



# PROJET D'ETABLISSEMENT

## 2024 – 2028

### Sommaire

Projet d'établissement .....	Page 1
Annexe 1 : Charte de Bientraitance .....	Page 44
Annexe 2 : Projet d'animation .....	Page 45
Annexe 3 : Projet de soins.....	Page 55
Annexe 4 : Projet UPAD La Prairie .....	Page 83
Annexe 6 : Projet PASA La Clairière.....	Page 98



# PROJET D'ETABLISSEMENT

2024 – 2028

## Table des matières

INTRODUCTION .....	4
<b>1 – LA PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT .....</b>	<b>5</b>
1.1 L’histoire, le projet de l’organisme gestionnaire .....	5
1.2 La situation géographique, le territoire.....	5
1.3 Le site internet .....	6
1.4 La présentation des locaux.....	6
1.5 Les extérieurs .....	7
1.6 Le public accompagné .....	8
1.7 La sécurité des personnes et des biens .....	8
1.8 Les partenariats.....	9
1 8 1 Les partenaires du soin .....	9
1 8 2 Les partenaires de direction : .....	10
1 8 3 Les partenaires de la vie sociale .....	10
<b>2 LES PRINCIPES DE L’ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>11</b>
2.1 La dynamique de l’établissement et ses valeurs .....	11
2.2 La bientraitance et la gestion des paradoxes.....	12
2.2.1 La bientraitance et prévention de la maltraitance .....	12
2.2.2 La gestion des paradoxes .....	13
2.3 L’admission et l’accueil de la personne et de son entourage .....	14
2.4 La personnalisation de l’accompagnement.....	15
2.5 Le respect des droits et libertés .....	16
2.6 Les moyens d’informations et d’expression à l’intention des résidents et familles.....	16
2.7 Un accompagnement jusqu’au bout de la vie .....	17
2.8 La gestion des évènements indésirables.....	18
<b>3 – LES DIFFERENTS SERVICES DE LA RESIDENCE .....</b>	<b>19</b>
3.1 Les services administratifs .....	19
3.1.1 L’accueil physique et téléphonique, le secrétariat.....	19
3.1.2 Le service comptabilité économique.....	19
3.1.3 Le service Ressources Humaines .....	19
3.2 La restauration.....	20
3.3 Le ménage.....	21
3.4 La blanchisserie .....	22
3.5 La maintenance et le développement durable.....	23
3.6 L’animation.....	23
3.7 Le service soins.....	24

3.7.1 L'équipe et les partenaires du soin .....	24
3.7.2 La continuité de l'accompagnement.....	25
3.7.3 Un accompagnement de la personne dans sa globalité et individualité .....	26
3.7.4 L'accompagnement des résidents avec troubles cognitifs et comportementaux .....	26
3.7.5 La prévention .....	27
<b>4 – LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES .....</b>	<b>28</b>
4.1 Organigramme, la gestion hiérarchique et fonctionnelle, les délégations et références.....	28
4.2 Formation.....	29
4.3 Organisation de la communication intra et inter services.....	29
4.4 Politique sociale de la structure.....	30
4 4 1 Prévention des risques et Qualité de vie au travail.....	30
4 4 2 Politique d'intégration.....	30
4 4 3 Entretiens professionnels .....	30
4 4 4 Analyse de pratique .....	30
<b>5 LES OBJECTIFS ET PROJETS .....</b>	<b>31</b>
5 1 Les points de progrès .....	31
5.2 Les objectifs définis par le CPOM .....	31
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>43</b>

## INTRODUCTION

Le projet d'établissement dont vous vous apprêtez à prendre connaissance est la résultante d'un travail de plusieurs mois. Fruit d'un travail de collaboration entre tous les professionnels lors de nombreux temps de travail et avec l'accompagnement de Mme CSELENKO Lola – Formatrice consultante et psychologue du travail, nous sommes heureux aujourd'hui de pouvoir vous présenter ce travail collaboratif pour les cinq prochaines années.

Ce projet, contrairement au précédent projet d'établissement à été voulu plus accessible et lisible afin de pouvoir le mettre en œuvre par tous les professionnels et mieux compréhensible des résidents et de leur famille.

Une actualisation importante a été conduite pour tout d'abord prendre en compte les objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé par l'établissement. Document contractuel signé conjointement avec le Conseil Départemental, l'Agence Régionale de Santé et le représentant légal de l'organisme gestionnaire en août 2021. Les objectifs définis l'ont été en termes de qualité de service rendu à l'utilisateur, d'ouverture de la Résidence sur son territoire, de renforcement de l'efficacité de gestion et de gouvernance et de coopérations/mutualisations avec d'autres Établissements et Services Médico-Sociaux du territoire.

Également, ce projet d'établissement 2024-2028 tient compte des attentes de la Haute Autorité de Santé, et notamment les exigences des critères impératifs du nouveau référentiel d'évaluation des ESSMS : droits fondamentaux et libertés individuelles, prévention des risques de maltraitance et de violence.

La construction même de ce projet, qui s'ouvre par le rappel de l'origine et des caractéristiques de cet établissement, puis nous nous intéresserons aux principes qui guident nos actions. La présentation des différents services de la Résidence est proposée en partie 3. Puis, nous présentons les professionnels et l'organisation nécessaires à la qualité des prestations et relations.

Enfin, nous concluons sur les objectifs et projets des cinq prochaines années.

# 1 – LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

## 1.1 L'histoire, le projet de l'organisme gestionnaire

La famille de la Rochefoucauld-Bayers édifie l'ancienne Résidence, située Route de Guenrouët à Plessé, de 1905 à 1910, afin d'accueillir des personnes nécessiteuses originaires de Plessé et des cantons limitrophes.

Ce bâtiment est légué par testament en 1935 au Département de Loire-Inférieure.

Hospice, hôpital local départemental puis communal, il devient le 1er janvier 2008 un Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) public autonome désigné sous le nom de la Résidence de La Rochefoucauld. Ce lieu de vie permet d'accueillir **95 résidents âgés de 60 ans et plus**. Il n'assure pas d'hébergement temporaire.

En 2010, les membres du Conseil d'administration prennent la décision de reconstruire à neuf la Résidence sur un autre site, situé à proximité du bourg de Plessé.

En septembre 2011, l'agence d'architecture William GOHIER de Rennes est désignée lauréate du concours organisé dans le cadre de cette reconstruction.

Le 17 décembre **2014**, soit après 21 mois de travaux, la nouvelle Résidence, située au 6 Rue du Docteur Alexis Carrel à Plessé, est livrée.

Ces nouveaux locaux permettent l'ouverture d'une **Unité pour Personnes Âgées Désorientées (UPAD)**.

L'emménagement des résidents dans le nouvel établissement s'est déroulé entre le 23 et le 25 février 2015.

Un an plus tard, le **Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)** de 12 places est labellisé.

## 1.2 La situation géographique, le territoire

Plessé est situé à environ une heure des villes comme Rennes (70km), Nantes (50km), Châteaubriant (50 km), et une vingtaine de minutes de Savenay et Pontchâteau.



Notre territoire est couvert par 4 médecins généralistes libéraux présents sur la commune ainsi que plusieurs professionnels de santé. Un espace de santé mutualisé est en projet pour 2025 avec la création d'une maison de

santé pluridisciplinaire qui pourra permettre l'accueil de nouveaux professionnels. L'hôpital de Redon se situe à 21 kilomètres seulement et assure les urgences en cas de besoin.

De nombreux commerces sont présents à proximité de la Résidence dans le bourg du Plessé. Ainsi nous pouvons trouver, boulangerie, maison de la presse, opticien, pharmacie, audioprothésiste, supermarché, restaurants, ...

### 1.3 Le site internet

La Résidence dispose d'un site internet depuis septembre 2014, consultable à l'adresse suivante :

<http://ehpad-larochefoucauld-plesse.fr>.

Il comporte différents volets : présentation, admissions et tarifs, informations sur l'équipe en place, les formalités administratives, les tarifs en vigueur, l'animation, le PASA, l'UPAD. Des offres en ligne sont publiées, permettant de recevoir des candidatures extérieures.

Il est actualisé chaque début de semaine par l'assistante de direction. Il comporte notamment les plannings d'animation, du PASA et de l'UPAD proposés au sein de la Résidence, de même que les menus de la semaine. Il est très régulièrement consulté par les familles. C'est d'ailleurs un des vecteurs de communication utilisé avec les familles, outre l'envoi de mails.

### 1.4 La présentation des locaux

A quelques minutes du bourg de Plessé, dans un quartier résidentiel, la nouvelle structure est implantée sur un terrain d'environ 2 hectares. Des espaces aménagés permettent la promenade.

L'établissement est conçu sur 2 niveaux (rez-de-chaussée et étage) et comptabilise 95 chambres seules, quelques-unes étant communicantes afin de permettre l'accueil de couples.

Elle compte également :

- Une Unité pour Personnes Âgées Dépendantes de 12 lits, permettant d'accueillir en toute sécurité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à un stade avancé.
- Un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés labellisé de 12 places permet également d'accueillir à la journée des résidents de l'établissement, atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à un stade modéré.

Ces deux derniers services ont un accès sur un jardin thérapeutique, situé en rez-de-jardin.



Dès les extérieurs une signalétique est mise en place pour guider les résidents et visiteurs.



Ainsi nous disposons d'une salle des Loisirs pour la réalisation des animations, d'un patio central arboré, de plusieurs salles de restauration, d'une cuisine centrale qui confectionne tous les repas sur place, d'une blanchisserie, de locaux techniques, d'une salle de cultes, d'une infirmerie et de locaux administratifs.

*L'espace privatif du résident* (chambre individuelle) est d'une superficie d'environ de 20 m<sup>2</sup> avec une salle de bain.

Chaque logement est pourvu d'une salle de bain avec lavabo et douche à l'italienne, d'un lit médicalisé, d'une armoire et d'un système d'appel. Le résident et/ou sa famille peut l'aménager avec des meubles personnels, tout en maintenant un espace de circulation.



## 1.5 Les extérieurs

La superficie est d'environ 2 hectares.

Un parc est « entretenu » par des moutons dans le cadre d'un contrat éco pâturage.

Des bancs ont été installés et des arbres plantés pour assurer de l'ombre. Les lieux d'implantation ont été travaillés en temps d'animation avec les résidents. L'accessibilité est assurée.

## 1.6 Le public accompagné

Les résidents sont principalement issus de la Loire-Atlantique, du canton de Pontchâteau, de la commune de Plessé pour 44%, des cantons limitrophes pour 19% et l'âge moyen des résidents accueillis est de 82.8 ans pour une durée moyenne de séjour de 3.61 ans en 2023.

En 2023, 114 demandes d'inscription ont été reçues sur le site Viatrajectoire (Site d'inscriptions en EHPAD en ligne, accessible aux résidents/familles et structures de santé), 71 demandes issues de femmes contre 61 en 2022, 43 d'hommes contre 31 en 2022, contre 92 au total en 2022.

Les origines de ces inscriptions sont les suivantes :

- 66 personnes provenaient du domicile (dossiers en attente en cas d'aggravation de l'état de santé général de la personne âgée, inscriptions de précaution)
- 28 personnes étaient hospitalisées dans un centre hospitalier ou un service de rééducation
- 20 personnes accueillies dans des structures d'hébergement demandant un rapprochement familial

L'établissement évalue la dépendance des résidents à l'aide de la grille AGGIR (Aide à la Gestion des Groupes Iso-Ressources), le dernier GIR Moyen Pondéré (GMP) validé par le service médical du Conseil Départemental est de 733. Il traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Notre établissement étant habilité à l'aide sociale, nous avons accueilli 22 résidents bénéficiaires de l'aide sociale au 31 décembre 2023.

## 1.7 La sécurité des personnes et des biens

La sécurité est assurée par :

- La **présence humaine permanente** des professionnels (2 soignants la nuit)
- **L'organisation et les protocoles** mis en place
- Les **bâtiments et matériels**

**La fermeture des accès** est organisée par le personnel hôtelier pour la porte d'entrée et par le personnel de nuit pour tous les autres accès. Un système d'appel la nuit est en place. Un autre système dédié aux ambulanciers est également en place 24/24h.

Un portail électrique assure la protection du parking clos du personnel et des livraisons logistiques. Le bâtiment est conçu avec un accès par badge.

Un organigramme a été établi pour contrôler les accès du personnel aux divers espaces.

Depuis avril 2016, un **système d'alarme** a été installé pour sécuriser encore davantage le service administratif.

Le **jardin thérapeutique**, commun à l'UPAD et au PASA, est également clos. L'UPAD est elle-même un **espace sécurisé** avec une commande d'accès par interrupteur et une commande de sortie par digicode.

Le PASA est équipé des mêmes dispositifs d'accès et de sortie que l'UPAD.

En revanche, le reste de la Résidence **est ouvert sur l'extérieur**, conformément aux principes arrêtés par le programme de l'opération immobilière. En effet, la volonté affichée était de reconstruire la Résidence sur un terrain situé plus proche du centre-bourg de Plessé, en favorisant la circulation des piétons afin de rallier un lotissement avec le centre de Plessé et notamment une école élémentaire et primaire.

La Résidence dispose de **2 espaces rafraîchis** : le restaurant Victoria (restaurant principal) et la salle d'activité de l'UPAD.

Les locaux de la Résidence, très récents, sont **adaptés à la perte d'autonomie** : mains courantes dans les couloirs, dimensions des 3 ascenseurs permettant l'introduction de lit médicalisé, chambre seule de 20 m<sup>2</sup>, porte d'entrée de la chambre permettant l'entrée et la sortie d'un lit médicalisé, porte de la salle d'eau coulissante pour limiter l'encombrement de l'entrée de la chambre, portes de placard coulissantes et non pas ouvrant à la française, doubles veilleuses dans la chambre, barres d'appui WC, sonnettes d'appel malade au lit et en salle d'eau, etc.

A l'admission, il peut être remis au résident, contre caution, une **clé de chambre et d'armoire**.

Une connexion WIFI est disponible pour les résidents et visiteurs.

## 1.8 Les partenariats

Les partenaires sont nombreux et couvrent différents domaines.

### 1 8 1 Les partenaires du soin

(Voir aussi projet de soins en annexe) :

- **La pharmacie**. Une convention est signée avec l'officine qui prépare les médicaments. Les médecins peuvent prescrire par l'intermédiaire du logiciel
- **Le laboratoire de Biologie Médicale** : Une convention est signée avec le groupement Biomedilam pour l'analyse des examens. Les résultats sont transmis électroniquement et de manière sécurisée. Une convention est signée.
- **L'opticien** de Pléssé.
- **EMSP**: La Résidence travaille étroitement avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Redon. Une convention a été signée.
- **Plan bleu** (canicule) : Centre Hospitalier de Redon, CH Châteaubriant, en cas de nécessité d'hospitalisation lors de canicules.
- **HAD 44** : La Résidence a signé une convention avec l'HAD44. Antérieurement, une convention avait été signée avec l'HAD35. Cette dernière n'a accepté d'intervenir qu'une seule fois au sein de la Résidence. Dans les faits, il est difficile de pouvoir prétendre à l'intervention de l'HAD au sein de la Résidence en raison des critères d'admissibilité des résidents.
- **Les services d'urgence** : à chaque entrée, le souhait du résident et/ou de son entourage est recueilli quant au choix de l'hôpital. Ce choix est respecté pour toute hospitalisation programmée et RDV avec des spécialistes. En revanche, en cas d'urgence, le SAMU oriente vers le centre hospitalier le plus disponible.  
Chaque résident dispose d'un Dossier de Liaison Unique informatisé et alimenté par le logiciel de soins.
- **Les services psychiatriques** : La Résidence a signé une convention avec EPSYLAN (CHS de Blain) pour assurer le suivi psychiatrique des résidents le nécessitant.
- **L'équipe référente en hygiène** : La Résidence travaille étroitement avec l'Équipe Opérationnelle en Hygiène du Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé. Une convention a été signée. Une infirmière et une aide-soignante de la Résidence sont désignées correspondantes en hygiène. Réseau d'hygiène CCLIN
- **Les ambulanciers** sont sollicités en fonction du choix du résident.

## 1 8 2 Les partenaires de direction :

- ***L'EHPAD de Plessé est en étroite collaboration avec les EHPAD de Blain, Derval, Guémené-Penfao, Nort-sur-Erdre et sur certains projets avec celui de Donges et de l'EHPAD Mer et Pins de Saint-Brévin-les-Pins :***
  - Convention de garde de direction administrative commune entre les 5 EHPAD (Blain, Derval, Guémené-Penfao, Nort-Sur-Erdre et Plessé)
  - Depuis février 2019 :
    - Réflexion sur une structuration des 7 EHPAD publics autonomes de Loire-Atlantique en un collectif et formulation d'une demande d'appui à la constitution d'un collectif de management auprès de la FHF, ayant reçu un accord favorable de prise en charge, permettant ainsi à nos 7 EHPAD d'être accompagnés par un prestataire extérieur. Projet actuellement en cours
    - Mise en place d'un partenariat entre ces 7 EHPAD publics autonomes de Loire-Atlantique et le Groupement Hospitalier de Territoire de Loire-Atlantique (GHT 44) avec la rédaction d'une convention-cadre de partenariat (signature le 9.09.2019)
    - Du fait du partenariat avec le GHT 44, participation de ces 7 EHPAD au groupe de travail « Personnes Âgées » du GHT 44

## 1 8 3 Les partenaires de la vie sociale

(Voir aussi projet d'animation, en annexe) :

- ***L'association « Anime ma vie Plésséenne »*** : récolte de fonds pour des spectacles, repas et aide dans les déplacements.
- ***Les bénévoles*** signent la charte de l'établissement. Ils sont formés par l'animatrice aux règles de confidentialité, déplacement en fauteuil... et ne sont jamais seuls.  
La disponibilité de chacun des bénévoles mais aussi ses centres d'intérêts sont consignés sur registre.
  - L'équipe aumônerie (4 personnes), qui assure aussi des visites : signature de la Charte du Service,
  - L'équipe évangélique des malades : liste des personnes souhaitant participer sur Netsoins,
  - L'association de Plessé une fois par mois : participation au loto, loisirs créatifs, groupe de discussion encadré par l'animatrice,
  - Le club de Plessé : jeux de société,
  - L'aide au transport en fauteuil roulant pour la messe...

## 2 LES PRINCIPES DE L'ACCOMPAGNEMENT

### 2.1 La dynamique de l'établissement et ses valeurs

Accompagner des personnes fragilisées exige de partager des valeurs et principes d'actions qui guident les réflexions et actions de tous :

#### **Le respect de la personne dans toutes ses dimensions**

Dignité  
Intimité  
Vie privée  
Espaces de vie du résident  
Liberté de choix  
Capacités et autonomie  
Lien social, liens familiaux et affectifs

#### **La personnalisation comme principe d'action**

Ecoute de la personne et de sa famille, de ses choix, demandes, refus  
Prise en compte des habitudes de vie, de son histoire  
Recherche du bien-être de la personne selon sa propre représentation  
Valorisation de l'autonomie  
Limitation du poids du collectif  
... et ce à chaque fois que possible sans oublier l'équité

#### **L'esprit d'équipe comme force et cadre**

Équipe pluridisciplinaire  
Sentiment d'appartenance  
Conscience professionnelle  
L'humain comme priorité, empathie  
Réflexion et prise de recul  
Formation

## 2.2 La bientraitance et la gestion des paradoxes

### 2.2.1 La bientraitance et prévention de la maltraitance

La Résidence est engagée depuis de nombreuses années dans la promotion de la bientraitance tout en s'inspirant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.

À chaque entretien de recrutement, une sensibilisation est faite par l'encadrement sur cette thématique afin de souligner les bonnes pratiques.

Une procédure de prévention et de gestion de la maltraitance a été rédigée. Le signalement des actes de maltraitance est réalisé grâce aux fiches de déclaration des événements indésirables graves.

Les professionnels sont formés à la bientraitance et engagent des réflexions éthiques sur les situations rencontrées.

Une charte bientraitance (voir annexe 1) a été élaborée en 2020, puis reprise lors de l'élaboration du projet d'établissement en 2023. Elle est diffusée et se trouve dans le livret d'accueil du nouveau salarié.

Les résidents s'expriment sur le sujet de la bientraitance dans le quotidien, à l'occasion des enquêtes de satisfaction, des préparations de commissions ou CVS ou lors des groupes de paroles organisés par l'animatrice. En septembre 2023, ils déclaraient à ce propos que pour eux la bientraitance c'était :

- « Avoir une vie sociale être entourée et faire des activités
- Se sentir en sécurité avoir du personnel compétent en qui ont peu avoir confiance. (Difficile quand ça change souvent de personnel) peur des incendies, de tomber et de ne pas avoir la sonnette à proximité aimeraient des bracelets, ou collier avec possibilité d'avoir quelqu'un qui répond qu'il a entendu, qu'il arrive)
- S'entendre bien avec les autres résidents et avec le personnel
- Se sentir écouté et entendu : que le personnel prenne le temps (pas assez de personnel)
- Se sentir respecté par le personnel : la gentillesse du personnel, avoir le sourire, qu'ils apprennent à nous connaître, qu'ils emploient le bon ton (pas tj le cas pour certains agents)
- Bien manger, avoir le choix ça c'est très positif ici (ce n'est pas le cas partout), avoir des repas équilibrés et variés.
- Avoir de bons soins (aide à la vie quotidienne)
- Avoir une équipe médicale en qui ont à confiance (IDE et médecin).

*Ici dans l'ensemble ils se sentent écoutés, respectés, parfois infantilisés quand on leur dit se qu'ils doivent ou ne doivent pas faire (Résidents plus dépendants physiquement) Ils sentent qu'ils peuvent émettre leur avis et leurs besoins sans problèmes. Certains évoquent qu'ils vont plus se confier à un agent qu'à un autre parce qu'il y a une relation de confiance qui s'est instaurée. »*

Quant à la maltraitance elle recouvre selon les résidents :

- « Ne pas être écouté et ne pas nous respecter
- Être violentés physiquement ou moralement
- Ne pas avoir de soins corrects
- Ne pas avoir suffisamment à manger
- Ne pas répondre aux sonnettes
- Ne pas avoir de vie sociale »

Quant à la **maltraitance**, qu'elle vienne de l'extérieur ou d'un professionnel, elle fait l'objet d'un signalement et d'une gestion d'événement indésirable. Les formations bientraitance suivies mettent bien en évidence l'importance de ne pas juger mais d'agir en s'en tenant aux faits vus, entendus qui sont signalés en intervenant immédiatement pour protéger la victime. Un affichage du numéro d'appel 3615 est effectif.

*« La bientraitance, c'est ce qui permet de vivre dépendant dans la dignité. »  
Robert MOULLAS, président d'ALMA France (fédération 3977), 2010.*

### **2.2.2 La gestion des paradoxes**

Les droits des personnes, les valeurs de l'établissement et la charte de bientraitance alliés à la réflexion éthique constituent en quelque sorte une « boussole » pour répondre aux paradoxes de certaines situations :

#### ***Volonté de transparence de l'établissement envers le résident et refus de la famille de dire***

Nos possibilités d'actions : recours à la psychologue ; écoute et conseils à la famille pour entendre sa difficulté ; rappel de l'obligation de consentement, ... .

#### ***Liberté individuelle et protection collective***

Nos possibilités d'actions : réexpliquer en donnant du sens aux règles, s'appuyer sur le règlement de fonctionnement ; Échanges en équipe pluridisciplinaire pour revoir ensemble les règles

#### ***Volonté du résident et volonté de la famille***

Nos possibilités d'actions : Échanges avec la famille, écoute du besoin qui se cache derrière la demande, ré-explication sur le consentement, interrogation en équipe pluridisciplinaire sur les raisons du manque de confiance de la famille, sur « à qui fait-on plaisir ? au détriment de qui ? »

#### ***Volonté des professionnels de maintenir l'autonomie du résident***

Nos possibilités d'actions : vérification des raisons du refus du résident, essais pour donner envie, négociation... Échanges avec la famille, écoute du besoin qui se cache derrière la demande, explication sur le consentement...

#### ***Personnalisation et vie collective***

Nos possibilités d'actions : réflexion en équipe pluridisciplinaire sur l'équité, sur les limites partagées par l'équipe, sur les lignes de conduite communes, ... , appui sur nos valeurs et charte bientraitance,

#### ***Liberté et sécurité***

Nos possibilités d'actions : réflexion pluri professionnelle pour évaluer le niveau de risque, réflexion sur les moyens pour accompagner si besoin le souhait de la personne tout en limitant les risques ; approche volontariste de limiter la liberté strictement à ce qui s'avère réellement nécessaire pour protéger la personne

### **La communication**

A tous les niveaux et dans toutes ses formes est encore le meilleur moyen d'analyser ensemble, de rechercher et inventer des solutions, mêmes transitoires... L'adaptation est permanente.

Enfin, il nous faut aussi savoir donner du temps, garder une possibilité de dialogue tout en reconnaissant nos limites.

## 2.3 L'admission et l'accueil de la personne et de son entourage

L'entrée en EHPAD est une étape importante de vie pour le résident et sa famille. Grace notamment à l'offre d'aide à domicile, l'entrée en EHPAD s'effectue de plus en plus tardivement que cela soit en âge ou en niveau de dépendance, quand cela n'est pas une entrée en urgence...

Pour autant, résident et familles doivent bénéficier de toutes les informations utiles et de l'accompagnement respectueux et chaleureux durant cette étape de la vie.

Comme pour tout EHPAD, la résidence La Rochefoucauld est ouverte aux personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogation) qui ont besoin d'accompagnement dans les actes de la vie courante.

Les **critères de priorité d'entrée** sont définis

- Personnes de Plessé et communes voisines
- Selon dossier médical orientant sur l'UPAD ou l'EHPAD, état de santé compatible
- En fonction de la chambre disponible : service plus ou moins lourd, ce qui définit le niveau de dépendance de la personne à accueillir
- En privilégiant les personnes dépendantes
- En tenant compte du degré d'urgence (épouse aidant, ...).

Ces critères d'entrée sont aussi définis pour l'UPAD et le PASA et font l'objet d'un document signé par les parties.

Depuis avril 2022, la majorité des dossiers d'inscription sont réceptionnés sur le site internet **ViaTrajectoire**, déployé par le Département de Loire Atlantique et l'ARS, qui permet de gérer les demandes d'admission en établissement pour personnes âgées.

Quelques dossiers sont déposés directement à l'accueil par les familles lorsque celles-ci n'utilisent pas internet. A cette occasion, plusieurs documents leurs sont remis.

L'établissement a développé un **site internet** (<http://ehpad-larochefoucauld-plesse.fr/>) qui présente l'établissement et son fonctionnement. Ce site s'enrichit chaque jour. Un film est à l'étude.

Selon les places disponibles, une **commission d'admission** composée de la Direction, du Médecin Coordonnateur, de la Cadre de santé et d'un membre de l'équipe administrative, se réunit afin de statuer sur les dossiers du logiciel d'inscription en EHPAD ViaTrajectoire. Éventuellement, la personne/ famille a pu être recontacté pour des compléments de dossiers ou informations. Tout refus est motivé par courrier ou par l'intermédiaire du logiciel Viatrajectoire.

Une **visite** de l'établissement sur rendez-vous est proposée.

Lorsque la place est acceptée par le résident (consentement) / famille, la **date et l'heure d'entrée est fixée** ; en fonction de la libération de la chambre, des éventuels travaux de réfection, du nettoyage de celle-ci, de la date à laquelle le résident est sortant si celui-ci est hospitalisé, de la disponibilité de la famille et des infirmières ...

Selon les situations, des éléments plus précis vont être recueillis par écrit ou au téléphone, par la cadre de santé ou l'assistante de direction qui vont aussi fournir de précieux conseils.

Nous nous abstenons d'investigation abusive (ne pas vouloir tout savoir tout de suite).

La famille peut aménager la chambre **avant l'entrée** si elle le souhaite.

Les données recueillies vont permettre de **préparer l'entrée** de la personne (matériel par exemple) et fournir les premiers éléments (« fiche de mouvements ») aux équipes de professionnels afin que tout soit prêt pour l'entrée de la personne. **Les résidents sont informés** d'une arrivée par affichage.

**Le jour d'entrée**, l'assistante de direction reçoit, explique, lit et remet les différents documents (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, ...), recueille d'autres informations. Ces documents peuvent être laissés quelques jours avant signature.

Le résident peut alors recevoir ses clés contre caution. Un état des lieux est réalisé.

Un mot d'accueil avec le rappel des horaires repas l'attend dans sa chambre, qui lui est présenté.

Lors du premier repas, la personne est accompagnée en salle à manger.

Le rendez-vous d'entrée est aussi l'occasion de montrer à la **famille** que sa place est prépondérante et de nombreuses informations lui sont fournies :

- Possibilité de prise de repas (prévenir 48H00 avant) et invitation à certaines animations,
- Réunion annuelle des familles en janvier et à l'Unité pour Personnes Âgées Désorientées, Repas des familles au Pôle d'Activité et de Soins Adaptés,
- L'existence d'un Conseil de Vie Social,
- L'adhésion possible à « anime ma vie plesséenne »,
- L'envoi d'informations par mail, Site internet,
- La possibilité d'organiser l'anniversaire dans la résidence ; organisation par l'établissement des anniversaires tous les 2 mois,
- ...

Dans **les premiers jours** les personnels se présentent et réorientent les demandes vers les professionnels concernés.

Le personnel infirmier réalise une **évaluation bucco-dentaire et douleur** en début de séjour.

Le **médecin coordonnateur** rencontre le nouvel arrivant et complète le logiciel de soins.

Chaque professionnel est attentif au bien-être de la personne et il en est régulièrement question lors des **réunions et transmissions**.

## 2.4 La personnalisation de l'accompagnement

**La personnalisation est une des valeurs fortes** de l'établissement partagée par l'ensemble des professionnels. Nous déclinons autant que possible cette personnalisation dans tous les aspects de la vie au quotidien : les repas, la toilette, l'habillage, les loisirs, ... , tout en veillant à l'équité.

Aussi cet axe se **décline dans tous les services et chapitres de ce projet d'établissement**

**L'élaboration d'un projet de vie personnalisé** est un des outils de cette personnalisation qui est proposée à chaque résident. Un projet de vie personnalisé est constitué d'un recueil des données (habitudes, histoire de vie) et des souhaits/objectifs.

Il est essentiel de souligner que le projet de vie personnalisé est **un droit** et non une obligation et que de même le résident/sa famille gardent toute liberté pour valider ou non sa rédaction.

**3 référents** sont nommés : IDE, soignant et hôtelier ; leurs noms sont affichés derrière la porte de chambre et une fiche de fonction de la référence est présente dans le classeur.

**La psychologue est coordinatrice** de l'ensemble des projets personnalisés.

**Dès la pré-admission** les premiers éléments sont recueillis, ils vont être complétés par les référents en accord avec le résident : quelles sont ses habitudes, les évènements marquants de sa vie, ses souhaits...

Une réunion pluridisciplinaire dans les 3 mois (autant que possible) est réalisée en présence du résident et de sa famille ; les objectifs qui en découlent sont inscrits dans Netsoins. Le projet est signé par les parties et validé par la direction.

La **réévaluation** est réalisée annuellement.

## 2.5 Le respect des droits et libertés

Le résident conserve l'ensemble de ses droits en entrant en EHPAD et il est nécessaire de le lui rappeler.

Dans les relations quotidiennes et actions des professionnels ces principes se traduisent par **une information** du résident, **une explication** fournie et une **recherche de son consentement**.

La charte de la personne âgée est affichée et remise à tout nouvel entrant. Une charte bientraitance élaborée par l'équipe est signée par les professionnels.

**« La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. »** (Conférence consensus HAS 2004)... Parallèlement la loi 2002 réaffirme l'obligation des établissements d'assurer la sécurité des résidents...

Aussi certaines mesures peuvent être prises pour assurer la sécurité mais il convient de ne pas perdre de vue que « ces mesures ne sont prévues **que dans l'intérêt des personnes accueillies**, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent **pas être disproportionnées** par rapport aux risques encourus », article L311-4-1).

Il est donc essentiel que l'équipe pluridisciplinaire puisse **analyser les bénéfices/risques** plus favorable à une restriction de la liberté pour privilégier la sécurité du résident tout en conservant le plus de liberté possible...

Il convient aussi d'**informer** le résident/le représentant légal, la personne de confiance et la famille. Autant que possible nous veillons au consentement de la personne.

L'approche de l'établissement est de limiter le moins possible la liberté d'aller et venir. L'architecture, l'implantation est propice à cette volonté. L'équipe pluridisciplinaire évalue les risques, qui sont présentés au résident et sa famille et proposent ensuite une décision. La décision sera ré-évaluée en fonction de l'évolution de l'état de santé.

La contention sur prescription est le dernier recours et suit les recommandations en vigueur.

L'EHPAD peut consentir, sous certaines conditions, à restreindre la libre circulation des résidents, avec :

- Un choix pluridisciplinaire écrit de la forme de la restriction.
- Le caractère provisoire de la restriction.
- L'explication au résident, à la personne de confiance et à son représentant légal (tuteur) le cas échéant.

## 2.6 Les moyens d'informations et d'expression à l'intention des résidents et familles

Les différents moyens mis à disposition :

**Le site internet, avec la mise à disposition des informations suivantes :**

- Contrat de séjour, règlement de fonctionnement, tarif, ...
- Présentation PASA, UPAD
- Les menus
- Le planning d'animation (Ehpad, Upad, Pasa)

**Les tableaux d'affichage à des points stratégiques de l'établissement :**

- Les menus
- Les animations
- Les entrées et décès
- Les anniversaires
- Les informations ponctuelles

**Le tableau liège dans chaque chambre**

- Permettant d'y inscrire comme repère pour les personnes désorientées le planning des journées de présence au PASA.

**Les annonces verbales en salle à Manger**

**Les mails, courriers, appels téléphoniques** (plus à destination des familles)

Les **échanges individuels** avec le résident, avec son référent ou autre

Le **projet personnalisé**

Les **commissions** et leurs réunions préparatoires

- CVS
- Menus
- Animation.

La **réunion annuelle des familles**

Les temps plus spécifiques à l'**accueil**

Les **RDV** à l'initiative du résident, famille ou établissement.

## 2.7 Un accompagnement jusqu'au bout de la vie

L'accompagnement jusqu'au bout de la vie dans la dignité est aussi une valeur partagée par les équipes de la résidence.

Pour ce faire, selon les besoins, l'équipe peut faire appel à **l'Équipe Mobile Soins Palliatifs et à l'HAD**.

De même, chaque année des professionnels **sont formés** à l'accompagnement de fin de vie et un **référent fin de vie et soins palliatifs** est nommé.

Personne de confiance, directives anticipées, ou préférences et choix dans l'accompagnement de la fin de la vie, sont des points qui sont abordés avec tact soit comme **information** (orientation sur le site, remise de plaquette, ...), comme explication ou bien en tant qu'aide à la réflexion et ce dans des moments opportuns.

Ainsi, **le recueil des souhaits** de la personne s'effectue selon le moment le plus propice et suivant les souhaits de la personne. Le recueil peut aussi s'effectuer tout au long du séjour et notamment quand l'état de santé s'aggrave. L'équipe **respecte autant que possible** les souhaits de la personne et laisse toute sa place à la famille. Le recueil est sur Netsoins.

**Les familles sont informées** des dégradations d'état de santé, des changements de traitement... Elles peuvent si elles le souhaitent et peuvent **rester sur place en journée et/ou nuit** (lit mis à disposition, plateau repas).

Tout est fait pour **accompagner au mieux la personne** : soins de confort, repas plaisir, veille sur la douleur y compris psychologique, toilette à 2 si besoin, passage plus fréquent, utilisation de l'aromathérapie, ... .. Les bénévoles de l'aumônerie peuvent être prévenus selon les souhaits du résident/famille.

**Les hospitalisations** sont alors effectuées en dernier recours quand l'accompagnement est trop complexe ou trop difficile pour le résident. Chaque professionnel est informé d'une hospitalisation grâce au logiciel de soins.

Suivant la demande des familles, l'annonce du décès leur est transmis de jour ou de nuit.

**Les autres résidents sont prévenus** et de manière individuelle pour les personnes les plus proches.

Aujourd'hui, de nombreux *contrats obsèques* sont signés et le corps du défunt quitte l'établissement selon ses directives.

L'ensemble des équipes reste disponible pour *accompagner les familles* qui ont souvent besoin de parler un peu des derniers instants du défunt.

Selon les besoins, les équipes peuvent évoquer un décès ou une fin de vie compliquée lors *des temps de réunions d'équipe ou en analyse de la pratique*.

## 2.8 La gestion des évènements indésirables

Le processus de gestion des évènements indésirables est réellement en place depuis l'inscription de la Résidence au projet de recherche régional EHPAGE soutenu par le réseau Qualirel depuis 2016, visant à mesurer l'impact sur la culture sécurité en EHPAD, d'un dispositif multifacette pour l'analyse des évènements indésirables associés aux soins. Le support de déclaration de l'évènement indésirable existait précédemment. Cependant, il a été repensé dans le cadre de ce programme de recherche.

Une cellule de gestion des risques a été créée en 2016 et se réunit annuellement afin d'analyser les EI déclarés au cours de l'année écoulée.

Un règlement de fonctionnement a été rédigé afin d'en détailler les objectifs, la composition et les missions de la cellule. Un *protocole de signalement des évènements indésirables* a été établi.

Il existe un document facilitant l'analyse en séance du groupe Qualité Gestion des risques. Celui-ci permet de travailler sur les facteurs liés, ainsi que d'y inscrire les actions d'amélioration et les modalités de restitutions aux déclarants, victimes ou aux équipes.

Il existe un *registre des demandes et des réclamations*, à disposition à l'accueil de la Résidence, permettant d'avoir connaissance de la demande ou de la réclamation et d'y apporter une réponse.

À noter que la disponibilité et la réactivité des équipes et du service administratif permet de recueillir les insatisfactions moins formelles et d'y apporter une réponse concrète dans un délai raisonnable.

## **3 – LES DIFFERENTS SERVICES DE LA RESIDENCE**

Les différents services présentés ci-après sont sous la responsabilité d'une Directrice (1ETP)

### **3.1 Les services administratifs**

Ils sont en lien direct avec la directrice et la cadre de santé.

#### **3.1.1 L'accueil physique et téléphonique, le secrétariat**

L'accueil est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00. En dehors de ses horaires, le standard est basculé sur le téléphone des soignants pour les appels urgents.

Une assistante de direction assure :

- L'accueil physique et téléphonique
- Le renseignement et l'orientation des résidents et visiteurs
- La gestion et remise des courriers
- La gestion des dossiers d'entrée, les demandes d'inscription, la création des dossiers soins
- L'affichage dans les services
- La réalisation des données statistiques, rapport d'activités

#### **3.1.2 Le service comptabilité économique**

Il assure :

- La gestion des contrats de maintenance et dossiers d'assurance
- Les frais d'hébergement, l'aide sociale
- Le mandatement des factures fournisseurs
- La gestion budgétaire et financière avec la directrice

#### **3.1.3 Le service Ressources Humaines**

Il gère :

- La carrière,
- La paye
- Les recrutements et contrats de travail
- La gestion de l'absentéisme
- Le plan de formation.

#### **3.1.4 Le service d'encadrement**

La direction assure :

- Le pilotage du projet d'établissement et de services
- La mise en place d'orientations stratégiques, en lien avec la Présidente du conseil d'administration et les autorités de tarification,
- Une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies,
- La garantie des droits des usagers et de la qualité des prestations proposées à la personne accueillie,
- L'évaluation et participe aux orientations politiques sanitaires et sociales mises en place sur le territoire,
- S'inscrit dans les enjeux de transformation de l'offre en associant les équipes.

La cadre de santé gère :

- La mise en œuvre du projet d'établissement et des projets de service,
- Le recrutement du personnel de soins, d'hôtellerie, de ménage,
- L'élaboration et la gestion des plannings des services de soins, d'hôtellerie et de ménage,
- L'évaluation annuel du personnel titulaire et contractuel ainsi que le recueil des besoins en formation,
- L'encadrement des stagiaires,
- Participe à l'élaboration de protocoles,
- Participe à la Commission d'admission des résidents et aux diverses instances de la Résidence
- L'organisation de l'évaluation régulière de la dépendance des résidents,
- Les stocks de matériel et consommables de soins,
- Participe à la démarche qualité de la Résidence et veille à l'application des bonnes pratiques professionnelles

### 3.2 La restauration

Une équipe de 3.75 personnels confectionne une **cuisine préparée sur place** quotidiennement ; les diners sont assurés en liaison froide. Cette équipe est animée par un chef cuisinier.

Les cuisiniers et les hôtelières sont formés tous les 2 ans sur les règles d'hygiène et la méthode HACCP.

Les repas sont servis en salle à manger du RDC, de l'étage, de l'UPAD, du PASA ou bien en chambre, sur les horaires prévus :

- Le petit déjeuner : de 7h00 à 8h45, servi en chambre sauf pour l'UPAD
- Le café de 10h00 en salle à manger
- Le déjeuner : à 12h15, en salle à manger du rez-de-chaussée ou à l'étage ou en chambre
- La collation : à partir de 15h15, boisson chaude ou froide
- Le dîner : à 18h en chambre ou 18h30 en salle à manger pour les personnes autonomes pour se déplacer, sinon en salle à manger de l'UPAD
- La boisson chaude proposée par l'équipe de nuit
- La collation de soirée ou nuit est possible sur demande et intégrée à tous les plans de soins,

Une journée par mois, une **diététicienne** est présente. Elle propose un équilibre sur la journée qui peut être réajusté par le chef cuisinier en fonction de la commission menus. Un temps d'échanges avec le médecin coordonnateur permet d'aborder toutes les situations de résidents à risque de dénutrition. Le suivi du poids est assuré par ailleurs une fois par mois (plus si besoin).

La **commission des menus** se réunit 4 fois par an : directrice, chef de cuisine, diététicienne, médecin coordonnateur, cadre de santé, hôtelière, soignants, animatrice et prend en compte l'avis des résidents qui se sont exprimés en amont. 2 résidents élus sont présents.

Les **menus** sont affichés dans plusieurs lieux de la résidence et sont consultables sur le site. Le menu précise les produits bio et les allergènes.

Une fois par semaine, les dépenses liées aux repas sont affichées.

Les **gouts et dégoûts** sont respectés autant que possible : le repas du lendemain est annoncé au déjeuner et dîner avec possibilité de remplacement. Une feuille de remplacement est proposée chaque semaine et le vendredi les hôtelières remplissent les habitudes alimentaires.

Chaque résident a une **place attribuée, les changements sont envisagés au cas par cas.**

Les **invitations des proches** sont possibles, en prévenant 72h00 avant et dans la limite des places disponibles, au tarif en vigueur qui est affiché. Les repas accompagnants sont servis au salon des familles. Pour le confort de tous, le nombre est limité à 7 personnes.

Des **repas en textures modifiées** (prescription) sont confectionnées sur place pour les personnes ayant des troubles de la déglutition. Une grande attention est portée à leur goût et présentation :

- Non mélangés le midi, mélangés le soir
- Repas annoncé
- Eau épaissie, café épaissi
- Équivalent de la viennoiserie du dimanche en mixé
- ...

Les **régimes** sur prescription médicale sont respectés.

Afin de favoriser la prise des repas et l'autonomie, la résidence met à disposition :

- Des vaisselles adaptées : malvoyants, ergonomiques
- Des serviettes et grandes serviettes
- Des micro-ondes dans plusieurs endroits de l'établissement que ce soit à l'EHPAD, UPAD ou PASA.

Il est à noter qu'une hôtelière est présente aux **transmissions**.

Le **Dimanche** des repas améliorés sont servis : viennoiserie, apéro, plateau de fromage à la coupe, pâtisserie

Enfin, afin de marquer différents temps de l'année, des **repas ou collation plus exceptionnels** sont proposés :

- Gâteau d'anniversaire tous les 2 mois
- Repas à thème trimestriel : thème choisi par les résidents, tous descendent et les agents déjeunent avec les résidents, collaboration cuisine/animation
- Semaine du goût : choix du pays/région
- Pique-nique pour les sorties d'été
- Chandeleur, mardi gras, galettes des rois
- Le repas partagé : 10 résidents mangent avec l'animatrice
- ...

Selon les capacités et envies des résidents, le résident peut participer à **aider au débarrassage**, à plier les serviettes, ce qui peut être inclus au projet personnalisé.

Des repas plaisir sont servis pour accompagner les **personnes en fin de vie**.

Un travail sur le **gaspillage alimentaire** a été réalisé avec la chambre d'agriculture des Pays de la Loire en janvier 2024. Ce dernier a permis d'identifier les points forts et les points à améliorer de la Résidence.

Depuis début 2022, la Résidence s'est inscrite dans un cadre expérimental avec le réseau des 7 EHPAD publics de Loire-Atlantique et soutenu par le Conseil Départemental pour l'amélioration de ses repas (Loi EGalim, pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et une alimentation saine et durable). Ceci afin de proposer aux résidents accueillis d'avantages de produits locaux et bio servis dans ses restaurants.

### 3.3 Le ménage

L'équipe est coordonnée par une **responsable de l'équipe ménage**, qui se compose de 2 titulaires et 4 personnes en contrats aidés (22H00).

La responsable anime une **réunion mensuelle**. Elle a aussi pour rôle d'accueillir et former les nouveaux personnels, de réévaluer les besoins des différents secteurs quotidiennement et de contrôler le travail réalisé.

Les modalités d'organisation de l'hygiène des locaux sont formalisées : fiches de tâches par secteur, fiches de traçabilité des tâches réalisées.

Les chambres ont un ménage **au moins tous les 2 jours** (3 jours sur 7 au RDC ; 4 jours sur 7 au 1<sup>er</sup> étage).

Selon la volonté du résident, l'entretien s'effectue en sa présence ou non.

L'ensemble du ménage est planifié, mais une souplesse existe afin de **répondre aux besoins imprévus et urgents**.

Chaque année, en moyenne 2 professionnels suivent une **formation sur l'hygiène hospitalière**.

Dans les services UPAD et PASA : les résidents sont **impliqués** dans les tâches de la vie quotidienne.

Les constats, interrogations concernant les résidents sont transmis aux soignants en direct ou par logiciel.

### 3.4 La blanchisserie

**Une lingère** (1ETP) entretient sur place le linge des résidents. Elle a été formée et respecte les normes RABC (Risk Analysis Biocontamination Control) qui visent à garantir la qualité microbiologique des textiles traités, en contrôlant et limitant la contamination microbiologique du linge. Elle est présente **5 jours par semaine** et est systématiquement remplacée sur ses congés.

Deux jours dans la semaine sont définis par secteur pour la **distribution du linge propre** qui selon l'autonomie du résident est déposé dans les armoires ou sur le lit.

Des horaires spécifiques sont mis en place pendant les périodes de forte chaleur.  
La lingère porte une tenue adaptée et des EPI lors du tri et du traitement du linge sale.

Le linge sale est ramassé, trié et lavé tous les jours avec le relais des hotellières et de l'équipe de nuit. La lingère assure **le lavage, repassage des vêtements** des résidents sur un délai de 2 à 5 jours maximum ; le linge est restitué ensuite dans la chambre du résident.

Les procédures veillent tant à l'hygiène qu'au soin pris pour chaque pièce. Le traitement du linge souillé suit un protocole spécifique.

Le linge personnel doit être **étiqueté** au nom et prénom du résident. Il est à noter que le **trousseau type** demandé est **personnalisé** et communiqué par le service administratif.

#### **Le lavage et repassage**

Selon le règlement intérieur de la Résidence, le lavage et le repassage peut être réalisé par l'établissement, toutefois, la résidence décline toute responsabilité en cas de dégradation du linge fragile ou de la perte d'un vêtement non marqué.

**L'autonomie** est encouragée sur le **rangement** du linge et adaptée aux possibilités de la personne. Le résident peut posséder une clé de placard sur demande.

Si la famille le souhaite, elle peut prendre en charge le linge personnel du résident.

**Le linge hôtelier** (articles nécessaires pour le lit, serviettes de toilette et draps de bain) est fourni par l'établissement (à l'exception des gants de toilette). Ce linge hôtelier ainsi que les tenues des professionnels sont entretenus par une **société extérieure**.

La petite **couture** est prise en charge par la lingère ou la famille. Elle est aussi assurée par des bénévoles.

**Une vente de vêtements neufs** est proposée dans l'établissement une à 2 fois par an.

Le **linge donné/non réclamé** est réattribué aux résidents volontaires, avec accord du résident et de sa famille.

A l'EHPAD, selon les capacités et envies, des résidents peuvent *participer au pliage de linge* (serviettes, bas, lingette)

### 3.5 La maintenance et le développement durable

Le service est assuré par **2 agents titulaires (2 ETP) et un personnel en contrat aidé (22H00)**.

L'équipe assure :

- Des **contrôles planifiés** : chaufferie, groupe électrogène, eau, ...
- La tenue des **registres sécurité**, carnets sanitaires ; sécurité incendie dont formation et exercice 2 fois par an
- Les relations avec les **prestataires et contrats de maintenance** : lit, appel malade, fauteuil roulant, informatique, cuisine, ascenseur, ...
- La consultation régulière du cahier en salle de transmissions, des mails ou Netsoins pour prendre en compte les demandes des résidents et personnels. Une réponse est apportée sur l'état de réalisation (réalisé, en cours en attente de ...).
- L'installation des téléphones, box, télé, ...
- L'approvisionnement des consommables dans les différents services (hebdo, mensuel) à partir des tableaux Excel transmis

En termes de développement durable, l'établissement réalise :

- Les différents tris verre, carton, papier, plastique, piles, électronique, DASRI, ...
- Valorisation des déchets alimentaires avec un prestataire, un composteur et les poules
- ...

### 3.6 L'animation

(Voir aussi projet de vie sociale et d'animation)

Le dernier **projet de la vie sociale** couvre la période 2024-2026.

L'animation à la Résidence, c'est faire de la vieillesse en institution, une étape porteuse de sens pour le résident afin que l'animation corresponde spécifiquement à ses attentes et besoins.

Une **animatrice à temps plein** anime, organise et coordonne les activités proposées aidée par une ou deux personnes « aide-animateur ».

Elle est **remplacée sur ses repos** par des membres volontaires parmi le personnel soignant.

Un roulement à l'année est établi afin de répartir les besoins de remplacement de l'animatrice entre, ces membres. Ils proposent des temps individuels le matin (échange individuel, bains thérapeutiques, jeux...). Généralement, une animation de groupe est proposée aux résidents l'après-midi.

Une aide est apportée par la présence d'un **agent de convivialité** de 13h30 à 17h00, qui assure des contacts individuels, la distribution du courrier, les rendez-vous coiffeur, une aide à l'animation.

**L'animation s'adapte aux résidents** quel que soit leur handicap ou leur degré de dépendance.

L'animation peut être *collective*, lors d'animations diversifiées, mais aussi *individuelle*, sous forme de rencontres et de moments privilégiés afin de mieux répondre et percevoir les attentes et les besoins des résidents... Le *lien social* est privilégié.

De même, le résident peut exercer une *présence active ou bien passive*. En tout état de cause, l'animation est proposée, jamais imposée.

*Un planning des animations est affiché* dans différents endroits de la résidence. Les animations sont aussi rappelées oralement et parfois individuellement. Le planning est consultable sur le site internet.

Les *participations des résidents sont prévues et tracées* sur Netsoins; elles font partie du projet personnalisé. Un bilan est réalisé périodiquement et un *bilan d'activités* est présenté chaque année.

Une réunion est organisée *en amont de chaque Conseil de la Vie Sociale* ; une réunion en amont est réalisée par l'animatrice. Cette réunion permet d'enregistrer les ressentis des résidents sur les activités mais aussi leurs demandes envies.

*Les commissions animation* au nombre de trois sont organisées chaque année.

*Diverses animations* sont ainsi proposées : animations cognitives, physiques, artistiques, inter générationnelles, thérapeutiques, etc.

Des animations sont aussi proposées par des professionnels extérieurs : 3 ateliers de gymnastique sont organisés chaque semaine à destination de résidents par un éducateur sportif notamment pour prévenir les chutes, des prestataires artistiques sont invités, ...

*L'intervention des bénévoles* est prévue dans le projet d'animation et encadrée par l'animatrice.

Les bénévoles signent une charte. En outre, ils suivent une information dispensée par l'animatrice sur divers sujets tels que les règles de confidentialité, le déplacement en fauteuil, etc.

Le réseau de bénévoles est structuré : identification avec port de badge, élaboration de plannings, pot annuel des bénévoles, réunions d'échange.

Afin de récolter des fonds pour financer des animations à destination des résidents, l'association « *Anime ma vie plesséenne* » a été créée.

*Différents partenariats* sont aussi tissés pour enrichir et ouvrir la vie sociale proposée aux résidents : écoles, autres EHPAD, ...

### 3.7 Le service soins

(Voir aussi le projet de soins en annexe)

Le projet d'établissement affirme les valeurs de l'ensemble des équipes. Plus particulièrement les professionnels du soin s'engagent sur *la dignité des soins, leur confidentialité, l'information du résident et de sa famille ainsi que sur le consentement éclairé* qui sont au cœur de la réflexion soignante. La *participation du résident* est toujours recherchée (maintien de l'autonomie).

#### 3.7.1 L'équipe et les partenaires du soin

*L'équipe* est constituée d'un médecin coordonnateur, une cadre de santé, 4 IDE, des AS/ASG et ASH soins, une psychologue (0.40), une ergothérapeute (0.33 ETP).

Il est à noter que l'ensemble des professionnels concourt d'une manière ou d'une autre au prendre soin de chacun des résidents. Par leurs actions ils participent activement au bien-être de la personne car ils interviennent directement sur son environnement.

L'établissement est engagé depuis de nombreuses années dans le fait de favoriser **le développement de compétences** de ses salariés : formation ASG, plan de formation annuel, réunions d'informations internes, interventions des prestataires, ... De même, il accompagne chaque année des stagiaires et jeunes professionnels dans la découverte des métiers du soin.

Le professionnel « *soigne doublement quand, tout en donnant un médicament, il sait avoir un sourire, le mot gentil, l'attention au confort du lit, l'intérêt d'une visite reçue : le soin aboutit alors au prendre soin* » - Louis Fouchard – le soin entre actes et paroles les cahiers de l'actif n°310/311

Assurer la prévention et veiller à la santé des résidents ne peut se faire qu'avec une collaboration étroite avec **un ensemble de partenaires** qui interviennent régulièrement ou plus ponctuellement selon chaque situation. Il s'agit notamment :

- Les médecins traitants (au choix du résident)
- La pharmacie
- Le laboratoire
- Le kiné
- Les spécialistes
- Le podologue
- L'orthophoniste
- L'opticien
- L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs
- L'HAD44
- Les centres hospitaliers, les services d'urgence
- Les services psychiatriques, EPSYLAN
- L'Équipe référente en hygiène, Réseau d'hygiène CCLIN
- Les ambulanciers
- Les interlocuteurs spécialisés en télémédecine
- ...

Des conventions sont signées ainsi avec de nombreux partenaires.

**La famille** est un autre partenaire, indispensable au bien-être de nombreux résidents.

Dans le respect de la volonté du résident, nous veillons à l'accueillir, l'informer et lui expliquer les évolutions nécessaires dans la prise en charge de son parent.

### 3.7.2 La continuité de l'accompagnement

Une veille attentive sur la santé du résident est réalisée tant par le médecin traitant (au choix du résident) que par l'équipe. D'ailleurs, un **bilan complet est établi dans les premières semaines** suivant l'admission (douleur, bilan bucco-dentaire, ...) d'un nouveau résident et le médecin coordonnateur réalise un bilan gériatrique standardisé.

L'organisation du travail est prévue et tracée. Des **plans de soins sur 24H00** guident l'accompagnement réalisé auprès des résidents, ils sont actualisés par le trio référent (IDE, AS, Hôtelière). Ils sont réalisés dès l'admission et actualisés au fur et à mesure de la connaissance du résident, de l'expression de ses souhaits et besoins constatés. Les soins réalisés sont tracés.

L'établissement utilise un logiciel de soins **Netsoins** notamment pour les transmissions. Suivant sa fonction, le professionnel a accès ou non à certaines informations.

L'accompagnement de **nuit** est sécurisé par la présence de 2 soignants, qui répondent aux besoins des résidents ; ils effectuent 2 tournées (sauf refus du résident).

Le **jour**, les équipes d'aides-soignants et une IDE assurent les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation, le suivi de la santé, ...

Il ne peut y avoir de soins sans une prise en soins globale de la personne, qui s'appuie notamment sur un *projet personnalisé* qui démarre dès la pré-admission.

**La cohérence des interventions est indispensable.** Pour ce faire, des transmissions journalières, des réunions qui regroupent tous les professionnels mais aussi une référence *pluridisciplinaire* (IDE, AS, hôtelière) permettent de croiser les regards et de s'assurer que les différentes facettes de l'accompagnement soient prises en compte.

### 3.7.3 Un accompagnement de la personne dans sa globalité et individualité

Les équipes échangent régulièrement sur différents points sensibles afin de répondre aux besoins de la personne dans le *respect des bonnes pratiques de soins*.

- Le maintien de l'autonomie, les matériels à mettre à disposition (lit, fauteuil, ...)
- L'accompagnement aux soins d'hygiène dans le respect de la pudeur et des habitudes de vie. Une toilette est proposée chaque jour et une douche de manière hebdomadaire. Le plan de change couvre aussi les 24H00
- La prévention et gestion de la douleur
- L'équilibre alimentaire mais aussi le plaisir ; les moyens d'éviter autant que possible la dénutrition, la déshydratation
- L'état dépressif de la personne, les moyens à mobiliser (tant en interne qu'à l'externe), pour la soutenir
- Un accompagnement jusqu'au bout de la vie dans le respect des souhaits de la personne et de son entourage
- La recherche de solutions non médicamenteuses face aux troubles du comportement et troubles cognitifs de la personne âgée. À chaque fois que nécessaire une réflexion pour limiter les restrictions de liberté au strict nécessaire est conduite. La contention est rare et toujours prescrite.

Les solutions non médicamenteuses sont nombreuses :

- Communication avec une posture adaptée
- Respect de l'intimité, report de soins si non accepté, explication des gestes, etc.
- Activités développées : atelier de gymnastique assurée par un éducateur sportif extérieur, ateliers mémoire, activités Snoezelen, bains thérapeutiques, séances de « Toucher-massage », parcours de santé
- Mise en place de l'aromathérapie depuis 2019
- Horaires de repas adaptés
- Existence d'un jardin thérapeutique
- Organisation de repas thérapeutiques
- Validation de Naomi Feil
- ...

### 3.7.4 L'accompagnement des résidents avec troubles cognitifs et comportementaux

L'établissement, comme nous l'avons vu, propose des prises en charge non médicamenteuse.

La Résidence dispose d'un *Pôle d'Activité et de Soins Adaptés* de 12 places, labellisé en mars 2015. Il permet l'accueil à la journée des résidents atteints de troubles cognitifs modérés à qui sont proposées des activités adaptées.

Une *Unité pour Personnes Âgées Désorientées* (UPAD), qui accueille 12 résidents dans un espace dédié, a été conçu architecturalement pour l'hébergement de ce public, avec l'accès à un jardin clos et sécurisé. Il a ouvert ses portes le jour de l'emménagement au sein de la nouvelle structure en 2015.

Les projets de service de l'UPAD et PASA sont écrits et consultables sur simple demande.

### **3.7.5 La prévention**

La gestion des risques, la sécurité et donc la prévention est une préoccupation permanente.

Dans l'accompagnement humain, encore plus face à des personnes vulnérables, la prévention prend encore plus d'importance...

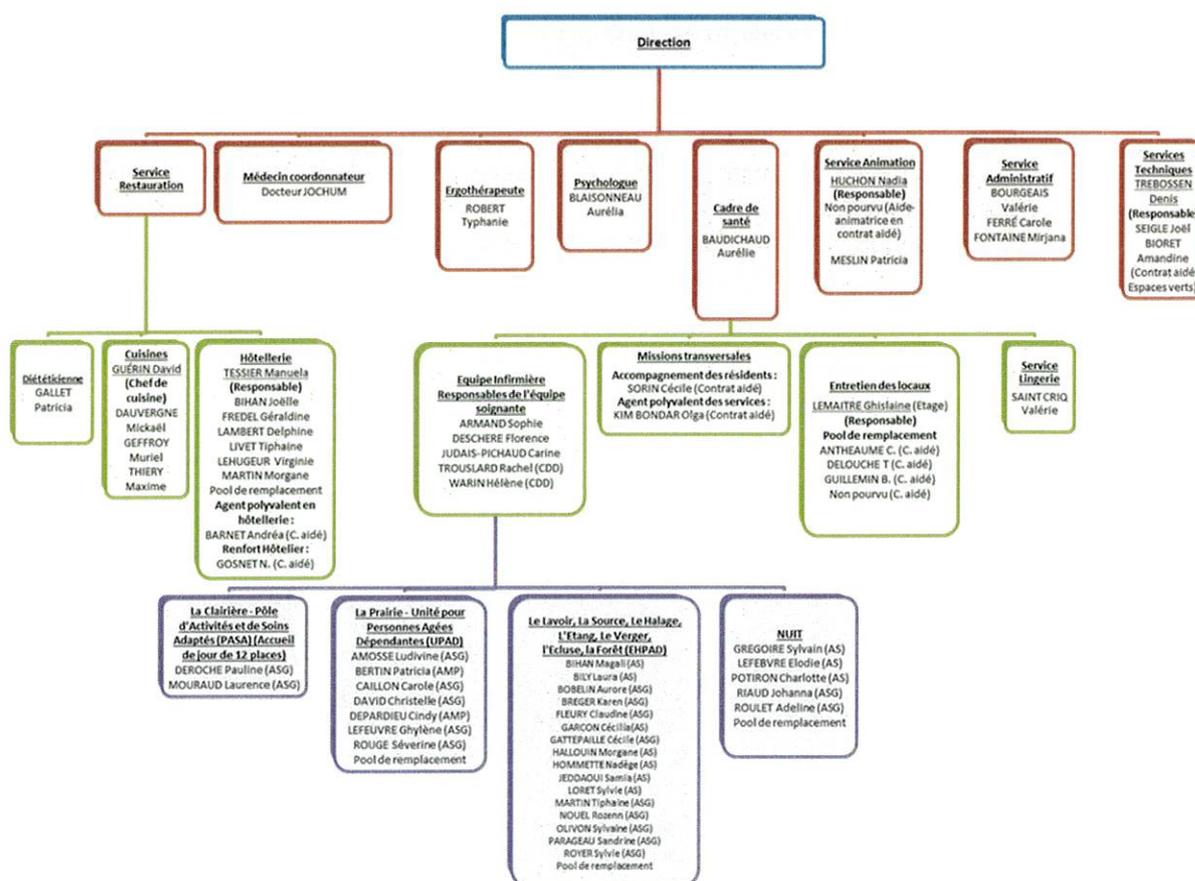
Très concrètement cela se traduit par exemple par :

- Une visite médicale au moins trimestrielle
- Le suivi vaccinal
- Le respect de règles d'hygiène, de protocoles concernant le risque infectieux, la gestion des déchets
- Des observations, examens, prises de constantes... Le poids mensuel par exemple
- La prévention des chutes
- La sécurisation du circuit du médicament : prescription, préparation, distribution
- ...

## 4 – LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES

### 4.1 Organigramme, la gestion hiérarchique et fonctionnelle, les délégations et références

L'organigramme est formalisé et affiché dans les services, sur des tableaux prévus à cet effet.



Les **délégations administratives** sont formalisées et actualisées chaque fois que nécessaire. Elles sont ensuite conservées dans les dossiers des agents concernés : cadre de santé, adjoints des cadres aux ressources humaines/économat, adjoint administratif.

Il existe une convention de garde de direction administrative commune entre les 5 EHPAD (Blain, Derval, Guémené-Penfao, Nort-Sur-Erdre et Plessé)

Les **fiches de poste et de tâches** sont établies. Ces dernières sont actualisées suite à chaque réorganisation des services.

Un **système de référence** est mis en place :

- Par unité : trio IDE, AS et Hôtelière
- Par domaine : référence « soins palliatifs par exemple

Un **classeur de protocoles/procédures** est en salle de transmissions avec émargement à chaque nouvelle procédure.

L'appropriation des protocoles par les professionnels s'effectue notamment par des temps d'échanges définis au préalable par l'encadrement, avec la mise en place d'une feuille de suivi avec émargement du personnel attestant de sa prise de connaissance.

Par ailleurs, il existe un lien vers le site internet de la HAS pour trouver toutes les recommandations de bonnes pratiques à partir du logiciel de soins.

## 4.2 Formation

Un *plan de formation* du personnel est élaboré chaque année. Il se base sur :

- Les priorités institutionnelles d'une part,
- Quelques thèmes récurrents d'autre part : formations obligatoires (AFGSU de base et recyclage, SST, SSIAP 1 et 2, habilitation électrique aux électriciens et recyclage, habilitation électrique aux non électriciens et recyclage), bientraitance, manutention – gestes et postures, HACCP, etc... ,
- Des thèmes en fonction des besoins institutionnels identifiés et des besoins des agents : l'éveil musculaire, utilisation NetSoins, rigologie, la communication et le travail en équipe, approche Snoezelen, accompagner les personnes handicapées vieillissantes, tutorat en encadrement des aides-soignants, l'exercice du droit syndical, cycle de l'analyse financière, aromathérapie, DU soins palliatifs, la validation de N.Feil, etc...
- Et enfin, les besoins en formation exprimés par le personnel et recensés chaque année en septembre de l'année N-1.

Il est présenté pour avis au Comité Social d'Établissement de la Résidence de décembre N-1, pour une mise en œuvre à partir de janvier N.

Le plan de formation comporte les parties suivantes :

- Actions organisées par la Résidence :

*Des formations/informations* sont aussi dispensées ponctuellement par le médecin coordonnateur, la cadre de santé, les infirmières, l'ergothérapeute mais aussi certains prestataires...

## 4.3 Organisation de la communication intra et inter services

La circulation de l'information permet d'assurer la qualité et la continuité des soins mais aussi l'organisation des services afin de répondre aux besoins des résidents et professionnels.

Pour ce faire, l'établissement a pensé et organisé la circulation de l'information entre les différents services, temps de travail et fonctions :

- Chaque résident possède un *plan de soin et projet personnalisé*, véritables guides de l'accompagnement
- Les actes sont prévus et tracés. Les *transmissions* écrites se font par le logiciel Netsoins
- Les professionnels ont accès à une *messagerie* : Netsoins et Outlook
- Les *réunions* sont organisées régulièrement et font l'objet d'un compte-rendu :
  - Réunion pour les vœux de la direction 1X/an accompagné du bilan de l'année et des projets de celle qui s'annonce
  - 3X/an : réunions du CVS
  - 4X/an : réunions du CA, CSE.
  - Réunion du CODIR (directrice, cadre de santé, médecin coordonnateur) toutes les 3 semaines
  - Réunions de service selon besoin
  - Réunion animée par la cadre de santé :
    - o PASA 1X/mois
    - o UPAD tous les 2 mois
    - o Nuit 1X/an

- Temps de transmission journalier
- Les **comptes rendus et procès-verbaux** des instances sont mis à disposition
- **Affichage** organisé

## 4.4 Politique sociale de la structure

### 4 4 1 Prévention des risques et Qualité de vie au travail

Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels existe depuis de nombreuses années au sein de la Résidence. Il fait l'objet d'une actualisation régulière.

Au premier semestre 2019, le projet de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail a été mené, avec le soutien d'une société extérieure, suite à l'accord de prise en charge de l'ARS des Pays de La Loire de notre réponse à l'appel à projet CLACT 2017. Le but était d'encourager le développement d'une culture de prévention des risques professionnels au sein des EHPAD. Des actions ont été menées à l'issue de celle-ci et proposent à ce jour des temps de sophrologie ou massage à destination du personnel de la Résidence.

Les personnels de la Résidence sont également accompagnés en médecine préventive, depuis début 2023 par le GIST 44 Groupement Interprofessionnel de Santé au Travail pour la prévention, la santé et la sécurité des salariés.

### 4 4 2 Politique d'intégration

Les **recrutements** des agents contractuels et titulaires sont réalisés par la Direction et/ou la cadre de santé, en fonction des profils recherchés.

**L'intégration** est facilitée par la remise d'un livret d'accueil, la mise en place d'un temps de doublure, des fiches de tâches actualisées. Des entretiens bilans sont régulièrement organisés.

La Résidence participe activement à la découverte de nos métiers et à la formation des futurs professionnels. Elle organise l'accueil et la formation des **stagiaires**. Un tuteur est nommé et le planning de présence est pensé selon les objectifs poursuivis. Chaque année la résidence envoie des professionnels se former au tutorat.

### 4 4 3 Entretiens professionnels

Des **entretiens professionnels** sont réalisés annuellement pour les salariés. Ils constituent un temps particulier de dialogue pour retracer l'année passée et envisagée celle à venir en abordant la gestion de la carrière et la formation.

### 4 4 4 Analyse de pratique

La psychologue de l'établissement anime selon les besoins des séquences d'analyse de la pratique. Cependant, son temps de travail est prioritairement orienté vers les résidents. Selon les situations difficiles rencontrées la direction oriente les personnels vers des professionnels extérieurs.

## 5 LES OBJECTIFS ET PROJETS

### 5.1 Les points de progrès

Lors des réunions et réflexions des professionnels autour de ce projet d'établissement, différents points ont été évoqués et peuvent faire l'objet pour chacun des services concernés d'objectifs. Il s'agit notamment :

- Améliorer le circuit du médicament
- Finaliser la procédure d'accueil du résident ainsi que les documents nécessaires (livret accueil actualisé)
- Refondre les différents documents créés concernant la connaissance de la personne et ses habitudes
- Reprendre l'inventaire du trousseau à l'entrée du résident (facilite aussi la communication avec les familles)
- Organiser une « exposition » du linge non marqué en communiquant en amont auprès des familles

### 5.2 Les objectifs définis par le CPOM

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens constitue un outil d'amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l'ANESM et la HAS et permet de garantir à toute personne âgée les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Il est donc l'outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du Projet Régional de Santé.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé août 2021 a défini les objectifs pour la Résidence sur la période 2021-2026 que l'établissement doit poursuivre.

La synthèse des objectifs du CPOM (extrait des pages 54 à 64) ainsi que les indicateurs sont décrits dans le tableau ci-joint.

**Synthèse des objectifs du CPOM**

PRÉMES	OBJECTIFS	ACTIONS DÉVELOPÉES DANS LE CADRE DE L'OBJECTIF	CALENDRIER DE RÉALISATION	INDICATEURS CLÉS	COMMENTAIRES
<p><b>Qualité du service rendu à l'usager</b></p>	<p>1. Actualiser le cadre de référence et les objectifs d'accompagnement en faveur des usagers (valeurs-missions- modalités d'interventions)</p>	<p>1.1 Elaborer un Projet d'Établissement (PE) dans le cadre d'une démarche collective</p> <p>1.2 Intégrer dans le futur PE des volets relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux modalités d'admission et d'accueil</li> <li>• Au projet-soins, comprenant des sujets prioritaires de prévention dont l'hygiène bucco-dentaire et la prévention de la dénutrition.</li> <li>• À l'actualisation du projet d'animation, comprenant la dimension <i>individuelle</i> de l'animation.</li> </ul>	<p>2022</p> <p>2022</p>	<p>Le PE est réalisé</p> <p>Les modalités d'association du personnel sont précisées</p>	<p>Inscrire la bientraitance comme fil conducteur des outils visant à garantir les droits des usagers et notamment dans le projet d'établissement</p> <p>Le Projet d'Animation expire en 2021.</p> <p>Intégrer les objectifs stratégiques de l'engagement départemental agir pour bien vieillir 2017-2022 et du programme régional de santé (ARS).</p>

			besoins des personnes âgées accueillies.			
	2. Poursuivre la politique d'individualisation de la prise en charge des résidents		*A la poursuite de la politique de promotion des thérapies non médicamenteuses	2022-2023	La procédure d'élaboration du PP organise la place des familles et usagers	
	3. Compléter la garantie des droits à l'information des usagers.		*Renforcer l'association des familles et des usagers dans le processus d'évaluation et de mises en œuvre du projet personnalisé	2022	Les documents de la loi rénovée de 2002 sont actualisés- diffusés	
	4. Accompagner la fin de vie		*Actualiser les outils de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la Loi d'adaptation de la Société au Vieillessement de 2015 : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement.	Durée du CPOM	Des formations en SP sont planifiées dans le plan de formation et sont réalisées	

	<p>5. Conforter la politique d'amélioration continue de la qualité.</p>	<p>5.1 Mettre en œuvre le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) en intégrant les recommandations et les actions issues du Rapport d'évaluation interne.</p> <p>5.2 Poursuivre la démarche d'élaboration de protocoles – qualité.</p> <p>5.3 Veiller à l'appropriation effective, par les équipes, des protocoles élaborés.</p>	<p>2022-2023</p> <p>Durée du CPOM</p> <p>Durée du CPOM</p>	<p>Le PACQ est mis en œuvre : les actions sont tracées – le calendrier respecté</p> <p>Les protocoles sont élaborés et diffusés</p> <p>L'établissement trace les modalités d'appropriation interne des protocoles (réunions d'information, notes internes, CR des réunions d'équipes...)</p> <p>Les projets TNM sont décrits- mis en œuvre</p> <p>Les agents ASG sont formés-</p>	
<p>6. Assurer un accompagnement adapté des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative.</p>		<p>6.1 Promouvoir des projets et des actions en matière de Thérapies Non Médicamenteuses (TNM).</p> <p>6.2 Poursuivre la politique de formation « Assistants de Soins en Gériatrie (A.S.G) » en faveur de l'ensemble des AS de l'établissement.</p>			

			<p>6. 3 Examiner les modalités de création d'un service de type « PASA de nuit », après analyse des conséquences organisationnelles et financières liées à la mise en place d'un tel service.</p>	<p>Le projet de fonctionnement décrit l'organisation du « PASA de nuit »</p>	
	<p>1. Poursuivre la politique de gestion et de maîtrise des risques</p>	<p>2022-2025</p>	<p>1.1 En matière de prévention du risque canicule</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étudier les modalités d'installation de dispositifs de climatisation dans une des salles de restauration concernée et le local « plonge ».</li> </ul> <p>1.2 En matière de risque infectieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser l'élaboration du Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI).</li> </ul>	<p>Les dispositifs de climatisation sont installés</p> <p>Le DARI est rédigé – la mise en œuvre des actions du DARI est tracée</p> <p>plan bleu</p> <p>Convention</p>	<p>Envisager un accompagnement conseil par la mission d'appui à la performance des établissements et services sanitaires (MAPES) et le syndicat énergie de L.A. (SYDELA)</p>
<p><b>MAITRISE DES RISQUES</b></p>		<p>2022 et Durée du CPOM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiser – et renforcer- le volet infectieux du plan bleu en intégrant les bonnes pratiques professionnelles liées à la maîtrise du risque de pandémie (COVID).</li> <li>• Poursuivre le recours à l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) de l'établissement de santé de référence.</li> </ul>		

		<p><b>1.3</b> <u>En matière de prévention du risque maltraitance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élaborer et diffuser un protocole de prévention des actes de maltraitance.</b></li> </ul>	Durée du CPOM	Élaboration protocole		
		<p><b>1.4</b> <u>En matière de prévention du risque médicamenteux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament/ Élaborer un processus de prise en charge médicamenteuse</b></li> </ul>	Durée CPOM	Process et protocoles circuit du médicament		
		<p><b>1.5</b> <u>En matière de gestion des réclamations – et des événements indésirables graves (EI)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élaborer une fiche -ou protocole- mentionnant les modalités d'enregistrement, de suivi et de traitement des plaintes ou réclamations éventuelles émanant des usagers et/ou de leurs familles</b></li> </ul>	Durée du CPOM			
		<p><b>1.6</b> <u>En matière de sécurisation de la veille de nuit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examiner, avec des EHPAD ou établissements de santé du territoire, les modalités d'organisation d'un dispositif d'astreintes IDE de nuit, après analyse des conséquences organisationnelles et financières</b></li> </ul>	Durée du CPOM	Une astreinte de type IDE de nuit - ou un dispositif de veille et régulation apparenté - est organisé		Prendre en compte le référentiel de l'ARS « dispositif mutualisé astreinte IDE de nuit



	<p>Positionner l'établissement sur son territoire, de façon graduée et par paliers, dans une logique d'ouverture à de nouveaux usagers ou bénéficiaires</p>		<p>1. Mettre en place en lien avec le SSIAD - partenaire du projet initié en 2020, les modalités de participation de personnes âgées extérieures à l'EHPAD, (usagers SSIAD - domicile) pour des activités d'animation « mutualisées » au sein de l'EHPAD</p> <p>2. Examiner, plus globalement, l'opportunité de procéder à des actions collectives de prévention à destination des résidents et des personnes âgées vivant à domicile</p> <p>3. Participer, de façon progressive – et tout en prenant en compte les contraintes de gestion et de pilotage internes de l'EHPAD - à des réunions ou instances de réflexion et d'échanges de la MAIA (instance dite Comité d'intégration des Acteurs) et du CLIC notamment</p> <p>4. Identifier les acteurs (institutionnels et du domicile) et les ressources locales</p>	<p>2022-2023 et durée CPOM</p>	<p>Une convention est élaborée – les usagers du SSIAD et de l'EHPAD accueillis dans l'EHPAD conformément à la convention</p>	<p>Appels à projets de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie</p>
<p><b>Contribution aux parcours et à la réponse aux besoins territoriaux</b></p>		<p>L'EHPAD participe à des réunions territoriales avec d'autres acteurs santé-social du territoire</p>	<p>Les acteurs sont identifiés (répertoire) et connus (contacts-échanges – rencontres)</p>			

			<p>5. S'engager dans des démarches plus territorialisées en vue de favoriser des projets communs ou de faciliter le parcours des personnes (liens domicile-EHPAD)</p>			
	<p>Des préprojets sont examinés avec des partenaires du territoire</p> <p>Des projets communs de territoire, le cas échéant, sont partagés avec l'EHPAD et mis en œuvre.</p>	Durée du CPOM	<p>Élaborer et mettre en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences</p>	<p>1. Garantir l'adaptation des ressources humaines à l'évolution des besoins d'accompagnement</p>		
	<p>Des actions liées à la QVT, sont promues via le CLACT,</p>	Durée du CPOM	<p>2.1 Mobiliser, en tant que de besoin, le Contrat Local d'Amélioration et des Conditions de Travail (CLACT) de l'ARS.</p>	<p>2. Promouvoir la Qualité de Vie au Travail (QVT).</p>	<p><b>Renforcement de l'efficacité de gestion et de gouvernance</b></p>	
	<p>le plan d'action du DUERP ou toute mesure de gestion adaptée de la direction</p> <p>Nombre d'ASH formés</p>	Durée du CPOM	<p>2.2 Actualiser – régulièrement- et mettre en œuvre le plan d'action du Document Unique des Risques Professionnels (DUERP)</p>	<p>3. Maintenir et assurer la présence d'un personnel qualifié et</p>		
		Durée du CPOM	<p>3.1 Proposer des parcours professionnels qualifiants ASH vers AS</p>			

	compétent sur les postes	<p>3.2 Proposer des actions de formation continue prenant en compte notamment l'évolution du public accueilli et l'adaptation des prises en charge (ex : usagers avec des troubles cognitifs)</p> <p>3.3 Poursuivre la politique globale de formation d'Assistants de Soins en Gérontologie (ASG).</p> <p>4.1 Poursuivre la politique d'accueil des stagiaires et des nouveaux arrivants.</p> <p>4.2 Conforter le partenariat avec les écoles de formation /Pôle Emploi/ les recruteurs</p> <p>4 Promouvoir l'attractivité de l'IEHPAD</p>	Durée du CPOM	Nombre de formations Nombre de professionnels formés	
			Durée du CPOM	Nombre d'agents formés en ASG	

	<p>1. Coopérer avec des établissements de santé ou des EHPAD, dans une recherche d'efficiency et/ou de mutualisation (échange de pratique et de savoir-faire, recherche de gains d'efficiency et de mutualisation...)</p>	<p>1.1 Constituer, avec l'appui d'un accompagnement extérieur, un collectif de management entre 7 EHPAD publics associés, auquel l'EHPAD de Plessé est partie prenante. (ex : actions pour consolider la fonction de gestion des RH comme des recrutements mutualisés...)</p> <p>1.2 Poursuivre la collaboration initiée entre les 7 EHPAD publics du 44 sur leur mise en conformité avec la Loi EGALIM, en partenariat avec le CD 44</p> <p>1.3 Du fait du partenariat avec le GHT 44, participer entre les Directions des 7 EHPAD, au groupe de travail « Personnes Âgées » du GHT 44.</p> <p>1.4 Développer une offre de télé-médecine en faveur des résidents avec les offreurs de soins du territoire</p> <p>2.1 Développer un partenariat pour l'accès aux spécialités médicales dont l'accès aux</p>	<p>Durée du CPOM</p>	<p>Les partenariats sont établis-formalisés</p> <p>Des conventions ou procédures sont formalisées</p> <p>Une organisation permet le recours à la télé-expertise-à téléconsultation, pour certaines spécialités (ex : gériatrie, cardiologie)</p> <p>Convention(s)/ télé-médecine</p> <p>L'EHPAD est confronté à des difficultés de densité médicale et de permanence des soins.</p>
<p>Coopérations/mutualisation avec d'autres ES ou ESMS non signataires du CPOM</p>				



## CONCLUSION

L'EHPAD « Résidence de la Rochefoucauld » s'inscrit ces dernières années dans une logique d'accompagnement étroitement liée avec les besoins et les attentes des résidents de l'établissement afin de proposer une prise en charge globale et personnalisée de nos aînés.

Il doit ainsi servir de référence permanente à la réflexion et à l'action, dans l'intérêt des personnes âgées. Il est un cadre fédérateur tourné vers l'avenir, il exprime une volonté collective, forte et précise, et détermine des principes d'actions et des normes de comportement professionnel.

Ce projet vise à mobiliser les équipes, à orienter les décisions et à conduire l'action dans une direction commune largement acceptée.

Il répond principalement à deux questions :

À quoi servons-nous ?  
Où voulons-nous aller ?

Ce document, outil au service de la dynamique d'équipe, identifie les ressources mises en œuvre pour répondre à la mission de service public qui nous est confiée.

Ce projet d'établissement qui se doit d'être mobilisateur et évolutif dans le temps, est le sillon pour les cinq prochaines années

## ANNEXES

- 1 – Charte de Bienveillance
- 2 – Projet d'animation
- 3 – Projet de soins
- 4 – Projet UPAD La prairie
- 5 – Projet PASA La clairière

## CHARTRE DE BIENTRAITANCE

*La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée.*

Cette charte représente l'engagement de l'ensemble des professionnels de la Résidence de La Rochefoucauld auprès des résidents.

- 1- Nous nous préoccupons en permanence de la qualité des prestations d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, d'animation et autres services
- 2- Nous maintenons une communication chaleureuse et respectueuse par tout moyen adapté au résident : regards, gestes, paroles
- 3- Nous favorisons l'expression de la personne et de ses choix
- 4- Nous veillons à l'image et à la dignité du résident en respectant son intimité et son intégrité, surtout s'il n'est plus en capacité de le faire lui-même
- 5- Nous sollicitons toutes les aides nécessaires pour le soigner, en tenant compte de sa douleur, de sa dépendance
- 6- Nous proposons des activités adaptées et personnalisées afin de favoriser le lien social, le plaisir d'être et la valorisation
- 7- Nous mettons un point d'honneur au respect de la confidentialité et à la discrétion des informations relatives au résident
- 8- Nous accueillons avec le sourire, l'écoute et nous rendons disponibles pour chacune des demandes des résidents et de leur entourage
- 9- Nous veillons à maintenir une interaction entre le résident, le personnel et l'entourage afin d'élaborer un projet de vie individualisé

### **Le bien-être des résidents est notre priorité**

- 10- Nous demandons aux résidents et aux familles des échanges courtois, indulgents et respectueux. Oublions toute incivilité !

Nom / Prénom :

Signature :

Fonction :

Date :



# Le projet d'animation

2024-2028

## Table des matières

INTRODUCTION .....	47
1. LE PUBLIC ACCUEILLI .....	47
2. L'ANIMATION A LA RESIDENCE DE LA ROCHEFOUCAULD .....	47
2.1. Définition des principes de l'animation.....	47
2.2. Finalité et objectifs d'animation et vie sociale .....	48
3. ORIENTATION DU PROJET D'ANIMATION 2024-2028 .....	49
3.1. Mise en œuvre des objectifs .....	49
3.2. Les moyens .....	49
4. LES ANIMATIONS PROPOSEES.....	50
4.1. Animations cognitives.....	50
4.2. Animations physiques .....	50
4.3. Animations artistiques .....	51
4.4. Animation et vie quotidienne .....	51
4.5. Animations festives et culturelles .....	51
4.6. Animations thérapeutiques.....	52
4.7. Interventions des associations et partenaires.....	52
4.8. Animations individuelles.....	53
5. LES INSTANCES DE REPRESENTATION DES RESIDENTS RÔLE DU RESIDENT .....	53
6. LA COMMUNICATION .....	53
7. LES MOYENS D'EVALUATION .....	54
8. CONCLUSION.....	54

# INTRODUCTION

Vieillir et mourir chez soi, entouré par sa famille est le souhait de tout un chacun. L'allongement de l'espérance de vie souvent accompagné d'un accroissement de la dépendance physique et/ou psychique rendent de plus en plus difficile le maintien à domicile.

L'entrée en structure d'hébergement est souvent inéluctable. Toutefois cette solution est très rarement choisie par le résident, elle est souvent vécue comme une rupture.

L'avancée dans la dépendance conjuguée à une rupture avec son environnement antérieur vers un lieu de vie collectif peut entraîner un certain nombre de changements physiques ou psychologiques et accentuer certains traumatismes.

Sur le plan psychologique : **Pennui et Pisolement** (beaucoup d'actes de la vie quotidienne étant pris en charge par le personnel soignant), la **dévalorisation** de leur image liée à la dépendance et accentuée parfois par le regard des autres ce qui provoque souvent une perte de **l'estime** d'eux-mêmes.

Sur le plan physique : diminution ou perte de la **mobilisation**, du mode de **communication** verbale et des **capacités sensorielles**, des **repères dans le temps** et des **troubles de la mémoire**.

Nous constatons que tous ces changements provoquent des **ruptures sociales** importantes : **isolement**, perte du **statut social**, diminution des **envies et des désirs**.

## 1. LE PUBLIC ACCUEILLI

La Résidence de la Rochefoucauld accueille 95 résidents de plus de 60 ans essentiellement des cantons limitrophes de Plessé. La structure est composée d'un EHPAD, d'une UPAD accueillant 12 résidents et d'un PASA accueillant à la journée des résidents de l'EHPAD (12 résidents) du lundi au vendredi. Les résidents accueillis peuvent avoir différentes pathologies liées à la vieillesse : troubles cognitifs, type Alzheimer ou démences assimilées et des dépendances physiques.

## 2. L'ANIMATION A LA RESIDENCE DE LA ROCHEFOUCAULD

### 2.1. Définition des principes de l'animation

L'ensemble des définitions indiquent qu'animer c'est insuffler de la vie, donner un sens. L'animation c'est le plaisir avant tout. Les principes de l'animation à la Résidence de la Rochefoucauld s'appuient sur la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante notamment l'article VI (Toute personne dépendante doit être encouragée à conserver des activités) sur les valeurs du projet d'établissement et du projet de soins.

L'animation avec les personnes âgées doit s'adapter aux résidents quel que soit le handicap ou le degré de dépendance afin d'être le plus adaptée possible. L'animation peut être collective, lors d'animations diversifiées mais aussi, individuelle, sous forme de rencontres et de moments privilégiés afin de mieux répondre et percevoir les attentes et les besoins des résidents.

Les liens sociaux sont à l'évidence ce qui permet au résident de continuer à avoir des projets à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de l'établissement, ce qui permet de mieux accepter l'entrée en EHPAD.

L'animation en tant que lien social a un rôle fondamental à jouer, en coopération avec une équipe pluridisciplinaire (psychologue, l'équipe de soin, cuisiniers, lingère et l'ergothérapeute), afin d'éviter un renfermement pathologique.

L'animation est proposée et non imposée et non imposée. De même, la participation peut être active ou bien en tant que spectateur.

## 2.2. Finalité et objectifs d'animation et vie sociale

L'animation à la Résidence de la Rochefoucauld, c'est **faire de la vieillesse en institution une étape porteuse de sens pour le résident**. Pour cela, nous nous sommes fixés 3 objectifs généraux comprenant eux-mêmes des objectifs opérationnels.

L'animation doit être équitable et savoir adapter l'offre d'animation, qu'elle s'adresse au plus grand nombre de résidents quel que soit leur degré de dépendance afin de permettre à tous d'investir au mieux leur lieu et leur qualité de vie dans le respect des choix de chacun.

### - Sur le plan social

L'animation se définit par une démarche d'animation individuelle afin de recueillir les attentes et des besoins de la personne. Reconnaître le résident dans son identité, dès son arrivée dans l'établissement connaître son histoire, sa situation familiale, les événements marquants de sa vie, le métier exercé, ses intérêts passés et actuels. Son mode de vie est essentiel à la préservation de ses liens sociaux. Le service animation doit mettre en œuvre les moyens de favoriser la rencontre, l'échange de groupe afin de permettre à chacun de bâtir et d'affirmer son identité.

Une première rencontre sur la base du recueil de données du résident et par la suite les fiches individuelles de suivi d'animation sont des outils pour réévaluer de façon pluridisciplinaire les réponses apportées au niveau individuel. C'est pourquoi l'animatrice participe aux réunions de Projet d'Accompagnement Personnalisé avec l'équipe pluridisciplinaire en veillant à ce que la dimension sociale de la personne ait toute son importance. Les Projets d'Accompagnement Personnalisés étant l'outil de base de recueil des attentes et besoins des résidents c'est sur ceux-ci et leur dimension sociale, lorsqu'ils sont mis en place, que vient s'asseoir et évoluer le Projet d'Animation. L'essentiel est d'être acteur de leur vie en participant aux animations de groupes.

L'animation sociale doit permettre de répondre à des souhaits exprimés par un ou plusieurs résidents. Elle doit favoriser l'émergence des centres d'intérêts de mettre à jour de nouvelles capacités ou le maintien de celles-ci.

#### *Objectifs opérationnels*

- Leur permettre d'être acteur de leur vie en participant aux animations de groupes.
- Mettre en place des temps d'échanges individuels pour faire connaissance et répondre aux attentes des résidents. (Équipe pluridisciplinaire)
- Permettre de développer ou de maintenir les liens sociaux des résidents entre eux et avec l'environnement extérieur, grâce aux échanges inter résidences, intergénérationnels, familiaux, culturels et de loisirs grâce aux différentes actions proposées en animation.

### - Sur le plan physique et moral

L'animation doit favoriser le bien-être du résident et donc une reconnaissance de sa richesse et de sa dignité. Elle doit participer au maintien l'autonomie par une mobilisation physique et intellectuelle.

#### *Objectifs opérationnels*

- Mettre en place des animations cognitives et physiques
- Proposer des actions personnalisées qui soient une réponse à des demandes, souhaits, intérêts manifestés en fonction des moyens mis à notre disposition pour y répondre.

### - Sur le travail d'équipe

Poursuivre la représentation de l'animation qu'ont le personnel et les familles en transformant l'animation occupationnelle en animation comme outil pour permettre à la personne âgée de continuer à vivre autrement.

#### *Objectifs opérationnels*

- Maintenir les remplacements de l'animatrice sur ses temps de repos.
- Proposer des réunions pluridisciplinaires telles que la commission animation.
- Participer à la réalisation des PVP.
- Proposer une fois tous les 2 mois des réunions entre les référents de chaque service et l'animatrice pour faire le point sur les attentes et besoins des résidents en termes d'animation.

### 3. ORIENTATION DU PROJET D'ANIMATION 2024-2028

#### 3.1. Mise en œuvre des objectifs

Afin de répondre au mieux aux objectifs du projet d'établissement, le service « Animation et Vie Sociale » se fixe comme objectif général :

Pour ce faire, les objectifs opérationnels sont les suivants :

- Susciter le plaisir et créer « l'envie »
- Être à l'écoute des résidents afin de faire émerger des animations leur correspondant
- Permettre aux résidents de conserver leur identité individuelle, collective et sociale
- Favoriser le lien social en créant des moments de partages et d'échanges entre les résidents eux-mêmes et les différents intervenants
- Créer des partenariats avec l'environnement extérieur afin de favoriser le lien social et intergénérationnel
- Donner aux personnes âgées la possibilité de s'exprimer et de faire des choix suivant leur degré de dépendance

Tous ces objectifs se retrouvent dans les animations proposées de façon plus ou moins entrecoupés.

#### 3.2. Les moyens

##### Les moyens humains

Une animatrice ayant un BEPJEPS (animation sociale option personnes dépendantes) ainsi qu'un diplôme de praticienne en validation et animation de groupe assure l'animation au sein de la Résidence à temps plein. Elle est soutenue par 1 ou 2 agents en contrat aidé selon les années, elle est parfois seule sur son poste. Lorsque l'animatrice est en repos une équipe de quelques membres du personnel la remplace. L'animatrice intervient auprès des personnes âgées, qu'elles soient ou non dépendantes. Elle vise à favoriser le bien-être des résidents dans la structure et leur permettre de retrouver, de conserver ou de développer une vie sociale au sein de l'établissement et dans leur environnement.

Elle travaille sous la responsabilité du directeur avec l'ensemble de l'équipe (cadre de santé, psychologue, infirmières, personnel de soins, équipe de cuisine, lingerie, personnels hôteliers...) avec lesquels elle coordonne l'ensemble des animations si nécessaire. Elle est également amenée à coordonner l'action des bénévoles et des partenaires extérieurs intervenants dans la structure (prestataires artistiques, partenariats...) Elle encadre et anime des réunions d'équipe. Elle peut aussi encadrer les différents stagiaires (aide-soignante, auxiliaire de vie sociale, Bac Pro animation, ASSP, BPJEPS...). Une commission animation est organisée 3 fois par an en équipe pluridisciplinaire afin de réfléchir aux objectifs et propositions d'animation à mettre en œuvre. Elle est garante du projet d'animation.

Un agent de (*convivialité à mi-temps*) (13h30-17h00 du lundi au vendredi) intervient plus particulièrement dans la relation individuelle avec le résident (accompagnement au transfert des résidents, distribution et écriture du courrier, gestion de l'organisation des rendez-vous avec les coiffeuses qui interviennent dans la structure et aide pour certaines animations...).

Nous comptons plusieurs bénévoles qui nous soutiennent dans différentes tâches : des membres de la paroisse, qui aident au transfert et accueillent les résidents qui désirent participer à la messe., des familles ou bénévoles qui nous soutiennent lors des sorties, accompagnements, visites, jeux de société, interventions musicales...

L'association Anime Ma Vie Plesséenne met en place des actions pour aider financièrement des projets d'animations. Les membres de cette association soutiennent l'animatrice dans l'organisation et l'accompagnement des résidents lors de manifestations festives au sein de l'établissement. Des intervenants extérieurs tels que : coiffeuses, pédicure, orthophoniste...interviennent dans l'établissement. sur rendez-vous.

#### Les moyens matériels

Nous disposons dans l'établissement d'une salle d'animation adaptée, d'un grand écran, d'un vidéo projecteur, du matériel pour les différentes animations, d'un bureau animation. Pour les sorties nous disposons d'un bus adapté aux personnes à mobilité réduite. Des transmissions quotidiennes sont effectuées sur un logiciel informatique qui recense les activités collectives et individuelles proposées et permet de faire le lien avec les différents services de la Résidence.

#### Les moyens financiers

Un budget de 4000€ à l'année est alloué à l'animation. L'association « Anime Ma Vie Plesséenne » participe financièrement à certaines actions d'animation en moyenne 600 € par an. L'animatrice gère son budget en accord et sous la responsabilité du directeur.

## 4. LES ANIMATIONS PROPOSEES

Pour répondre à ces objectifs des actions d'animation sont mises en place de façon plus ou moins régulière, de façon collective ou individualisée, nous y trouvons tous types d'activités. L'animation doit aussi et avant tout favoriser le rôle social du résident dans l'établissement.

Du lundi au vendredi des animations sociales, culturelles et de loisirs sont proposées aux résidents de façon hebdomadaire, bimensuelles, mensuelle ou annuelle.

Certaines activités sont régulières, d'autres sont proposées en fonction des différents projets d'année. Elles sont proposées aussi en fonctions des demandes, besoins et envies des résidents.

### 4.1. Animations cognitives

**La lecture du journal** : l'animatrice propose aux résidents de lire à voix haute. La discussion est favorisée ainsi que l'information extérieure grâce à la revue de presse « Vite lu »

- Objectif : Maintenir le lien social. Informer les résidents et susciter la discussion. Renforcer l'estime de soi en affirmant ses opinions et en lisant.

**Jeux mémoire** : En petit groupes homogènes

- Objectif : Stimuler les capacités cognitives et maintenir le lien social

**Jeux de société** : 1 fois par semaine ou en activité spontanée dans la salle d'animation. (Dominos, triominos, cartes, petits chevaux...). Partenariat avec la ludothèque

- Objectif : Stimuler les capacités et favoriser la création de lien social

**Réunions** : Participer au Conseil de la Vie Sociale et aux différentes commissions de l'établissement

- Objectif : Maintenir et développer ses idées et être citoyens

**Groupe de discussion** : En amont des instances pour les préparer. Sur des thèmes particuliers

### 4.2. Animations physiques

**Gym adaptée** : Le lundi matin et le mardi après-midi grâce à l'association « Siel Bleu »

- Objectif : Maintenir l'autonomie physique, cognitive, la prévention des chutes et créer du lien social

**Balade autour et dans l'établissement** : Une fois par semaine de janvier à mi-mai et d'octobre à décembre dans la Résidence parcours de santé en collaboration de temps en temps avec l'ergothérapeute et de mi-mai à fin septembre autour de l'établissement en partenariat avec un groupe de bénévoles

- Objectifs : Favoriser les échanges et la convivialité. Maintenir l'autonomie physique. Ouvrir l'établissement vers l'extérieur grâce à la venue de bénévoles

**Jeux d'adresse** : une fois par mois des jeux d'adresses sont proposés aux résidents (Chamboule-tout, pétanques, quilles...)

- Objectifs : Maintenir les échanges et la convivialité. Maintenir l'autonomie physique

### 4.3. Animations artistiques

**Chants et musique** : 1 fois tous les 15 j une animation chant est proposée en grand groupe à l'EHPAD. Elle est également proposée une fois par semaine à l'UPAD

- Objectif : Créer un moment convivial, stimuler la mémoire et favoriser l'expression et le rythme

**Arts créatifs** : Proposés pour les repas à thème, en fonction des saisons et pour les résidents qui le souhaitent. (Tricot)

- Objectif : Développer ou maintenir la créativité, la dextérité et produire des œuvres en groupe

**Ecriture** : 1 fois tous les 15 jours

- Objectifs : Développer la créativité l'imagination et l'expression tant par l'écrit que l'orale et le lien social. Créer un journal interne édité 4 fois par an.

### 4.4. Animation et vie quotidienne

**Pliage du linge, pâtisserie, épluchage de légumes, jardinage et les poules**

- Objectifs : Partager des savoirs, créer du lien. Favoriser l'estime de soi et la communication.

### 4.5. Animations festives et culturelles

**Les anniversaires** : Tous les deux mois les anniversaires sont fêtés en salle de restaurant. Les familles ou amis des résidents sont invités à partager ce moment. L'après-midi est animé en chansons. De plus, une attention particulière est portée au résident le jour de son anniversaire. Dès le petit déjeuner une carte d'anniversaire au nom du résident est apportée par les soignants avec un petit sac de friandises.

- Objectif : Valoriser l'identité du résident et favoriser l'intégration des familles. Favoriser des moments de convivialités

**Loto** : une fois par mois en salle de restaurant est organisé un loto, les lots sont achetés par l'établissement ou sont des dons de familles, bénévoles ou de personnels.

- Objectif : Stimuler les capacités cognitives et prendre plaisir. Impliquer les familles

**Repas à thème** : Une fois par trimestre est proposé un repas à thème choisi par les résidents et/ou le personnel lors de la commission animation. Le midi en salle de restaurant, la salle est décorée, le repas animé et partagé avec le personnel.

- Objectif : Créer du lien social entre les résidents et le personnel par le biais d'un évènement festif

**Repas partagé** : Réunir 10 résidents dans la salle d'animation une à 2 fois par mois pour déjeuner ensemble

- Objectif : Créer du lien en favorisant les échanges en petit groupe et renforcer la convivialité. Permettre aux résidents d'apprendre à mieux se connaître.

**Goûter par service** : Un goûter est proposé 1 fois par mois au sein même d'un service. Un roulement est programmé.

- Objectif : Permettre de créer du lien entre les résidents d'un même service et d'apprendre à se connaître.

**Spectacles** : Tout au long de l'année des animations musicales ... sont proposées aux résidents

- Objectif : Prendre plaisir et susciter l'envie. Favoriser des moments de convivialité

**Diaporama et Films** : Répond à une demande des résidents une fois par mois. Les résidents déterminent ensemble le choix du prochain film

- Objectif : Prendre plaisir. Echange entre les résidents donner son opinion

**Les sorties** : Diverses sorties culturelles ou de loisirs et des promenades sont organisées

- Objectif : Garder un lien avec l'extérieur, favoriser le lien social vers l'extérieur. Prendre plaisir.

#### **4.6. Animations thérapeutiques**

Mise en place d'un groupe de validation auprès des personnes âgées ayant des troubles cognitifs ainsi que des temps individuels de validation.

#### **4.7. Interventions des associations et partenaires**

**Rencontres intergénérationnelles et inter résidences** : Des projets sont réalisés avec l'école primaire de la Ronde de Plessé ainsi qu'avec les enfants du CLSH et les enfants du Multi-accueil avec des projets variés qui changent tous les ans.

- Objectif : Favoriser la transmission et l'échange intergénérationnel.

**Des échanges inter résidences sont organisés une fois par mois autour d'un projet à l'année**

- Objectifs : Permettre de sortir de la résidence et de créer du lien social avec des résidents de d'autres EHPAD

**La médiathèque** : 1 fois tous les deux mois nous nous rendons à la médiathèque pour une lecture de conte, ou visiter des expositions

- Objectifs permettre de s'évader par la lecture à haute voix et échanger sur les textes lus. Créer du lien avec l'environnement extérieur.

**Les bénévoles de l'aumônerie** : Il existe dans notre établissement une équipe d'aumônerie dont la fonction est de rendre visite de façon régulière aux résidents qui le souhaitent. Ils proposent et animent également une célébration le vendredi après-midi. Ils sont identifiables par le port d'un badge personnalisé. Un accompagnement régulier et un bilan sont organisés en milieu d'année avec l'animatrice.

- Objectif : Maintenir un lien social et l'accès à la religion

**La ludothèque** : Intervention tous les 3 mois de la responsable de la ludothèque qui vient présenter des jeux de société aux résidents sur un après-midi. Un prêt de ces jeux est proposé pour 3 mois.

- Objectif : Maintenir un lien social et l'ouverture vers l'extérieur. Favoriser la concentration et stimuler la mémoire

**Le club de Plessé** : Intervient tous les mois pour jouer aux cartes. Ainsi que la pétanque au cours de l'été.

- Objectif : Maintenir un lien social et l'ouverture vers l'extérieur

**Le pique-nique des voisins** : Une fois par an au mois de juin

- Objectif : Maintenir un lien social et l'ouverture vers l'extérieur

**Le marché de Noël** : Une fois par an fin novembre

- Objectif : Maintenir un lien social et l'ouverture vers l'extérieur

**Les bénévoles** : Quelques bénévoles viennent rendre visite aux résidents les plus isolés. Du mois de mai au mois de septembre des bénévoles proposent aux résidents à mobilité réduite 1 fois par semaine de se promener dehors.

- - Objectif : Maintien du lien social avec l'extérieur et un bien-être

#### **4.8. Animations individuelles**

**Esthétique et bains thérapeutiques** : Assurés essentiellement par les soignants en remplacement de l'animatrice et les aides-animatrices

- Objectif : Favoriser l'estime de soi. Procurer du bien-être

**Temps d'échanges individuels** : Assurés par un agent à mi-temps et par le service animation. Discussion pour connaître les goûts et envie des résidents et répondre à leurs besoins. Les résidents sont accompagnés pour se rendre chez la coiffeuse intervenant dans l'établissement. Elle distribue également le courrier et accompagne les résidents à l'animation de groupe. L'animatrice propose des temps individuels de « Validation » méthode de communication avec les personnes atteintes de troubles cognitifs. (Maladie Alzheimer ou troubles apparentés).

- Objectifs : Apprendre à mieux connaître les résidents. Apaiser les angoisses et favoriser un bien-être physique et psychologique.

Bien entendu, toutes ces animations sont amenées à évoluer au cours du projet d'animation jusqu'en 2025. Elles seront évaluées régulièrement et d'autres actions pourront être mises en place en fonction des besoins.

## **5. LES INSTANCES DE REPRESENTATION DES RESIDENTS**

### **RÔLE DU RESIDENT**

Afin de répondre au projet d'établissement, des instances sont mises en œuvre au sein de la Résidence : Le Conseil de la Vie Sociale, la commission des menus et la commission animation. Une fois par trimestre une réunion de ces trois instances est organisée. En amont, l'animatrice prépare avec tous les résidents qui le souhaitent ces instances. Deux résidents représentant y siègent et peuvent ainsi s'exprimer au nom de tous les résidents de l'établissement. Le service d'animation contribue à l'organisation des élections visant à renouveler le CVS tous les 3 ans.

## **6. LA COMMUNICATION**

Afin que les résidents soient informés des animations proposées par la Résidence des plannings hebdomadaires sont affichés dans les ascenseurs et sur les panneaux d'affichage de l'établissement ainsi que devant la salle d'animation. Un planning mensuel est affiché devant la salle d'animation. Pour être le plus lisibles par tous ces

plannings sont soit en format A4 ou en format A3 et illustrés de grands pictogrammes ciblés pour chaque animation. De plus, l'animatrice annonce oralement au cours du déjeuner en salle à manger Victoria l'animation de l'après-midi. Sur le panneau d'affichage de la Résidence se trouve aussi le menu de la semaine en format A3 et les dernières informations concernant la Résidence.

Un site internet est également à disposition des familles et des résidents pour y trouver toutes les informations concernant l'établissement.

## 7. LES MOYENS D'ÉVALUATION

L'évaluation permet de savoir si tous les objectifs fixés sont atteints et d'en faire l'analyse.

Après chaque animation une évaluation qualitative et quantitative est réalisée par l'animateur grâce au logiciel « Net Soins » et chaque année, une restitution des animations est présentée par l'animatrice à la commission d'animation. Un rapport d'animation est rédigé et présenté aux différentes instances de l'établissement. Ceci permet de se rendre compte de la participation et de l'implication des résidents aux activités. Elle permet aussi de réajuster nos objectifs ainsi que le projet d'animation si besoin.

Chaque projet d'activités mis en place fait l'objet d'un écrit qui sera évalué à chaque séance par rapport aux objectifs fixés grâce à une fiche d'activité, en utilisant des critères d'évaluations quantitatifs et qualitatifs.

Au niveau quantitatif, on peut retenir :

- Le nombre de résidents participant aux animations
- Leur assiduité et son évolution
- Les relations nouées ou conservées au sein de l'établissement par l'intermédiaire des activités d'animation.
- Le nombre de partenariats
- Le nombre de familles participant aux actions

Au niveau qualitatif :

- Expressions et réactions des résidents (orales ou non)
- Evolution de l'estime de soi
- L'évolution dans le groupe
- La formulation d'envies, de projets
- Une évaluation est aussi réalisée périodiquement par le biais d'enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles

## 8. CONCLUSION

La fonction sociale et culturelle n'a d'intérêt que si elle est totalement intégrée dans la prise en charge globale du résident.

Pour cela, le projet d'animation doit répondre aux envies et aux histoires de vies des résidents. Il doit permettre aux personnes âgées accueillies de se réapproprier un rythme de vie, de s'inscrire dans la vie sociale et finalement retrouver le plaisir de Vivre.

Pour les professionnels, il faut donc considérer toutes ces activités comme des outils de réadaptation à la vie sociale et de réinsertion et non plus seulement comme occupationnelles. Elles sont propices à l'émergence de désirs chez les résidents. C'est ce qui les rend délicates à mettre en place, à mener, mais les rend si utiles. Donner du sens aux actes en répondant à un désir ou en suscitant l'envie, voici ce que doit permettre la fonction sociale et culturelle d'un établissement devenu « Lieu de Vie ».

C'est pour cela que l'animation en gérontologie est un travail d'équipe quelle que soit la fonction de l'agent dans l'établissement.



# Le projet de soins

2024-2028

## Table des matières

1 La population accompagnée.....	58
2 Les professionnels du soin.....	59
2.1 L'équipe.....	59
2.2 Les intervenants extérieurs.....	60
2.3 Les autres partenaires.....	61
2.4 Le maintien et le développement des compétences.....	62
2.5 L'encadrement de stagiaires.....	63
2.6 Les mesures de soutien.....	63
3 La continuité de l'accompagnement.....	64
3.1 Jour/nuit.....	64
3.2 L'organisation des soins et la circulation de l'information.....	64
4 L'admission du nouveau résident et la personnalisation de l'accompagnement.....	69
4.1 L'admission.....	69
4.2 Le plan de soins personnalisé.....	71
4.3 Le projet personnalisé.....	71
5 L'accompagnement de fin de vie.....	72
6 L'accompagnement des résidents qui présentent des troubles cognitifs/ du comportement (voir aussi projets UPAD, PASA et projet de la vie sociale).....	73
6.1 La liberté du résident, la liberté d'aller et venir : les approches privilégiées.....	73
6.2 L'UPAD.....	75
6.3 Le PASA.....	76
7 Les soins et la prévention.....	76
7.1 Le suivi médical et la vaccination.....	76
7.2 Le circuit du médicament.....	77
7.3 Le risque infectieux.....	77
7.4 Les soins d'hygiène.....	77
7.5 La Continence et gestion de l'incontinence.....	78
7.6 Le plan bleu.....	78
7.7 Évaluation du risque de dénutrition et hygiène bucco-dentaire :.....	78
7.8 Prévention et prise en charge du risque d'Escarres.....	79
7.9 Le risque de chute.....	79
7.10 Hospitalisation et retour d'hospitalisation.....	80
7.11 Évaluation de l'agitation ou de l'apathie.....	80
7.12 Le risque suicidaire.....	81
8 Les objectifs.....	82

L'accompagnement de personnes âgées vulnérables exige de la part de l'ensemble des professionnels de partager des valeurs communes et la charte de bientraitance affirmées dans le projet d'établissement.

Plus particulièrement les professionnels du soin s'engagent sur la dignité des soins, leur confidentialité, l'information du patient et de sa famille ainsi que sur le consentement éclairé qui sont au cœur de la réflexion soignante.

Aussi, est-il nécessaire d'envisager ce projet de soins comme partie intégrante du projet d'établissement auquel nous vous renvoyons pour les chapitres communs (valeurs, relations aux familles, ...)

*« La bientraitance, c'est ce qui permet de vivre dépendant dans la dignité. »  
Robert MOULLAS, président d'ALMA France (fédération 3977), 2010.*

Dans ce projet de soins après avoir présenté la population accompagnée et les professionnels du soin nous préciserons ce qui permet d'assurer la continuité des soins de l'admission du résident à l'accompagnement de fin de vie.

L'accompagnement spécifique proposé aux personnes qui souffrent de troubles cognitifs sera abordé tout en renvoyant aux projets spécifiques de l'Unité pour Personnes Agées Dépendantes (UPAD) et du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Nous présenterons notre organisation dans les différents soins et la prévention mise en œuvre.

Nous terminerons sur les principaux objectifs poursuivis.

# 1 La population accompagnée

L'établissement a une capacité d'accueil de **95 résidents** en hébergement permanent, dont 12 places en unité protégée.

Un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) labellisé a ouvert ses portes en 2015, il accueille à la journée des résidents de l'EHPAD qui présente des troubles cognitifs et du comportement.

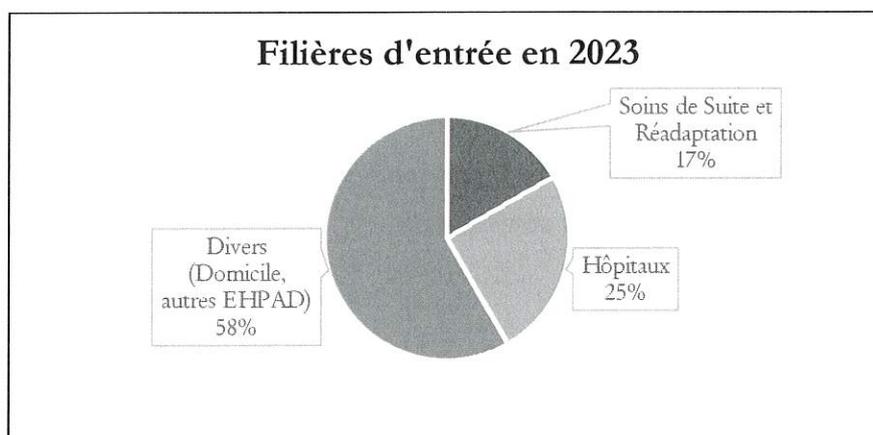
Ci-dessous quelques éléments pour caractériser la population accueillie (chiffres du 31/12/2023):

Moyenne d'âge : 83.94 ans

Age du résident le plus âgé (par sexe) : Homme : 95 ans – Femme : 99 ans

Age du résident le plus jeune (par sexe) : Homme : 62 ans – Femme : 66 ans

Durée moyenne de séjour : 3,61 ans



GMP (GIR Moyen pondéré) arrêté le 19.06.2020 par le service médical du Conseil Départemental de Loire-Atlantique

Niveau de dépendance	Nombre de résidents par GIR
GIR 1	27
GIR 2	22
GIR 3	23
GIR 4	18

GIR 5	2
GIR 6	2
TOTAL	94
GMP validé	733

PMP (Pathos Moyen), arrêté le 11.06.2020 par le service médical de l'Agence Régionale de Santé des Pays de La Loire : 183

Environ 24,73% des résidents bénéficient de l'aide sociale.

Les mesures de protection, 35.08 % des résidents en bénéficient dont :

7.44% des résidents ont une curatelle renforcée,

1.06% des résidents ont une curatelle simple,

11.70% des résidents ont une habilitation familiale,

1.06% des résidents ont une sauvegarde de justice,

13.82% des résidents ont une tutelle aux biens et aux personnes,

## 2 Les professionnels du soin

### 2.1 L'équipe

*Le médecin coordonnateur* est formé. Il dispose du Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD et en formation de Diplôme Universitaire de Gériatre. Son temps d'activité est de 0.50 ETP.

La présence d'un médecin coordonnateur à 0.5ETP favorise notamment la prise en charge des situations d'urgence. Annuellement, il établit le Rapport d'Activité Médicale Annuel avant d'être envoyé à l'ARS.

*Une cadre de santé* (1ETP), diplômée Cadre de santé et diplômée d'un Master en Économie et Gestion de la santé, encadre notamment l'équipe soignante.

*Les Infirmières* sont au nombre de 5 (4.1ETP). Une présence infirmière est assurée de 6H40 à 20H30 en semaine et de 8H00 à 19H00 le week-end.

Au-delà des soins les infirmières assument des références sur différents domaines (voir page 71-72).

**Les AS/ASG et ASH soins** (53.64 ETP budgétés). La politique de l'établissement est d'encourager les professionnels à s'engager sur les formations d'Assistants de Soins en Gériatrie. Les soignants assurent aussi des références.

**L'ergothérapeute** (0.33 ETP). Elle intervient à l'EHPAD, l'UPAD et au PASA sur un temps dédié. Son rôle est l'aide à l'installation du résident, aide à l'ergonomie de la prise de repas, réalisation de bilan ergo, ...

**La psychologue** (0.40 ETP). Son temps de travail est prioritairement orienté vers les résidents et les familles. Elle a aussi un rôle de coordination au niveau des projets personnalisés. Selon les besoins elle peut animer des séquences d'analyse de la pratique.

**Une diététicienne** intervient 1 journée par mois en vacation. Elle valide les menus proposés par le chef cuisinier, participe à la commission des menus et analyse avec le médecin coordonnateur les courbes de poids, les régimes etc...

Il est à noter que **l'ensemble des professionnels** concourent d'une manière ou d'une autre au prendre soin de chacun des résidents. Par leurs actions ils participent activement au bien-être de la personne car ils interviennent directement sur son environnement.

Le professionnel « soigne doublement quand, tout en donnant un médicament, il sait avoir un sourire, le mot gentil, l'attention au confort du lit, l'intérêt d'une visite reçue : le soin aboutit alors au prendre soin » - Louis Fouchard – le soin entre actes et paroles les cahiers de l'actif n°310/311

## 2.2 Les intervenants extérieurs

### **La commission gériatrique**

Compte-tenu du contexte de pénurie de médecin sur Plessé, il est très difficile de mobiliser les médecins généralistes, même en soirée.

Toutefois, le médecin coordonnateur entretient une bonne communication avec les principaux médecins généralistes intervenant au sein de la Résidence et ne manque pas de renouveler ses sollicitations.

### ***Les médecins traitants***

Le résident a le choix de son médecin traitant. Les médecins traitants ont signé une convention avec l'établissement. Une maison de santé va prochainement ouvrir ses portes sur Plessé.

### ***Les kinésithérapeutes***

Une kinésithérapeute libérale de Plessé intervient autant que de besoin sur l'EHPAD. Elle effectue les bilans, comptes rendus et laisse des transmissions très utiles aux équipes pour poursuivre le travail entrepris. Une convention est signée.

### ***Les Rendez-vous chez les spécialistes***

Dans la mesure du possible les familles prennent les rendez-vous médicaux quand elles accompagnent leur parent. En l'absence de cet accompagnement, les infirmières prennent les rendez-vous et mutualisent ainsi les déplacements en taxi des résidents.

### ***Les pédicures***

Un podologue intervient sur l'établissement.

### ***Les orthophonistes***

L'établissement fait appel si besoin à une orthophoniste sur le territoire.

## **2.3 Les autres partenaires**

La Résidence est engagée dans des partenariats avec l'ensemble des acteurs suivants, qui contribuent à des prises en charge spécifiques :

- **La pharmacie.** Une convention est signée avec l'officine qui délivre les médicaments. Les médecins prescrivent par l'intermédiaire du logiciel Net soins.
- **Laboratoire de Biologie Médicale :** Une convention est signée avec le groupement Biomedilam pour l'analyse des examens. Les résultats sont transmis électroniquement et de manière sécurisée. Une convention est signée.
- **L'opticien** de Plessé.
- **EMSP :** La Résidence travaille étroitement avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Redon. Une convention a été signée.

- **Plan bleu** (canicule) : Centre Hospitalier de Redon, CH Châteaubriant
- **HAD 44** : La Résidence a signé une convention avec l'Hospitalisation À Domicile 44.
- **Services d'urgence** : à chaque entrée, le souhait du résident et/ou de son entourage est recueilli quant au choix de l'hôpital. Ce choix est respecté pour toute hospitalisation programmée et RDV avec des spécialistes. En revanche, en cas d'urgence, le SAMU oriente vers le centre hospitalier le plus approprié. Chaque résident dispose d'un DLU informatisé et alimenté par le logiciel de soins.
- **Services psychiatriques** : La Résidence a signé une convention avec EPSYLAN (CHS de Blain) pour assurer le suivi psychiatrique des résidents le nécessitant.
- **Équipe référente en hygiène** : La Résidence travaille étroitement avec l'Équipe Opérationnelle en Hygiène du Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé. Une convention a été signée. Une infirmière et une aide-soignante de la Résidence sont désignées correspondantes en hygiène. Réseau d'hygiène CCLIN.
- **Les ambulanciers** sont au choix du résident.

## 2.4 Le maintien et le développement des compétences

Le maintien et le développement des compétences est organisé et encouragé au sein de la résidence par tous les moyens mobilisables et notamment :

- De nombreuses informations, formations et réunions sont proposées aux professionnels sur les différentes thématiques qui permettent de mieux accompagner la personne âgée en EHPAD que ce soit au niveau de la prévention ou de la prise en charge des risques, besoins et pathologies.

Ces informations/formations mais aussi réflexions peuvent être dispensées par le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'ergothérapeute, la psychologue, les référents thématiques, ou des prestataires. Par exemples : utilisation des rails de transfert, adaptation des protections d'incontinence, ...

- Un plan de formation annuel est élaboré. Par exemple, en 2023, les formations suivies ont été :
  - o Gestes et postures
  - o AFGSU, SSIAP
  - o La validation / Soins relationnels en validation
  - o Le sommeil de la personne âgée
  
- Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM/HAS) sont présentées, discutées et accessibles via les sites de l'HAS.

## 2.5 L'encadrement de stagiaires

L'établissement est investi depuis de longues années dans la découverte de notre milieu et la formation des (futurs) professionnels (jeunes ou en réorientation). Cet investissement se concrétise notamment par des partenariats avec des écoles et l'accueil de stagiaires.

Des professionnels de la résidence sont inscrits chaque année aux formations de tutorat et 2 tuteurs sont nommés par stagiaire.

Un livret d'accueil est remis au stagiaire et ce dernier est présenté aux équipes et aux résidents par les référents.

Un bilan de mi stage et de fin de stage est réalisé.

## 2.6 Les mesures de soutien

L'équipe, l'encadrement constitue le premier soutien.

Selon les besoins, des groupes ou entretien d'écoute sont mis en place. Face à des situations plus exceptionnelles des numéros d'appels externes sont mis à disposition (exemple temps du confinement).

Des groupes d'analyse de la pratique sont proposés en fonction des besoins.

L'encadrement reste disponible pour écouter, poser des mots sur les ressentis et faciliter autant que possible la recherche de solutions ou orienter vers un professionnel extérieur.

La psychologue de l'établissement peut aussi intervenir.

## 3 La continuité de l'accompagnement

### 3.1 Jour/nuit

La présence de professionnels est assurée 24h/24, 365 jours par an.

L'accompagnement de nuit est sécurisé par la présence de 2 soignants. L'équipe de nuit est présente de 20H30 à 6H30 alors que l'équipe de jour termine à 21H10.

Durant la nuit, les 2 professionnels effectuent 2 tournées, en allant voir tous les résidents, exceptés ceux ayant refusé leur intervention. En fonction de l'état de santé du résident et/ou de ses souhaits, la fréquence peut être adaptée.

Du matériel adapté est utilisé (lit Alzheimer pour les résidents hébergés à l'UPAD, et certains à l'EHPAD, matelas de réception de chute).

Une collation nocturne est proposée aux résidents.

Une réunion des professionnels de nuit est organisée chaque année.

La continuité jour/ nuit est assurée par des transmissions sur le logiciel et des transmissions orales si besoin :

La Résidence n'a pas accès à une compétence IDE la nuit. Toutefois, il est possible d'accéder à des compétences médicales via le SAMU.

### 3.2 L'organisation des soins et la circulation de l'information

#### *Le logiciel Netsoins*

Les professionnels ont été formés à son utilisation. L'obligation de prendre et laisser des transmissions est stipulée sur les fiches de tâches. Suivant sa fonction, le professionnel a accès ou non à certaines informations.

Chaque professionnel a accès à une *messagerie interne* sur Netsoins.

#### *Les plans de soins*

Tous les résidents ont un plan de soin, actualisé sur le logiciel ; les actes sont tracés.

A l'entrée du résident, un premier plan de soin est élaboré et peu à peu complété en fonction des besoins du résident et observations des professionnels.

L'actualisation est prise en charge par le trio référent du service : IDE, AS et hôtelière.

Une liste des toilettes permet d'équilibrer les postes.

### ***Le projet personnalisé***

L'élaboration d'un projet de vie personnalisé est un des outils de la personnalisation ; il est proposé à chaque résident. Ce projet de vie personnalisé est constitué d'un recueil des données (habitudes, histoire de vie) et des souhaits/objectifs.

Le résident est informé d'une date concernant son projet personnalisé et peut donc y convier sa famille.

Il est essentiel de souligner que le projet de vie personnalisé est un droit et non une obligation et que de même le résident/sa famille gardent toute liberté pour le construire ou non.

3 référents sont nommés par service : IDE, soignant et hôtelier ; leurs noms sont affichés derrière la porte de chambre et une fiche de fonction de la référence est présente dans le classeur.

La psychologue est coordinatrice de l'ensemble des projets.

Dès la pré admission les premiers éléments sont recueillis, ils vont être complétés par le référent en accord avec le résident : quelles sont ses habitudes, les événements marquants de sa vie, ses souhaits...

Une réunion pluridisciplinaire dans les 3 mois (autant que possible) est réalisée en présence du résident et de sa famille ; les objectifs qui en découlent sont inscrits dans Netsoins. Le projet est signé par les parties et validée par la direction.

La réévaluation est réalisée annuellement.

***La messagerie interne*** est de plus en plus utilisée entre l'établissement et les différents intervenants. Un cahier de transmission est utilisé avec la kinésithérapeute.

### ***L'organisation de différentes réunions :***

- Vœux de la direction 1X/an accompagné du bilan de l'année et des projets de celle qui s'annonce
- 3X/an : réunions du CVS
- 4X/an : réunions du CA, CSE.
- Réunion du CODIR (directrice, cadre de santé, médecin co) toutes les 3 semaines
- Réunions de service selon besoin
- Réunion animée par la cadre de santé d'une durée de 20 mn à 1H00 :
  - o PASA 1X/ mois
  - o UPAD tous les 2 mois
  - o Nuit 1X/an
- Temps de transmission journalier

***Les comptes rendus et PV*** des instances sont mis à disposition

***Système d'affichage*** pour que chacun trouve rapidement l'information :

- Salle de transmission
- Couloir logistique : informations administratives

***Avec l'externe, ce qui est mis en œuvre pour assurer la continuité des soins :***

- DLU
- Accès au dossier de soins informatisé du patient possible de l'extérieur pour le médecin traitant
- Contact téléphonique, mail, ... .

***Un classeur de procédures*** est en salle de transmissions avec émargement à chaque nouvelle procédure.  
Nous présentons-en annexe un état des protocoles existants.

***Des références*** sont aussi assurées par des professionnels :

Liste des références

Nature de la référence	Fonction/Nom	Remarques
Incontinence	LEFEUVRE Guyène	
	ROYER Sylvie	
	GREGOIRE Sylvain	
Tutorat	MOURAUD Laurence	
	ROUGE Séverine	
	DEROCHE Pauline	
	MOURAUD Laurence	
	ROUGE Séverine	
Hygiène	JUDAIS PICHAUD Carine	
	ROYER Sylvie	
Commission Animation	LEMAITRE Ghyslaine	
	ROYER Sylvie	
	ROUGE Séverine	
	BREGER Karen	
	MARTIN Morgane	
	DEROCHE Pauline	
Commission des Menus	MOURAUD Laurence	
	DAVID Christelle	
	GUERIN David	
	DEROCHE Pauline	

	MOURAUD Laurence	
Référents Logiciel Netsoins	DESCHERE Florence	
	CAILLON Carole	
	GATTEPAILLE Cécile	
	DEROCHE Pauline	
	MOURAUD Laurence	
	OLIVON Sylvaine	
Contention, Test de prévention Hémoculture	DESCHERE Florence	
Nutrition	ARMAND Sophie	
Soins en Validation (Methode Naomi Feil)	HUCHON Nadia	

## 4 L'admission du nouveau résident et la personnalisation de l'accompagnement

### 4.1 L'admission

Selon les disponibilités de chambres, une **commission d'admission** se réunit afin de statuer sur les dossiers pré sélectionnés sur ViaTrajectoire par la cadre de santé. Éventuellement, la personne/ famille a pu être recontacté pour des compléments de dossiers ou informations. Tout refus est motivé.

Une **visite** de l'établissement sur RDV est proposée.

Lorsque la place est acceptée par le résident (consentement) /famille, la **date et l'heure d'entrée est fixée**.

Selon les situations, des éléments plus précis vont être recueillis par écrit ou au téléphone, par la cadre de santé ou l'assistante de direction qui vont aussi fournir de précieux conseils. Nous nous abstenons d'investigation abusive (ne pas vouloir tout savoir tout de suite).

Les données recueillies vont permettre de **préparer l'entrée** de la personne (matériel par exemple) et fournir les premiers éléments (« fiche de mouvements ») aux équipes de professionnels afin que tout soit prêt pour l'entrée de la personne. **Les résidents sont informés** d'une arrivée par affichage.

**Le jour d'entrée**, l'assistante de direction reçoit, explique, lit et remet les différents documents (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, ...), recueille d'autres informations. Ces documents peuvent être laissés quelques jours avant signature. Le résident peut alors recevoir ses clés contre caution. Un état des lieux est réalisé.

Un mot d'accueil avec le rappel des horaires repas l'attend dans sa chambre, qui lui est présentée.

Lors du premier repas la personne est accompagnée en salle à manger.

Le RDV d'entrée est aussi l'occasion de montrer à la **famille** qu'elle garde toute sa place et de nombreuses informations lui sont fournies :

- Possibilité de prise de repas (prévenir 48H00 avant) et invitation à certaines animations
- Réunion annuelle des familles en janvier et à l'UPAD ; Repas des familles au PASA
- CVS
- Adhésion possible à « anime ma vie plesséenne »
- Envoi d'informations par mail, Site internet
- Possibilité d'organiser l'anniversaire dans la résidence ; organisation par l'établissement des anniversaires tous les 2 mois
- ... .

De plus en plus, les familles aménagent la chambre du résident avant son entrée, ce que nous encourageons.

Dans les **premiers jours** les personnels se présentent et réorientent les demandes vers les professionnels concernés.

Un **bilan complet est établi dans les premières semaines suivant l'admission** d'un nouveau résident.

Au niveau IDE, il démarre dès l'accueil, à partir d'une liste :

- Recueil d'informations sur les suivis médicaux (cardiologue, dentiste, ophtalmo, psychiatre, ... °
- Nutrition
- Élimination
- Hospitalisation
- Bilan bucco-dentaire
- Évaluation de la douleur

Le 1<sup>er</sup> jour les **AS** vont aussi veiller à :

- Installation du résident : Besoins pour les déplacements,
- Vérification des matériels nécessaires, matelas, ...
- Évaluation de l'autonomie

Chaque professionnel réalise une partie spécifique du bilan de santé, la globalité est présente dans le logiciel de soin informatisé par onglet.

Ce bilan constitue une des bases pour élaborer avec le résident et/ou sa famille le projet personnalisé qui mobilise l'ensemble de l'équipe : la cadre de santé, la psychologue, l'infirmière, l'animatrice, les AS référentes, ... Ce projet est réévalué.

Le **médecin coordonnateur** rencontre le nouvel arrivant et complète le logiciel soins. Il réalise une **évaluation gériatrique standardisée**.

Le GIR est réévalué après l'entrée et noté par la **cadre de santé**.

La **Psychologue, l'ergothérapeute** viennent se présenter dès que possible.

Chaque professionnel est attentif au bien-être de la personne et il en est régulièrement question lors des **réunions et transmissions**.

## 4.2 Le plan de soins personnalisé

Il est réalisé à l'entrée par une IDE et va être enrichi et précisé dans la quinzaine qui suit l'entrée du résident. Ce plan de soins pluri professionnel couvre les 24H00, c'est le fil conducteur des actions soignantes de l'équipe de manière à garantir que les besoins de la personne soient couverts et ainsi assurer une prise en charge cohérente du résident.

Ce plan de soins tient compte des habitudes et souhaits du résident. Il est revu autant que nécessaire par le trio référents IDE/AS/Hôtelière.

## 4.3 Le projet personnalisé

Nous déclinons autant que possible cette personnalisation dans tous les aspects de la vie au quotidien : les repas, la toilette, l'habillage, les loisirs, ... , tout en veillant à l'équité.

Aussi cet axe se décline dans tous les services et chapitre de ce projet d'établissement

**L'élaboration d'un projet de vie personnalisé** est un des outils de cette personnalisation qui est proposée à chaque résident. Un projet de vie personnalisé est constitué d'un recueil des données (habitudes, histoire de vie) et des souhaits/objectifs.

Il est essentiel de souligner que le projet de vie personnalisé est **un droit** et non une obligation et que de même le résident/sa famille gardent toute liberté pour dire ou non.

**3 référents** sont nommés : IDE, soignant et hôtelier ; leurs noms sont affichés derrière la porte de chambre et une fiche de fonction de la référence est présente dans le classeur.

**La psychologue est coordinatrice** de l'ensemble des projets.

**Dès la pré admission** les premiers éléments sont recueillis, ils vont être complétés par le référent en accord avec le résident : quelles sont ses habitudes, les événements marquants de sa vie, ses souhaits...

Une réunion pluridisciplinaire dans les 3 mois (autant que possible) est réalisée en présence du résident et de sa famille ; les objectifs qui en découlent sont inscrits dans netsoins. Le projet est signé par les parties et validée par la directrice.

La **réévaluation** est au minimum annuelle.

## 5 L'accompagnement de fin de vie

L'accompagnement jusqu'au bout de la vie dans la dignité aussi une valeur partagée par les équipes de la résidence.

Pour ce faire, selon les besoins, l'équipe peut faire appel à l'**Équipe Mobile Soins Palliatifs** et à l'**HAD**.

De même, chaque année des professionnels **sont formés** à l'accompagnement de fin de vie et un **référent fin de vie et soins palliatifs** est nommé.

Personne de confiance, directives anticipées, ou préférences et choix dans l'accompagnement de la fin de la vie, sont des points qui sont abordés avec tact soit comme **information** (orientation sur le site, remise de plaquette, ...), comme explication ou bien en tant qu'aide à la réflexion et ce dans des moments opportuns.

Ainsi, le **recueil des souhaits** de la personne s'effectue selon le moment le plus propice et suivant les souhaits de la personne. Le recueil peut aussi s'effectuer tout au long du séjour et notamment quand l'état de santé s'aggrave. L'équipe **respecte autant que possible** les souhaits de la personne et laisse toute sa place à la famille. Le recueil est sur Netsoins.

**Les familles sont informées** des dégradations d'état de santé, des changements de traitement... Elles peuvent si elles le souhaitent et peuvent **rester sur place en journée et/ou nuit** (lit mis à disposition, plateau repas).

Tout est fait pour **accompagner au mieux la personne** : soins de confort, repas plaisir, veille sur la douleur y compris psychologique, toilette à 2 si besoin, passage plus fréquent, utilisation de l'aromathérapie, ... ..

Les bénévoles de l'aumônerie peuvent être prévenus selon les souhaits du résident/famille.

**Les hospitalisations** sont alors effectuées en dernier recours quand l'accompagnement est trop complexe ou trop difficile pour le résident. Chaque professionnel veille à s'informer sur les **transmissions** pour ne pas commettre d'impair auprès de proches ou autres résidents.

Suivant la demande des familles, l'annonce du décès leur est transmis de jour ou de nuit.

**Les autres résidents sont prévenus** et de manière individuelle pour les personnes les plus proches.

Aujourd'hui, de nombreux **contrats obsèques** sont signés et le corps du défunt quitte l'établissement souvent rapidement.

L'ensemble des équipes reste disponible pour **accompagner les familles** qui ont souvent besoin de parler un peu des derniers instants du défunt.

Selon les besoins, les équipes peuvent évoquer un décès ou une fin de vie compliquée lors **des temps de réunions d'équipe ou en analyse de la pratique.**

## 6 L'accompagnement des résidents qui présentent des troubles cognitifs/ du comportement (voir aussi projets UPAD, PASA et projet de la vie sociale)

*« Qu'il soit ou non désorienté, chaque être humain garde sa valeur » Naomi FEIL*

### 6.1 La liberté du résident, la liberté d'aller et venir : les approches privilégiées

Le résident conserve l'ensemble de ses droits en entrant en EHPAD et il est nécessaire de le rappeler et pas seulement à l'admission.

De même, périodiquement les professionnels doivent se remémorer ces droits afin que la vulnérabilité, la dépendance fonctionnelle, décisionnelle de la personne ne nous les fassent jamais oublier !

En effet il s'agit de différencier autonomie fonctionnelle (capacité à faire, réaliser une action) et autonomie décisionnelle (capacité à décider) .

Dans les relations quotidiennes et actions des professionnels ces principes se traduisent par une information du résident, une explication fournie et une recherche de son consentement.

La charte de la personne âgée est affichée et remise à tout nouvel entrant. Une charte bientraitance élaborée par l'équipe est signée par les professionnels.

*« La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. »* (Conférence consensus HAS 2004). Parallèlement la loi 2002 réaffirme l'obligation des établissements d'assurer la sécurité des résidents...

Aussi certaines mesures peuvent être prises pour assurer la sécurité mais il convient de ne pas perdre de vue que « ces mesures ne sont prévues **que dans l'intérêt des personnes accueillies**, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent **pas être disproportionnées** par rapport aux risques encourus », article L311-4-1).

Il est donc essentiel que l'équipe pluridisciplinaire puisse **analyser les bénéfices/risques** plus favorable à une restriction de la liberté pour privilégier la sécurité du résident tout en conservant le plus de liberté possible...

Il convient aussi d'**informer** le résident/le représentant légal, la personne de confiance et la famille. Autant que possible nous veillons au consentement de la personne.

L'approche de l'établissement est de limiter le moins possibles la liberté d'aller et venir. L'architecture, l'implantation est propice à cette volonté. Nous évaluons les risques en équipe, nous les présentons au résident et sa famille et proposons la décision prise. La décision sera ré évaluée en fonction de l'évolution de l'état de santé.

**La contention** est rare dans l'établissement. Elle est **toujours prescrite et réévaluée** régulièrement car il s'agit bien d'une restriction à la liberté d'aller et venir. Aussi, est-il nécessaire de réfléchir à son intérêt pour la personne. Elle doit être expliquée et autant que possible avec le consentement de la personne, en prévenant l'entourage.

Une infirmière a été nommée **référente**, elle a pour rôle notamment de suivre les actualisations de prescription. Le médecin coordonnateur en assure un suivi. Il existe un protocole sur les contentions et les mesures alternatives à la contention sont pratiquées.

La contention est le dernier recours et suit les recommandations en vigueur. Le résident, la famille sont informés.

Ainsi, l'EHPAD peut consentir, sous certaines conditions, à restreindre la libre circulation des résidents, avec :

- Un choix pluridisciplinaire écrit de la forme de la restriction.
- Le caractère provisoire de la restriction.
- L'explication au résident, à la personne de confiance et à son représentant légal (tuteur) le cas échéant.

**Les évaluations** NPI-ES et AGGIR sont réalisées afin d'orienter ou non un besoin d'accompagnement par le PASA, l'UPAD ou pour un suivi psychologique ou psychiatrique.

Le **recueil des goûts et envies** permettent ensuite de proposer des activités adaptées aux résidents. Les activités proposées sont tracées dans le logiciel de soins par le personnel concerné (animatrice, ASG de l'UPAD, ASG du PASA)

Des **thérapeutiques non médicales** sont proposées et développées depuis plusieurs années au sein de la Résidence :

- Communication avec une posture adaptée
- Respect de l'intimité, report de soins si non accepté, explication des gestes, etc.
- Activités développées : atelier de gymnastique assurée par un éducateur sportif extérieur, ateliers mémoire, activités Snoezelen, bains thérapeutiques, séances de « Toucher-massage », parcours de santé
- Mise en place de l'aromathérapie depuis 2019
- Horaires de repas adaptés
- Existence d'un jardin thérapeutique

- Organisation de repas thérapeutiques.
- ...

Parmi ses thérapeutiques non médicales nous développons l'approche de la *Validation de Naomi Feil*. Chaque année, de nouveaux professionnels suivent la formation « soins relationnels ». La cadre de santé, la psychologue les ASG du PASA et UPAD et l'animatrice sont « praticienne niveau 1 ». La responsable de la vie sociale/animatrice suit actuellement la formation de niveau 2. Elle anime des groupes de validation (résidents au stade 2 de la maladie) une fois par semaine avec la présence d'un co-animateur.

## 6.2 L'UPAD

La Résidence accueille des personnes âgées présentant des troubles du comportement au sein de l'Unité pour Personnes Âgées Désorientées (UPAD) de 12 lits. Cet espace dédié a été conçu architecturalement pour l'hébergement de ce public, avec l'accès à un jardin clos et sécurisé. Il a ouvert ses portes le jour de l'emménagement au sein de la nouvelle structure, soit le 23 février 2015.

L'UPAD dispose d'un projet de service co-construit avec les Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) et l'équipe pluridisciplinaire. Il est réévalué chaque année.

Les objectifs de l'accompagnement dispensé au sein de cette unité par l'équipe soignante, auprès des résidents, sont les suivants :

- Maintenir les capacités en lien avec l'autonomie, lors des activités de la vie quotidienne (repas, toilette, habillage, etc.)
- Maintenir les acquis, leur savoir-faire (atelier cuisine, art créatif, etc.)
- Apporter du bien-être, de l'apaisement et réduire l'anxiété en utilisant les techniques de toucher-massage, de respiration, etc.
- Continuer à organiser des repas thérapeutiques et des rencontres avec le PASA afin de favoriser le lien social
- Adapter les activités selon les périodes de l'année pour améliorer les repères temporo-spatiaux.

Le projet de vie de l'UPAD a été actualisé fin 2023. (Voir en annexe)

Un document intitulé « Recherche de l'accord des familles ou représentant légal pour la prise en charge d'un résident au sein de l'unité pour personnes âgées désorientées de « la prairie » (UPAD) » est donné à signer à l'entrée.

## 6.3 Le PASA

La Résidence dispose également d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés de 12 places, labellisé en mars 2015. Il permet l'accueil à la journée des résidents atteints de troubles cognitifs modérés.

Le PASA dispose d'un projet de service co construit avec les ASG et l'équipe pluridisciplinaire. Il est réévalué chaque année.

Les principaux objectifs de l'accompagnement dispensé par le PASA auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont les suivants :

- Ralentir la progression de la maladie en sollicitant les capacités cognitives restantes
- Permettre une prise en charge non médicamenteuse
- Améliorer l'orientation temporelle et spatiale
- Pallier aux troubles de la mémoire
- Stimuler les fonctions sensorielles (reconnaissance d'objets, travail sur le goût, l'odorat, etc.)
- Maintenir le lien social
- Redonner confiance en soi et améliorer l'estime de soi
- Améliorer les capacités motrices (prévention des chutes)
- Apporter du bien-être, réduire l'anxiété.

Le projet de vie du PASA a été actualisé fin 2023 (voir en annexe)

Un document intitulé « Recherche de l'adhésion des familles ou représentant légal pour la participation d'un résident au PASA » est donné à signer.

## 7 Les soins et la prévention

De nombreux soins et actions de prévention font l'objet de recommandations de bonnes pratiques et fréquemment d'un protocole au sein de l'établissement. La liste des protocoles est indiquée en fin de ce chapitre.

### 7.1 Le suivi médical et la vaccination

Le suivi médical est réalisé par le médecin traitant choisi par le résident.

Chaque médecin traitant assure, avec l'IDE référente, le suivi vaccinal des résidents. Des visites sont assurées au minimum chaque trimestre. L'établissement, lui, relaie les campagnes à la vaccination.

## 7.2 Le circuit du médicament

Les prescriptions sont réalisées électroniquement par les prescripteurs à partir du *logiciel de soin*. A l'entrée d'un résident, le traitement n'est pas retranscrit par l'infirmière, il est saisi par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant lors de sa venue. L'officine partenaire dispose d'un accès à distance sécurisé au logiciel de soins.

La *détention et le stockage des médicaments* sont maîtrisés : gestion des stupéfiants organisée (armoires fermant à clé et locaux sécurisés).

La préparation des médicaments est réalisée par l'infirmière selon un planning hebdomadaire.

*L'administration des médicaments* est assurée par l'infirmière, et est déléguée aux AS et ASH assurant des fonctions soins au moyen de la notification d'acte de la vie courante.

La forme galénique des médicaments est adaptée en fonction des pathologies des résidents. Toutefois, en cas d'impasse thérapeutique, les traitements écrasables autorisés par le médecin traitant sont indiqués aux infirmières.

En cas d'erreur médicamenteuse, un avis médical auprès du médecin traitant ou du SAMU est recherché pour une demande de conduite à tenir ; une déclaration d'Évènement Indésirable est réalisée.

*La famille est prévenue* des changements de médicaments.

La Résidence dispose d'un *chariot d'urgence* dont le contenu a été validé par le médecin coordonnateur, disponible en cas de nécessité, et d'un défibrillateur automatisé externe disponible dans le hall de la Résidence. Ce chariot est remis à jour une fois par an.

## 7.3 Le risque infectieux

La dernière actualisation du DARI date de 2019.

Un partenariat avec un comité d'hygiène CORHYLIN est en place depuis plusieurs années pour sensibiliser, conseiller et former les équipes. En outre, des audits sont régulièrement réalisés.

Un tableau a été élaboré pour définir l'orientation des déchets et ce pour l'ensemble de l'établissement.

## 7.4 Les soins d'hygiène

Les résidents ayant besoin d'aide pour leurs soins d'hygiène sont accompagnés par les soignants.

Les horaires sont adaptés autant que possible et l'autonomie est stimulée.

Le *plan de soins couvre les 24H00* tant au niveau de la toilette que des changes.

Une **toilette** est proposée tous les jours et une **douche** chaque semaine sur une journée fixe. Cependant, en cas de refus du résident ou d'indisponibilité des professionnels un report est envisagé sur les jours suivants. Si le bain est préféré, il est réalisé en après-midi.

Les produits de toilette sont ceux du résident, le plus souvent procuré par la famille.

**La pudeur et les habitudes de vie** font l'objet de beaucoup d'attention de la part des professionnels.

## 7.5 La Continence et gestion de l'incontinence

Chaque résident bénéficie d'un bilan d'incontinence à son entrée, qui vient guider l'accompagnement proposé.

Suivant les situations, la mise sur toilettes est régulièrement proposée ou bien un plan de soins incontinence est élaboré sur 24H00.

6 professionnels sont nommés « référent incontinence » ; Ils sont répartis sur l'établissement et assurent le suivi et la réévaluation des produits d'incontinence individualisés à chaque résident.

Des formations réalisées par les prestataires sont régulièrement suivies.

## 7.6 Le plan bleu

La Résidence dispose d'un Plan bleu qui a été actualisé en mai 2019.

## 7.7 Évaluation du risque de dénutrition et hygiène bucco-dentaire :

Une prévention de la dénutrition est mise en œuvre au sein de la Résidence : **pesée mensuelle**, suivi de l'IMC sur le logiciel de soins, suivi de la courbe de poids, bilan d'albumine annuel... Le médecin co suit les besoins de chaque résident et une réunion mensuelle médecin co/diététicienne permet d'effectuer le suivi et engager les actions ; des réunions d'équipe sont organisées sur le sujet.

L'appétit est stimulé en privilégiant les **préférences des résidents**, répertoriées dans les jours suivants l'admission.

Un **référent** est désigné et un **protocole** est existant.

Une **diététicienne** est présente un jour par mois.

Les régimes et textures prescrits sont respectés. Une aide à l'alimentation est mise en place.

L'enrichissement de l'alimentation des résidents le nécessitant est tracé dans le logiciel de soins et suivi par le médecin co et la diététicienne.

Un **bilan bucco-dentaire** est effectué dans les jours suivants chaque admission de résident.

Des formations ont été réalisées en partenariat avec l'UFSBD et des temps d'information ont été réalisés auprès des soignants. Tous les résidents bénéficient d'un bilan bucco-dentaire par l'infirmière à l'entrée mais aucun ne bénéficie

d'une visite par un dentiste, en raison de l'indisponibilité et de l'absence de dentistes sur le territoire. L'infirmière émet des préconisations qui sont indiquées aux AS pour la prise en soin.

## 7.8 Prévention et prise en charge du risque d'Escarres

La priorité est donnée à la prévention avec la mise en œuvre du suivi des retournements pour les résidents alités et par le personnel soignant dès l'apparition de rougeurs.

Depuis 2019, le signalement systématique de toute escarre survenue au sein de la Résidence fait l'objet du remplissage d'une fiche d'évènement indésirable.

L'ergothérapeute réalise l'évaluation du risque d'altération cutanée avec l'outil BRADEN, en édictant à l'issue des préconisations (matelas, coussins, etc.).

Un kinésithérapeute libéral intervient sur prescription médicale pour effectuer des mobilisations passives, de la prévention des chutes, des verticalisations, faire travailler l'équilibre, des massages, etc.

Un suivi hydrique et/ou de l'alimentation peut également être mis en œuvre en fonction des besoins.

Tous les professionnels soignants sont sensibilisés à cette thématique.

La procédure de prévention et de prise en charge des escarres existe.

## 7.9 Le risque de chute

Les risques sont réévalués lors de chaque projet personnalisé. Ce risque est protocolisé.

*L'établissement est récent* et présente l'architecture et les matériaux adéquats en matière d'accessibilité et prévention des chutes. L'éclairage fait l'objet d'attention : présence de veilleuses permettant d'éclairer les descentes de lits, lumières à détection automatique dans les salles de bain des résidents et dans chaque circulation. Les sols humides sont signalés par triangle de signalisation et une raclette pour les douches est disponible.

*L'ergothérapeute* intervient sur les aides techniques et l'aménagement du logement si nécessaire.

Il est à noter que 24 chambres sont équipées de rails au plafond ce qui assure le confort du résident et du professionnel.

Il est fait appel à un *pédicure* libéral si besoin, avec accord du résident et/ou de sa famille.

Durant *la nuit*, les 2 professionnels présents sont vigilants. Pour cela, ils effectuent 2 tournées par nuit, en allant voir tous les résidents, exceptés ceux ayant refusé. En fonction de l'état de santé du résident et/ou de ses souhaits,

la fréquence peut être revue. Du matériel adapté est utilisé (lit Alzheimer pour les résidents hébergés à l'UPAD, et certains à l'EHPAD, matelas de réception de chute).

Le médecin coordonnateur assure un *suivi des psychotropes et hypnotiques*.

La prévention, c'est aussi *entretenir la marche* et proposer de l'activité physique :

- Maintien de l'autonomie favorisé par les AS qui accompagnent à la marche.
- Intervention d'un kinésithérapeute libéral
- 3 ateliers de gymnastique adaptée proposés chaque semaine aux résidents, rassemblés par groupes homogènes, et assurés par un éducateur sportif
- Marche avec l'animatrice et bénévoles une fois par semaine de mai à octobre
- Promenade et aide à la marche dans le cadre d'animations individuelles
- Existence d'un Parcours de Santé à l'intérieur de la Résidence
- Existence d'une rampe de marche dans le patio

Toute chute fait l'objet d'une *déclaration*. Une veille est assurée sur les suites.

## 7.10 Hospitalisation et retour d'hospitalisation

L'hospitalisation peut être programmée ou non. Dans tous les cas, le résident est informé, rassuré et soutenu. Sa famille est prévenue.

Le lieu d'hospitalisation est annoncé par le SAMU. Le résident part avec DLU et les affaires avec lesquelles il part sont notées afin d'éviter tout litige.

L'établissement prend des nouvelles du résident hospitalisé ou est informé par la famille.

Lors des retours d'hospitalisation, un contact de l'hôpital avec les IDE peut avoir lieu, la prescription de l'hôpital est de suite mise en œuvre.

## 7.11 Évaluation de l'agitation ou de l'apathie

L'établissement recherche continuellement dans sa palette de techniques non médicamenteuses afin d'apporter une solution complémentaire et/ou de substitution aux médicaments. Ces thérapeutiques accompagnent les soins quotidiens et sont pratiquées sur l'ensemble des services.

Lors de chaque visite médicale, le médecin aidé de l'infirmière, réalise une évaluation de l'état de santé avec l'adaptation des traitements en cas d'agitation ou d'apathie.

## 7.12 Le risque suicidaire

La *veille attentive* de l'ensemble des professionnels est une aide précieuse pour identifier autant que possible les résidents présentant des risques... Le respect de chacun et la qualité de relations, le projet de vie proposé, les animations ne suffisent pas toujours...

La *psychologue* intervient pour le suivi des résidents. Elle réalise des évaluations de dépression gériatrique si besoin. Une convention avec *EPSYLAN* (Centre Hospitalier Spécialisé de Blain) existe, afin d'assurer le suivi psychiatrique des résidents le nécessitant. Le *CMP* réalise aussi des accompagnements.

Les fenêtres de la Résidence disposent toutes d'une serrure afin de mettre en sécurité l'ouvrant (en position « oscillo-battant ») et prévenir du risque de défenestration.

## 8 Les objectifs

- Formaliser la procédure d'admission afin de mieux y intégrer l'information sur la personne de confiance, les directives anticipées, les mesures de protection future.
- Systématiser le rendez-vous de pré admission conjointement entre le médecin coordonnateur et la cadre de santé.
- Formaliser le projet personnalisé dès la pré-admission
- Modifier la procédure en conséquence.
- Formaliser le circuit du médicament
- Actualiser et compléter le classeur des protocoles.



# **PROJET DE SERVICE**

## **UNITÉ pour PERSONNES AGÉES DESORIENTÉES (UPAD)**

### **LA PRAIRIE**

**2024-2028**

## Table des matières

Introduction.....	85
1 Les objectifs et principes qui guident l'accompagnement.....	86
1.1 Les objectifs d'un accompagnement en UPAD.....	86
1.2 Les valeurs et principes de l'accompagnement en UPAD.....	86
2 Les résidents accompagnés au sein de l'unité, les critères d'entrée et de sortie .....	87
2.1 Critères d'admission au sein de l'unité de la Prairie :.....	87
2.2 Critères de sortie de l'unité La Prairie .....	87
2.3 L'accompagnement mis en place pour les admissions et sorties définitives de l'unité..	88
2.4 Le projet personnalisé .....	89
3 Organisation architecturale de la Prairie .....	90
4 La place des familles .....	91
5 Le personnel affecté à la Prairie .....	92
6 Le budget .....	92
7 Les Activités réalisées au sein de la Prairie .....	92
8 Le déroulement d'une journée.....	94
9 Les projets.....	95
Annexe .....	96

## Introduction

La nouvelle résidence qui a ouvert ses portes en février 2015 a permis la création d'une unité spécifiquement conçue, tant dans son architecture que dans son organisation, pour accompagner en toute sécurité la vie quotidienne de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à un stade avancé.

Cette **Unité pour Personnes Âgées Dépendantes, nommée « La Prairie »**, de 12 lits est située rue de la Prairie.

Elle dispose d'un projet de service coconstruit avec les Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) et l'équipe pluridisciplinaire. Un bilan d'activités est réalisé chaque année.

Nous présentons ci-après ce qu'est et propose « La Prairie » au sein de la résidence La Rochefoucauld dont vous pouvez consulter le projet d'établissement.

# 1 Les objectifs et principes qui guident l'accompagnement

## 1.1 Les objectifs d'un accompagnement en UPAD

Les objectifs de l'accompagnement dispensé auprès des résidents par l'équipe soignante de l'UPAD sont les suivants :

- Maintenir les capacités en lien avec l'autonomie
- Maintenir les acquis, leur savoir-faire
- Apporter du bien-être, de l'apaisement et réduire l'anxiété
- Favoriser le lien social, maintenir la communication
- Améliorer les repères spatio temporaux
- Proposer un cadre et un rythme de vie agréable sécurisé et sécurisant

## 1.2 Les valeurs et principes de l'accompagnement en UPAD

Dans le respect des valeurs affirmées dans le projet d'établissement et de la charte de bientraitance qui engagent tous les professionnels, l'équipe affirme la volonté de respecter autant que possible le rythme de vie et les besoins du résident.

Aussi, chaque professionnel doit faire preuve de beaucoup de souplesse en ne perdant pas de vue le sens de l'action et la cohérence nécessaire entre professionnels pour faire vivre un projet de vie sécurisé et sécurisant pour tous.

Le résident qui souffre de troubles cognitifs a des droits qui doivent être respectés comme pour tout citoyen, le droit à une intimité, à une vie affective et sexuelle en fait partie.

Dans le respect de la loi, il s'agit de pouvoir veiller au consentement et à la non exhibition. Il est évident qu'une réflexion éthique s'engage dans de nombreuses situations...

*L'article IV de la charte de la personne âgée dépendante précise : « - PRESENCE ET RÔLE DES PROCHES - Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. ... Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités. En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne. Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime. Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous. »*

## 2 Les résidents accompagnés au sein de l'unité, les critères d'entrée et de sortie

L'UPAD La Prairie peut accueillir 12 résidents venant de l'extérieur ou des personnes déjà résidentes au sein de l'EHPAD.

L'accompagnement s'effectue sur une durée d'accueil dite séquentielle, c'est à dire temporaire car dépendante de l'évolution de l'état de santé du résident.

### 2.1 Critères d'admission au sein de l'unité de la Prairie :

- L'UPAD de la Prairie a vocation d'accueillir les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, dites aussi fonctions cognitives (perte de mémoire, troubles du langage, difficulté à effectuer les gestes de la vie quotidienne, désorientation dans le temps et l'espace, etc.) et du comportement (anxiété, agitation, déambulation pathologique, etc.), complexifiant et perturbant la vie en collectivité et/ ou mettant en danger le résident lui-même et/ ou les autres résidents.
- La déficience cognitive de la personne ne lui permet plus de vivre dans son environnement actuel sans se sentir mise en échec de façon répétée (pas de démence débutante). Mais ces troubles cognitifs ne sont pas d'une sévérité telle qu'ils ne lui permettraient plus de bénéficier des stimulations adaptées dans ce nouvel environnement (pas de déficit cognitif).
- La dépendance physique ne doit être que partielle, c'est-à-dire que la personne doit pouvoir se tenir debout avec l'aide d'une seule personne. Elle doit pouvoir marcher ou se déplacer avec ou sans aides techniques, participer au moins partiellement à sa toilette et à son habillage et s'alimenter sous surveillance ou aide partielle et ce, afin de permettre la continuité d'une dynamique de groupe.
- La personne doit également avoir des besoins de sociabilisation compatibles avec la vie au sein de l'unité.
- L'admission d'un résident dans l'unité de la Prairie suppose qu'une évaluation soit réalisée tant du point de vue de son état général que de son degré de dépendance. Une évaluation trimestrielle, en équipe pluridisciplinaire, avec le médecin coordonnateur sera effectuée pour déterminer si l'unité de vie continue de répondre à ses besoins ou s'il faut envisager sa sortie au profit d'un service ou d'une structure mieux adaptée à son état de santé.
- La signature par la famille du document « Recherche de l'accord des familles ou représentant légal pour la prise en charge d'un résident au sein de l'unité pour personnes âgées désorientées de la Prairie (UPAD) est requise pour toute entrée.

L'admission se fait après avis de la commission d'admission pour une personne âgée venant de l'extérieur ou bien après avis de l'équipe pluridisciplinaire pour un résident déjà présent dans l'établissement.

### 2.2 Critères de sortie de l'unité La Prairie

Le séjour au sein de l'unité de la Prairie ne doit pas être considéré comme définitif, car en dehors de l'existence de troubles comportementaux, cette unité n'a initialement pas vocation à accueillir des personnes

lourdement dépendantes ou médicalisées. L'UPAD de la Prairie n'accueille pas en principe les personnes jusqu'en fin de vie. Ainsi, le résident est susceptible de quitter l'UPAD, lorsque :

- La dégradation cognitive ne permet plus à la personne de bénéficier des activités du quotidien proposées dans l'unité.
- L'importance des troubles du comportement suscite agacement, énervement et agressivité de la part des autres résidents.
- La dépendance physique de la personne mobilise plus d'un soignant et ne permet plus d'assurer une présence de l'équipe de soin auprès des autres résidents
- La personne ne souhaite plus rien partager avec les autres et préfère vivre isolée.

L'équipe pluridisciplinaire estimera alors que le résident n'est plus en interaction avec le groupe, qu'il n'est plus réceptif à l'accompagnement qui lui est proposé, qu'il ne tire plus bénéfice de son accompagnement ou qu'il nécessite un besoin de soins infirmiers trop important.

Dans l'ensemble de ces situations, un accueil sur les places d'hébergement classique de la Résidence est alors envisagé.

La décision de proposition d'une nouvelle orientation est discutée en équipe pluridisciplinaire, qui rend un avis motivé par écrit. La décision finale appartient à la Direction.

Dans certaines situations, un transfert vers une autre structure, de type hospitalier, pourra se justifier.

## **2.3 L'accompagnement mis en place pour les admissions et sorties définitives de l'unité**

### ***L'entrée d'un nouveau résident venant du domicile***

L'entrée suit la procédure classique d'admission dans la résidence La Rochefoucauld.

Une visite de l'unité et des conseils pratiques en matière d'aménagement de la chambre sont fournis ainsi que les informations liées aux entrées et sorties (digicode).

Le résident est présenté.

C'est très souvent le moment où le document sur les habitudes de vie est remis.

### ***L'entrée d'un résident déjà dans l'établissement :***

La famille est contactée par la psychologue qui présente la situation et propose une visite de l'unité.

La phase d'intégration est personnalisée : la psychologue peut organiser sur plusieurs semaines des collations, repas ou suivis d'animations avant que le résident intègre l'unité, mais parfois une entrée directe est mieux adaptée.

Le déménagement est le plus souvent réalisé par les équipes en veillant à ce que l'aménagement connu soit reproduit le plus possible.

Les équipes EHPAD/UPAD échangent aussi : un professionnel de l'UPAD participe aux transmissions pour assurer le relais

### ***Les sorties de l'unité.***

Quand le résident ne bénéficie plus du projet de vie de l'UPAD, une décision de transfert vers les services des étages est prise en équipe pluridisciplinaire.

La psychologue appelle la famille et présente la situation.

Quelques jours avant, les équipes EHPAD/UPAD échangent et se transmettent les informations utiles. A ce jour, aucune sortie vers un autre établissement n'a eu lieu.

## 2.4 Le projet personnalisé

La personnalisation est un principe fort et nécessaire de l'accompagnement de personnes souffrant de troubles cognitifs : la connaissance des habitudes et rythmes, des centres d'intérêts ou sujets d'irritation et de l'histoire de vie sont autant d'éléments qui favorisent un accompagnement adapté.

L'élaboration du projet personnalité suit la procédure classique connue pour la partie EHPAD, si ce n'est que la révision s'effectue tous les 6 mois avec le résident et/ou sa famille.

Le projet personnalisé est transmis à la famille après une information de mise à disposition par mail.

### 3 Organisation architecturale de la Prairie

Afin de *sécuriser les entrées et sorties* de l'unité, l'entrée s'effectue à partir d'un interrupteur alors que la sortie dépend d'un digicode.

Situé au 1<sup>er</sup> étage, en rez de jardin, La Prairie est une *unité composée de* :

- Un espace salle à manger
- Une cuisine thérapeutique (qui peut être fermée)
- 12 chambres individuelles avec salle d'eau et WC
- Une salle de bain commune avec baignoire thérapeutique, douche et WC
- Un local rangement
- Un local ménage
- Un accès à un jardin clos partagé avec le PASA
- Une salle d'équipe partagée avec le PASA

Un système d'appel est situé dans l'espace commun.



*Le jardin*, clos, est directement accessible à partir des locaux de l'unité (rez de jardin). Il est très apprécié des résidents.

Il propose des allées de promenades, une grande terrasse qui permet de prendre les repas aux beaux jours. Il est équipé de parasols et salons de jardin.

Des bacs à hauteur permettent d'entretenir un petit potager.

De nombreux éléments facilitent *les repères dans l'unité* :

- Choix d'une image ou photo sur la porte de chambre avec nom et prénom
- Portes de service de couleur fermées à clé
- Signalétique des toilettes
- Panneau d'affichage présentant :
  - o Le jour, mois, saison
  - o Animations
  - o Menus
- Pendule
- Des résidents possèdent un calendrier

L'unité dispose de :

- Une télé avec clé USB dans le salon

- Une enceinte audio
- Des magazines
- Différents jeux adaptés : sensoriels, mémoire, cartes, calculs, ...



D'environ 20m2, **chaque chambre** est équipée d'un lit médicalisé (lit Alzheimer selon les besoins), table de chevet, un placard (penderie et étagères) qui ferme à clé... Une salle de bain avec douche et chaise de douche, lavabo, placard fermant à clé et WC suspendu est intégrée à chaque logement. Les familles peuvent fournir une télé qui sera installée par le service technique. Le linge de lit et de toilette, ainsi que le matériel médical, lié à la dépendance physique, sont fournis. Un système d'appel malade est à disposition dans chaque logement.

## 4 La place des familles

Les familles sont de réels **partenaires** pour veiller au bien-être des résidents. L'équipe réduite facilite les échanges et **les communications sont nombreuses** entre les professionnels et les familles que cela soit en face, au téléphone ou par mail.

Les familles partagent des **moments conviviaux** avec l'ensemble ou partie des résidents. Par exemple, une famille ramène un gâteau et le partage lors de la collation, d'autres se proposent pour des jeux de société.

La famille peut partager un repas avec son proche dans la salle des familles, côté EHPAD (modalités à l'accueil).

Le **projet personnalisé** est aussi un temps spécifique pour la famille.

En cas de besoin, elle peut demander un rendez-vous à la psychologue ou autre membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans **la réunion annuelle des familles**, un temps est consacré à l'UPAD, y sont présentés :

- Un rappel de l'organisation et caractéristiques de l'unité,
- Le bilan d'activités de l'année écoulée,
- Les projets,

- La réponse aux différentes questions.

## 5 Le personnel affecté à la Prairie

*L'équipe soignante* est composée de 6 aides-soignantes ou AMP (2 équipes de 3). La formation d'assistantes de soins en gérontologie (ASG) est fortement encouragée par l'établissement depuis 2011. Des ASH soins peuvent venir rejoindre l'UPAD selon les besoins.

*2 agents* sont dédiés à l'unité (ménage, réfection lit).

L'équipe travaille en étroite collaboration, selon les besoins, avec :

- L'ergothérapeute
- La psychologue
- L'animatrice : intervention pour la chorale 1 fois par semaine : mercredi ou vendredi de 16h15 à 17h15
- Les infirmières
- Le médecin coordonnateur
- La cadre de santé
- Le médecin traitant du résident
- Des intervenants extérieurs : kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue, association de gymnastique douce, intermittent du spectacle.

*La nuit*, quand l'agent n'est pas mobilisé sur les tournées, il revient sur l'UPAD. La pause des professionnels s'effectue au maximum à la Prairie.

*Les transmissions* sont communes entre EHPAD et UPAD.

## 6 Le budget

Chaque année un budget spécifique est alloué à l'UPAD.

À titre d'exemple, en 2023, un budget de fonctionnement de 450 euros a permis l'achat de matériel pour les activités réalisées au cours de l'année : achat de jeux de société et musicaux, fournitures papeterie et pour atelier créatif, poupée d'empathie, jeu Montessori, produits esthétiques.

## 7 Les Activités réalisées au sein de la Prairie

*L'activité est essentielle* au sein d'un UPAD : elle rythme la journée, entretient la communication, la relation à l'autre, mais aussi les gestes, elle apaise et cela aussi longtemps que possible.

L'activité n'est donc pas uniquement de « l'occupationnel » ! Elle est pensée, choisie et adaptée par les professionnels, car elle poursuit un *objectif*.

Les professionnels partagent *des principes* en la matière :

- Ne pas mettre en échec la personne, ce qui veut dire de veiller au niveau de complexité suivant les résidents,
- Etre valorisante et/ou source de plaisir, intérêt,
- Etre proposée, encouragée mais non imposée.

*Activités cognitives :*

- Atelier mémoire,

- Jeux de société.

**Activités motrices :**

- Accompagnement à la marche à l'intérieur/extérieur,
- Gym douce,
- Depuis septembre 2017, intervention d'une association de gymnastique douce pour dispenser un cours hebdomadaire.

**Activités en lien avec l'image de soi :**

- Bain thérapeutique,
- Rendez-vous au salon de coiffure de l'EHPAD,
- Soins par le toucher,
- Esthétique (soin de la peau, maquillage),
- Manucure.

**Activités d'expression et de communication :**

- Lecture du journal et de conte,
- Chorale,
- Groupe de discussion.

**Activités créatives :**

- Mandala

**Activités domestiques :**

- Ménage,
- Mise du couvert,
- Lavage vaisselle,
- Pâtisserie,
- Pliage du linge.

**Activités Snoezelen :**

- Lâcher prise, bien être, détente,
- Apaiser un comportement, type angoisse, anxiété, peur, agitation.

**Activités organisées par l'EHPAD**

- Selon chacun, au cas par cas, des résidents de l'UPAD peuvent participer à des activités organisées par l'EHPAD, c'est notamment le cas sur des activités festives comme les 4 repas à thèmes de l'année et spectacles.

Un tableau plus complet des activités réalisées est proposé en annexe.

## 8 Le déroulement d'une journée

Les horaires sont donnés à titre indicatif, car fidèle au principe de s'adapter au rythme du résident, l'équipe fait preuve de beaucoup de souplesse.

**Le lever** Il dépend totalement de l'heure de réveil du résident. Le premier professionnel de jour arrive à 6H30. En fonction des besoins et demandes, il assure le service du petit déjeuner ou les changements de protection si urgence ou les premières toilettes...

**Le petit déjeuner** Il peut être servi dès 6H30 en salle à manger. Le contenu du petit déjeuner est au choix du résident. Il est servi jusqu'à 10H00, sauf exception (grand état de fatigue, mauvaise nuit, ...)

**La matinée** Les toilettes, la réfection des lits, le ménage, sont autant d'actions qui vont s'égrener tout au long de la matinée. Les professionnels sollicitent autant que possible les résidents pour maintenir des autonomies. Des résidents s'installent aussi dans le salon. En fin de matinée, certains vont mettre le couvert, plier des serviettes.

**Le déjeuner** Un professionnel parfois accompagné d'un résident va chercher le chariot des repas en cuisine.

Le placement à table est libre mais le plus souvent les résidents s'installent à la même place.

À 12H00 environ, le déjeuner débute : les professionnels servent en s'adaptant à l'appétit de chacun ; des couverts ergonomiques peuvent être mis à disposition.

Il est à noter qu'au-delà des régimes et textures bien sur respectés, du manger main est parfois confectionné sur place par l'équipe.

Les goûts et dégoûts sont respectés avec des remplacements.

Le déjeuner dure environ 1H15, il se termine par un café.

Des résidents vont aider au débarrassage et pour nettoyer les tables.

Une fois par mois un repas thérapeutique est organisé ; les professionnels déjeunent alors avec les résidents.

Face à des problèmes particuliers, un suivi alimentaire peut être mis en place (suite à échanges en transmissions, analyse médecin coordonnateur/diététicienne, ...). De même, les repas peuvent être fractionnés.

**L'après-midi** Après le déjeuner, c'est souvent un temps calme pour de nombreux résidents, soit dans le salon commun soit en chambre.

Les professionnels durant ce temps procèdent à différentes tâches : change, distribution linge, pichets, ménage, ...

À 14H30, une activité est proposée.

À 15H30, la collation est servie avec souvent le partage d'un gâteau réalisé par une famille en visite.

À partir de 16H00, des résidents sont accompagnés pour la mise en pyjama.

Vers 17H30/17H45, un temps commun de lecture de conte, journal ou bien d'échanges est organisé. Des résidents peuvent aussi aider à la mise du couvert.

**Le dîner** Il est servi à 18H00 selon les mêmes modalités que le déjeuner. Généralement, il est plus court que le déjeuner avec une fin vers 18H45

**La soirée** Si les professionnels continuent à solliciter les mises en pyjama, le résident décide de son heure de coucher. Certains restent debout après le dîner, d'autres se « précipitent se coucher » pour

parfois se relever dans la nuit. Le principe des professionnels est de pouvoir inviter chacun à se préparer pour la nuit mais le coucher ne peut être imposé.

**La nuit** Les deux professionnels de nuit démarrent leur travail à 20H00 et l'équipe de jour finit à 21H10. En dehors des tournées assurées à deux sur l'EHPAD, l'agent tente d'assurer une présence à l'UPAD. La pause des deux professionnels s'effectue au maximum à l'UPAD.

~~Une collation de nuit est proposée à l'UPAD vers 22H30 : pâté, fromage, yaourt, ...~~

Le principe est de privilégier le repos, aussi le résident qui préfère dormir hors de son lit sera installé confortablement. De même, sauf exception pour raison de santé, le principe est de ne pas effectuer de change la nuit afin de ne pas réveiller.

## 9 Les projets

- Prévenir systématiquement les familles lors de la perte (souvent momentanés) d'objets. Il pourra être proposé d'étiqueter tous les objets (lunettes, éléments de décoration), parfois égarés dans les chambres des autres résidents.
- Anticiper la sortie de l'unité lorsque le résident n'est plus éligible, afin de mieux accompagner résidents et familles à cette transition.

## Annexe



### **RECHERCHE DE L'ACCORD DES FAMILLES OU REPRESENTANT LEGAL POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN RESIDENT AU SEIN DE L'UNITE POUR PERSONNES AGEES DESORIENTEES DE LA PRAIRIE (UPAD)**

Madame, Monsieur,

L'établissement dispose d'une **Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD)** située **Rue de la Prairie**. L'admission se fait avec l'accord de la famille et si possible de la personne âgée elle-même, après avis du médecin coordonnateur, en concertation avec l'équipe de l'unité, l'infirmière faisant fonction de cadre de santé et la Direction.

#### **Critères d'admission au sein de l'unité de la Prairie**

- L'UPAD de la Prairie a vocation d'accueillir les personnes présentant des troubles des fonctions intellectuelles, dites aussi fonctions cognitives (perte de mémoire, troubles du langage, difficulté à effectuer les gestes de la vie quotidienne, désorientation dans le temps et l'espace, etc.) et du comportement (anxiété, agitation, déambulation, errance, etc.), complexifiant et perturbant la vie en collectivité et/ou mettant en danger le résident lui-même et/ou les autres résidents.
- La déficience cognitive de la personne ne lui permet plus de vivre dans son environnement actuel sans se sentir mise en échec de façon répétée (pas de démence débutante). Mais ces déficits cognitifs ne sont pas d'une sévérité telle qu'ils ne lui permettraient plus de bénéficier des stimulations adaptées dans ce nouvel environnement (pas de démence sévère).  
ne sont pas d'une sévérité telle qu'ils ne lui permettraient plus de bénéficier des stimulations adaptées dans ce nouvel environnement (pas de démence sévère).
- La dépendance physique ne doit être que partielle, c'est-à-dire que la personne doit pouvoir se tenir debout avec l'aide d'une seule personne. Elle doit pouvoir marcher ou se déplacer avec ou sans aides techniques, participer au moins partiellement à sa toilette et à son habillage et s'alimenter sous surveillance ou aide partielle et ce, afin de permettre la continuité d'une dynamique de groupe.
- La personne doit également avoir des besoins de sociabilisation compatibles avec la vie au sein d'une unité familiale
- L'admission d'un résident dans l'unité de la Prairie suppose qu'une évaluation soit réalisée tant du point de vue de son état général que de son degré de dépendance. Une évaluation trimestrielle avec le médecin sera effectuée pour déterminer si l'unité de vie continue de répondre à ses besoins ou s'il faut envisager sa sortie au profit d'un service ou d'une structure mieux adaptée à son état de santé.

#### **Critères de sortie de l'unité de la Prairie**

Ainsi le séjour au sein de l'unité de la Prairie ne doit pas être considéré comme définitif, car en dehors de l'existence de troubles comportementaux, cette unité n'a initialement pas vocation à accueillir des personnes lourdement dépendantes ou médicalisées. Le résident serait ainsi susceptible de quitter l'UPAD, lorsque :

- La dégradation cognitive ne permet plus à la personne de bénéficier des activités du quotidien proposées dans l'unité
- L'importance des troubles du comportement suscite agacement, énervement et agressivité de la part des autres résidents
- La dépendance physique de la personne mobilise plus d'un soignant et ne permet plus d'assurer une présence de l'équipe de soin auprès des autres résidents
- La personne ne souhaite plus rien partager avec les autres et préfère vivre isolée
- L'équipe pluridisciplinaire estimera que le résident n'est plus en interaction avec le groupe, qu'il n'est plus réceptif à l'accompagnement qu'il lui est proposé, qu'il ne tire plus bénéfice de son accompagnement ou qu'il nécessite un besoin de soins infirmiers trop important.

6 Rue du Docteur Alexis Carrel - 44 630 PLESSÉ - Tél : 02 40 79 60 03 - Fax : 02 40 51 90 65

L'UPAD de la Prairie n'accueillera pas en principe les personnes jusqu'en fin de vie.  
Dans l'ensemble de ces situations, un accueil sur les places d'hébergement classique de la Résidence deviendra alors nécessaire. Dans certaines situations, un transfert vers une autre structure, de type hospitalière, pourra se justifier.

La décision de proposition d'une nouvelle orientation est discutée en équipe pluridisciplinaire, qui rend un avis motivé par écrit. La décision finale appartient à la Direction.  
L'évolution de l'état de santé du résident peut conduire à un transfert vers un autre logement pour maintenir l'autonomie ou faciliter la démarche de soins. La décision est prise en équipe avec le résident ou sa famille.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter et signer le texte suivant :

✂-----

### COUPON REPONSE

Je soussigné(e) Madame/Monsieur .....

Reconnais avoir pris connaissance des critères d'admission et de sortie de l'unité de la Prairie de Madame / Monsieur .....

Et accepte qu'un transfert soit réalisé si l'état de santé de mon parent ou protégé ne remplit plus les conditions d'accueil au sein de cette unité.

Fait à .....

Le .....

Signature

---

6 Rue du Docteur Alexis Carrel - 44 630 PLESSÉ - Tél : 02 40 79 60 03 - Fax : 02 40 51 90 65

E-Mail : [accueil@rochefoucauld.fr](mailto:accueil@rochefoucauld.fr) - Site internet : <http://ehpad-larochefoucauld-plesse.fr>



# **PROJET DE SERVICE**

## **POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES (PASA)**

### **LA CLAIRIERE**

**2024-2028**

## Table des matières

Introduction.....	100
1 Les objectifs et principes qui guident l'accompagnement.....	101
1.1 Un PASA labellisé .....	101
1.2 Des principes indispensables au respect des objectifs .....	102
2 Les résidents accompagnés au PASA : entrée et sortie de la file active .....	103
2.1 L'entrée sur la file active.....	103
2.2 La sortie de la file active.....	103
2.3 Le projet personnalisé .....	103
3 Organisation architecturale de La clairière .....	104
4 Les familles .....	105
5 Les professionnels et leur organisation .....	105
5.1 Les professionnels qui interviennent à La Clairière .....	105
5.2 Organisation et transmissions internes .....	106
6 Le budget.....	106
7 Les activités au PASA.....	106
7.1 Les différents types d'activités.....	106
7.2 Une journée au PASA.....	108
7.3 Le suivi.....	108
8 Les projets.....	109
ANNEXES .....	110

## Introduction

La Résidence dispose d'un **Pôle d'Activités et de Soins Adaptés** de 12 places, nommé La Clairière.

Ce PASA a été labellisé en mars 2015, c'est-à-dire à l'ouverture de la nouvelle résidence, ce qui a permis de bénéficier d'emblée de nouveaux bâtiments.

Le PASA qui accueille à la journée des résidents de l'EHPAD souffrant de troubles cognitifs vient ainsi enrichir l'offre de la résidence La Rochefoucauld en proposant une alternative à l'hébergement en UPAD.

Le PASA dispose d'un projet de service co construit avec les Assistantes de Soins en Gériatrie (ASG) et l'équipe pluridisciplinaire. Un bilan d'activités est réalisé chaque année.

Nous présentons ci-après ce qu'est et propose « La Clairière » au sein de la résidence La Rochefoucauld dont vous pouvez consulter le projet d'établissement.

# 1 Les objectifs et principes qui guident l'accompagnement

## 1.1 Un PASA labellisé

Afin que le PASA soit labellisé par l'ARS, la résidence La Rochefoucauld a dû répondre à un cahier des charges, dont nous présentons ci-dessous les principaux éléments :

*L'extrait du cahier des charges précise : « Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée des résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :*

- *L'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;*
- *La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;*
- *L'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;*
- *La participation des familles et des proches ;*
- *La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure. »*

Ainsi, le PASA de la résidence La Rochefoucauld :

- Propose un accueil en journée de 12 résidents ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle. Chaque personne âgée concernée de l'EHPAD peut bénéficier d'un ou plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés. Les modalités de fonctionnement du PASA sont définies.
- Organise des activités individuelles ou collectives qui concourent :
  - o Au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, etc.),
  - o Au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, etc.),
  - o À la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie, etc.),
  - o Au maintien du lien social des résidents (repas, art-thérapie, etc.).Chacun de ces types d'activité est organisé au moins une fois par semaine.
- Présente un programme d'activités élaboré par l'équipe d'ASG en collaboration avec l'ergothérapeute et en lien avec le médecin coordonnateur et la psychologue.
- Bénéficie des partenariats engagés par l'ensemble de la résidence avec le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Au sein de la résidence La Rochefoucauld, le PASA est ouvert aux résidents du lundi au vendredi, de 10h30 à 15h30.

## 1.2 Des principes indispensables au respect des objectifs

Le PASA permet l'accueil à la journée des résidents atteints de troubles cognitifs modérés.

Le but est de maintenir ou de stimuler le savoir-faire du quotidien (actes de la vie courante), les facultés cognitives (mémoire, orientation, attention, raisonnement), sensorielles et les liens sociaux dans un cadre qui se veut comme à la maison.

Les activités sont donc variées : préparation de la table, jardinage, ateliers mémoire, chants, cuisine, peinture, gymnastique douce, etc.

Les principaux objectifs de l'accompagnement dispensé par le PASA auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont les suivants :

- Ralentir la progression de la maladie en sollicitant les capacités cognitives restantes,
- Permettre une prise en charge non médicamenteuse,
- Maintenir le lien social,
- Redonner confiance en soi et améliorer l'estime de soi,
- Améliorer les capacités motrices (réappropriation corporelle, prévention des chutes),
- Apporter du bien-être, réduire l'anxiété.

Dans le respect des valeurs affirmées dans le projet d'établissement et de la charte de bientraitance qui engage tous les professionnels, l'équipe affirme la volonté de ne pas mettre en échec le résident, aussi s'agit-il de savoir s'adapter et donc faire preuve de souplesse tant au niveau des personnes que des temps de la journée.

## 2 Les résidents accompagnés au PASA : entrée et sortie de la file active

### 2.1 L'entrée sur la file active

Il s'agit de **résidents de l'EHPAD** La Rochefoucauld atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. L'orientation vers le PASA peut être suggéré par les professionnels de l'EHPAD en transmissions.

L'inscription dans la file active se fait suite au remplissage d'une grille d'évaluation (**NPI-ES**). Une réunion mensuelle est organisée.

L'admission se fait sur **consentement du résident** et en informant la famille. Cette dernière signe le document « Recherche de l'accord des familles ou représentant légal pour la prise en charge d'un résident au sein du PASA »

La file active comporte au total 24 résidents, répartis en 2 groupes pouvant être modulables :

- Groupe 1 : Lundi, Mercredi et Vendredi
- Groupe 2 : Mardi et Jeudi

De nombreux paramètres interviennent sur la constitution des groupes : nature des activités/centres d'intérêts du résident, niveau de complexité, fatigabilité, ...

Cependant, le critère prioritaire est très certainement les **liens sociaux**.

### 2.2 La sortie de la file active

L'accueil en journée au PASA est suspendu quand le résident ne tire plus de bénéfices de ces journées ou quand les troubles psycho comportementaux altèrent l'accompagnement collectif.

Une décision est alors prise en équipe pluridisciplinaire et tracée sur Netsoins ; la famille est informée par un appel de la psychologue.

### 2.3 Le projet personnalisé

Des référents (trio constitué d'une IDE, une AS et une hôtelière) sont nommés pour chaque résident de La Rochefoucauld.

Les **ASG du PASA sont conviées** à la réunion sur le projet personnalisé et un chapitre du projet est d'ailleurs consacré au PASA.

**Le bilan semestriel** réalisé par les ASG du PASA sert à l'élaboration du projet personnalisé.

Les ASG du PASA s'appuient sur la liste des centres d'intérêts des 24 résidents et sur les échanges, pour élaborer le planning des activités.

### 3 Organisation architecturale de La clairière

Le PASA « La Clairière » est situé au 1<sup>er</sup> étage en rez de jardin et est composé de :

- 2 salles d'animation,
- Une cuisine thérapeutique,
- Un espace salle à manger,
- Un salon dédié au repos,
- Des WC/SDB,
- Un local de rangement,
- Un accès à un jardin clos, au rez de jardin, partagé avec l'Unité pour Personnes Agées Dépendantes de La Prairie,
- Une salle d'équipe, partagée avec cette même unité.
- Une salle Snoezelen, commune à l'EHPAD et UPAD.

**Les accès** peuvent si besoin être fermés mais ils restent ouverts permettant le respect de la liberté d'aller et venir. Quand les portes sont fermées c'est d'avantage pour éviter des perturbations venant de l'extérieur...

**Le jardin**, clos, est directement accessible à partir des locaux de l'unité (rez de jardin). Il est très apprécié des résidents.

Il propose des allées de promenades, une grande terrasse qui permet de prendre les repas aux beaux jours. Il est équipé de parasols et salons de jardin.

Des bacs à hauteur permettent d'entretenir un petit potager.

Des **éléments de repérage** mais aussi de décoration sont présents :

- Affichage des menus
- Planning d'activités
- Peinture murale avec photos des résidents
- Décoration de saison à l'entrée

**Différents matériels** sont disponibles :

- Télé, vidéoprojecteur, écran de projection
- Sonorisation
- Ordinateur
- Divers jeux de société



Projet d'é



La Rochefou

## 4 Les familles

Afin de *favoriser la concentration des résidents*, nous demandons aux familles de ne pas effectuer de visite quand leur proche est au PASA.

Il est à noter que les journées sont fixes et notées sur l'agenda du résident dans sa chambre.

Le *site de la résidence* est une source d'informations riche pour connaître les activités et menus du PASA.

Lors du *projet personnalisé* (avec une partie PASA), les familles sont conviées.

Tous les 6 mois, les professionnels confectionnent un livret avec les activités et photos consultable à l'accueil. Les familles sont prévenues par mail.

Une réunion annuelle en début d'année permet de *recenser les souhaits et envies* du résident et d'établir le budget.

Dans *la réunion annuelle des familles*, un temps est consacré au PASA, y sont présentés :

- Un rappel de l'organisation et caractéristiques,
- Le bilan d'activités de l'année écoulée,
- Les projets,
- La réponse aux différentes questions.

Enfin, à l'entrée du résident au PASA et lorsqu'il ne peut plus en bénéficier, la *psychologue* contacte les familles.

## 5 Les professionnels et leur organisation

### 5.1 Les professionnels qui interviennent à La Clairière

- **Deux Assistantes de Soins en Gériatrie,**

Elles travaillent à temps plein, du lundi au vendredi, de 9h00 à 16h00.

Leur rôle est de soutenir et stimuler les résidents accueillis lors d'activités cognitives et motrices.

Il est à noter que chaque année une ASG est remplacée.

- Intervention de la *psychologue* de la Résidence, qui participent à l'actualisation de la file active et en soutien aux ASG face aux situations complexes.

- Intervention de l'*ergothérapeute* de la Résidence.

Son rôle est d'améliorer la qualité de vie des résidents dans les activités de la vie quotidienne par la mise en place d'activités thérapeutiques, avec des objectifs précis et personnalisés, d'adaptation, d'aides techniques et de positionnement.

Elle intervient pour une activité thérapeutique hebdomadaire.

- Participation du **médecin coordonnateur, de la cadre de santé, psychologue, ergothérapeute et animatrice** à une réunion pluridisciplinaire mensuelle visant à actualiser la file active et appuyer la mise en œuvre technique des projets

## 5.2 Organisation et transmissions internes

Des temps d'échanges et de coordination s'effectue en journée entre les 2 ASG présentes et le lundi matin durant l'activité animée par un intervenant extérieur.

Il existe par ailleurs :

- Le logiciel de transmissions Netsoins comme pour l'ensemble de l'EHPAD,
- Réunion trimestrielle avec l'animatrice afin de préparer et organiser les 3 repas à thème dans l'année,
- Participation aux commissions menus et commission animation (instances de l'établissement)

## 6 Le budget

Un budget est attribué au PASA chaque année (900 euros en 2023).

Il permet d'acheter des fournitures, des décorations, des jeux divers, des matériaux, des consommables, et diverses courses.

Ce budget participe aussi aux frais pour les sorties en général.

Il est à noter que sur certaines sorties les familles sont sollicitées pour un accompagnement humain ou financier.

## 7 Les activités au PASA

Il est à noter que les ASG du PASA effectuent chaque matin 2 douches thérapeutiques et une toilette au lavabo.

Le PASA propose une prise en charge non médicamenteuse à travers différentes activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives.

### 7.1 Les différents types d'activités

Le planning hebdomadaire d'activités est préparé le vendredi par les 2 ASG et affiché et publié le lundi matin.

#### Activités cognitives :

- Atelier mémoire (jeux de société, jeux de lettres, jeux de chiffres, petit bac, énigmes, ...),
- Atelier sensoriel,
- Séances Snoezelen (en dehors du PASA).

#### Activités motrices :

- Atelier gymnastique douce (mobilisation articulaire et musculaire, renforcement, jeu du parachute, utilisation du nouveau chariot de motricité, etc.),
- Atelier relaxation,
- Atelier équilibre (jeux de balles, quilles, parcours de marche, jeu d'adresses etc.).

**Atelier en lien avec l'image de soi :**

- Atelier esthétique (maquillage, soin de la peau, manucure),
- Atelier bien être (massage du visage et des mains),
- Douche thérapeutique,
- Bain thérapeutique, avec lumière, musique et ultrasons,
- Séance snoezelen (2 cibles en cours : détente/bien-être et angoisse/anxiété).

**Activités d'expression et de communication :**

- Groupe d'expression (lecture du journal et du « Vite lu », jeux de société, groupe de parole, etc.),
- Atelier écriture : copie d'un poème, copie d'une poésie, écriture des menus pour les repas à thème, dictée, etc.

**Activités créatives :**

- Atelier dessin / coloriage,
- Atelier peinture,
- Atelier bricolage,
- Atelier manuel (remplissage, découpage, collage),
- Atelier mandalas,
- Atelier tissage.

**Activités domestiques :**

- Cuisine thérapeutique,
- Repas thérapeutique,
- Pliage du linge,
- Petit entretien.

**Activités relationnelles :**

- Gouter d'anniversaire,
- Échanges,
- Une dégustation de potage,
- Sorties : pique-nique, restaurant, cinéma.

Une collaboration avec l'animatrice de l'EHPAD s'effectue sur des festivités comme les repas à thèmes, le loto, les excursions, les spectacles.

## 7.2 Une journée au PASA

Le PASA est ouvert du lundi au vendredi.

Les 2 ASG commencent leur journée de travail à 9H00 par :

- Consultation des transmissions sur Netsoins,
- Accompagnement de toilette thérapeutique (douche et toilette au lavabo) de résidents qui rejoindront le PASA du jour : il s'agit de stimuler pour favoriser l'appropriation du corps, la reconnaissance des objets, la prise en compte de l'image de soi. C'est un temps privilégié d'accompagnement individuel, dans le logement du résident, dans le but d'autonomiser le résident dans les gestes de la vie quotidienne.

**10H30** La Clairière ouvre ses portes. Des résidents viennent seuls, certains doivent être accompagnés, quelques résidents vont aussi chercher d'autres résidents.

Temps d'accueil, de rituel journalier, de re familiarisation et constitution du groupe autour d'un café.

Moment favorable pour resituer dans le temps : date, saison, mois, présentation de la journée

**11H00** Première activité. Parfois 2 activités sont proposées ou plus souvent 2 groupes sont animés sur la même activité mais avec des niveaux de complexité différents.

**12H00** Aide à la mise du couvert. Un résident peut accompagner pour aller chercher le chariot en cuisine. Les professionnels mangent avec les résidents.

Le déjeuner est servi à l'assiette.

Le résident choisit son lieu de repas.

Un café est servi en fin de repas.

**13H15** Des résidents aident au débarrassage, ...

Temps de repos ou télévision... Certains préfèrent se reposer dans leur chambre puis reviennent ou non pour l'activité.

**14H00** Seconde activité de la journée (en 1 ou 2 groupes)

**15H15** Débriefing de la journée (rituel de fin comme au début de journée) autour d'un verre. Raccourci de certains résidents vers l'animation EHPAD ou vers leur chambre.

**15H30/16H00** Les professionnels rangent, font le bilan de la journée et réalisent leurs transmissions et évaluations.

## 7.3 Le suivi

A l'issue de chaque journée, un bilan des activités est réalisé pour chaque groupe, à l'aide d'un tableau Excel. Sont précis : passif/actif, interactions ou non avec les professionnels/avec les autres résidents/activité appréciée ou non, ... .

Tous les 6 mois un bilan est réalisé pour chacun des résidents.

Toute information à transmettre est notée sur le logiciel Netsoins.

## 8 Les projets

- Inviter des référentes au PASA pour actualiser les NPI-ES 1 à 2 fois par mois.
- Former de nouveaux ASG à Snoezelen ... ou information ?
- Former à « toucher/massage »
- Aménager le jardin : coin d'ombre sur la terrasse, parcours sensoriel, ...
- Envisager un temps convivial avec les familles en petit groupe.

## ANNEXES

- 1 - Courrier famille
- 2 - Tableau d'activités



**RECHERCHE DE L'ADHESION DES FAMILLES  
OU REPRESENTANT LEGAL POUR LA  
PARTICIPATION D'UN RESIDENT AU PASA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons, que votre parent, M. ou Mme ....., a aujourd'hui la possibilité d'intégrer notre Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Nous sollicitons votre accord par ce courrier. Afin de décider en connaissance de cause, voici une brève présentation de ce dont il s'agit :

Le PASA permet d'accueillir, une ou plusieurs journées par semaine, les résidents ayant des troubles cognitifs et/ou du comportement modérés (arsaisé, perte d'intérêt), dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives.

Le but est de maintenir ou de stimuler le savoir-faire du quotidien (actes de la vie courante), leurs facultés cognitives (mémoire, orientation, attention, raisonnement), sensorielles et leurs liens sociaux dans un cadre qui se veut comme à la maison. Les activités sont donc variées : préparation de la table, jardinage, ateliers mémoire, chants, cuisine, peinture, gymnastique douce, etc.

L'admission dans cette unité a été proposée suite à une réflexion en équipe (médecin, infirmières, soignants, psychologue) et après validation des critères spécifiques requis. En fonction de l'évolution de votre parent, la fréquence de sa présence sera ajustée et s'il ne tire plus de bénéfice du P.A.S.A, la prise en charge sera redirigée vers l'EHPAD. Vous en serez tenu informés.

Par ailleurs, nous demandons aux familles d'éviter les visites lorsque leur proche est au P.A.S.A sachant que les activités débutent à 10h30 et se terminent à 15h30.

Nous vous remercions avec plaisir si vous souhaitez davantage d'informations.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter et signer le texte suivant :

✂.....  
COUPON REPONSE

Je soussigné(e) Mme/M. .... reconnais avoir pris connaissance de ce qu'est un P.A.S.A et accepte / refuse l'intégration de mon parent (reper le mot(s) insé(s)é) :  
Mme/M. .... au sein de cette unité.

Fait à  
Le

Signature

6 Rue du Docteur Alexis Carrel - 44 630 PLEISSÉ - Tél : 02 40 79 60 03 - Fax : 02 40 51 90 65

E-Mail : accueil@ehpad-rochefoucauld.fr - Site Internet : <http://ehpad-rochefoucauld-plese.fr>

NOM, Prénom	
Date d'entrée au PASA	
MMSE	
NPI-ES	
AGGIR	

**Evaluation hebdomadaire du résident au PASA**

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Act cognitive	0	0	0	0	0	0	0	0
Act motrice	0	0	0	0	0	0	0	0
Act image de soi	0	0	0	0	0	0	0	0
Act expression/communication	0	0	0	0	0	0	0	0
Act créative	0	0	0	0	0	0	0	0
Act domestique	0	0	0	0	0	0	0	0
Act relationnelle	0	0	0	0	0	0	0	0
Sorties	0	0	0	0	0	0	0	0

<b>Activité cognitive</b>	<b>Janvier</b>	
	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
Activité cognitive	Participation 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3- Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Activité Motrice</b>		<b>Janvier</b>
Activité motrice	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3- Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Activité Image de soi</b>		<b>Janvier</b>
Act image de soi	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3-Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Activité Expression/Communication</b>		<b>Janvier</b>
Act expression/communication	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	<b>Participation</b> 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	<b>Satisfaction</b> 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifeste 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	<b>Interactions sociales / Communication</b> 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3- Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	<b>Destinataire des interactions :</b> P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	<b>Troubles du comportement *</b> 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	<b>Commentaires</b>	

<b>Activité Créative</b>		<b>Janvier</b>
Act créative	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0 - pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3-Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Activité Domestique</b>		<b>Janvier</b>
Act domestique	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0 - pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3-Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Activité relationnelle</b>		<b>Janvier</b>
Act relationnelle	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3-Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	

<b>Sortie</b>		<b>Janvier</b>
Sortie	Date	
	Initiales de la prof. Présente	
	Activité	
	Participation 0- pas de participation (préciser si refus) 1- participation sur sollicitation et avec aide 2- participation sur sollicitation sans aide 3- participation spontanée (sans aucune guidance)	
	Satisfaction 0- Insatisfaction exprimée (verbale ou non-verbale) 1- aucun signe manifesté 2- Quelques signes ponctuels manifestés 3- Satisfaction manifeste tout au long de l'atelier	
	Interactions sociales / Communication 0- Aucun échange (verbal ou non-verbal) 1- Echange non-verbal, en réponse à une sollicitation. 2- Echange verbal, en réponse à une sollicitation 3- Echange verbaux et non-verbaux : réponse(s) et sollicitation(s)	
	Destinataire des interactions : P : le personnel R : les résidents 2 : les 2	
	Troubles du comportement * 0- Aucun 1- Quelques manifestations pendant les activités (gênantes pour le groupe ou l'activités) 2- Manifestations qui empêchent l'activités 3- Manifestations comportementales dangereuses pour lui et/ou les autres résidents.	
	Commentaires	