitude) représentants chaque service de soins, des référents Humanitude, de la direction (Directrice et cadre de santé), d'un référent qualité.

#### Les missions du groupe :

- Accompagner l'implantation de la méthodologie Gineste Marescotti
- Accompagner les équipes dans la remise en question perpétuelle des pratiques, de l'organisation des soins et du rôle de chacun
- Fixer des objectifs en matière de qualité des soins

<b>FICHE ACTION 4</b>
<b>LABELLISATION HUMANITUDE PAR IGM France</b>
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser un recueil d'habitudes de vie, d'histoire de vie, des loisirs auprès de chaque résident et/ou famille</li> <li>• Mettre en œuvre le projet d'accompagnement personnalisé et définir les objectifs</li> <li>• Mettre en pratique les techniques de manutention de prise en soins en Humanitude</li> <li>• Mettre les projets d'activités en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé</li> <li>• Améliorer les lieux conviviaux pour recevoir les proches</li> <li>• Prescrire les fiches repas et suivi des régimes prescrits</li> <li>• Prescrire les toilettes par les infirmières pour tous les résidents</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction et de la cadre de santé</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les référents et le groupe ressource Humanitude</b>
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation continue</li> <li>• Rapport d'activité annuel</li> <li>• Réunion du groupe pilote et référents en Humanitude toutes les 6 semaines</li> <li>• Enquête de satisfaction annuelle</li> <li>• Portes ouvertes tous les deux ans</li> <li>• Evaluation externe d'IGM France</li> <li>• Logiciel avec statistiques et bilans</li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi et bilan annuel de la prise en soins en Humanitude</li> <li>- Logiciel de traçabilité</li> <li>- Nombre de toilettes prescrites/ nombre total de résidents</li> <li>- Nombre de repas prescrits /nombre total de résidents</li> <li>- Bilan global annuel d'animation</li> <li>- Fiches d'évaluation</li> <li>- Recommandation ANESM</li> </ul>

### 3. Rôle des référents professionnels :

L'EHPAD Saint Jean, en juin 2015, par le biais du groupe ressource Humanitude et en accord avec la direction, a désigné des **référents professionnels** afin de mettre en œuvre le **Projet d'Accompagnement Personnalisé**.

**Le référent professionnel est le référent « résident ». C'est un professionnel de l'équipe soignante (AS, ASHQ, AMP) spécifiquement chargé de créer du lien entre le résident, la famille et l'équipe soignante dans le but de faciliter la communication et de personnaliser la prise en soin. Le référent se situe à un point d'articulation de l'équipe. Son rôle n'est pas de faire ce qui relève d'une démarche d'équipe mais d'être le « porte-parole » des intérêts du résident.**

Chaque référent professionnel aura 3 à 4 résidents en suivi.

FICHE ACTION 5
MISE EN PLACE DES REFERENTS PROFESSIONNELS
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les familles et les résidents du rôle et missions du référent professionnel</li> <li>• Accueillir et assurer le suivi personnalisé du résident tant sur le plan matériel que relationnel : prendre soin</li> <li>• Organiser l'accompagnement, être garant de la cohérence de la prise en soin</li> <li>• Initier le projet d'accompagnement personnalisé</li> <li>• Assurer le relais entre le résident, la famille et l'équipe, être l'interlocuteur dans le service</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : à partir de janvier 2016</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la cadre de sante et en collaboration avec la direction</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les pilotes et référents en Humanitude</b>
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réunions d'information du personnel, et dans chaque service</li> <li>• réunions de synthèse autour du projet avec la famille</li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de référents / nombre de résidents ;</li> <li>- Nombre de résidents et familles informés / nombre total de résidents.</li> <li>- Evaluations et réévaluations des projets d'accompagnement</li> </ul>

### 4. Phase de pré admission et d'accueil du résident

#### Phase de pré admission et accueil du nouveau résident :

Elle se décompose en 2 temps : d'abord l'entretien avec le médecin coordonnateur, puis avec la directrice, accompagnée d'un référent Humanitude.

**Lors de cet entretien**, un questionnaire rapide de connaissance des habitudes de vie est mené avec le résident et sa famille, et une visite de la chambre, ou du service supposé accueillir le résident, est proposée ; le consentement est recherché et des documents sont remis à la famille afin d'être

remplis le jour de l'admission (dont le consentement éclairé et une fiche d'information sur les directives anticipées). Le règlement de fonctionnement, la liste indicative du trousseau ainsi que l'ensemble des documents à remettre le jour de l'entrée sont également remis, dont la désignation de la personne de confiance.

Enfin si cela est possible une date d'entrée est prévue, dans les jours qui suivent.

**Le jour de l'entrée**, un bouquet de fleurs est remis au résident(e) et une aide à l'installation est proposée par les personnels présents.

**Le référent professionnel** est présenté au résident et à sa famille ; tout au long du séjour il sera l'interlocuteur privilégié du résident pour toute question relative à la qualité du séjour et à son bien-être (soins, repas, matériel, animation, linge, etc.)

**Dans les premières semaines un accueil personnalisé est organisé**, pour plusieurs nouveaux résidents, dans un cadre festif ; cela permet de créer des liens avec d'autres résidents et facilite l'intégration à la vie collective parfois voire souvent difficile.

#### Phase d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé :

**Le PAP (cf. annexe 2) est établi dans les 6 mois maximum de présence du résident. Il est ensuite annexé au contrat de séjour et signé par le résident, son représentant légal en cas de besoin, et le directeur de l'établissement. Il décrit les objectifs du projet et les moyens d'actions mis en œuvre pour y parvenir.**

C'est le **référent professionnel** qui va impulser la dynamique autour de ce projet, conformément au **protocole d'accompagnement personnalisé (cf. annexe 3)**.

## PROJET DE SOINS et d'ACCOMPAGNEMENT

### 1. Le projet de soins

Comme pour l'ensemble de l'accompagnement du résident, le projet de soins est conçu à partir des valeurs et des principes de l'Humanité. Le soin proprement dit fait partie intégrante de l'accompagnement global d'une personne unique et singulière.

**Le terme PRENDRE SOIN a définitivement remplacé le PRISE EN CHARGE utilisé couramment mais synonyme de lourdeur et de poids.**

Le maintien de l'autonomie sera toujours recherché, ainsi que la participation du résident aux soins prodigués. **Le moment du soin devient donc un outil support à la relation, répondant ainsi à une double vocation : le soin technique et le soin relationnel.** Les infirmières de la résidence sont toutes formées à la méthodologie Gineste-Marescotti, et sont responsables de l'organisation de leur service, aidée par la cadre de santé. Elles ont pour certaines, des responsabilités particulières sur des thèmes tels que la dénutrition, les risques infectieux, ou le suivi des bonnes pratiques de l'humanité.

**Le rôle de la cadre de santé** est important, car elle met en œuvre ce projet et veille à son application. Elle participe à l'élaboration des protocoles, à leur application et à leur évaluation. Elle contribue par ailleurs à toute action d'amélioration de la qualité des soins en collaboration avec le médecin coordonnateur et participe à l'amélioration de la qualité de vie du résident, en lien avec la direction.

#### Prévention et prise en soin de la dénutrition

Le suivi de la dénutrition est exercé par les aides-soignantes qui pèsent une fois par mois les résidents.

**Une infirmière référente** suit l'approvisionnement en compléments alimentaires et sollicite les médecins pour les prescriptions des albuminémies. La sensibilisation des médecins concernant la surveillance à l'albumine est à améliorer. Suite à l'analyse réalisée au 2<sup>ème</sup> semestre 2012, une politique globale de prévention des risques de dénutrition est clairement établie au sein de l'EHPAD par le biais mensuel des pesées.

Les points suivants sont surveillés :

- **Le taux d'Albumine est surveillé régulièrement pour les personnes à risque de dénutrition**
- **L'échelle MNA (Mini Nutritional Assessment) est effectuée pour les personnes à risque**
- **Le résident bénéficie d'un suivi alimentaire spécifique**
- **L'indice de masse corporelle est calculé à l'entrée du résident**
- **Le personnel est attentif lors des repas, des tables thérapeutiques et un suivi des fiches alimentaires est instauré dès que nécessaire**
- **Les régimes alimentaires font l'objet d'une prescription médicale ; l'alimentation par sonde gastrique et gastrostomie, nécessite l'intervention d'une diététicienne**
- **Le suivi hydrique reste à améliorer ; la période de jeûne nocturne est presque de 14h**
- **Les commissions de menus avec participation des résidents sont organisées, et les avis pris en compte**

FICHE ACTION 6
PREVENTION DE LA DENUTRITION
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les médecins au suivi des albuminémies afin d'ajuster au mieux l'apport nutritionnel</li> <li>• Sensibiliser le personnel sur l'importance des apports hydriques et inciter les résidents à boire régulièrement</li> <li>• Prévoir une pesée hebdomadaire pour toute personne dénutrie</li> <li>• Prévoir le matériel adapté pour peser les personnes alitées</li> <li>• Rédiger et suivre les fiches d'alimentation individualisées pour les personnes dénutries.</li> <li>• Mettre en place les prescriptions repas personnalisés et en assurer le suivi.</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ DE la cadre de santé et de l'IDE référente en nutrition</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC l'ensemble des agents</b>
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions de sensibilisation à la dénutrition avec médecins traitants et médecin coordonnateur</li> <li>• Achat de matériel adapté</li> <li>• Formation du personnel à l'alimentation enrichie naturelle</li> </ul>
<b>INDICATEURS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi de la pesée grâce au PSI</li> <li>- Suivi des bilans sanguins</li> <li>- Nombre de résidents en alimentation enrichie / nombre de résidents dénutris</li> </ul>

#### Prévention et prise en soin des troubles de l'humeur et du comportement

L'évaluation des troubles de l'humeur est pratiquée à l'entrée en cas de doute par la réalisation d'une échelle GDS ; les troubles psycho comportementaux des démences et l'anxio-dépression ont fait l'objet de deux observations de 2007 à 2008 et de 2009 à 2010 avec une prise en charge non médicamenteuse de ces troubles à l'aide de plans de soins élaborés et validés en équipe. Les soignants ont utilisé des mesures comportementales de stimulation cognitive et des mesures environnementales enrichies par l'utilisation d'un **espace SNOEZELLEN, de la LUMINOTHERAPIE, de la MUSICOTHERAPIE**. Les observations ont été réalisées de façon trimestrielles et grâce à l'échelle de COHEN MANSFIELD, pour les troubles psychos comportementaux des démences et l'échelle HAD pour les troubles liés à l'anxi-dépression.

**La résidence a ouvert en avril 2014 un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) afin d'accueillir en journée, des résidents présentant une démence de type ALZHEIMER ainsi que des troubles du comportement modérés (cf. livret d'accueil en annexe 4)**

Les troubles de l'humeur et du comportement sont dépistés régulièrement avec les échelles recommandées : un MMS (Mini Mental State), une évaluation cognitive, puis après une semaine l'équipe de soin remplit un bilan NPIES afin d'évaluer la présence de troubles neuropsychiatriques, leur fréquence et leur gravité. Un bilan complet est fait annuellement, ou réactualisé plus tôt en cas de besoin.

Certaines personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer bénéficient d'un accompagnement spécifique au PASA.

Un partenariat avec l'EPSM des Flandres permet l'intervention d'une IDE en psychiatrie, et d'un psychiatre une fois par mois. Les traitements médicamenteux sont régulièrement réévalués lors du passage du psychiatre ou en cas d'aggravation de la pathologie.

FICHE ACTION 7
PRÉVENTION DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Former et sensibiliser le personnel aux troubles neuropsychologiques des résidents</li> <li>• Prévoir et développer les matériels de diffusion audio et luminothérapie ainsi que les autres techniques non-médicamenteuses</li> <li>• Sensibiliser les médecins généralistes à la spécificité des techniques non médicamenteuses et à la prise en soin des troubles de l'humeur</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ</b> médecin coordonnateur et de la direction
<b>EN COLLABORATION AVEC</b> l'équipe soignante
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recruter une neuropsychologue à mi-temps</li> <li>• Former un musicothérapeute</li> <li>• Présence d'Assistantes de Soins en Gériatrie</li> </ul>
<b>INDICATEURS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de résidents suivis par l'EPSM /nombre total de résidents</li> <li>- Rapport d'activité du PASA</li> <li>- Nombre de NPIES réalisés</li> <li>- Nombre de FEI relatives aux troubles du comportement</li> </ul>

#### Prévention et prise en soin de la douleur

La douleur est un symptôme fréquent en gériatrie et elle reste souvent sous-évaluée et sous-traitée. « **Le résident est seul juge de sa douleur** » : c'est la règle qui sert de ligne de conduite aux soignants. Quelle que soit l'intensité de la douleur, il faut être attentif à la douleur ressentie par la personne, l'évaluer afin de faciliter la communication avec le résident.

La résidence St Jean a mis en place à travers la formation Humanitude, des soins spécifiques relatifs à la prévention de l'inconfort et de la douleur liés aux différentes manipulations et gestes techniques réalisés par les soignants. L'évaluation de la douleur est la première étape, elle est réalisée grâce à des échelles (Algoplus et Doloplus).

**En complément du traitement antalgique, une prise en soin complémentaire est recherchée grâce à l'utilisation des techniques non médicamenteuses (Snoezelen, Aromathérapie, etc).**

**La résidence est dotée depuis 2013 d'une unité de soins et de confort qui permet une intervention de personnels formés aux soins palliatifs et à la lutte contre la douleur. (cf. FICHE ACTION 15 USC)**

#### Prévention et prise en soin des chutes

« **La chute est un signe d'alerte et est toujours un évènement grave** » c'est la première cause de mortalité accidentelle après 65 ans »

Une attention particulière est apportée à la prévention des chutes dès l'entrée du résident. Le «**get up and go**» est réalisé systématiquement en cas de trouble de l'équilibre et de la marche. Le

document remis au médecin suite à la chute guide le médecin dans la réalisation d'une évaluation précise par l'interrogatoire, notant les circonstances et les signes fonctionnels associés, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel. Dans le cadre de la prise en charge des chutes, les équipes soignantes utilisent un protocole standardisé qui guide chaque intervenant dans la réalisation d'un examen complet des causes de la chute. En 2010, tout le personnel soignant a bénéficié d'une formation sur la conduite à tenir devant les chutes et accidents de la vie quotidienne.

Des conseils sur le chaussage sont donnés aux familles ou tuteurs. Le positionnement au fauteuil des résidents qui risquent de glisser sont évalués dès l'entrée pour éviter les mesures de contention par un matériel adapté (coussin antiglisse, inclinaison d'assise...).

**En prévention secondaire, Une fiche « déclaration de chute »** est réalisée et archivée dans le dossier médical du résident à chaque chute. Son objectif est de déterminer les conditions ou les causes dans lesquelles l'accident s'est déroulé afin de rechercher des solutions (architecturales, mécaniques, physiologiques, médicamenteuses...). Une concertation en équipe pluridisciplinaire permet de mettre en place ses solutions dans le projet d'accompagnement du résident et d'inclure la famille dans cette démarche. La participation des familles est importante dans le maintien de la stimulation locomotrice. Depuis 2014, des séances d'atelier prévention des chutes sont réalisées, par un organisme extérieur, et, associées à de la gymnastique douce, permettent aux résidents ayant chuté de reprendre confiance en eux, ou d'éviter les chutes par des exercices et reflexes simples.

**La prévention des chutes ne doit pas être** ne doit pas être synonyme de contention. Une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet de maintien de l'autonomie fonctionnelle et locomotrice du résident. **Un protocole « en cas de limitation de la déambulation »** est à disposition du personnel de chaque unité, et précise les risques de **la contention**. Le document précise le type de contention, sa date de début et de fin. Il est demandé au médecin traitant, au médecin coordonnateur, à l'IDE et à l'AS de signer ce document. La contention doit rester une mesure exceptionnelle, elle doit être prise en accord avec la famille et réévaluée régulièrement.

<b>FICHE ACTION 8</b>	
<b>PRÉVENTION DES CHUTES</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formaliser un protocole d'accompagnement des personnes faisant l'objet d'une mesure de contention</b></li> <li>• <b>Pérenniser et développer les ateliers de prévention des chutes</b></li> <li>• <b>Sensibiliser les résidents et familles sur le port de chaussures adaptées</b></li> <li>• <b>Former les équipes soignantes aux risques de la contention et à la conduite à tenir en cas de chute</b></li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la cadre de santé et la direction</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC le médecin coordonnateur</b>	
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prévoir le matériel adapté pour les personnes à risques</b></li> <li>• <b>Mettre en place un référent CHUTE</b></li> <li>• <b>Convention avec DK pulse</b></li> <li>• <b>Convention avec les kinésithérapeutes</b></li> </ul>

**INDICATEURS**

- **Nombre de déclarations de chutes**
- **Nombre d'hospitalisations dues à une chute**
- **Nombre de prescriptions de contentions**

**Prévention et prise en soin des escarres**
**La survenue de lésions d'escarres est faible dans la résidence.**

La prévention est assurée par une évaluation du risque à l'entrée, puis une réévaluation en cas de survenue de toute affection aiguë. Un suivi est assuré pour les personnes présentant un risque d'escarre par le biais d'un suivi nutritionnel (fiches alimentaires pesées, introduction de compléments protéiniques) et d'un suivi de pansement (fiche de suivi avec parfois photo à l'appui)

Un référent pansement et un référent compléments alimentaires sont en place à la résidence. Le personnel est vigilant dans la prévention de la survenue d'une escarre par l'emploi systématique de coussins anti-escarres adaptés (pour le fauteuil, coussins positionnels et de décharge) et l'emploi de matelas à air.

**Chaque soin de plaie d'escarre ou d'ulcère bénéficie d'un protocole qui est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution des lésions.**

FICHE ACTION 9
PRÉVENTION DES ESCARRES
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Poursuivre les démarches d'amélioration de la prévention et de la prise en charge des escarres par la formation continue des personnels</b></li> <li>• <b>Réaliser des audits réguliers des pratiques</b></li> <li>• <b>Inclure systématiquement l'évaluation des risques d'escarres lors du PAP</b></li> <li>• <b>Mettre en place une échelle d'évaluation des risques d'escarres (échelle de NORTON)</b></li> <li>• <b>Elaborer un protocole d'utilisation des matelas à air</b></li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la cadre de santé et du médecin coordonnateur</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC la direction et l'équipe soignante</b>
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluation gériatrique à l'entrée</b></li> <li>• <b>Formation continue aux nouvelles techniques de soin (pansements)</b></li> <li>• <b>Uniformisation des soins par le biais du protocole unique ESCARRES</b></li> </ul>
<b>INDICATEURS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de pansements liés aux escarres /nombre de résidents</b></li> <li>- <b>Nombre d'échelles de NORTON réalisées</b></li> </ul>

**Continuité des soins et rôle du médecin coordonnateur**

La permanence des soins en EHPAD est un sujet d'actualité, car le nombre de médecins traitants diminue et ils n'assurent plus de gardes les week-ends et jours fériés. En cas d'urgence les résidents sont amenés au service des urgences du CHD.

La résidence dispose d'un 0.50 ETP de médecin coordonnateur.

**Les missions principales du médecin coordonnateur sont les suivantes :** il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonne et évalue sa mise en œuvre. Il donne un avis sur les admissions, préside la commission de coordination gériatrique, évalue et valide l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, contribue à la politique de formation, donne un avis sur le contenu des conventions conclues entre l'établissement et les hôpitaux de référence, ou sur les formes de coopération et réseaux de santé, et il identifie les risques éventuels pour la santé publique et met en œuvre les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. Il prescrit exceptionnellement en cas d'urgences pour les résidents et en informe les médecins traitants.

FICHE ACTION 10
AMÉLIORATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaborer avec les médecins traitants, la liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement (cf décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD).</b></li> <li>• <b>Par convention avec le CHD, prévoir une hospitalisation directe en gériatrie pour les résidents</b></li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction et du médecin coordonnateur</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les médecins traitants</b>
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <b>Réunions de coordination gériatologique, 2 fois par an</b>
<b>INDICATEURS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Utilisation du livret thérapeutique</b></li> <li>- <b>Nombre d'hospitalisations en gériatrie sans passage aux urgences</b></li> </ul>

### Rôle et fonction du protocole de soins

C'est un document médical s'adressant aux infirmiers ou à tous les professionnels de santé capable de délivrer des soins infirmiers dans une démarche d'amélioration qualité. Le protocole de soins est rédigé en EHPAD par le médecin coordonnateur, sous forme de fiche qui établit les modalités d'une conduite à tenir ou d'actes à mettre en œuvre dans certaines situations précises selon les compétences professionnelles de chacun.

Un protocole comporte : un titre, l'objet, le domaine d'application, la définition, la conduite à tenir en urgence, les mesures préventives à long termes. Il est ensuite validé par la cadre de santé. Ce protocole est daté, signé, numéroté en indiquant la date de rédaction puis répertorié dans un sommaire.

Tous les protocoles sont rangés dans un classeur accessible à tous les professionnels de santé de l'EHPAD. Dans ce classeur, se trouve les différents types de protocoles tels que sur prescription médicale, issus du rôle propre, administratifs, d'urgence. Ce protocole permet à l'infirmière d'administrer des traitements médicamenteux par exemple, dans le cas de la gestion de la douleur, ou bien chez une personne diabétique.

Le protocole est un outil de référence et de communication dans les différentes situations de soins, il offre une garantie juridique. Il a pour but de rassurer et de porter un regard critique sur la pratique des soins. La non-application du protocole consisterait en un manquement aux obligations professionnelles. Toute modification doit entraîner la mise à jour du protocole.

FICHE ACTION 11
PROTOCOLES DE SOINS
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Créer les protocoles de soins</b></li> <li>• <b>Intégrer les protocoles de soins dans le logiciel de soins</b></li> <li>• <b>Informé tout le personnel soignant, médecins traitants de la création de protocole de soins.</b></li> </ul>
<b>ÉCHEANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ DE la cadre de santé, des infirmières</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les équipes soignantes</b>
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mettre en place un référent pour la création des protocoles de soins</b></li> <li>• <b>Faire des groupes de travail</b></li> <li>• <b>Mise en place de plusieurs journées de responsabilité pour la création de protocoles de soins</b></li> <li>• <b>Créer ou réévaluer les protocoles de soins</b></li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Feuille de Traçabilité de lecture</b></li> <li>- <b>Nombre d'agents ayant signé / nombre d'agents concernés</b></li> </ul>

### **Circuit du médicament**

Depuis février 2013, service par service, un nouveau système a été mis en place pour la distribution des médicaments.

Auparavant, les infirmiers préparaient les piluliers chaque semaine, dorénavant, c'est une pharmacie de Bergues qui prépare les traitements à l'aide de la prescription médicale, d'un logiciel et d'un robot qui gère automatiquement la préparation des médicaments. Le résultat se présente sous forme de sachets-doses journaliers, individualisés et nominatifs reprenant dans son contenu le traitement prescrit pour un moment de prise donné.

L'infirmier réceptionne le rouleau de sachets de médicaments avec la feuille de traçabilité nominative puis une vérification est établie par comparaison entre la feuille traitement et le contenu du rouleau de sachets. Les sachets sont rangés dans des boîtes distributrices rangées par chambre dans les tiroirs du chariot dans un compartiment avec les autres traitements hors sachets. Dans le dernier tiroir sont à disposition des traitements disponibles en cas de nécessité.

L'utilisation du logiciel Robotik permet aux infirmiers de vérifier les médicaments dans les sachets et de valider les traitements donnés (nom et nombre de comprimés photos). En cas d'administration de toxique, la prise est reportée à l'aide d'un " relevé nominatif d'administration et de gestion du stock de stupéfiants en EHPAD " qui se constitue de trois feuillets : dossier résident, pharmacie d'officine, à conserver dans le dossier résident.

En cas d'urgence, les soins infirmiers peuvent être confiés à l'aide-soignant ou à l'aide médico-psychologique sous contrôle de l'infirmier. L'aide-soignant qui distribue les médicaments, collabore aux tâches de l'infirmier sans transfert de responsabilité. Les gestes réalisés par l'AS se font sous le contrôle et la responsabilité de l'IDE. En fin de distribution, la restitution de la journée en cours et le chargement de la tournée pour le lendemain, sont réalisés à partir de l'ordinateur portable, via l'unité centrale.

Ce système permet :

- Un contrôle et une validation de l'administration des traitements ;
- Un arrêt des manipulations manuelles par les infirmiers (risque d'erreurs) ;
- Une traçabilité de tous les médicaments donnés ou non avec justificatif ;
- Un gain de temps, qui permet aux infirmières d'avoir un temps pour les résidents et leur famille.

FICHE ACTION 12
CIRCUIT DU MÉDICAMENT
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Changer le logiciel de soins</b></li> <li>• <b>Création de l'interface avec la pharmacie Allan</b></li> <li>• <b>Travailler en réseau avec la pharmacie Allan pour diminuer le risque d'erreur</b></li> <li>• <b>Intégrer les données administratives et médicales (traitements...)</b></li> </ul>
<b>ÉCHEANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITE de la cadre de santé</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les infirmières, médecins traitants et la pharmacie Allan</b>
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mise en place du nouveau logiciel de soins en intégrant toutes les données administratifs, médicaux du résident en collaboration avec la pharmacie Allan et le personnel du nouveau logiciel de soins.</b></li> <li>- <b>Vérification et modification de données administratives ou médicales.</b></li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traçabilité</b></li> <li>- <b>Le nombre de résidents</b></li> <li>- <b>Prescriptions</b></li> </ul>

## 2. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) :

Le projet d'accompagnement personnalisé est un outil utilisé par les professionnels au service du résident pour personnaliser le plus possible la prise en soin et permettre de réaliser des projets de vie.

**C'est une démarche dynamique d'accompagnement adaptée à la personne âgée s'appuyant sur ses besoins et ses attentes mais également sur ses capacités restantes et en lien avec le projet d'établissement. C'est un élément fondateur. Il s'articule évidemment avec l'ensemble des différents projets (soins, animation, USC, ...).**

Le projet personnalisé est un droit de l'utilisateur il doit être proposé mais en aucun cas ne peut être imposé. **Le PAP doit être écrit dans les 6 mois de l'entrée de la personne au sein de la résidence. Il sera évalué une fois par an. Il implique l'ensemble des professionnels.**

Le référent professionnel sera l'initiateur du PAP mais c'est l'ensemble du personnel qui participe activement à cette démarche. Le projet d'accompagnement personnalisé doit être écrit dans le respect de la personne. La personne sera invitée à conserver un exemplaire du projet.

La démarche de mise en œuvre d'un premier projet d'accompagnement personnalisé se résume en **3 étapes indispensables** :

- Premiers contacts :  
**Analyser les données** avec des temps d'échanges en équipe pluridisciplinaires et pluri-professionnels ;  
**Rédiger un pré-projet** avec des temps d'échange avec le résident et/ ou son représentant légal. ;  
**Décider et formaliser** les objectifs du PAP et valider par le résident et/ ou son représentant légal.
- Mise en œuvre du PAP :  
**Communiquer** auprès du résident et/ ou son représentant légal, des professionnels, des familles des objectifs validés ;  
**Solliciter** les ressources associées pour la mise en œuvre des objectifs ;  
**Suivre et réajuster** les objectifs par des temps d'écoute et d'accompagnement.
- Co-évaluation :  
 Une fois par an lors de la réunion de synthèse pluridisciplinaire.

FICHE ACTION 13
<b>MISE EN PLACE DES PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ (PAP)</b>
<b>OBJECTIFS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer tout le personnel de l'établissement (Soignant ou non), le résident, les familles et/ou les représentants légaux du résident, médecin traitant et professionnels externes de la démarche du PAP ;</li> <li>• Etablir une procédure détaillant la démarche du PAP</li> <li>• Concevoir le PAP</li> <li>• Mettre en œuvre le PAP</li> <li>• Evaluer le PAP.</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ DE la cadre de sante et en collaboration avec la direction</b>
<b>EN COLLABORATION AVEC les pilotes et référents en Humanitude</b>
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des référents professionnels</li> <li>• Mise en place des réunions de synthèse pluridisciplinaires</li> <li>• <b>Protocole relatif au projet d'accompagnement</b></li> </ul>
<b>INDICATEURS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traçabilité de l'information donnée ;</li> <li>- Nombre de PAP formalisés / nombre total de résident ;</li> <li>- Traçabilités des actions.</li> <li>- Nombre de PAP réactualisés / Nombre total de PAP</li> </ul>

### 3. Les techniques de soins non médicamenteuses

La résidence st jean a eu à cœur de créer et de développer, dans le cadre de son projet de soins, des alternatives non médicamenteuses, aujourd'hui reconnues et validées en tant que THÉRAPIES.

**Les thérapeutiques non médicamenteuses sont multiples et permettent de trouver une solution dans la prise en soins des résidents.**

L'établissement dispose d'une UVP accueillant des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées. Chez ces résidents, plusieurs symptômes liés à leur pathologie apparaissent et rendent leur qualité de vie inconfortable. Dans l'objectif d'améliorer la prise en soins des résidents, ils nous semblent indispensable d'offrir, en parallèle aux soins médicaux, des thérapies orientées sur le soulagement des symptômes de certaines pathologies mais aussi de proposer un moment d'écoute et d'échange en sollicitant les sens.

**Des techniques de stimulations sensorielles (individualisées ou en groupe) sont employées dans l'accompagnement de la démence : la musicothérapie, la luminothérapie, les techniques de Snoezelen, l'aromathérapie, la thérapie par l'activité...**

**Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (service des LILAS)**



La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer doit être prise en soins différemment. Du calme, des rituels, de la souplesse, de la sécurité, du temps sont les conditions pour une bonne prise en soins. Aujourd'hui, les syndromes démentiels, dont la maladie d'Alzheimer, concernent 45% des résidents de l'EHPAD : 59 résidents sont atteints de démences traitées et 8 de maladie de parkinson qui évolue vers une démence. Ces chiffres ne prennent en compte que les personnes ayant un diagnostic établi.

Etats Pathologiques	
Démences traitées	93
Troubles du comportement	81
Maladie de Parkinson	16

*Indicateurs Pathos en date du 15 décembre 2015*

Le PASA (service des Lilas) a été créé en 2013 et a ouvert ses portes le 27 janvier 2014. Sa création et sa labellisation en mars 2015 au sein de la résidence est indissociable d'une bonne prise en soins de l'ensemble des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer au sein des différents services.

Le pôle dispose de 14 places pour accueillir à la demi-journée ou en journée complète, des résidents des différentes unités d'hébergement de l'EHPAD, atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, compliquées par des symptômes psycho-comportementaux modérés altérant la sécurité ou la qualité de vie de la personne ou des autres résidents.

**L'équipe** (formée d'une ergothérapeute et de 3 Assistantes de Soins en Gériatrie) propose un accompagnement sous la forme d'activités thérapeutiques. Cet accompagnement quotidien est adapté pour favoriser l'autonomie des résidents. Un planning hebdomadaire prévisionnel permet de programmer la fréquentation des résidents. Il est réévalué régulièrement pour respecter leur rythme de vie, leurs capacités, leurs goûts et pour favoriser leur implication dans les activités. Une évaluation appréciée par le personnel soignant et la famille permet une prise en soins évolutive dans un environnement qui doit s'adapter.

**Des évaluations** ont été créées pour apprécier le comportement et la participation des résidents dans les activités. Mais aussi pour évaluer leur autonomie et leurs capacités sur les activités de la journée. Il faudra peu à peu que les agents des services s'approprient les documents d'évaluation, qui permettent d'apprécier objectivement les effets du PASA ;



Les objectifs du PASA sont de :

- Maintenir l'autonomie de la personne ;
- Mettre en place des actions sociales et thérapeutiques de prévention des troubles psychologiques et comportementaux ;
- Permettre une prise en soins non médicamenteuse ;
- Maintenir ou réhabiliter des capacités fonctionnelles, cognitives et le lien social ;
- Mobiliser des fonctions sensorielles.

C'est notamment au travers des activités proposées que nous souhaitons atteindre ces objectifs.

Le planning des activités proposées est conforme aux préconisations du cahier des charges des PASA et stimulent les fonctions sensorielles, cognitives, physiques et sociales.

Les résidents participent aux activités proposées suivant la nature des troubles (perturbateurs ou non), afin de constituer des groupes les plus homogènes possibles. Nous nous adaptons continuellement au rythme du résident.



Des rencontres inter-établissements se font régulièrement depuis 6 mois et permet aux résidents d'échanger et d'avoir un projet commun à mettre en œuvre

De manière générale, les résidents accueillis au PASA apprécient leur prise en soins. Nous avons peu de refus de participation, les transferts vers le PASA se font dans

de bonnes conditions. Les résidents s'y rendant régulièrement, ont bien investi le cadre et se trouvent parfois vraiment démunis quand le PASA est fermé.

Des liens se sont créés entre résidents et une relation de confiance s'est installée avec le personnel. Le pôle apporte vraiment une amélioration qualitative dans la prise en soins de ces résidents. Pour beaucoup, nous avons remarqué une diminution de l'agressivité ou de la déambulation et les comportements d'agitation pathologiques sont rares. Pour certains résidents ne fréquentant le PASA que deux fois par semaine, il est plus difficile d'acquérir de nouveaux repères.

**La présence chaque jour de 2 chatons dans le PASA apporte des bienfaits en terme d'apaisement, de jeu, du au contact régulier avec les animaux**

**✚ L'unité de vie protégée (UVP)**

L'établissement pour accueillir des résidents désorientés qui déambulent, souffrant de démences à un stade intermédiaire ou sévère et développant des troubles du comportement de type agitation, agressivité (verbale et/ou physique), déambulation possède actuellement une unité de Vie Protégée.

Pour améliorer sa qualité d'accueil, cette unité doit être restructurée et réorganiser pour répondre au mieux aux besoins de cette population.

Actuellement, Les résidents souffrant de perte d'autonomie cognitive à un stade débutant ou modérée peuvent disposer d'une prise en soins au PASA. Pour les résidents dont l'altération cognitive est plus importante, l'UVP permet de garantir la sécurité au plan structurel notamment dans le cas de troubles comme la déambulation avec risques de sortie inopinée.

**L'UVP existante est une unité de 28 lits. Il est difficile d'assurer une prise en soins personnalisée. L'Établissement s'oriente vers la création d'un secteur « adapté » de 15 lits parfaitement aménagé et sécurisé à l'intérieur comme à l'extérieur avec des professionnels qualifiés et des soins appropriés.**

Ce projet répondra au cahier des charges avec les caractéristiques suivantes (cf. annexe 5):

- Ouverture vers l'extérieur par un jardin sécurisé ;
- Issues et sorties sécurisées par digicode ;
- Un couloir de déambulation sera prévu, la circulation s'y fera de telle manière qu'elle permette de revenir dans la salle de vie avec une surveillance permanente.
- Un lieu dédié aux familles
- Un espace de relaxation et de détente équipé d'une baignoire.

**✚ Les espaces Snoezelen de la résidence**

La philosophie du Snoezelen a été mise en place depuis 2011, dans notre établissement. Nous possédons deux espaces sensoriels au sein de l'EHPAD et 17 membres du personnel ont été formés à cette technique de prise en soins, complémentaire à la philosophie de l'Humanitude.



Les objectifs de cette technique sont multiples (Relaxation cognitive et physique, aide à réduire les symptômes de douleurs, d'anxiété sans avoir recours au médicament, Propice au rappel des souvenirs, stimulations sensorielles, relationnel...) mais elle permet aussi de proposer aux résidents ne pouvant pas participer aux animations, un moment privilégié sans enjeux, ni performances.

Il a été constaté, que les séances de Snoezelen avaient un effet bénéfique sur les résidents. Nous accueillons un grand nombre de personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et/ou maladies apparentées. Ces démences sont accompagnées très fréquemment de troubles de l'humeur et du comportement, C'est pourquoi, il est essentiel de leur proposer cette méthode d'accompagnement.

Cet aménagement, type espace Snoezelen, permet en stimulant les cinq sens de la personne âgée désorientée, de la placer dans une situation de bien-être propice à la communication. Le Snoezelen, c'est la relaxation et le développement de la perception sensorielle par la musique, le jeu de lumières, les vibrations et les sensations tactiles / olfactives. C'est un acte thérapeutique qui stimule le système cognitif et prévient les troubles du comportement facilitant les soins au quotidien.



Dans l'établissement, 2 approches ont été mise en place :

- Planifier une séance de Snoezelen dans les projets d'accompagnements personnalisés (PAP) ;
- Répondre rapidement à une demande ponctuelle d'un soignant non formé, face à une personne nécessitant un accompagnement spécifique lors d'un comportement d'agitation pathologique par exemple.

Les outils mis en place :

- Une liste des membres du personnel formé a été établie, permettant ainsi un accompagnement actif qui nécessite disponibilité physique et mentale.
- 2 pilotes (référents) ASG coordonnent l'équipe et répondent aux problématiques rencontrées par l'équipe.
- Une grille d'observation a été élaboré afin de se rendre compte si l'utilisation Snoezelen est bénéfique ou non pour la personne. Ces fiches sont regroupées dans un classeur pour avoir un suivi et une connaissance de la personne.
- Le matériel est volontairement mis à disposition des familles et ouvert toute la journée. L'espace permet aussi de réaliser d'autres ateliers comme l'aromathérapie, la musicothérapie, de la relaxation ou lecture.

### L'aromathérapie

L'aromathérapie est l'utilisation aromatiques et d'extraits de plantes (les huiles essentielles) pour la santé et bien-être. Cette thérapie fait avant tout appel à l'odorat à nos sens les plus anciens et les plus primitifs. Elle est utilisée pour faciliter la relaxation, améliorer l'humeur, réduire le stress, l'anxiété et soulager les symptômes de certaines maladies. Ses vertus thérapeutiques ont pour principal objectif d'apporter du bien-être.

Des aides-soignants, AMP ont suivi une formation en aromathérapie pour compléter l'offre de soins proposée aux résidents. Leur volonté est d'apporter du bien-être et de soulager ou d'apaiser les tensions. La prise en soins dure en général 30-45mn. La thérapie s'effectue le plus souvent sous forme d'effleurage, avec un mélange d'huiles choisies en fonction des besoins du patient.

Son action bénéfique sur l'humeur et les tensions aide souvent à faire face aux effets d'une maladie grave et son efficacité est confirmée lors de la prise en soins des personnes en fin de vie. Cela apporte aux résidents un éveil sensoriel et un bienfait global à l'organisme.

### Les soins esthétiques

Nous prodiguons des soins de beauté, de détente, de relaxation, de confort et de réconfort. Ces soins permettent de restaurer une image de soi et offre un moment privilégié pour l'écoute et l'accompagnement psychologique.



**D'autres approches ont été employées dans le traitement non médicamenteux de la démence ou pour d'autres pathologies. Ces approches comprennent les ateliers mémoires, l'exercice physique, la musicothérapie, la luminothérapie, les soins esthétiques...**

<b>FICHE ACTION 14</b>	
<b>LES TECHNIQUES NON-MÉDICAMENTEUSES</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former une AMP en musicothérapie</li> <li>• Mettre en place la médiation animale dans l'établissement</li> <li>• Améliorer le suivi des traitements non-médicamenteux et de la prise de neuroleptiques (en lien avec le carnet de traitement).</li> <li>• Créer des outils d'évaluation permettant d'évaluer qualitativement et quantitativement les effets sur le résident, les effets sur les symptômes, les bénéfices escomptés</li> <li>• Assurer la régularité du soin en incluant dans le plan de soins des résidents des séances planifiées ou ponctuelles</li> <li>• Assurer un suivi du PAP et réévaluer le bénéfice des séances et si nécessaire réactualiser la liste des résidents bénéficiaires de soins</li> <li>• Informer les familles du concept (portes ouvertes, dépliants...)</li> </ul>	
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ DE la direction et de la cadre de santé</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC l'équipe soignante</b>	
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations du personnel aux approches non-médicamenteuses</li> <li>• Matériel à disposition, espaces Snoezelen</li> <li>• Organisation des temps de travail du personnel (journées dédiés à l'accompagnement)</li> </ul>	
<b>INDICATEURS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de FEI</li> <li>• Diminution des prescriptions de neuroleptiques et de somnifères pour les résidents concernés</li> <li>• Nombre de journées d'accompagnement spécifiques</li> <li>• Nombre d'agents formés à ces techniques</li> </ul>	

## 4. UNITE DE SOINS ET DE CONFORT

**L'amélioration de la prise en soins de la douleur et le développement des soins palliatifs chez la personne âgée constitue un des objectifs majeurs de santé publique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.**

On constate au sein de notre EHPAD qu'il existe de plus en plus de situations complexes qui doivent pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

Il nous paraît important de développer la prise en soins de ces personnes en situation de maladie chronique, complexe et celles qui sont en fin de vie.

C'est donc dans cette perspective que l'EHPAD « Saint Jean » s'est engagé en Août 2013 à développer ses compétences dans la prise en soins de la fin de vie et dans le soulagement de ses symptômes en mettant en pratique des soins palliatifs, en prodiguant aux résidents et leurs familles des soins de confort et d'accompagnement.

Nous avons choisi la nomination « USC » (**Unité de Soins de Confort**) pour caractériser notre équipe de soins mobile dans chaque service et interne à l'établissement.

Les soins prodigués par cette équipe formée aux soins palliatifs sont exclusivement centrés sur le bien-être, la relaxation, la disponibilité, la collaboration avec les familles ainsi que l'évaluation systématique des symptômes, en particulier la douleur et l'anxiété. La prise en considération des souffrances psychologiques, sociales et pour certains spirituelles qui découlent est aussi l'une de nos priorités.

Notre objectif dans cette démarche est d'améliorer le confort et la qualité de vie mais aussi d'apporter à nos résidents qui terminent leurs jours, un environnement et une prise en soins qui soulage avant tout les souffrances physiques et psychologiques dans une atmosphère sereine.

**Les critères d'intervention de l'équipe USC sont les suivants :**

- Résidents diagnostiqués par le médecin traitant en SOINS PALLIATIFS au stade terminal d'une maladie évolutive nécessitant une prise en soins de confort.
- Résidents atteints d'une maladie chronique évolutive (SLA, insuffisance cardiaque terminale) dont la prise en soins nécessite une évaluation régulière des symptômes de la maladie par anticipation.
- Résidents présentant des douleurs rebelles, non soulagées par la prise de traitements, nécessitant une évaluation systématique de la douleur (nociceptive, neuropathique, par accès paroxystique) afin de réadapter efficacement le traitement.

Il existe un groupe de 8 soignants initialement formés à la démarche palliative dont 2 soignants « **Référent** » en cours de formation pour l'obtention d'un diplôme universitaire de soins palliatifs.

Les prises en soins de confort individualisées sont prodiguées en fonction des effectifs en personnel, fluctuant en fonction des jours et des weekends.

Nous prodiguons des soins de bien-être et de relaxation (surtout le matin) par des soignants formés aux gestes du toucher-massage, en aromathérapie, Snoezelen, soins esthétiques et musicothérapie.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire avec les familles sont organisées afin d'informer et d'actualiser le projet de soin et le projet de vie des résidents en fonction des suites de l'évolution de la maladie ou de ses symptômes.

Des échelles d'évaluation (douleur, anxiété, risque d'escarre) sont utilisées pour le repérage de potentielles souffrances.

Une étroite collaboration avec les médecins traitants permet la réévaluation régulière des traitements des symptômes d'inconfort.

Nous faisons intervenir par le biais d'une convention, des bénévoles d'accompagnement « Aujourd'hui la vie » (1/2 journée par semaine)

<b>FICHE ACTION 15</b>	
<b>UNITÉ DE SOINS DE CONFORT</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérenniser l'individualisation des prises en soins des résidents en situation de fin de vie ou présentant des souffrances physiques, psychologiques ou sociales devant une maladie évolutive et incurable.</li> <li>• Développer les alternatives de soins non médicamenteuses visant essentiellement le bien être au stade palliatif d'une maladie.</li> <li>• Mettre à jour les conventions avec le CHD, l'EPSM, l'HAD afin d'améliorer le travail en partenariat et apporter une prise en soins globale des souffrances des résidents en situation de fin de vie.</li> <li>• Sensibiliser et former le personnel soignant au dépistage de la douleur, aux outils d'évaluation afin de traiter efficacement les douleurs physiques aiguës et/ou chroniques.</li> <li>• Ecrire des protocoles médicaux et non médicaux dans le cadre de soins palliatifs en fin de vie pour chaque symptôme d'inconfort.</li> <li>• Organiser mensuellement des groupes de parole pour le personnel soignant.</li> <li>• Mettre en place systématiquement des réunions de concertations pluridisciplinaires avec les familles pour effectuer une réévaluation régulière de l'état général en collaboration.</li> <li>• Présence d'une psychologue pour l'accompagnement des résidents, des familles et des personnels</li> <li>• Présence d'une IDE de nuit afin d'assurer la continuité du suivi</li> </ul>	
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la cadre de santé</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC l'IDE Coordinatrice USC et le groupe pilote</b>	
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutement d'une IDE de nuit</li> <li>• Recrutement d'un psychologue 0.50</li> </ul>	
<b>INDICATEURS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'activité de l'USC</li> <li>- Nombre de réunions de synthèse personnel, médecin et famille</li> <li>- Nombre de courriers et retours des familles</li> <li>- Nombre de résidents décédés à l'hôpital /nombre de décès sur l'année</li> </ul>	

## PROJET DE VIE SOCIALE

### 1. Animation interne et externe, partenariats, conventions, bénévolat



Un planning d'activités sera disposé de manière très visible par tous les résidents. Ce planning propose des activités rituelles, dont la gymnastique, le chant ou karaoké, le loto, très prisées par de nombreux résidents. Cependant nous avons à cœur de diversifier et de proposer de nouvelles activités, à savoir :

- L'art thérapie, expérimentée pendant la semaine bleue, et qui a donné lieu à une formation de quelques agents
- Les sorties, thé dansants, les dimanches après-midis ou en semaine
- La médiation animale : nous souhaitons développer une activité autour de la relation à l'animal
- Les sorties à la piscine
- Les sorties culturelles (musées, théâtre, cinéma, expositions)
- Développer les partenariats existants : nous pourrions proposer des cours de conversation en flamand, une activité de pétanque par le biais de l'association locale, la marche nordique ou dans la mer.

#### Le projet vacances à la mer

Chaque année en juin ou septembre un séjour à thème sera prévu, en lien avec les familles, afin de permettre aux résidents de sortir de l'institution et de vivre des moments de convivialité, avec les autres résidents et le personnel

**En 2016 un projet est en cours en Belgique, à finaliser et mettre en place en juin prochain**

### 2. Projet : développement des liens avec l'extérieur et de la citoyenneté

**Le projet de vie sociale des résidents** de la résidence St Jean s'articule autour de plusieurs notions, notamment l'adéquation entre l'activité proposée et le projet d'accompagnement personnalisé, ainsi que le développement des liens avec l'extérieur et le développement de la citoyenneté.

**Le projet de vie sociale des résidents se décline sous 2 thèmes principaux :**

### Qualité de l'animation et adéquation avec le PAP, maintien et développement des liens familiaux et sociaux :

L'animation est traditionnellement en EHPAD, orientée vers la notion d'activité « occupationnelle », cependant il convient de respecter avant tout, les goûts et affinités des résidents, pour telle ou telle activité.

L'EHPAD doit s'adapter au résident, et non l'inverse. D'où l'importance du recueil, dès la pré admission, des goûts, souhaits, passions, loisirs, du futur résident. Il convient ensuite de l'orienter vers l'activité qui lui conviendrait, ou lui en faire découvrir de nouvelles, en suggérant aussi d'ouvrir la palette d'activités (vers les nouvelles technologies, ou l'art thérapie, l'expression théâtrale, par exemple).

La participation du résident est tracée et évaluée, afin d'en vérifier la pertinence. L'animation est basée sur le respect des choix du résident, conformément aux principes de Bientraitance appliqués dans l'ensemble des secteurs de l'accompagnement, basés sur les principes de l'Humanité.

**L'animation ne doit pas être une fin en soi, mais un support à la relation, permettre le maintien des liens existants ou le développement de liens nouveaux entre les résidents.**

En effet, la vie en collectivité engendre aussi de l'isolement et le rôle de l'animation est de lutter contre cette solitude subie et non choisie. Nous devons donc faciliter les rencontres des résidents, lors des temps intermédiaires entre les soins, les repas et les activités organisées. Il faut donc créer des petits espaces conviviaux, au sein même des services.

En ce sens la création d'un lieu de rencontre et de convivialité au sein de la résidence, est un atout. **Il s'agit d'un lieu nommé « place du Breughel »**, ouvert certains après-midis et le dimanche, destiné aux familles et résidents. A la fois cafétéria (des boissons chaudes et froides y sont servies gracieusement) et lieu de convivialité, cet espace a pour but de créer de nouveaux liens, de présenter les nouveaux résidents au plus anciens, d'accueillir une famille qui souhaite fêter un évènement dans l'intimité, etc.

Le projet de vie sociale a aussi pour but de favoriser l'expression des résidents : c'est dans ce but qu'a été créée, une commission animation.

**La commission animation se réunit chaque trimestre** et les résidents y expriment collectivement leurs souhaits, mais aussi leurs critiques afin de préparer le planning des animations du trimestre suivant. Elle est animée par la directrice, l'animatrice, et les familles y sont les bienvenues.

De même, les résidents participent à la commission des menus, et au conseil de la vie sociale : cette instance se réunit au moins 3 fois par an, et recueille les avis des résidents sur tous les aspects de la vie en EHPAD : soin, restauration, prestation linge, animation, accueil, etc.

## Ouverture de l'établissement sur son environnement



La résidence fait partie d'un réseau d'EHPAD du territoire, dans le cadre de la convention inter-établissements ; des animations inter-établissements sont ainsi programmées, (olympiades) ainsi que des échanges réguliers à l'occasion de goûters, repas à thème, voire sorties. L'association « Arbre de vie » permet de proposer ponctuellement certaines festivités (marché de Noël, lotos, chorales, etc.) et a créé un « petit magasin » destiné aux achats de « petits plaisirs » pour les résidents. Cependant dans le cadre du projet

d'établissement, il nous faut développer les liens avec l'extérieur.

L'intervention des jeunes dans le cadre d'unis-cité, peut agir en ce sens : en effet les jeunes peuvent devenir un vecteur de développement de nouvelles activités, incluses dans la vie de la commune ou de la ville.

<b>FICHE ACTION 16</b>	
<b>DÉVELOPPER LES LIENS SOCIAUX DES RÉSIDENTS</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser un séjour vacances à la mer, chaque été</li> <li>• Créer un espace INTERNET</li> <li>• Créer un espace cafeteria convivial et de rencontre</li> <li>• Organiser une fête de fin d'année avec les résidents</li> <li>• Rechercher et développer le bénévolat</li> </ul>
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction et de l'équipe d'animation</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC les différentes équipes</b>	
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b>	
<b>Demande d'ouverture de 2 postes d'animateurs diplômés</b>	
<b>INDICATEURS :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes de satisfaction</li> <li>- Nombre de sorties dans l'année</li> </ul>	

## PROJET SOCIAL ET D'AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL

### 1. Formation du personnel et Gestion Prévisionnel des Moyens et des Compétences (GPMC)

Depuis 2012 un plan de formation continue du personnel est élaboré, en fonction de 3 critères : l'aspect institutionnel, l'aspect promotionnel, et l'aspect individuel, des demandes de formation.

L'établissement adhère depuis 2014 à l'ANFH, ce qui a permis d'enrichir la palette des formations proposées, et de pouvoir remplacer les agents absents. Chaque année les agents reçoivent une fiche de vœux de formation, analysée par la direction et incluse ou non, au plan de formation ultérieur. **C'est la commission de formation, issue du CTE**, qui valide ce plan en fin d'année pour l'année suivante. Ces demandes de formation sont également traitées au cours de l'entretien annuel d'évaluation, afin de mettre en adéquation les compétences souhaitées dans le cadre du projet d'établissement

Une information a été proposée aux agents qui seraient intéressés par la Validation des acquis et des compétences ; ce dispositif permet en effet aux agents qui ne souhaitent pas repasser par l'étape d'une formation scolaire, d'accéder à un diplôme.

### 2. Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), des Risques Psycho-sociaux (RPS) et de l'absentéisme

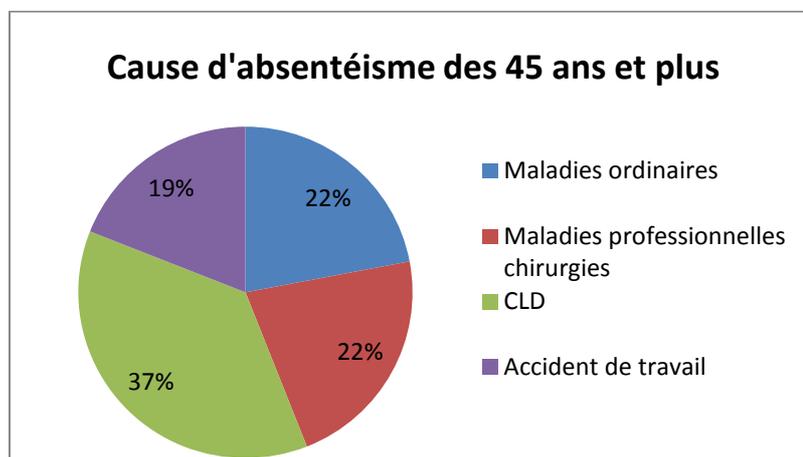
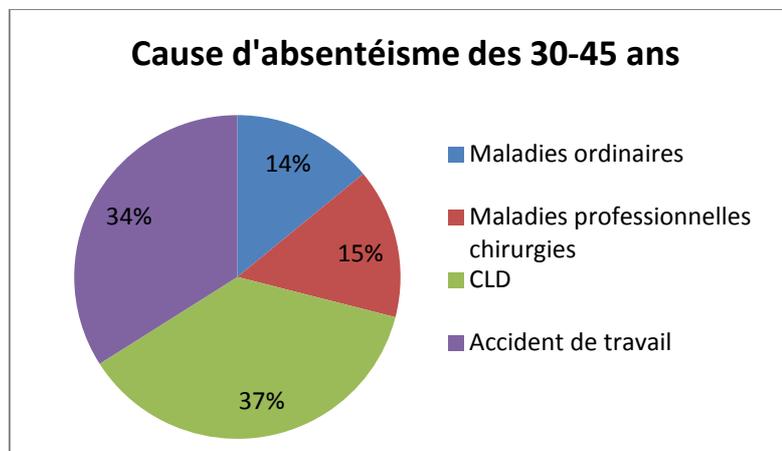
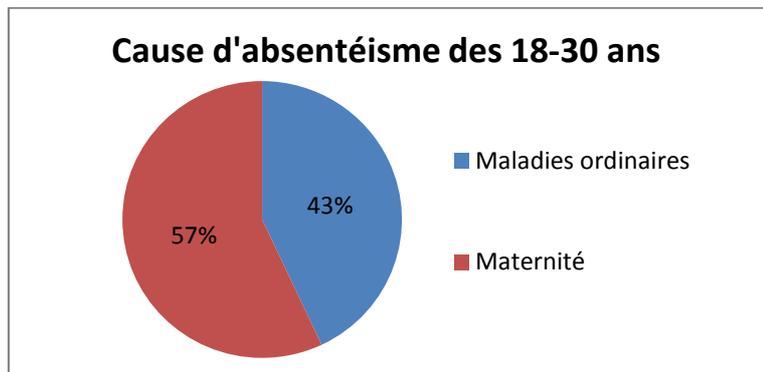
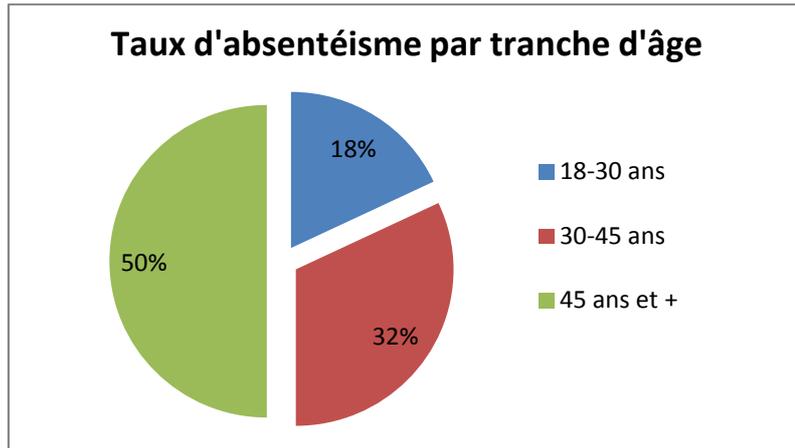
Le document unique des risques professionnels, dont les risques psychosociaux, a été actualisé en juin 2015 ; des intervenants extérieurs (organisme FORMANOR) sont venus sur le site et ont rencontré les personnels, en groupe et aussi individuellement sur demande.

La prévention des TMS passe par la formation des agents aux gestes et postures, et en 2015 la résidence st jean a pu envoyer en formation 2 membres du personnel soignant (une IDE et une AMP) ; elles ont obtenu une certification qui leur permet de former l'ensemble des personnels de l'EHPAD ce qui limite les couts liés à des formations externes.

### 3. Le constat

#### Un taux d'absentéisme élevé

Notre taux d'absentéisme est élevé : 8.63% mais nous sommes en dessous de celui de la fonction publique hospitalière du Nord-Pas-de-Calais E.H.P.A.D. qui est de 10.3%.



### Une pénibilité physique de la manipulation

Celle-ci est déterminée par l'activité (opérations répétées et multipliées par le nombre de résidents).

L'activité physique et répétitive du personnel augmente considérablement les tensions musculaires et le risque d'accident ou de maladie professionnelle.

Les pathologies les plus fréquentes sont les troubles musculo-squelettiques (65%), les affections du rachis lombaire et le canal carpien (23%).

Le personnel présent dans la résidence est essentiellement soignant ou fait partie du personnel hôtelier.

Ces deux métiers comportent une pénibilité de poste :

- Rythmes irréguliers,
- Travail posté,
- Efforts réguliers,
- Port de charge lourde,
- Fatigue,
- Stress,
- Turn over.

## 4. Les principaux enjeux

### Enjeux humains

Les enjeux humains sont orientés sur la santé physique et mentale des salariés, sur leur bien-être, sur la prévention des risques psycho-sociaux ainsi que sur leur confort des résidents.

L'organisation du travail sera également impactée :

- De sensibiliser le personnel afin de diminuer les accidents de travail
- D'une prise de conscience
- Davantage de coopération
- Moins de turn-over

### Enjeux économiques

Mettre en place un tel projet permettra de :

- Diminuer l'absentéisme au travail,
- Diminuer les arrêts maladie,
- Diminuer les accidents de travail

La réduction du taux d'absentéisme et du nombre d'accidents de travail sera vérifiée à la fin d'une année de formation à la manutention, mais l'absentéisme a des causes multiples.

L'évaluation des risques psycho sociaux a fait l'objet d'un document spécifique, qui pointe le besoin pour les personnels d'avoir un lieu d'expression neutre, du type groupe de parole, animé par un intervenant extérieur.

En effet la souffrance des personnels est parfois lourde, au vu des nombreux décès et de l'attachement des personnels aux résidents, qu'ils ont souvent accompagnés pendant de nombreuses années.

Afin d'évaluer régulièrement le degré de satisfaction des personnels, et dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, une enquête anonyme est réalisée chaque année.

## 5. Projets d'amélioration du bien-être au travail : massages, gym douce, relaxation

Le bien-être au travail est essentiel au maintien d'un climat de bien être pour les résidents. Le stress, la fatigue, l'épuisement professionnel est de plus en plus répandu en EHPAD et les modes de management doivent concourir aujourd'hui à abaisser la tension et le stress engendrés par le travail des soignants.

Des séances de relaxation, gym, ou massage assis, permettent aux personnels d'évacuer les tensions et de prévenir les lombalgies.

De même le sentiment d'appartenance à un établissement est important et l'existence d'une amicale du personnel permet de tisser des liens interservices, et aider à l'intégration des nouveaux agents

<b>FICHE ACTION 17</b>	
<b>AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL AU TRAVAIL</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire le taux d'absentéisme et les TMS</li> <li>• Prévenir l'apparition des risques psycho-sociaux</li> <li>• Permettre la valorisation et l'évolution des carrières et des compétences (VAE)</li> <li>• Mettre en place une gestion prévisionnelle des moyens et compétences</li> <li>• Réduire le stress au travail</li> </ul>	
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction des services RH et de la cadre de santé</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC les instances CHSCT et organisations syndicales, médecine du travail</b>	
<b>MOYENS MIS EN OEUVRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes d'expression libre des personnels animés par un intervenant extérieur</li> <li>• Mise en place d'atelier de relaxation, soins esthétiques, expression théâtrale, gym douce, massage assis, etc.</li> <li>• Susciter la création d'une amicale du personnel afin de créer des liens interservices et des manifestations festives</li> </ul>	
<b>INDICATEURS :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes de satisfaction</li> <li>- Taux d'absentéisme</li> <li>- Nombre d'accidents de travail</li> <li>- Nombre de FEI</li> <li>- Rapport du médecin du travail</li> </ul>	

## AMELIORATION DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Les professionnels prenant en soins des personnes vulnérabilisées par l'âge sont tenus de prévenir, dépister et agir face à des situations à risque. Cet objectif implique de mener une réflexion éthique sur le sens des pratiques professionnelles et de veiller à la qualité de la relation soignant-soigné afin de mettre en place des actions appropriées.

Conformément à la loi 2002-2, l'ensemble de la démarche d'évaluation (interne et externe) a été mise en œuvre au sein de la résidence St-Jean, de janvier 2012 à juin 2014. C'est une étape importante qui a permis au personnel de participer à des groupes de travail évaluant l'état actuel du fonctionnement des services. La synthèse des travaux de cette évaluation constitue un socle commun de réflexion sur les pistes d'amélioration possible du fonctionnement de la résidence et un engagement dans la démarche d'amélioration de la qualité depuis juin 2014.

### 1. Les enjeux du Projet Qualité et la gestion des risques :

Si la réglementation impose aux EHPAD des actions d'amélioration de la qualité au sein de leur établissement, c'est avant tout une manière de répondre au mieux aux attentes des personnes âgées accueillies dans notre établissement. Elles ont aussi pour objectifs une optimisation et une uniformisation des pratiques professionnelles et une amélioration de la communication interne.

Actuellement, il n'existe pas de procédure ni de dispositif spécifique de cette gestion, ni d'analyse. Des feuilles d'évènements indésirables existent mais leur circuit, analyse, suivi... n'est pas formalisé. Un cahier de recueil des plaintes des familles permet le recensement au niveau administratif et en cas de réclamations, les actions sont mises en œuvre rapidement par la direction.

La notion de qualité peut être définie comme accueillir et accompagner nos résidents en recherchant quotidiennement leur bien-être et en favorisant leur autonomie. Cette démarche a été engagée pour répondre aux besoins/attentes des usagers et du personnel afin de permettre d'augmenter la qualité des services rendus aux résidents et familles. La politique Qualité et gestion des risques s'intègre au projet d'établissement. La réussite des objectifs fixés dans le cadre de ce Projet d'Etablissement passe par l'amélioration de la qualité et donc par la rédaction du présent document.

**L'engagement de la résidence St-Jean dans la démarche qualité a été validé par une lettre d'engagement de la direction énonçant les orientations et les objectifs qu'elle souhaite atteindre. Une réunion d'information a eu lieu courant juin pour sensibiliser le personnel à cette démarche.**

Pour la mener à bien une Cellule Qualité - Gestion Des Risques a été mise en place. Tous les professionnels, du fait de leurs compétences, expériences et fonctions, sont des personnes ressources. Les membres du personnel formant le comité de pilotage ont reçu une formation à la démarche qualité et à ses concepts et trois référents Qualité ont été nommés.

Cette cellule qualité est constituée d'un **comité de pilotage qui regroupe les acteurs clés de la structure (direction, cadre de santé, responsable de service...)** quel que soit leur niveau hiérarchique pour assurer la pluridisciplinarité de la démarche. Afin de garantir la régularité des travaux, le comité de pilotage se réunit tous les mois. Il organise et coordonne toutes les

**démarches. L'ensemble de ses travaux s'appuie sur les valeurs énoncées dans la philosophie de l'Humanité et de la charte de Bienveillance.**

Le comité de pilotage a pour mission de :

- Assurer le suivi et la pérennité de cette réflexion
- Rédiger un plan d'action Qualité intégrant les propositions d'amélioration formulées lors de l'évaluation interne et externe et son échéancier au regard de la faisabilité des projets, notamment au niveau financier. Pour chaque action définie, un responsable a été nommé
- Valider les travaux réalisés

**Le référent qualité a pour vocation d'accompagner la démarche qualité et la soutenir afin qu'elle soit continue dans l'établissement.** Ses missions sont de :

- Participer, coordonner et assurer le suivi des axes d'amélioration continue de la qualité
- Promouvoir la culture qualité en s'assurant que la démarche qualité est bien intégrée dans le fonctionnement de l'ensemble des activités
- S'assurer de son efficacité
- Apporter le soutien nécessaire aux services
- Mettre en place un système de gestion documentaire regroupant et identifiant l'ensemble des projets institutionnels, procédures, protocoles et autres documents définissant les pratiques professionnelles adoptées au sein de l'établissement

## 2. Les outils qualité

- **FICHES D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES** : c'est l'outil de base de la démarche ; son utilisation a été expliquée aux agents de tous les services, afin d'éviter des malentendus sur la démarche. Il s'agit exclusivement de repérer et de signaler par écrit sur cette fiche, les dysfonctionnements, les transmettre aux personnes concernées, et les archiver ensuite.
- **La gestion documentaire** : Il n'existe pas de système de gestion documentaire dans l'établissement. Cette gestion est en cours de réalisation et sera finalisée avant la fin de l'année par les référents qualité. Une procédure écrite définira les différentes étapes de gestion documentaire interne, de la rédaction à l'archivage. Ses objectifs seront également précisés : elle doit permettre aux agents de trouver le bon document, au bon moment.
- **Les enquêtes de satisfaction** :
  - Au près des familles sont en cours de réalisation : résultats présentés fin 2015
  - Au près des résidents sont en cours de réalisation, résultats présentés avant fin 2015
  - Au près du personnel : seront analysées 1<sup>er</sup> trimestre 2016
- **Les réunions des groupes de travail, macro-planning**

## 3. Bilan et propositions d'amélioration

### Bilan

La démarche qualité est l'ensemble des procédés humains, matériels, financiers qu'un établissement va mettre en œuvre pour satisfaire les usagers et sa fonction tout en respectant les recommandations des grandes instances de santé. Les contraintes réglementaires sont nombreuses et il est nécessaire de rédiger d'importants supports écrits pour y satisfaire (PE, Projet de vie, DU et

gestion des risques...). Cela peut parfois être assimilé à une simple procédure administrative sans réelle mise en œuvre sur le terrain. La mobilisation des professionnels est limitée par leur charge de travail dans leur service. La réflexion sur la qualité peut alors se limiter aux personnels d'encadrement et aux référents et les autres membres du personnel se sentent alors exclus de la démarche.

### Gestion des Risques professionnels et risques psychosociaux

En juin 2015 l'actualisation du DOCUMENT UNIQUE DES RISQUES PROFESSIONNELS DONT LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX a été réalisée, à l'aide d'un consultant externe (organisme FORMANOR). A l'issue de cette démarche, et après une restitution générale à l'ensemble du personnel, le CHSCT a entamé un travail d'analyse des remarques émises, et des objectifs fixés afin de gérer l'ensemble de ces risques. Lors de chaque réunion, ces objectifs sont assortis des moyens à définir pour les atteindre, ainsi que d'un échéancier, et d'un responsable des actions à mener.

<b>FICHE ACTION 18</b>	
<b>AMÉLIORER LA DÉMARCHE QUALITÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	
<b>OBJECTIFS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la communication avec les équipes pour faciliter leur adhésion à ce projet et leur participation ;</li> <li>• Inviter des agents de service aux réunions de pilotage pour qu'il puisse se rendre compte des évolutions ;</li> <li>• Veiller à la régularité des réunions du comité de pilotage pour faire remonter les préoccupations et garantir la régularité des travaux.</li> <li>• Mettre en place une source documentaire facilitant l'information (afficher les comptes rendu de réunion, classeur qualité regroupant l'ensemble des documents gérés dans le cadre du système documentaire...)</li> <li>• Mettre en place de fiche de réclamation pour les usagers dans le cadre d'une procédure formalisée qui prévoit le suivi et qu'une réponse sera apportée dans un certain délai.</li> <li>• Créer une procédure sur l'utilisation et la gestion des FEI</li> </ul>	
<b>ÉCHÉANCIERS : 2016 2020</b>	
<b>SOUS LA RESPONSABILITÉ de la direction et des référents qualité</b>	
<b>EN COLLABORATION AVEC le comité de pilotage de la démarche qualité et l'ensemble des agents</b>	
<b>MOYENS MIS EN ŒUVRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de 3 référents qualité et journées dédiées</li> <li>• Formation à la démarche qualité</li> <li>• Formation comité de pilotage</li> <li>• Mise en réseau des documents</li> </ul>	
<b>INDICATEURS :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de réunions du groupe qualité</li> <li>- Enquêtes de satisfaction</li> </ul>	

## CONCLUSION

Ce document est issu du travail du comité de pilotage, constitué ainsi :

- Mme Ghislaine VANDAELE, directrice
- Mr Patrick DASSONNEVILLE, attaché d'administration
- Mme Michèle NAPLES, cadre de santé
- Mme Anne-Sophie LEFEVRE, ergothérapeute
- Mme Françoise CLAEYSSEN, responsable lingerie
- Mr Stéphane CLAEYSSEN, responsable services techniques
- Mr Rémi DASSONNEVILLE, responsable restauration
- Mme Béatrice TURCQ, IDEC HYGIENE
- Mme Caroline LEMPEREUR, animatrice
- Mme NATHALIE LUTSEN, ASG
- Mme Pauline WADOUX, IDEC USC
- Mme Marie-Noëlle CHEVALIER, IDEC Bientraitance
- Mme Claire COURTENS, IDE
- Mme Françoise VANRETERGHEM, adjoint administratif
- Mme Elise GORIS, ASH

Ce document sera présenté aux instances, aux membres du personnel et sera consultable par les familles, dans le cadre du conseil de la vie sociale.

Il sera également transmis aux autorités de tarification, AGENCE REGIONALE DE SANTE ET CONSEIL DEPARTEMENTAL.

**Dès 2015, l'établissement s'est engagé « vers la labellisation » dans le cadre de la philosophie de soins de l'humanité.** Ce projet d'établissement est bien sur imprégné dans chacune de ses fiches actions, de la pratique de cette méthodologie de soins, et du souhait de faire en sorte que la résidence STJEAN devienne **un « lieu de vie, lieu d'envie ».**

Ce document constitue la ligne directrice des actions à mener dans les 5 prochaines années ; cependant il convient de le revoir chaque année afin d'évaluer l'avancée des projets et sera l'outil majeur de conduite des actions, associé au diagramme de GANT issu du travail des référents qualité.

Chaque fiche action a été travaillée de manière participative et les agents ont été associés à sa conception.

Néanmoins, les besoins spécifiques sont soulignés, car certains sont indispensables à l'amélioration continue de la qualité des prestations que nous souhaitons apporter aux usagers de l'établissement. (Exemple poste d'animateur et psychologue)

Il faut bien à nouveau souligner que cette qualité est en partie directement issue des moyens accordés, budgétairement, à la résidence.

Fait à Bergues

Le 31/12/2015