



PROJET D'ETABLISSEMENT



2017-2021

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
9, Rue Eulalie Béchade • 47260 VERTEUIL-D'AGENAIS
Tél. : 05 53 88 34 00 • accueil@ehpadeulalie.fr

Ce document et son contenu sont la propriété de l’Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EULALIE. Aucun droit de propriété intellectuelle n’est accordé par la communication du présent document ou son contenu. Ce document ne doit pas être reproduit ou communiqué à un tiers sans l’autorisation expresse et écrite de la directrice de la Résidence EULALIE de VERTEUIL D’AGENAIS. Ce document et son contenu ne doivent pas être utilisés à d’autres fins que celles qui sont autorisées.

Table des matières

I.	PREAMBULE.....	6
II.	INTRODUCTION : LE PROJET D'ETABLISSEMENT.....	9
1.	Présentation de la Résidence EULALIE de VERTEUIL D'AGENAIS.....	9
2.	Les grands axes fixés par le projet d'établissement.....	10
2.1.	Les valeurs de la Résidence EULALIE, « ce en quoi nous croyons » :.....	10
2.2.	La mission, « ce pourquoi nous existons » :.....	10
2.3.	La vision, « ce que nous voulons être » :	11
2.4.	La stratégie de la structure, « notre plan d'action » :.....	11
2.5.	Les projets stratégiques, « ce que nous devons faire » les axes de progrès :	11
III.	LE PROJET DE VIE	12
1.	Structure de l'établissement	12
1.1.	Les espaces collectifs.....	12
1.2.	Les espaces privés	13
2.	L'accessibilité avec la cité :	14
3.	Caractéristiques des personnes âgées accueillies.....	14
4.	La sécurité au sein de l'établissement.....	15
4.1.	La sécurité incendie :	15
4.2.	Sécurité en restauration collective :.....	16
4.3.	Sécurité des résidents :	16
4.4.	Sécurité des biens des résidents :.....	16
4.5.	Sécurité de la gestion des déchets d'origine humaine :.....	16
4.6.	Sécurité de l'entreposage des médicaments.....	16
4.7.	Sécurité des locaux médicaux et paramédicaux	16
5.	La sécurisation des résidents.....	17
6.	Les prestations	17
6.1.	La restauration	17
6.2.	L'outil de production des repas :	18

7.	L'entretien des locaux/ service entretien	19
8.	La prise en charge du linge/blanchisserie.....	21
9.	Le projet service technique et évolution architecturale	22
10.	La Résidence sa structure immobilière.....	23
IV.	LE PROJET D'ANIMATION.....	25
1.	Les objectifs de l'animation sociale	25
2.	Le rôle des animatrices	25
2.1.	Activité d'expression et de participation des résidents au sein de l'institution	25
2.2.	Les activités communicatives/relationnelles	26
2.3.	Les activités cognitives et culturelles.....	26
2.4.	Les activités physiques	26
2.5.	Les activités d'ouverture sur l'extérieur/de lien avec l'extérieur	26
2.6.	Les activités ponctuelles marquant l'année	26
2.7.	Les activités individuelles.....	26
V.	LE PROJET DE SOINS	28
1.	La coordination des soins.....	30
1.1.	Le médecin coordonnateur	30
1.2.	Les médecins libéraux.....	32
1.3.	Le cadre de santé et les infirmiers salariés.....	32
1.4.	Les intervenants libéraux.....	34
2.	L'équipe d'accompagnement :.....	35
2.1.	Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques	35
2.2.	Les agents de service hospitalier	37
3.	Le psychologue	38
4.	La permanence des soins.....	39
5.	Politique du médicament en EHPAD :.....	40
6.	La prévention et la maîtrise du risque infectieux :	42

VI.	LE PROJET INDIVIDUALISE	43
1.	Protocole d'admission du résident :	43
2.	Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)	44
3.	La prévention des risques liés à la vulnérabilité de la personne âgée :	45
3.1.	Prévention de la perte d'autonomie	45
3.2.	L'incontinence	47
3.3.	Dépistage et prise en charge de la dénutrition :	48
3.4.	Prévention de la dénutrition :	50
3.5.	Prévention du risque d'escarres	50
3.6.	La prévention des chutes	51
3.7.	La contention physique	53
3.8.	La prise en charge de la douleur, mise en œuvre, grilles d'évaluation	54
3.9.	Dépistage de la Démence et approche de prise en charge des Symptômes Psycho-Comportementaux liés à la démence (SPCD)	57
3.10.	Prévention/Dépistage de la dépression et Risque suicidaire	58
3.11.	L'accompagnement de la fin de vie, accompagnement famille et personnel, équipes mobiles	59
VII.	PROJET BIENTRAITANCE	63
1.	La bientraitance	63
1.1.	Mission	63
1.2.	Ce que nous devons savoir concernant la bientraitance :	63
1.3.	Les obstacles à la Bientraitance	64
2.	Le projet « HUMANITUDE »	64
2.1.	Existant	65
2.2.	Objectif	66

I. PREAMBULE

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements sont dans l'obligation d'instaurer une démocratie sociale dans leurs pratiques. Elle s'exprime par la mise en place d'instances de concertation et par l'élaboration de documents officiels. Cette loi a apporté des précisions concernant le fonctionnement des établissements.

En outre, l'article 311-8 définit le projet d'établissement comme devant être le document de base qui décrit les principaux objectifs et priorités et détermine les mesures et moyens nécessaires à leur réalisation dans la structure.

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... ».

Dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite de la Résidence EULALIE prévu en 2016, son projet d'établissement présenté ci-après a été entièrement élaboré afin de projeter et d'optimiser l'organisation, à la fois hôtelière, médicale, technique et psychologique des usagers bénéficiaires des services de la structure.

Démarches entreprises pour sa réalisation :

Ce projet d'établissement a été élaboré en deux temps, suite à un changement de direction et d'organisation : mise en place d'une Direction commune avec la Résidence de Miramont de Guyenne au 1er janvier 2015, après un intérim de direction de 4 mois.

Un second comité de pilotage, partiellement recomposé, a été réuni pour valider et compléter ce travail. Il s'est réuni selon l'avancée de ses travaux.

Il est composé, de façon continue ou intermittente des membres suivants :

Madame BEFFY, Directrice
Monsieur BELLOTI, aide-soignant
Madame PATFOORT, infirmière
Monsieur MOURS, technicien maintenance
Madame MARTINET, lingère
Madame DUPUY, animatrice
Madame LAFUENTE, psychologue
Madame, HARRIBEY, chef de cuisine
Monsieur CASTIONI, service entretien
Madame LABAT, cadre de santé
Docteur GALPIN, médecin coordonnateur

Un consultant extérieur, M. MIANNE du Cabinet PM CONSEILS & Consultants, est intervenu durant plusieurs mois afin de mener à bien les différentes missions qui lui ont été confiées par la direction :

- Participation à la constitution du comité de pilotage.
- Participation à l'évaluation interne avec le comité.
- Formation et information du groupe concernant tout sujet de gériatrie.
- Evaluation de la mise en œuvre effective du système qualité et de la gestion documentaire.
- Participation à la synthèse de l'existant et à la mise en évidence des projets à mettre en œuvre durant la deuxième convention.
- Préparation avec le comité de pilotage aux divers avant-projets constituant le projet d'établissement.

L'organisation et l'élaboration écrite du projet d'établissement ont été réalisées dans un second temps puis validé par le comité de pilotage.

La durée de validité du projet est de 5 années, soit durant les années 2017 à 2021.

Définition du projet d'établissement de la Résidence EULALIE

Le projet de la Résidence EULALIE constitue l'approche générale de la manière dont l'établissement conçoit et organise la prise en charge des usagers. Il est la retranscription du fonctionnement projeté de la Résidence.

Il a pour objet de favoriser la qualité de vie des personnes qui entrent, sont ou seront hébergées et doit donc être centré autour du résident.

Il correspond à certaines exigences en matière de qualité à tous les stades de la prise en charge du résident :

- accueil et information claire avant l'admission ;
- espaces privatifs, collectifs et spécifiques ;
- animation et vie sociale ;
- prise en charge médico-sociale et accompagnement de fin de vie ;
- compétences et motivation des professionnels.

Il est évolutif pour s'adapter à la dépendance des résidents, aux modifications structurelles et aux évaluations périodiques.

Cet établissement présente des singularités liées aux dernières années de fonctionnement. Ainsi cet EHPAD depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a signé deux conventions tripartites sans avoir présenté de projet d'établissement formalisé.

Nul n'était la volonté de l'établissement de se soustraire à cette obligation, mais une succession de directions, prise de poste, longues périodes de Direction par intérim, conjuguées à un chantier important de réhabilitation de la structure pendant plus de quatre ans, travaux complexes et parsemés d'incidents et de retards ont écarté la Résidence « des rythmes normaux » d'évolution depuis la réforme du secteur médico-social.

Malgré ces difficultés, l'établissement présente une activité stable et une réputation générant une attraction réelle.

Les deux tiers de la Résidence ont été rénovés, le reste de la structure bien entretenu présente cependant un confort modeste et ne répond plus aux exigences de confort pour des personnes âgées dépendantes, et n'est pas aux normes en matière d'accessibilité.

Une nouvelle Direction en place depuis 2015 met en évidence une fragilité financière. Néanmoins, cette Direction impulse avec une énergie forte, un dynamisme, un « rattrapage du temps » au vu du renouvellement de la convention tripartite en 2016.

L'évaluation externe de la Résidence a été réalisée en 2015, associée à un plan d'action quinquennal, l'ensemble de cette documentation sert de base de réflexion pour le présent projet d'établissement.

Le projet d'établissement est composé :

- Du projet de vie, axe général d'évolution
- Du projet administratif
- Du projet d'animation,
- Du projet d'entretien, hygiène des locaux
- Du projet cuisine, restauration
- Du projet blanchisserie, circuit du linge
- Du projet de soins et des prises en charge spécifiques,
- Du projet social, et GRH
- Du projet qualité et de maîtrise des risques,
- Du projet bientraitance
- Du projet architectural, et de maintenance technique des biens
- Du projet de communication, coordination, coopération.

Le projet d'établissement de la Résidence EULALIE répond :

- A la loi du 2 janvier 2002.
- Aux recommandations du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999.
- A l'outil d'évaluation interne réalisée en 2013.
- A la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- A la pyramide des besoins « de Maslow ».
- Aux recommandations de l'ANESM.

II. INTRODUCTION : LE PROJET D'ETABLISSEMENT

1. Présentation de la Résidence EULALIE de VERTEUIL D'AGENAIS

Situation : l'établissement est situé sur la commune de Verteuil d'Agenais, le bourg, au nord-ouest du Département de Lot et Garonne.



Environnement : rural



Date d'autorisation : 03 janvier 2017

Date d'ouverture : 03 avril 1910

Date signature convention tripartite : 2016

Capacité autorisée : 81 lits

Statut de l'établissement : Etablissement public avec personnalité morale.

Convention de direction commune avec la Fondation Soussial de MIRAMONT DE GUYENNE

Habilitation à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

2. Les grands axes fixés par le projet d'établissement

2.1. Les valeurs de la Résidence EULALIE, « ce en quoi nous croyons » :

Le projet devra prendre en compte les valeurs suivantes, au minimum, pour fonctionner selon l'éthique partagée par l'ensemble des professionnels.

Valeurs pour la prise en charge des résidents

- Dignité
- Tolérance
- Respect
- Qualité

Valeurs pour l'équipe de travail

- Confiance
- Cohésion
- Responsabilité
- Solidarité

La personne âgée doit pouvoir, à tous les stades de son autonomie, exercer les droits fondamentaux qui lui sont reconnus, notamment à travers la Charte des personnes âgées dépendantes et les recommandations en cours.

Un accompagnement adapté, évolutif, défini dans le projet d'établissement doit lui permettre d'être : Acteur de sa vie avec le soutien de sa famille, être écoutée, entendue et véritablement aidée. Reconnue dans son rôle social, au sein de la structure en tant que sujet fait de désirs et ayant droit au respect de sa dignité, de ses choix et de sa citoyenneté, cette reconnaissance s'exprime au travers du projet personnalisé dont la personne âgée est « co-auteur ».

Dans le respect mutuel des rôles et des compétences de chacun, un réel partenariat doit être établi. Une prise en charge de qualité implique de chacun tolérance, solidarité, comportement citoyen, authenticité, confiance accordée et respectée. Ces éléments permettent le développement d'un esprit d'équipe efficace, d'une cohérence et d'une cohésion au service des personnes âgées et des familles.

Concernant le monde extérieur, la compétence de la structure doit permettre d'affirmer la qualité du service rendu et, par là même, de participer à sa reconnaissance.

La traduction des valeurs en résultats souhaités

2.2. La mission, « ce pourquoi nous existons » :

« Offrir un accompagnement et des soins de qualité à la personne âgée accueillie, dans le respect de sa dignité, en préservant son autonomie jusqu'à la fin de sa vie ».

2.3. La vision, « ce que nous voulons être » :

« LA RÉSIDENCE EULALIE souhaite fournir un excellent niveau de prestations et satisfaire aux critères de qualité les plus élevés en matière de prise en charge des usagers : résidents, familles et partenaires, grâce à un personnel fidélisé, compétent et responsable ».

2.4. La stratégie de la structure, « notre plan d'action » :

- Maintenir les équilibres budgétaires de l'établissement.
- Renforcer l'image de marque.
- -Garantir un haut niveau de satisfaction, de confort et de sécurité
- Fidéliser un personnel compétent et responsable.

2.5. Les projets stratégiques, « ce que nous devons faire » les axes de progrès :

Ils seront décrits tout au long de ce document.

Les résultats stratégiques :

- Reconnaissance des droits de la personne, selon les recommandations de l'ANESM et la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante et les textes législatifs.
- Respect de la liberté du résident tout en garantissant sa sécurité.
- Respect de la dignité, de l'intimité, la citoyenneté, l'indépendance du droit d'expression, indispensables à l'épanouissement de l'usager.
- Accompagnement et soins de qualité, adaptés, évolutifs, en considérant la personne comme un acteur jusqu'aux derniers instants de sa vie.
- Maintien des liens familiaux : information, accueil, partage.
- Soutien et implication des familles à la vie de l'établissement.
- Respect des réglementations en vigueur.
- Adaptation de la structure à l'évolution des personnes dans un souci de cohérence et de qualité.
- Formation et implication du personnel au projet d'établissement et à la démarche qualité.
- Evaluations périodiques des pratiques et mise en place d'actions correctives dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité.
- Développement des relations de complémentarité avec d'autres structures et acteurs médicaux, paramédicaux, médico-sociaux.
- Implication dans une coordination gériatrique.

III. LE PROJET DE VIE

Le projet de vie a pour objet de :

- Donner une vision nouvelle de l'établissement,
- Fédérer les équipes autour d'un projet commun, coproduit par l'ensemble des acteurs et issu des besoins et des attentes des usagers,
- Favoriser la qualité de vie des personnes hébergées.

En fixant en amont les objectifs de l'institution, il permet de prévoir l'organisation et les moyens de les atteindre. La philosophie du projet requiert d'obtenir l'adhésion de chaque membre du personnel et de la traduire efficacement sur le terrain. Les médecins et les autres intervenants adhéreront au projet dans le respect des règles qui leur sont applicables.

Le projet de vie qui répond aux exigences réglementaires a pour vocation d'être un véritable guide des actions et de la démarche de l'établissement.

Le projet de vie est avant tout un manifeste philosophique qui affirme clairement l'orientation dans laquelle chaque acteur doit évoluer ; il permet de recréer, avec le résident, le « chez-soi quitté ».

1. Structure de l'établissement

1.1. Les espaces collectifs

a) Mission :

La maison de retraite est conçue pour susciter une atmosphère chaleureuse et conviviale respectant la liberté et l'autonomie de chacun au sein de la collectivité.

b) Existant :

Les locaux collectifs et de circulation des personnes :

- L'entrée principale débouche sur la salle à manger et l'accueil est situé dans l'espace administratif.
- L'éclairage naturel se fait par les baies vitrées.
- Une véranda ouverte à l'entrée de l'établissement : espace fumeur pour les résidents

Les salles de restaurant et les salons :

- La salle à manger salon pour les résidents, d'une superficie correcte, est équipée de tables, chaises et vaisseliers. L'éclairage naturel est important. Cette pièce est climatisée.
- Une pièce polyvalente (à disposition des résidents et des familles, utilisée également pour l'animation) est équipée de la même manière :
- L'éclairage également naturel, se fait par de larges baies donnant sur un patio.
- Cette salle mérite une étude pour accroître la convivialité et le confort

Les espaces de circulation :

- Les couloirs sont éclairés en permanence et des ouvertures sur l'extérieur apportent une lumière naturelle aux Erables, ce qui n'est pas le cas aux Peupliers
- Les revêtements de sol sont en PVC.

- Tous ces espaces sont équipés de mains courantes et d'un système de lutte contre l'incendie (portes coupe-feu, trappes de désenfumage reliées à la centrale incendie).
- Les circulations verticales sont récentes, suite à la réhabilitation, les ascenseurs sont équipés pour l'accessibilité aux personnes handicapées.

Les espaces spécifiques

- Trois bureaux sont actuellement occupés par les personnels de direction, et administratif,
- Un bureau pour le médecin coordonnateur,
- Un bureau pour les deux animatrices,
- Un bureau infirmier et pharmacie et un bureau de transmissions sont à la disposition du personnel de soins,
- Un salon d'esthétique et coiffure a été créé en août 2015,
- Un espace cuisine,
- Un magasin pour les achats de première nécessité et vêtements, pour les résidents et les familles.

Les surfaces sont faibles, mal localisées et insuffisantes.

Les espaces et équipements de service :

- L'infirmier, abrite le « local pharmacie », fermant à clé. Il permet de stocker les médicaments.
- Les utilités sales permettent le stockage des chariots de ménage dans chaque secteur.
- La blanchisserie est équipée pour fonctionner en toute autonomie, celle-ci a été reconstruite récemment.
- L'atelier communique directement avec l'extérieur
- Des réserves diverses

Equipements de service :

- Les chariots de distribution de médicaments permettent une préparation quotidienne et un stockage sécurisé.
- Les chariots de distribution des repas respectent les normes HACCP.
- Les chariots de ménage permettent le respect des recommandations en matière d'hygiène.

Les jardins, le parc :

Le jardin principal offre un espace de promenade sécurisé partiellement, et comportant des dénivelés, il est vaste.

1.2. Les espaces privés

a) Mission :

L'espace privé est considéré comme la transposition, en établissement, du domicile du résident. Il est un lieu convivial et accessible.

Le résident garde la possibilité de personnaliser son logement avec son mobilier et ses objets familiers.

Le logement doit être considérée, par tous, comme un « chez-soi », permettant au résident de recevoir familles et amis (fumer est interdit dans les logements).

b) Existant :

Nombre de logements :

- 75 logements individuels.
- 3 logements doubles.

Equipements des logements pour la partie neuve début 2014 (bâtiment les Peupliers) :

- Adaptation au handicap.
- Largeur des portes : 103 cm.
- Les portes ferment à clé avec targette intérieure.
- Douche avec siphon de sol.
- Rayon giratoire respectant les normes.
- Dispositif d'appel pour chaque lit et chaque salle de bains.
- Sanitaires complets : douches, WC, lavabo, barre d'appui.

Equipements des logements pour la partie ancienne années 80 (bâtiment les Erables) :

- Adaptation au handicap : non
- Largeur des portes : 80 cm pour les salles de bain, 103 pour la porte principale
- Les portes ferment à clé avec targette intérieure.
- Douche avec siphon de sol : non
- Rayon giratoire respectant les normes : non
- Dispositif d'appel pour chaque lit et chaque cabinet de toilette.
- Sanitaires : WC, lavabo, barre d'appui. Absence de douche.

Mobilier : il est composé d'un lit, d'un placard mural, d'une commode-table- bureau, d'un chevet, d'une chaise, et d'un fauteuil. Il est ancien, hétérogène et peu esthétique

Chaque logement est identifié au nom du résident.

Ouverture des fenêtres à la française avec vue sur les jardins et la campagne.

Prise de téléphone à chaque lit et prise de télévision dans chaque logement.

Revêtement de sol PVC.

2. L'accessibilité avec la cité :

L'établissement est situé en bas du bourg et une assez forte déclivité est préjudiciable aux déplacements. Des trottoirs neufs et un parking visiteurs ont été créés aux abords de l'établissement.

3. Caractéristiques des personnes âgées accueillies.

ETUDE DE L'AGE DE LA POPULATION ACCUEILLIE					
ANNEE	Nombre total de résidents	Age moyen	Genre	Nombre de résidents	Age moyen
2014	81	81,5	Hommes	31	81,5
			Femmes	50	89,11
2015	81	85,11	Hommes	30	80,11
			Femmes	51	88,11
2016	80	85	Hommes	27 (33,8%)	81
			Femmes	53 (66,2%)	87

ETUDE EVOLUTION G M P								
	GIR	1	2	3	4	5	6	GMP
2014		13	36	8	20	2	0	727
2015		7	37	17	14	2	4	691
2016		16	34	12	14	3	1	740

Les états pathologiques à retenir sont (d'après le dernier Pathos Moyen Pondéré en avril 2016) :

Escarres et ulcères de jambe : sont présents chez 22 résidents soit 27.5%, dont des soins locaux complexes et lourds (classification « CH ») à hauteur de 8.8 % (7 résidents).

Syndromes démentiels : chez 51 résidents (soit 63.8%)

Des troubles chroniques du comportement : présents chez 40 résidents (soit 50 %) ; avec 26 résidents (32.5%) nécessitant une prise en charge psychiatrique et/ou psychologique spécifiques.

Diabète : 13.8% de patients diabétiques dont un peu moins de la moitié traité par insuline.

Les Soins Médicaux Techniques importants (SMTI) représentent 11.2 % de résidents.

La politique d'admission à la Résidence EULALIE consiste à accueillir

- d'une part des résidents en provenance d'un territoire proche du secteur de Verteuil d'Agenais, ceci afin de privilégier le lien avec les familles géographiquement proches
- d'autre part des personnes dont le retour à domicile est très précaire voire impossible sans une mise en danger (personnes vivant seules, logement non adapté...)

4. La sécurité au sein de l'établissement

L'établissement doit respecter la réglementation en vigueur et tenir compte des dispositions législatives et réglementaires.

4.1. La sécurité incendie :

L'établissement procède aux contrôles obligatoires et mène les actions correctives nécessaires.

La commission de sécurité se réunit tous les 3 ans.

Un avis favorable a été donné le 20 novembre 2015.

Le personnel est formé à la sécurité incendie chaque année.

Les protocoles incendie sont mis à jour régulièrement.

Les consignes de sécurité sont affichées dans les locaux.

La maintenance du Système de Sécurité Incendie est réalisée conformément à la législation.

La maintenance des Systèmes de désenfumage et des extincteurs est également réalisée.

Le registre de sécurité est tenu à jour, il est consultable dans l'établissement.

Les contrats relatifs à la sécurité sont conclus de façon exhaustive, ils sont tous mis en œuvre. Un tableau récapitulatif est tenu à jour.

Le carnet sanitaire de prévention de la légionellose est conforme et tenu à jour. La maintenance préventive de ce risque est réalisée par le laboratoire départemental du Tarn et Garonne.

L'établissement répond partiellement aux normes en matière d'accessibilité pour la partie récemment réhabilitée :

Agencement et aménagement adaptés au public handicapé.

Projet d'accessibilité autorisé par l'arrêté préfectoral du 26 décembre 2017.

4.2. Sécurité en restauration collective :

Les formations HACCP sont réalisées.

Les normes de sécurité sont respectées.

Les règles d'hygiène alimentaire sont appliquées.

Les analyses bromatologiques sont réalisées.

Le circuit « marche en avant » est connu et appliqué.

4.3. Sécurité des résidents :

Les portails de la Résidence sont sécurisés.

4.4. Sécurité des biens des résidents :

L'établissement est équipé d'un coffre-fort

L'établissement possède une protection juridique et responsabilité civile couvrant les personnes hébergées.

L'établissement exige à l'entrée la souscription à une responsabilité civile personnelle pour chaque résident. Le suivi et les mises à jour sont effectués.

4.5. Sécurité de la gestion des déchets d'origine humaine :

Un contrat de DASRI comprenant « enlèvement et destruction » est souscrit et mis en œuvre.

4.6. Sécurité de l'entreposage des médicaments

Le local de pharmacie est maintenu fermé.

Les chariots de médicaments sont maintenus fermés à clé.

4.7. Sécurité des locaux médicaux et paramédicaux

L'infirmierie est maintenue fermée.

L'armoire contenant les dossiers médicaux est dans le bureau infirmier.

5. La sécurisation des résidents

a) Mission :

Le résident doit pouvoir jouir de sa liberté tout en étant protégé contre les agressions externes et internes.

Un sentiment de sécurité et de confort doit régner tant au plan du respect des normes en vigueur qu'au niveau affectif et relationnel.

b) L'existant :

L'organisation générale de l'établissement facilite l'investissement affectif des proches et contribue à la sécurisation :

- horaires des visites élargis ;
- heures d'ouverture de l'accueil : 9h – 17h, cinq jours sur sept
- possibilité de fermer à clé son logement ;

6. Les prestations

6.1. La restauration

Le service restauration doit être conçu pour faciliter les rencontres et la communication entre tous, autour du plaisir du repas. Il doit promouvoir le maintien des repères sur lesquels se fonde l'identité des résidents.

a) Mission :

Pour les résidents, les repas font partie des temps forts de leur journée :

- temps d'échanges entre voisins de table, de cordialité, de relation d'amitié parfois,
- temps où l'on peut exprimer ses désirs, ses besoins et où il est indispensable, en cela, d'être entendu par l'institution,
- temps de retrouvailles avec sa famille,
- temps privilégié où l'on peut être acteur, sujet, en gardant la possibilité d'inviter ses convives à la table d'hôte,
- temps de bien-être et de plaisir du goût,
- temps où l'on se sent respecté si les qualités gustatives et esthétiques des plats ont été recherchées.

Ceci avec un souci constant :

- d'assurer l'alimentation d'un groupe de personnes, souvent fragiles, voire dépendantes dans des conditions d'hygiène parfaite,
- de favoriser la convivialité,
- de respecter les goûts et les plaisirs.

Le repas reste un élément capital du choix et de la liberté du résident.

b) L'existant et l'unité de production des repas :

Le moment des repas rythme la journée et permet de structurer le temps.

Les menus sont distribués hebdomadairement et affichés dans les salles de repas
 Les régimes prescrits par les médecins sont suivis.
 Collation le soir et la nuit à la demande et/ou sur sollicitation du personnel

L'ensemble du service restauration est soumis aux règles HACCP :

Des analyses micro biologiques régulièrement effectuées permettent une surveillance continue de l'hygiène alimentaire et ainsi donner une alerte précoce en cas de risque de toxi-infection alimentaire.

Pour rappel : la commission-menus rassemble résidents et personnel, elle permet la libre expression de chacun.

Elle se réunit chaque trimestre

La direction de l'établissement y participe.

Un PV de séance est rédigé tenant compte des observations émises.

Existence de :

Questionnaire de satisfaction annuelle comprend un chapitre traitant de la restauration.

Protocoles concernant le service restauration.

6.2. L'outil de production des repas :

Le service restauration bénéficie depuis février 2010 d'une cuisine neuve, spacieuse et de belle facture.

Aucune observation des services vétérinaires DSV n'est en cours.

Les employés affectés à ce service sont au nombre de quatre ETP.

Le service cuisine/ restauration produit en moyenne 180 repas jour en interne.

Thèmes	Objectifs	Pilotage/ Evaluation
Projet de vie	- Compléter la rédaction, la mise en œuvre des protocoles qualité concernant le service restauration et service à table.	Responsable Cuisine
	- Organiser les audits de ces protocoles.	
Restauration	- Auditer la mise en œuvre effective des protocoles HACCP dans les locaux de la cuisine,	RAQ/ démarche Qualité
	- Faire valider les menus par une diététicienne ou à défaut par le médecin coordonnateur	Diététicienne/Méd Co
	Afficher les menus dans les ascenseurs et dans les deux restaurants	Animatrices

La configuration et les équipements du service sont en nombre suffisant :

- 1 chambre froid positif
- 1 chambre légumes
- 1 chambre BOF
- 1 chambre froid négatif

Les locaux présentent une zone de préparation froide et une zone chaude, bien dimensionnées.

Les préparations froides, entrées, desserts, mixés, haché, et les préparations chaudes sont élaborées à partir de quelques produits frais.

Les régimes sont assurés pour les résidents mangeant :

- Sans sel
- Enrichi
- Mixé
- Haché

Un repas de substitution est prévu en fonction des goûts des usagers.

7. L'entretien des locaux/ service entretien

a) Mission :

La conception et l'entretien des locaux doivent être adaptés à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité. Les bonnes pratiques hygiéniques en EHPAD doivent garantir la sécurité des résidents, ainsi que le sentiment d'un cadre agréable et propre.

b) Existant :

L'entretien des locaux est effectué quotidiennement par le personnel du service entretien 5 jours sur 7.

Des documents du fournisseur de produits sont mis en place mais les protocoles doivent être rédigés et intégrés au système qualité.

Des roulements d'hygiène des locaux sont mis en œuvre.

Les produits d'entretien répondent aux normes en vigueur.

Les traçabilités des tâches effectuées sont tenues à jour.

Le service entretien a été créé pour assurer l'hygiène des locaux, il est composé de 4 agents.

Le plan de travail répond à l'hygiène des locaux suivants :

- Les espaces privatifs des résidents (salle de bain, sols, et surfaces verticales)
- Nettoyage à fond lors du départ du résident ce service intègre dans le nettoyage le mobilier du logement.
- Les circulations horizontales et verticales
- Les restaurants
- Les bureaux
- Les sanitaires communs
- Les vestiaires hommes et femmes

Le service assure sa mission du lundi au vendredi.

Le service bénéficie de matériels en nombre pour assurer sa mission, dont une auto-laveuse récente et donnant satisfaction.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de vie Hygiène des locaux/ service entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger et auditer les protocoles hygiène des locaux : - Rédaction de la procédure générale d'hygiène des locaux et les protocoles spécifiques des surfaces - Fiche d'enregistrement de la prise de connaissance par les agents du service - Mise œuvre d'un plan d'auto-contrôles et audits de la qualité (propreté visuelle, propreté réelle.) - Organiser des formations aux règles d'hygiène et à la prévention des infections associées aux soins. - Mise en œuvre d'un plan global des surfaces de la Résidence : surfaces service entretien + surfaces équipe de nuits + surfaces soins jour = à vérifier, tout l'établissement - Rédaction d'un protocole d'utilisation, de rangement et de remise en bon ordre des chariots de ménage. - Mise en place d'un programme de maintenance de l'auto laveuse par le service technique <p>Etudier l'intervention du service ménage le week-end</p>	<p>Direction/ RAQ</p> <p>Plan de formation Fiches de présence</p> <p>Plans Liste de toutes les surfaces Traçabilité</p> <p>Rédaction Service technique Traçabilité</p>

L'équipe soignante assure une partie du processus d'hygiène de la Résidence, AS, AMP lors de la période de la toilette, puis les AS et ASH pour l'environnement proche du résident dans son espace privatif (mobilier, lit). La coordination et la vérification du nettoyage de tous les éléments mobiliers ou immobiliers par l'une ou l'autre équipe doivent être réalisées.

Thèmes	Objectifs	Pilote / Evaluation
Projet de vie Hygiène des locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion et validation de nouveaux horaires en fonction de : Rythme des usagers, circulations, repas, sieste... Eviter les croisements avec les périodes de soins /plan de soins Respect des souhaits et des autorisations à pénétrer dans l'espace privatif Rythme de nettoyage en fonction des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène <p>-In fine, rédaction d'un RBP hygiène de la Résidence EULALIE</p>	<p>Cadre de santé Equipes</p> <p>Direction</p> <p>RAQ</p> <p>Plan de soins Plan de nettoyage</p>

8. La prise en charge du linge/blanchisserie

a) Mission

Le service lingerie doit permettre d'apporter, même indirectement, bien-être et confort au résident tout en respectant les règles d'hygiène et de qualité en vigueur. Le soin apporté au linge du résident est une manière de contribuer au respect de sa dignité et à une bonne image de soi.

b) Existant

Le linge hôtelier, le linge de maison ainsi que les vêtements professionnels sont entretenus par la Résidence, le grand plat est externalisé.

Les effets personnels des résidents sont entretenus par la Résidence. Il n'existe pas de facturation supplémentaire pour l'entretien de ce linge.

La lingerie fonctionne 5 jours / 7.

Le service blanchisserie se compose de 1,57 ETP, 1 ETP titulaire d'un CAP de blanchisseuse industrielle, et 0,57 ETP en CDD.

Le service traite environ 850 KGS de textile à la semaine, ce chiffre est basé sur le calcul « machines ».

La blanchisserie a été entièrement rénovée en 2007, et des nouveaux matériels et équipements sont installés.

La procédure de circuit du linge, les fiches techniques et de sécurité des produits sont dans le service.

Les horaires du service du lundi au vendredi : 8h30-17 h

c) Le circuit du linge :

La collecte du linge sale est effectuée quotidiennement.

Le linge est entièrement traité chaque jour d'ouverture de la lingerie : nettoyage et repassage.

Le linge plat est distribué dans les différentes zones de stockage.

La distribution du linge propre appartenant aux résidents est effectuée un jour par secteur

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de vie Prise en charge du linge/ blanchisserie	-Rédiger, mettre en œuvre et auditer les protocoles concernant le circuit du linge : <ul style="list-style-type: none"> ○ hôtelier, ○ des résidents, ○ contaminé, ○ du personnel... 	RAQ Responsable service
	-Rédiger un document technique synthétisant les règles à respecter en lingerie.	Responsable service
	-Former le personnel de lingerie et des services de soins au respect des règles d'hygiène et RABC et au circuit du linge de la Résidence.	Plan de formation Fiche présence DAQ Cadre santé
	-Engager une réflexion sur les jours d'ouverture de la lingerie, les délais de traitement du linge après le WE n'offrent pas assez de garanties (délais trop longs)	Direction Service blanchisserie
	-Etudier une évolution de la blanchisserie vers une externalisation.	RABC Service technique
	-Revoir le circuit sale en particulier service avec goulotte.	Responsable blanchisserie
	Etudier de nouveaux matériels de stockage et de distribution du linge propre pour limiter les manipulations et les pertes de temps.	
Une fiche d'évènements indésirables sera remplie à chaque survenue de problème concernant une perte ou une dégradation de linge.	RAQ Cadre de santé Responsable blanchisserie	

9. Le projet service technique et évolution architecturale

a) Mission

La Résidence, de conception récente pour les 2/3 de la structure, respecte la réglementation en matière d'accessibilité et de sécurité. Les différents locaux privés et collectifs situés en rez-de-chaussée, suscitent un sentiment de liberté et d'indépendance pour chaque résident au sein de la collectivité. Cependant le bâtiment initial de l'institution et la partie en rez-de-chaussée sont vétustes et nécessiteront une adaptation à la population accueillie dans les prochaines années.

b) Existant :

La description des locaux a été réalisée dans le projet de vie (cf. supra).

La maintenance des locaux est réalisée périodiquement, selon les prescriptions réglementaires.

Les réparations du bâtiment sont effectuées au fur et à mesure des besoins et sans délai dans la limite des ouvertures budgétaires.

Une programmation architecturale visant à l'actualisation du reste de la Résidence (1986) est en cours afin d'assurer le confort et la sécurité des résidents.

Des services comme l'accueil ou les services administratifs, ainsi que les services liés aux soins sont mal positionnés, source de manque de repères pour les résidents et familles et chronophage pour l'organisation du travail. Un projet de délocalisation des bureaux administratifs est à l'étude.

c) Le service technique :

2 ETP, avec qualifications, CAP peinture/vitrier, BEP mécanique générale, BEP électricité, CAP plombier chauffagiste, maintenance chaudière gaz/ fioul.

Les 2 employés du service sont qualifiés RP1/ SIAP

10. La Résidence sa structure immobilière

Construction des « Erables » en 1986

Réhabilitation et mise en conformité du secteur « Tilleuls » 1986

Réhabilitation et création de surface « Peupliers » 2009 à 2014

Le bâtiment initial à la création de la maison de retraite les « Tilleuls » est actuellement vide, mais pourrait s'intégrer au futur projet de fin de modernisation de l'établissement, sous réserve de moyens financiers.

L'Evaluation interne de 2013, après une longue période de travaux met en évidence des axes de progrès indispensables et intégrés au projet d'établissement :

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet architectural	- Poursuivre le programme des travaux accessibilité	Organisme agréé Ou Architecte
Service Technique	- Poursuivre la réfection des logements privatifs après chaque départ de résident.	Direction
	-Engager une réflexion sur l'aménagement des espaces extérieurs, en relation avec un programme global d'architecture.	Architecte Service technique
	- Réhabilitation des « Erables » : recherches de financements pour le projet architectural.	Direction
	Etude sur la surface et positionnement des bureaux	

Le service technique projet/ maintenance :

La gestion de maintenance panne et bris est effectué via IJ TRACE.

L'établissement n'a pas de plan d'astreinte le WE.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet service technique	-Rédaction d'une procédure de gestion des pannes et incidents, plan de maintenance ;	Direction RAQ Service technique
Maintenance Gestion des incidents	-Etude avec les autorités de tarification d'un financement pour permettre des astreintes techniques le WE et les jours fériés ; la législation a évolué sans moyens nouveaux accordés.	Equipes tous les services Direction CD47

IV. LE PROJET D'ANIMATION

Qu'est-ce que « animer » ?

1. Les objectifs de l'animation sociale

- favoriser le lien familial.
- La stimulation cognitive et physique,
- la valorisation,
- créer du lien entre les résidents
- le maintien de l'autonomie,
- Entretenir le lien social,
- la lutte contre l'isolement et le repli sur soi,
- le plaisir

Animer dans un EHPAD, c'est :

- Permettre aux résidents de rester actifs, acteurs de leur existence, de manifester de l'intérêt pour la vie et de participer à la dynamique de l'établissement
- Valoriser une identité individuelle, collective et sociale.
- Communiquer : la communication active fait entrer la vie extérieure et produit le dialogue à l'intérieur.

L'animation participe au changement : elle place la personne âgée au centre des pratiques en sollicitant l'aide de l'environnement et permet à tout le personnel ainsi qu'aux familles, intervenants extérieurs (bénévoles...), de dynamiser leurs pratiques autour du résident.

Elle concerne directement les conditions de vie et s'inscrit dans le projet d'accompagnement personnalisé.

2. Le rôle des animatrices

Les animatrices doivent concevoir des projets en observant les désirs, besoins et attentes des résidents, en prenant en compte leur spécificité. Elles organiseront ces projets en se fixant des objectifs, en tenant compte des moyens financiers, humains et techniques, afin de se projeter dans l'action. Elles les réaliseront en créant une dynamique, en coordonnant et en s'adaptant tout en étant le moteur de l'action.

Elles évalueront enfin leur travail par rapport aux objectifs de départ.

Actuellement, des animations sont organisées pour permettre aux résidents de garder une vie sociale et se divertir tous les jours.

2.1.1. Activité d'expression et de participation des résidents au sein de l'institution

Une commission d'animation et commission des menus sont organisées tous les trimestres. Ces temps de réunion sont centrés sur l'animation mise en place et à venir et sur les repas.

Ces temps permettent aux résidents de rester acteur de leur vie par le choix des activités et d'apporter leurs avis sur les repas.

2.2. Les activités communicatives/relationnelles

Les ateliers lectures, revues de presse, achat de vêtements et de produits de première nécessité au magasin de la Résidence

2.3. Les activités cognitives et culturelles

Le chant, les jeux de mots, jeux de société, loto

2.4. Les activités physiques

L'expression Corporelle en musique, les jeux d'adresse

2.5. Les activités d'ouverture sur l'extérieur/de lien avec l'extérieur

L'ouverture des établissements sur leur environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux et d'exercer leur citoyenneté. Ces rencontres permettent d'éviter les sensations de rupture et d'isolement avec le monde extérieur. Elles donnent l'opportunité aux participants de se sentir utiles et de retrouver un rôle social.

2.6. Les activités ponctuelles marquant l'année

La responsabilisation et l'autonomie sont des objectifs recherchés pour ce type d'activité. Festivités comme la chandeleur, pâques, semaine bleue, fête de fin d'année....

2.7. Les activités individuelles

Des ateliers massages, esthétique, coiffure sont organisés pour permettre au résident de retrouver une estime de soi, se détendre et retrouver un confort physique.

Les anniversaires sont souhaités de façon individuelle : Une attention particulière est prêtée au résident le jour de son anniversaire.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet d'animation	<p>Développer les activités liées à la vie quotidienne, valoriser les résidents en les rendant acteurs de leur vie, et en leur permettant d'œuvrer pour la collectivité (pliage du linge, épluchage des légumes...)</p> <p>Favoriser et multiplier les rencontres avec les proches, afin de maintenir les liens familiaux existants, animations en interne Encourager le bénévolat</p> <p>Individualiser l'animation, en lien avec les Projets d'Accompagnement Personnalisé</p> <p>Mettre en place les fiches techniques d'animation afin d'uniformiser nos pratiques d'animation, mais aussi de faciliter le travail du bénévole</p> <p>Mettre en place des ateliers d'expression pour permettre aux résidents qui le souhaitent d'échanger sur leur vie au sein de la structure, en vue de préparer le Conseil de Vie Sociale</p> <p>Mettre en place la médiation animale</p> <p>Mettre en place des grilles d'évaluation qualitative et des fiches de satisfaction d'animation 1 fois par an</p> <p>Réaliser des bilans d'activité annuels</p> <p>Former les animatrices à l'animation spécifique des personnes âgées avec troubles cognitifs</p>	<p>Direction</p> <p>Cadre de soins</p> <p>Animatrices</p> <p>Bénévoles/ associations</p>

V. LE PROJET DE SOINS

Le projet doit permettre une adéquation entre les besoins de la population accueillie et les réponses apportées en matière de soins. La Résidence EULALIE héberge des résidents valides, semi-valides, dépendants et souvent atteints de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées.

L'établissement ne s'oriente vers aucune spécificité en matière de sélection à l'admission. Cependant une attention particulière est exercée sur le nombre de résidents présentant des troubles du comportement afin de garantir une prise en charge de qualité, et une sécurité des usagers entre eux.

La Résidence EULALIE souhaite rester un établissement sans spécialisation et ouvert sans distinction à toutes les personnes âgées.

Définitions :

La vieillesse n'est pas une maladie. C'est une étape de la vie. Elle s'accompagne la plupart du temps d'une fragilisation, de handicaps sources de dépendance ou de déficiences propices à l'émergence de pathologies, souvent multiples, touchant au corps comme à l'esprit.

Le soin gériatrique présente les caractéristiques suivantes :

Il renvoie à la notion de « prendre soin ». Ce n'est donc pas seulement un soin technique ; il inclut notamment une dimension relationnelle. Il se fonde sur la reconnaissance des besoins fondamentaux. Il suppose l'écoute active, le respect et il souligne la nécessité pour le résident de participer aux soins qui le concernent, qu'il en devienne « sujet » et ne soit pas seulement un « objet ».

Il est pluridisciplinaire. Il peut s'enrichir des contributions de l'ensemble de l'équipe, sous l'autorité de l'encadrement médical, particulièrement dans le cadre de l'évaluation. Il donne lieu à des protocoles de soins envisagés avec le personnel, lisibles, coordonnés, explicitant le rôle et la complémentarité de chacun. Il procède d'une approche globale, multidimensionnelle, de la personne accueillie.

L'objectif du soin d'accompagnement :

L'entrée en institution représente un changement de vie pour chaque personne (entrant/famille). De la qualité de l'accueil et des moyens qui sont mis en œuvre dépend l'ensemble de la prise en soin et de l'accompagnement.

L'objectif du soin est de préserver et de développer les capacités encore présentes du résident. Il est nécessaire d'évaluer ses ressources afin de « l'aider à faire » ou « faire avec » plutôt que « faire à sa place » quand ceci s'avère opportun, possible et accepté.

Le soin en EHPAD ne peut se limiter à la guérison. Il est destiné à contribuer au bien-être, à accroître la capacité de s'adapter à son milieu, à préserver et à encourager l'autonomie.

Quand la guérison n'est plus envisageable, l'accompagnement jusqu'à la mort est assumé par les soignants et les autres intervenants auprès du résident. La famille est également aidée et peut prendre toute sa place dans cette phase.

En 2017 a été mis en place un Référent soignant par résident.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soin d'accompagnement	Établir la fiche de poste du Référent/résident Formaliser une procédure d'accueil et d'admission du résident	Direction Cadre de soins

Les fondamentaux du projet : promouvoir la qualité des soins

Le projet de soins a pour fondement :

La sécurité des résidents ; ceci nécessite :

- Un environnement adapté ;
- Un niveau d'hygiène irréprochable, grâce à une politique clairement définie de lutte contre les infections associées aux soins.
- La prévention de la perte d'autonomie, des pathologies induites et des épidémies.
- L'évaluation et la prise en charge de la dépendance.
- L'évaluation et la prise en charge des pathologies, de la douleur, de la dénutrition, de la fin de vie, etc.
- L'évaluation de la qualité des soins par la remise en cause permanente des pratiques en se référant à des protocoles validés.
- La recherche du bien-être et d'une resocialisation.
- La préservation des capacités restantes et de la dignité.
- Une réflexion éthique associée.

L'« autonomie du faire » doit être favorisée par la stimulation des résidents à accomplir les actes de la vie quotidienne tels que : se lever, se faire la toilette, se déplacer, se nourrir, etc....

Il appartient à la structure et au personnel de mener des actions de prévention fondamentales face aux problèmes de santé les plus souvent rencontrés chez le sujet âgé :

- Prévention de l'incontinence,
- Prévention de la dépendance,
- Prévention de la dépression,
- Prévention des pathologies infectieuses,
- Prévention des escarres,
- Prévention des chutes,
- Prévention de la dénutrition, de la déshydratation.

Le projet de soins doit réussir la difficile problématique d'alliance avec le projet de vie. Les soins doivent être organisés pour apporter davantage de qualité à la vie : rester présent à l'autre, continuer à s'enrichir du monde environnant, participer au mouvement de la vie.

Partant, en ayant conscience que « l'on ne guérit pas de la vieillesse », le projet de soins sera au service du projet de vie qui respecte la personne en tant « qu'usager-citoyen », « sujet et acteur » des soins qui lui sont prodigués.

1. La coordination des soins

1.1. Le médecin coordonnateur

a) Missions

Le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 précise les missions du médecin coordonnateur. Ses missions sont les suivantes, il :

- Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins qui s'intègre dans le projet d'établissement, coordonne et évalue sa mise en œuvre, participe à l'élaboration du projet de soins personnalisé
- Donne son avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. À cet effet, il les réunit au moins deux fois par an lors de la Commission de Coordination gériatrique. Cette Commission a pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques ; elle est consultée sur le projet de soins de la Résidence, la politique du médicament, le contenu du dossier type de soins, le rapport annuel d'activité médicale, l'inscription de la Résidence dans un partenariat avec les structures sanitaires et ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins.
- Informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissances liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique.
- Évalue l'état de dépendance des résidents grâce à la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) : 6 groupes iso-ressources (1 à 6). Le GIR moyen pondéré (GMP) est évalué et validé par le Conseil départemental de manière annuelle.
- Évalue le niveau de soins requis : pour chaque résident, à travers l'outil PATHOS. Le PATHOS moyen pondéré (PMP) est évalué et validé tous les 5 ans.
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classe, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, ainsi qu'une liste de médicaments pour les soins urgents.
- Élabore le dossier type de soins.
- Élabore avec le concours de l'équipe soignante un rapport d'activité médicale annuel (mentionné au 90 de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles), qu'il signe conjointement avec le Directeur de l'établissement. Ce rapport d'activité médicale annuel contient des éléments concernant la population accueillie, les mouvements cette population (décès, hospitalisations, sorties), la dépendance, les pathologies, les chutes, l'application des bonnes pratiques gériatriques (évaluation de la douleur, prévention de l'iatrogénie, évaluation des précautions d'hygiène...), les partenariats, les événements importants de l'année.

- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.
- Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.
- Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.
- Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont, dans tous les cas, informés des prescriptions réalisées.

b) Existant :

Depuis octobre 2015, un médecin coordonnateur a été recruté et exerce à 0.4 ETP ;

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> - Impulser la mise en œuvre du projet de soins avec le Cadre de santé. - Valider et participer à faire appliquer les protocoles de soins. - Participer à mener des formations auprès du personnel soignant. - Poursuivre la mise en œuvre des bilans et des examens à effectuer systématiquement lors de l'entrée d'un résident. - Elaborer une liste type des médicaments de la structure, un livret thérapeutique. - Finaliser la mise en place du dossier de liaison médicale assurant la coordination entre EHPAD et médecine de ville. - Poursuivre les évaluations des résidents : GIR et PATHOS. - Poursuivre les évaluations gérontologiques à l'entrée du résident et durant son séjour, (voire même avant l'entrée si possible). 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Cadre santé Psychologue Personnels soignants Médecin Co./Pharmacien

1.2. Les médecins libéraux

a) Mission :

Dans le cadre de la convention tripartite « tarif partiel », les médecins libéraux généralistes et spécialistes poursuivent leurs interventions à l'acte auprès des résidents. Ils sont tenus d'exercer leur art en collaboration avec le médecin coordonnateur salarié de la structure.

b) Existant :

Les résidents ont le libre choix de leurs médecins généraliste et spécialiste, ainsi que de tout intervenant libéral dont les actes sont remboursés par une caisse d'assurance maladie.

Les résidents devant bénéficier de consultations externes auprès des spécialistes sont pris en charge par des entreprises de transports sanitaires ou par des taxis, selon prescription.

Une traçabilité du libre choix des intervenants libéraux existe sous forme de fiche à compléter par le résident et/ou son représentant légal à l'entrée dans la structure.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins		
Médecins libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les signatures de conventions de collaboration avec les intervenants libéraux. - Obtenir l'adhésion et la collaboration des médecins traitants pour l'élaboration d'une liste type de médicaments à utiliser de préférence en EHPAD : livret thérapeutique - Informer de la nécessité d'une tenue du dossier médical, conforme aux exigences réglementaires. - Inciter les médecins libéraux et autres intervenants à utiliser l'outil informatique pour élaborer les prescriptions médicales et assurer le suivi des dossiers médicaux. 	<p>Médecins libéraux</p> <p>Médecin coordonnateur</p> <p>Médecin coordonnateur Médecins traitants</p>

1.3. Le cadre de santé et les infirmiers salariés

Le cadre de santé est garant, en collaboration étroite avec le directeur et le médecin coordonnateur de la qualité des prestations délivrées à la personne hébergée et son entourage.

A ce titre, il participe à la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des résidents et de la mise en œuvre des plans d'action définis par la convention tripartite.

a) Missions du cadre de santé :

- Le cadre participe à l'élaboration des projets institutionnels (projet de soins, projet de vie, projet d'animation) de la Résidence, et s'assure également de leur mise en œuvre. Il coordonne les actions de l'équipe pluridisciplinaire et veille à la bonne tenue et à l'évaluation régulière des projets individualisés des résidents.
- Le cadre participe à l'admission des nouveaux résidents, en s'assurant de la bonne compréhension par ce dernier des règles de vie de la structure, inscrites dans le Règlement de fonctionnement et le Contrat de séjour de la Résidence.
- Le cadre est garant de la qualité des soins dispensés. Il est responsable, conjointement avec le médecin coordonnateur, de l'organisation des soins, de l'application et du respect des protocoles de soin en vigueur. Son rôle est d'organiser les soins, informer et communiquer à l'équipe soignante les règles de bonnes pratiques en gérontologie. Il évalue la charge en soins deux fois par an (évaluation selon grille AGGIR).
- Le cadre conçoit, formalise des procédures relatives à son domaine de compétence
- Le cadre anime les réunions de service et s'assure de la bonne transmission et traçabilité des informations au sein de l'équipe soignante, de jour ainsi qu'entre celle de jour et de nuit.
- Le cadre est garant de la bonne gestion des plannings : il élabore les plannings, veille au respect du présentéisme défini avec le Directeur, planifie les congés des agents et évalue les besoins en remplacement, pour validation par le directeur, dans le cadre des moyens alloués. Le cadre, lors des entretiens d'évaluation, recense les besoins en formation professionnelle et participe avec le directeur à l'élaboration du plan de formation continue.
- Le cadre accueille les nouveaux agents et les stagiaires et leur donne toutes les informations nécessaires à une bonne exécution de leurs tâches.
- Le cadre reçoit en cas de besoin, le personnel, les résidents et les familles/mandataires judiciaires à la protection des majeurs.
- Le cadre est garant de la propreté des locaux de la Résidence (logements, parties communes et salles à manger), de l'application des protocoles en matière d'hygiène, d'élimination des déchets et de lutte contre la légionellose.
- Le cadre est garant de la continuité au sein de la Résidence des circuits logistiques notamment pour l'approvisionnement en linge, fourniture hôtelières et alimentaires.
- Le cadre est garant du maintien en bon état des locaux et du matériel de la Résidence,
- Le cadre participe aux démarches qualité mises en œuvre dans la Résidence
- Le cadre assure une veille spécifique à son domaine d'activité
- Le cadre participe aux gardes administratives

b) Mission des IDE

La fonction des infirmiers est définie par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, ainsi que par le code de déontologie infirmier du 27 novembre 2016.

c) Existant

1 ETP Cadre de Santé

4 ETP Infirmiers Diplômés d'Etat.

Une permanence auprès des résidents est ainsi assurée de 6h45 à 21h05.

d) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins Cadre de santé et infirmiers salariés	<p>Les IDE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener des évaluations et des audits de qualité concernant les soins en collaboration avec la cadre de santé/ et le Responsable Qualité. - Mener des audits de compétences auprès des AS / AMP et ASH des évaluations de leur pratique professionnelle. <p>Cadre de santé :</p> <p>Elaborer les projets personnalisés des résidents en collaboration avec tous les salariés de la structure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener des actions d'évaluation (des pratiques professionnelles) et d'audit dans tous les services de la structure en collaboration avec la direction et la Responsable Qualité. - Mener des audits de compétences auprès des IDE / AS / AMP et ASH des évaluations de leur pratique professionnelle. 	<p>Cadre de santé</p> <p>IDE</p> <p>RAQ</p>

1.4. Les intervenants libéraux

a) Mission :

Comme précisé précédemment, l'établissement doit veiller au libre choix du résident concernant ses praticiens.

Les intervenants libéraux se doivent d'adhérer au projet institutionnel et au projet de soins.

Une convention d'exercice doit être signée entre les intervenants libéraux et la structure.

Les intervenants doivent également s'engager à transmettre toute information sur le dossier individualisé du résident.

b) Existant

Divers intervenants libéraux participent à l'accompagnement des résidents : Kinésithérapeutes, Pédicures, Pharmaciens.

c) Objectifs :

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins Intervenants libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser les emplois du temps des intervenants. - Poursuivre les signatures de conventions de collaboration avec les intervenants libéraux. - Informer de la nécessité d'une tenue du dossier médical, conforme aux exigences règlementaires. - Informer de la nécessité d'une tenue des traçabilités existantes conformes aux exigences de la structure. 	Direction RAQ Cadre de santé Intervenants Libéraux Conventions Procédures Registre de présence

2. L'équipe d'accompagnement :

2.1. Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques

a) Mission

La profession d'aide-soignant est régie par le Décret n° 2007-963 du 15 mai 2007 relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et modifiant le code de la santé publique.

Définition : dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Activités :

- Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne.
- Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé.
- Aider l'infirmier à la réalisation de soins.
- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits.
- Entretenir les matériels de soins.
- Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins.
- Accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

L'aide-soignant contribue à la prise en charge de la personne soignée dans les actes de la vie quotidienne et de la vie sociale. En outre, il collabore aux soins dans les conditions définies par les textes précités dans le cadre de son rôle propre : soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

L'aide-soignant participe également au maintien de la qualité de l'environnement.

La profession d'aide médico psychologiques est régie par le décret 2006-255 du 2 mars 2006.

Définition : exercer une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne auprès de personnes en situation de handicap ou dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.

Domaines de compétences déployés en EHPAD :

- Connaissance de la personne :
- Situer la personne aidée dans le contexte socioculturel.
- Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes.
- Accompagnement et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne
- Repérer les dimensions affectives, sociales et culturelles.
- Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée.
- Etablir une relation d'aide...
- Satisfaire aux besoins fondamentaux (aides techniques, hygiène de base, environnement, situations à risque etc.).
- Animation, vie sociale et relationnelle
- Participer à la dynamique des groupes.
- Accompagner les relations familiales et sociales.
- Mettre en œuvre des activités.
- Soutien psychologique
- Mettre en œuvre les aides adaptées.
- Utiliser les activités comme support à la relation.
- Détecter les problèmes de santé.
- Avoir une communication adaptée.
- Participation au projet personnalisé
- Analyser les besoins.
- Appréhender les évolutions.
- Intervenir dans la mise en œuvre du projet personnalisé.
- Communication professionnelle
- Connaître le projet institutionnel.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Transmettre les informations.

Les compétences des AMP sont axées sur l'accompagnement, la vie quotidienne, l'animation et les relations relevant du champ de la psychologie.

Elles sont également formées pour assurer les actes de confort et d'hygiène des résidents.

Permettre à ces deux professions d'œuvrer ensemble, en complémentarité dans les structures ou les pathologies démentielles sont de plus en plus fréquentes est une véritable richesse pour les résidents et les familles.

b) Existant

Les AS et AMP exercent leur mission en collaboration et sous la responsabilité du cadre de santé et des infirmiers de service.

Le travail dans les services est organisé en sectorisation, compte tenu de la typologie des locaux.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins ASH	-Mener des audits de compétences auprès des ASH. -Evaluer les bonnes pratiques et mener les actions correctives appropriées. -Développer la culture de la traçabilité par la formation et la mise place d'outils sur support informatique. - Formation au logiciel TITAN, initiation à la démarche qualité pour les personnels.	Cadre de santé Direction

3. Le psychologue

a) Mission

Le rôle du psychologue est de concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives et curatives sur le plan psychologique, au niveau individuel et collectif, dans une optique de promotion de l'autonomie de la personne.

b) Existant

Un psychologue exerce au sein de la structure.

Il apporte un soutien psychologique aux résidents et à leurs familles.

Les activités principales du psychologue de la structure sont ou doivent tendre à être :

Réalisation d'évaluations, de diagnostics et de bilans psychologiques et cognitifs ;

Prise en charge psychologique et psychothérapeutique, individuelle et/ou collective, des résidents et de leur entourage ;

Participation à l'élaboration et l'actualisation du projet personnalisé du résident ;

Rédaction et mise en œuvre de projets spécifiques à la prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés ;

Veille sectorielle et actualisation permanente des connaissances.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/évaluation
Projet de soins Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la conformité aux bonnes pratiques professionnelles. - Elaborer la fiche de poste et le référentiel de compétences. - Elaborer le projet de prise en charge psychologique et/ou psychothérapeutique - Rédiger une grille de recueil des capacités préservées du résident. -Développer une approche non médicamenteuse de la gestion des troubles aigus du comportement, et participer à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation des actions qui en découlent. 	Psychologue

4. La permanence des soins

a) Mission

En cas d'urgence, le médecin Coordonnateur, s'il est dans l'établissement, assure les soins. En son absence, l'infirmier doit mettre en route les protocoles de soins d'urgence nécessaires afin d'assurer la continuité des soins pour donner au résident le maximum de chances de survie et contacter le médecin traitant ou le 15 lorsque ce dernier est injoignable.

Selon l'article 8 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, « l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable ».

Dans ce cas, l'infirmier applique les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent faire obligatoirement l'objet dès que possible, d'un compte-rendu écrit, daté, signé et remis au médecin.

Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

b) Existant

Les gardes et astreintes :

Les infirmiers et/ou les aides-soignants salariés répondent aux urgences, conformément aux protocoles d'urgence validés par le médecin coordonnateur.

Un directeur et/ou un cadre assure une astreinte administrative.

La surveillance de nuit :

Elle est assurée par 2 agents

En cas d'urgence, la nuit, le 15 est sollicité

Une série de téléphones sans fil permet au personnel de nuit de se contacter en interne et de contacter les personnes d'astreinte ou de garde à tous moments et en tous lieux.

Les protocoles d'urgence :

Les protocoles d'urgence sont rédigés, validés par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante et approuvés par la direction.

Une copie de ces protocoles est classée au bureau des IDE et dans le bureau AS/ASH

Le matériel d'urgence :

Le matériel d'urgence est déposé à l'infirmerie dans un chariot, il est vérifié chaque mois avec présence d'une traçabilité.

La liste de ce matériel a été élaborée par le médecin coordonnateur.

c) Objectifs :

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins Permanence des soins	Poursuivre l'élaboration des protocoles d'urgence. Utilisation du guide de l'ARS Ile de France : « 20 fiches de conduite à tenir en cas d'urgences pour IDE et Aide-soignant en EHPAD »	Cadre de santé Médecin Co. Direction

5. Politique du médicament en EHPAD :

Généralités et contexte

Contexte particulier du médicament en EHPAD :

Les personnes âgées sont une cible pour l'iatrogénie médicamenteuse. En effet, le taux d'événements iatrogènes augmente avec l'âge : il est 2 fois plus fréquent après 65 ans qu'avant 45 ans.

D'une part, la consommation médicamenteuse en EHPAD est élevée en raison d'une polymédication, et d'autre part le résident consomme des médicaments à risque iatrogène :

* médicaments aux propriétés anticholinergiques (sècheresse buccale, confusion, délire, rétention urinaire...)

* neuroleptiques

* anticoagulants

Il faut aussi noter des pratiques à risque iatrogène :

* écrasement des comprimés et ouverture des gélules (beaucoup de formes galéniques ne sont pas écrasables ou ne sont pas stables si elles sont mélangées avec d'autres molécules...)

* préparation à l'avance des solutions buvables (risque d'altération)

* nombreux intervenants en EHPAD à chaque étape du circuit du médicament (médecin libéral à distance, pharmacie de ville, équipe IDE, équipe AS...)

La politique du médicament en EHPAD est donc prioritaire et le circuit du médicament en particulier constitue donc une priorité forte des Agences Régionales de Santé.

a) Existant

L'officine fournissant la Résidence EULALIE assure les dispensations des traitements personnalisés sous blister.

Les moyens actuels :

La conservation des médicaments, la sécurité des stockages :

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI).

Les médicaments délivrés sont stockés sous blister dans des chariots de distribution dans le local « pharmacie » fermé à clé par serrure digicode.

Les traitements nominatifs préparés pour le mois sont stockés dans ce même local

Les traitements prêts à être administrés sont stockés dans le chariot de distribution fermé à clé, dans des blisters individuels nominatifs.

La gestion des stupéfiants/toxiques :

Les stupéfiants sont délivrés pour 28 jours par l'officine.

L'ordonnance sécurisée et le bon de délivrance sont conservés dans la pharmacie

Un coffre spécifique fermé à clef pour stocker les toxiques est installé dans la pharmacie.

Les toxiques non utilisés sont restitués à la pharmacie dès la fin du traitement. Une traçabilité de cette restitution est élaborée.

b) Objectifs :

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	- Réviser la procédure et la sécurisation du circuit du médicament, y inviter fortement les pharmaciens à y participer.	Direction Pharmacien Médecin co
Circuit du médicament	-Favoriser les bonnes pratiques gériatriques en termes de prescription et non-prescriptions médicamenteuses auprès des médecins traitants : mise à disposition de la liste « Laroche », du guide « PAPA », des médicaments à risque cholinergique... - Utilisation de l'outil INTERDIAG de l'ANAP pour évaluer les risques a priori sur le circuit du médicament. - Mettre en place un livret thérapeutique avec les médicaments préférentiels à utiliser chez la personne âgée - Mettre à disposition et diffuser l'outil de l'OMEDIT pour les IDE et médecins libéraux sur les formes écrasables (ou non) des médicaments - Insister fortement auprès des médecins traitants sur l'utilisation du logiciel de soins (à distance notamment avec web TITAN) pour rédiger les prescriptions médicamenteuses avec un	Procédure RAQ Médecin co. Cadre de santé

	<p>accompagnement du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir les Conventions EHPAD/officines de ville à la lumière des travaux mutualisés du GCSMS sur le thème du circuit du médicament. - Inciter à la déclaration des événements indésirables concernant les médicaments en vue d'une amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse - Mise en place d'un référent IDE/médicament. 	
--	--	--

6. La prévention et la maîtrise du risque infectieux :

La prise de conscience du risque infectieux dans les EHPAD est relativement récente. Plusieurs enquêtes tant en France qu'en Europe ont montré la réalité des infections associées aux soins (IAS) chez les résidents des structures d'hébergement.

Mettre en place une politique de bonnes pratiques et de prévention des risques infectieux en EHPAD fait partie des priorités :

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
<p>Projet de soins</p> <p>Maitrise du risque infectieux</p>	<p>Réécrire et personnaliser les Protocoles d'Hygiène du CCLIN : Précautions Standard (avec réactualisation 2017), Précautions complémentaires (contact, air, gouttelettes) ; Connaître la conduite à tenir en cas d'AES pour le personnel</p> <p>Formaliser les différents protocoles de prise en charge et de conduite à tenir en cas d'épidémies (IRA, GEA, Gale), des TIAC (toxi-infection Alimentaire Communautaire)</p> <p>Faire des formations régulières en interne avec les supports audiovisuels du CCLIN/CPIAS (Quizz...etc)</p> <p>Faire la promotion des Vaccinations : antigrippale auprès des résidents et des agents, DTP et antipneumococcique (résidents)</p> <p>Sensibiliser les médecins traitants aux bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> des indications des prélèvements microbiologiques (ECBU, ulcères de jambes...) des prescriptions d'antibiotiques (guide sur les AB, recommandations de la SPILF...) <p>Lancer une journée annuelle « lavage des mains » en coordination avec la journée nationale habituellement organisée au début du mois de mai.</p> <p>Réactualiser le cahier des charges avec le laboratoire</p> <p>Assurer une prévention contre la diffusion des BMR</p> <p>Mettre en œuvre et suivre le plan d'action concernant le document d'analyse des risques infectieux.</p>	<p>Direction Pharmacien Médecin co</p> <p>Procédure RAQ</p> <p>Médecin co. Cadre de santé</p>

VI. LE PROJET INDIVIDUALISÉ

1. Protocole d'admission du résident :

Avant l'entrée du résident, le dossier médical est transmis au médecin coordonnateur de la Résidence EULALIE.

Une fiche de préadmission est établie par le médecin coordonnateur

L'évaluation gériatrique réalisée par le médecin coordonnateur :

Un bilan médical est réalisé par le médecin coordonnateur dans les semaines suivant l'admission, il comprend :

- Recherche des antécédents.
- Analyse des comptes rendus d'hospitalisation et médicaux.
- Examen clinique à orientation gériatrique
- Bilan biologique si pas de bilan récent
- Girage et Pathos

L'anamnèse réalisée par l'équipe infirmier comprend :

Un relevé des habitudes de vie.

- Le recueil des besoins selon Virginia Henderson.
- Un bilan des besoins et des actions infirmiers et aides-soignants à mettre en œuvre.
- Un plan de soins personnalisé pour les aides-soignants.
- Le plan de soins des infirmiers.
- Échelle de la douleur EVS, Algoplus,
- Évaluation du risque infectieux,
- Évaluation du risque d'incontinence.
- Evaluation de l'état nutritionnel (MNA)

Il est prévu d'élaborer le projet personnalisé du résident dans les semaines suivant l'admission.

L'évaluation d'entrée paramédicale est réalisée par le psychologue et l'équipe de soins

- Test cognitifs et thymiques pouvant être employés :
- MMSE (Mini Mental Score Examination)
- Test de l'horloge
- GDS et/ou MiniGDS (dépistage et évaluation d'un syndrome dépressif)

- Evaluation de l'autonomie
- Evaluation : toilette, habillage, déshabillage, toilette et soins (faits par une IDE au maximum 48h après l'entrée)
- Evaluation sensorielle : identifier un éventuel déficit visuel et/ou auditif

Il existe un dossier médical format papier qui comprend les divers comptes rendus d'hospitalisation et de consultations spécialisées.

Ce dossier médical (papier) est déposé dans une armoire fermant à clé dans le bureau infirmier lui-même muni d'un système de fermeture. Les divers médecins y ont accès, ainsi que le personnel paramédical : infirmiers, kinésithérapeute, psychologue, etc.

Les dossiers individualisés soins « format informatique », les plans de soins individualisés, la planification des soins, les fiches de surveillance

Le dossier informatisé PSI est en place depuis décembre 2014.

Il comprend divers fichiers accessibles aux médecins ou aux personnels paramédicaux sous condition de mots de passe.

Un autre logiciel de soin nommé « TITAN » sera déployé début 2018. Il permettra une meilleure traçabilité de tous les actes de soins ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents services de la Résidence.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est automatiquement imprimé à partir du logiciel de soins, lors d'un transfert urgent d'un résident.

Les transmissions orales sont un complément indispensable aux transmissions écrites. Elles doivent aussi être « ciblées », lorsque c'est opportun, et ont lieu lors des changements d'équipes de soins (matin, 14h et soir). Elles permettent l'échange sur les actes quotidiens à réaliser, d'être vecteur de la culture de l'établissement par le développement du savoir et savoir être des personnels. Ces moments sont fédérateurs d'une dynamique de groupe. Les transmissions orales sont aussi des temps privilégiés pour que l'équipe s'exprime quotidiennement sur ses difficultés, ses réussites, ses fonctionnements.

De façon générale et individuelle, les soignants doivent transmettre les informations qu'ils détiennent avant leur départ, et à leur arrivée ils doivent recueillir les consignes.

2. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

LA RÉSIDENCE EULALIE a redémarré le processus du PAP en 2016 et la montée en charge est progressive, elle s'étalera sur 2 années.

Les principes du PAP :

Il repose sur la personnalisation de l'accompagnement des résidents et sur une approche de l'être humain reflétant véritablement ses attentes et ses aspirations.

La conception de l'individualisation part de 3 fondamentaux :

La personne âgée est actrice de sa situation ou, à défaut de pouvoir l'être, la compétence de son entourage, de la personne de confiance peut s'y substituer.

La personne conserve ses libertés individuelles dans sa nouvelle structure d'accueil, comme à son domicile.

Le choix de la personne est libre, par conséquent elle garde son droit à la parole.

La méthodologie du projet personnalisé se fonde sur :

Les modalités de recueil d'informations qui doivent reproduire les aspirations et attentes des résidents.

Les moyens de les intégrer dans les pratiques et comportements professionnels.

Les 3 étapes d'élaboration du projet personnalisé :
 La 1ère étape doit permettre de connaître la personne.
 La 2nde d'élaborer le recueil de données.
 La 3ème d'assurer le suivi et l'évaluation des actions mises en place.

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	- Accompagner les médecins libéraux à compléter de façon systématique le dossier médical informatisé afin de garantir la sécurité et la continuité des soins médicaux y compris la nuit et le week-end.	Cadre de santé RAQ Médecins libéraux
Individualisation des soins Projet personnalisé du résident	- Elaborer le projet personnalisé de chaque résident en collaboration avec l'ensemble des intervenants concernés par l'accompagnement des personnes accueillies. Début : chaque nouvelle admission, et montée en charge progressive. - Planifier un espace-temps réservé au travail sur les PAP, périodicité, durée, nombre de dossiers etc... - Finaliser les protocoles sur les grandes spécificités de prise en charge des résidents en EHPAD suite à l'évaluation interne et externe. Saisie des informations par les kinésithérapeutes dans le dossier de chaque résident sur le logiciel de soins Formaliser les transmissions entre les équipes veilleurs et équipes de jour afin d'optimiser la circulation des informations Mettre en œuvre une réunion d'équipe soins	Cadre de santé Equipe de soins Dossier personnalisé de soins et projet individuel

3. La prévention des risques liés à la vulnérabilité de la personne âgée :

3.1. Prévention de la perte d'autonomie

a) Mission

La dépendance « c'est l'incapacité, l'impossibilité d'effectuer sans aide, les principales activités de la vie courante. Elle entraîne un transfert vers un tiers de ces actes. »

L'autonomie : « c'est la capacité à participer, à concevoir les actes de la vie courante, à être en lien avec son environnement, à comprendre, à choisir et à décider. Toute participation à la conception de la prise en charge permet de conserver l'autonomie du résident. »

L'objectif de la prise en charge du résident est de maintenir l'autonomie et l'indépendance, cela se traduit par la stimulation des potentialités et la prise en compte des processus déficitaires.

b) Existant

Le maintien de l'autonomie, la prévention de la dépendance

Pour permettre au résident de conserver son autonomie, différents aménagements ont été réalisés au sein de la structure :

Les personnes en fauteuil roulant peuvent se déplacer aux abords de l'institution.

Les locaux sont adaptés au handicap.

Les espaces de circulation internes et externes disposent d'un éclairage permanent et de puits de lumière.

Pour une facilité de déplacement, des mains-courantes sont disposées dans les couloirs, des haltes sont possibles.

Le résident peut conserver un cadre de vie familial en apportant des objets personnels. Il est possible de personnaliser sa porte de logement avec des photos ou dessins signalétiques.

Le maintien des activités quotidiennes, des stimulations, des rencontres permet de prévenir la grabatisation.

La prise en charge des résidents est fonction de leur dépendance. L'évaluation en pluridisciplinaire réalisée à l'entrée permet une planification adaptée des actes de soins (aide au repas, toilette, gestion de la continence...).

La suppléance des fonctions physiques ou mentales perdues par le résident est réalisée dans un cadre le plus respectueux possible.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	- Rechercher systématiquement les déficits et identifier les capacités préservées lors de l'élaboration du projet personnalisé du résident en équipe pluridisciplinaire.	Cadre de santé
Le maintien de l'autonomie		Equipe soins Médecin Co
La prévention de la dépendance	- Poursuivre la formation des équipes au maintien de l'autonomie des résidents dans le cadre des formations internes	

3.2. L'incontinence

a) Mission

La prise en charge en matière d'hygiène et d'incontinence doit être effectuée :

- de façon individualisée afin de répondre aux besoins et désirs du résident, tout en respectant son autonomie ;
- avec un maximum de respect et sans culpabilisation.

b) Existant

Incontinence urinaire

Les résidents sont conduits aux toilettes régulièrement suivant le rythme de chacun.

La décision de mettre en place des protections est prise au sein de l'équipe. Il n'existe pas d'arbre décisionnel formalisé.

La prise en charge de l'incontinence urinaire suit une démarche d'évaluation réalisée par le personnel qui côtoie quotidiennement les résidents.

Une organisation spécifique « incontinence » permet de

- Planifier les changes sur 24 h,
- de respecter la décision du type de protection adaptée au résident avec affichage en logement,
- de gérer la dotation individuelle et globale des protections,
- de gérer les stocks de la structure.

Incontinence fécale :

Le personnel réalise la traçabilité de l'élimination fécale chaque jour lors des transmissions dans le dossier individualisé du résident.

Le médecin est prévenu dès la survenue d'un trouble.

Des menus anti-diarrhéiques sont mis en place si besoin.

Concernant la constipation :

Les menus proposés prennent en compte la prévention de la constipation en proposant des légumes et des fruits.

Un suivi de l'hydratation est réalisé si nécessaire.

La marche et les activités physiques sont maintenues quand cela est possible.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/Evaluation
Projet de soins	- Formaliser un arbre décisionnel de mise en place d'un système de protection contre l'incontinence respectant les bonnes pratiques de soins en EHPAD.	Médecin Co Cadre de santé
Incontinence urinaire	- Rédiger et appliquer des protocoles (conduite à tenir en cas de constipation...)	Equipe soins Dossier soins
Incontinence fécale	- Former le personnel aux bonnes pratiques en matière d'incontinence (pas de réveil nocturne sauf après avis médical).	Formations Documentation qualité

3.3. Dépistage et prise en charge de la dénutrition :

a) Missions

La dénutrition correspond à une insuffisance des apports caloriques alimentaires par rapport aux besoins.

L'alimentation des résidents hébergés en EHPAD doit revêtir une importance particulière pour prévenir la dénutrition.

L'alimentation doit également permettre de stimuler le goût, maintenir en éveil la curiosité des saveurs, respecter les attentes des résidents, prendre en compte les souvenirs et la mémoire de chacun.

L'alimentation doit être une priorité pour tous les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées

Parce qu'un bon état nutritionnel contribue à limiter les pathologies liées au vieillissement et à maintenir l'autonomie.

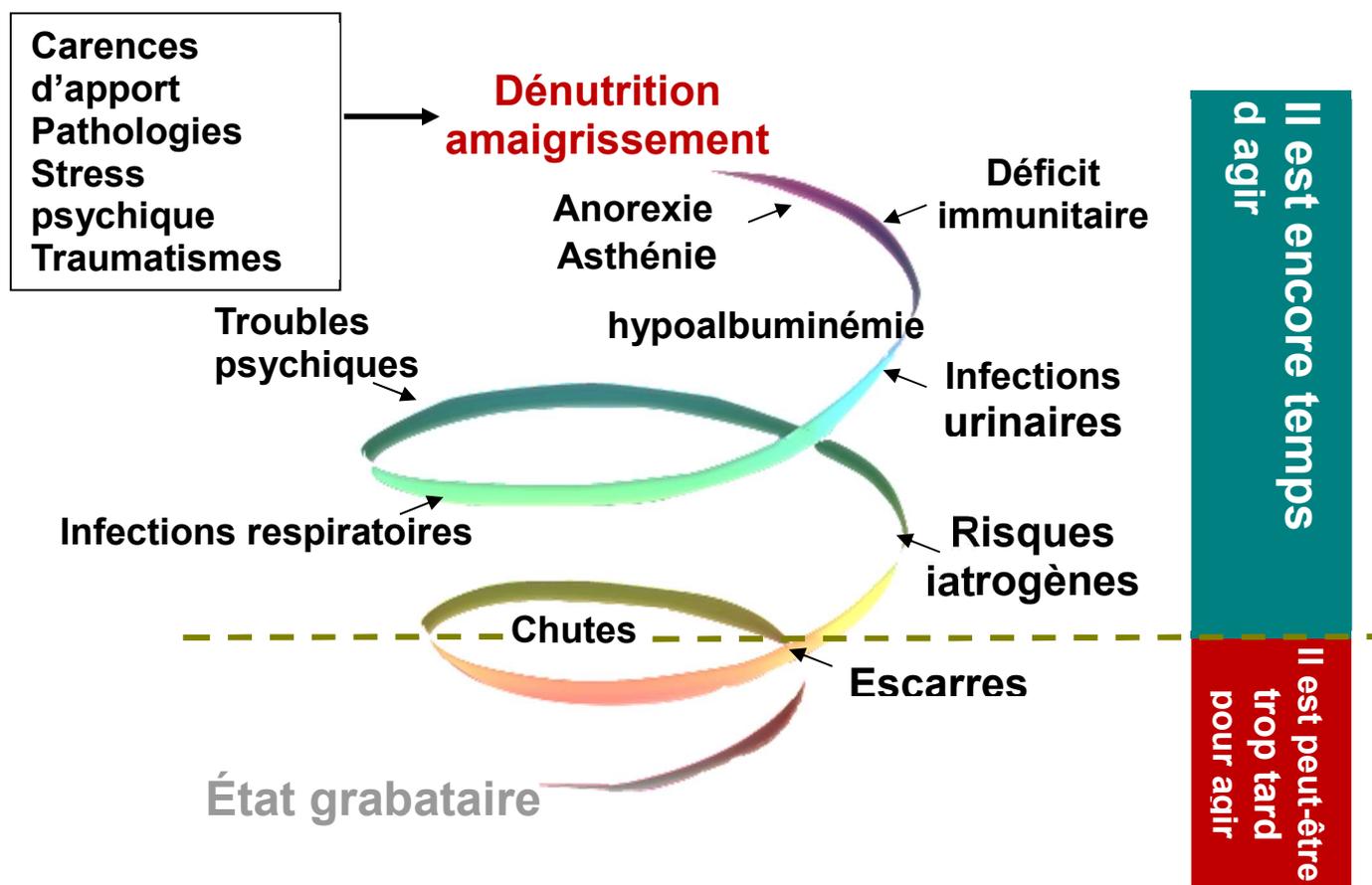
Parce que la dénutrition n'est pas suffisamment repérée et prévenue.

Parce que, contrairement aux idées reçues, les besoins nutritionnels de la personne âgée sont au moins aussi importants que ceux d'un adulte à activité physique équivalente.

L'âge entraîne des modifications physiologiques fragilisant le sujet âgé vis-à-vis du risque de dénutrition et de déshydratation :

- Modifications de la prise alimentaire
- Modifications métaboliques

Les conséquences de la dénutrition sont représentées par des morbidités illustrées à travers la « Spirale de la dénutrition » d'après le Dr Monique Ferry :



Les critères diagnostiques de la dénutrition selon la HAS (la présence d'un de ces critères suffit à poser le diagnostic de dénutrition) :

- Perte de poids \geq à 5% en 1 mois ou \geq à 10% en 6 mois
- et/ou IMC < 21
- et/ou albuminémie < 35g/l (interpréter en fonction du taux de CRP)
- et/ou MNA® < 17/30

b) Existant

L'alimentation au cours de la journée est rythmée en 4 ou 5 temps :

Le petit-déjeuner : boisson chaude, pain/biscottes (croissant les dimanches et fériés), beurre, confiture,

Le déjeuner : entrée ou potage, plat protéique, légumes verts et féculents, fromage et dessert.

Le goûter : boisson fraîche ou chaude, biscuits, fruits en priorité

Le dîner : potage, protéine et accompagnement, fromage et dessert.

Une collation (yaourt, compote...) peut être proposée en soirée voire dans la nuit si nécessaire

Les résidents présentant des troubles de la déglutition bénéficient d'une adaptation des textures (mixée, eau gélifiée...).

Favoriser l'alimentation « plaisir » chez les résidents qui s'alimentent peu

Les résidents sont stimulés à s'hydrater (des boissons sont proposées, des pichets de petite contenance sont fournis à chacun).

Une commission menu est en place et se réunit régulièrement.

c) Objectifs sur l'alimentation en EHPAD

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	- Poursuivre et améliorer la conception de l'alimentation « plaisir ».	Direction Cadre de santé Responsable cuisine Diététicienne
La nutrition	Faire des repas des moments de plaisir favorisant les liens sociaux et le plaisir des sens.	
	Prendre en compte les habitudes individuelles des résidents et leurs goûts particuliers.	
	Privilégier une cuisine familiale, savoureuse et traditionnelle.	
	Soigner la présentation et le service des repas, formation du personnel au service en restauration.	
	- Réflexion sur l'évolution de la décoration et l'ergonomie en salle de restaurant	
	- Mettre en place un Référent nutrition (AS/ASH), suivi des textures, relai cuisine...	
	- Poursuivre et améliorer la prise en compte des besoins nutritionnels spécifiques aux personnes âgées :	
	Respecter les besoins alimentaires des résidents et les règles de la diététique.	
	Respecter les régimes et les textures et les contrôles quotidiens.	
	Prévenir les risques de malnutrition du sujet âgé.	

3.4. Prévention de la dénutrition :

Une fiche de surveillance alimentaire est mise en place si l'état nutritionnel du résident le rend nécessaire.

Les pesées sont effectuées une fois par mois et plus sur prescription.

Une aide à la prise des repas est organisée pour les résidents non autonomes.

Le personnel s'attache à solliciter les résidents désorientés tout en laissant la possibilité de mélanger les éléments lors d'un même repas, de grignoter des aliments mis à leur disposition (biscuits, fruits frais ou secs...).

Une collation est possible la nuit.

L'état bucco-dentaire fait l'objet d'une surveillance quotidienne. Le cas échéant, l'équipe met en place des soins de bouche ou bien prend un rendez-vous chez le dentiste après information et accord du résident et/ou de la famille.

Concernant l'hydratation, tout trouble de la déglutition est signalé. La prise en soin est alors adaptée.

Objectifs sur la prévention de la dénutrition

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	Elaborer un protocole de déclenchement du suivi nutritionnel. A l'entrée, MNA à faire dans les 48h puis en fonction du poids du résident	Cadre santé
La dénutrition	Former les soignants à un dépistage de la dénutrition avec pour Recommandations celles de la HAS 2007 (cf ci-dessous)	IDE
La déshydratation	Formaliser une communication efficace avec le service restauration pour la prise en charge de la dénutrition (enrichissement des menus, modifications des textures...)	Médecin Co

3.5. Prévention du risque d'escarres

a) Mission

L'escarre, nécrose tissulaire, est une pathologie grave qui peut survenir en quelques heures notamment chez le sujet âgé fragilisé. Cependant, elle est très souvent évitable. Aussi l'évaluation du risque d'escarre est-elle indispensable afin d'adopter toutes les mesures de prévention nécessaires et obligatoires pour éviter sa survenue.

Quelques gestes simples peuvent éviter leur apparition. L'implication des équipes de soins et la participation des résidents est primordiale pour éviter la survenue des escarres et maintenir leur prévention.

b) Existant

Au moment de l'admission d'un résident dans la structure, la présence d'escarre est toujours recherchée par le médecin coordonnateur lors de la visite d'entrée puis, lors des soins, par les aides-soignants et infirmiers (notamment lors de la toilette évaluative).

Le médecin coordonnateur évalue, en collaboration avec l'équipe paramédicale, le risque (à l'aide de l'échelle de Braden qui évalue la perception sensorielle, l'humidité, l'activité et la mobilité, la

nutrition, la friction et le cisaillement. Un score inférieur ou égal à 15 caractérise un risque de survenue d'escarre). Au résultat, s'ajoute le jugement humain de l'ensemble des professionnels prenant en charge le résident.

Selon le score de Braden et l'observation au quotidien, des pratiques sont mises en place :

- L'utilisation de certaines feuilles de surveillance telles que la feuille de latéralisation (changements de position) et /ou les feuilles de surveillance alimentaire et hydrique,
- L'intervention d'une diététicienne,
- la mise en place de suppléments alimentaires,
- la verticalisation,
- la location de matelas anti-escarre et changement de la classe selon l'évolution de l'escarre,
- L'utilisation de coussins de positionnement,
- la prévention systématique à type d'effleurage.

Le matériel : tous les lits médicalisés sont équipés de matelas à mémoire de forme. La mise en place de matelas alternant (plus spécialisés) est discutée en équipe.

Tous les résidents sont levés chaque jour sauf avis médical contraire.

Des changements de position sont organisés tout au long de la journée et de la nuit pour les sujets à risque ainsi que la mise en place de coussin anti escarre. Une fiche de suivi « mobilisation du résident » est réalisé en cas d'alitement prolongé avec apparition d'escarres ou en cas d'escarres constitués

Un suivi nutritionnel est déclenché dès qu'un changement de comportement est constaté.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/ Evaluation
Projet de soins	Mettre en œuvre, auditer le protocole de prévention et de prise en charge des escarres.	Médecin Co Cadre de santé
Risques d'escarres	Poursuivre les formations de l'ensemble sur les différentes méthodes de prévention.	Equipe soins Formations
	S'informer de l'évolution de la recherche médicale en matière de prévention et de prise en charge des escarres, mener une veille professionnelle.	Audit qualité
	Formation IDE plaie et cicatrisation	

3.6. La prévention des chutes

a) Mission

Les risques de chutes sont importants chez le sujet âgé et conduisent à une réflexion éthique en ce qui concerne leur prévention. L'établissement a pour mission d'assurer la sécurité des résidents, et dans le même temps de garantir leur liberté. La difficulté de gérer les problèmes de chutes réside dans cet étroit passage situé entre « sécurité » et « liberté ».

Faut-il hyper-sécuriser l'usager pour qu'il ne chute pas ? Il s'agit de mener des actions de prévention, mais au-delà, lorsque les chutes surviennent, doit-on utiliser des méthodes de contention physique ? Faut-il laisser toute liberté à l'usager et constater les conséquences des chutes qui peuvent être parfois dramatiques ?

La vérité n'est sans doute pas unique et les solutions doivent être envisagées en fonction de chaque individu. Il n'en demeure pas moins que l'établissement devra prendre toutes les mesures préventives nécessaires pour limiter les risques de chutes.

La prévention est basée sur la mise en place de mesures visant à :

- Sécuriser la personne en recherchant les facteurs « prédisposant »,
- Sécuriser l'environnement en recherchant les facteurs « précipitant »

b) Existant

Les locaux et le matériel : tous les espaces de circulation sont équipés de barres d'appui et de zones de repos bien espacées.

La nature et l'entretien des sols prennent en compte la prévention des chutes : pendant les temps de nettoyage, une signalisation est mise en place.

Les locaux privatifs sont équipés de revêtements de sols adaptés Des lits médicalisés, ayant la possibilité d'être positionnés très proches du sol, sont mis à disposition des résidents « chuteurs » durant la nuit.

La vigilance de l'équipe pluridisciplinaire est accrue lors de périodes à risque :

- dans les premiers jours suivant l'admission d'un résident
- lors de la survenue de maladies aiguës intercurrentes,
- lors de changement de logement,
- lors de l'introduction d'un médicament psychotrope

L'usage des contentions physiques est limité, et lorsque celles-ci sont nécessaires, elles sont adaptées à la personne et répondent à une prescription médicale signée et datée.

Les déclarations de chute se font sur le logiciel de soin et y sont répertoriées à visée statistique et analytique.

c) Objectif

Thèmes	Objectifs	Pilote/Evaluation
Projet de soins Risques de chutes	<p>Identifier les risques de chutes lors du bilan d'entrée : test station unipodale + troubles cognitifs + déficits visuels, neurologiques, risque iatrogène, etc.</p> <p>- Formation d'un Référent PRAP en 2017 : adapter son action au quotidien dans l'établissement</p> <p>Finaliser les formations de l'ensemble du personnel à la manutention et au transfert des résidents et poursuivre la formation prévention des chutes</p> <p>Poursuivre les ateliers de prévention des chutes</p> <p>Analyser les fiches de déclaration de chutes : recherche de causes, fréquences, facteurs concordants prouvant un dysfonctionnement + mettre les actions correctives en place.</p>	<p>Médecin Co/IDE</p> <p>Cadre de santé</p> <p>Référent PRAP</p>

3.7. La contention physique

Définition :

Selon la définition de l'ANESM, la contention physique est l'« utilisation de toute méthode, matériel ou vêtement empêchant la mobilisation volontaire d'une personne présentant un comportement estimé dangereux ou mal adapté dans le but d'obtenir sa sécurité. »

a) Mission

Nous devons atteindre cet objectif pour notre établissement : « Limiter au maximum l'utilisation de tous moyens qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »¹

b) Existant

Il existe des cas de recours à la contention physique au sein de l'établissement. La situation a toujours été discutée au sein de l'équipe soignante.

Il est toujours recherché une alternative à cette contention.

Une prescription médicale motive le recours à la contention avec suivi et réévaluation mensuelle à chaque renouvellement de traitement.

Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique

Pour chaque recours à la contention physique, le résident est informé, son accord est recherché suivant son degré de compréhension.

Le matériel de contention est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort de la personne âgée

En cas d'impossibilité, l'information et l'accord sont recherchés auprès de la famille ou du représentant légal.

c) Objectif

Thèmes	Objectifs	Pilote / Evaluation
Projet de soins Contention physique	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la démarche de recherche de solutions alternatives à la contention physique et en assurer la traçabilité sur le dossier médical du résident. - Sensibiliser le personnel soignant sur les bénéfices/risques de la contention - Auditer la bonne application de la procédure selon périodicité définie dans le tableau général d'audit de la qualité + Mener des évaluations de terrain et sur dossiers. 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin Co Cadre de santé Equipe soins RAQ Formations Réflexion éthique

¹ Les bonnes pratiques en EHPAD octobre 2007, Ministère de la Santé.

3.8. La prise en charge de la douleur, mise en œuvre, grilles d'évaluation

a) Mission

La douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite comme telle. »

L'amélioration des pratiques de prise en charge de la douleur chez la personne âgée constitue un objectif majeur de santé publique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Principes généraux de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée

La douleur concerne la personne âgée dans son unicité.

Toute personne qui exprime une douleur par des mots et des comportements doit être considérée comme « ayant mal » ; même si la cause n'est pas identifiée, elle doit être soulagée.

Différencier la douleur et la souffrance :

La souffrance désigne, quant à elle, une perturbation globale, psychique et corporelle, voire morale. La douleur n'est qu'un élément de la souffrance qu'il s'agit de soulager.

Penser à évaluer systématiquement la douleur dans les 48 premières heures suivant l'admission.

La forte prévalence de la douleur chez la personne âgée et ses répercussions sur l'autonomie doivent faire rechercher systématiquement l'existence d'un syndrome douloureux, car l'absence de plainte n'est pas synonyme d'une absence de douleur.

Privilégier l'autoévaluation

Le résident est toujours le mieux placé pour localiser et évaluer l'intensité de la douleur, puis pour dire si le traitement est efficace ou non.

L'auto-évaluation empêche toute comparaison de patient entre eux.

Si l'autoévaluation se révèle impossible, il faut pratiquer une hétéro-évaluation.

L'hétéro-évaluation : la bonne échelle est celle que l'équipe a choisi et pratique régulièrement.

L'hétéro évaluation est réservée aux personnes non communicantes verbalement ou non participantes.

Toute modification de comportement chez une personne ayant des troubles de la communication verbale doit faire rechercher une douleur.

Toutes les échelles d'évaluation ont leurs limites.

La douleur est un symptôme dont les causes et le mécanisme doivent être recherchés (nociceptif, neuropathie, psychogène) afin d'adapter les traitements.

L'objectif de la prise en charge est d'aboutir à un niveau de douleur toléré par le résident, cela signifie : évaluer, traiter, réévaluer jusqu'à soulager.

Soulager la douleur est une urgence.

Attention aux douleurs induites

Tous les soins de pratique courante sont potentiellement douloureux.

Il existe des moyens pour les prévenir et les soulager, par le recours à des traitements antalgiques, mais aussi par le soin relationnel et une organisation réfléchie du soin.

Les spécificités gériatriques de la prise en charge de la douleur

Une forte prévalence : 60% des personnes âgées ont des douleurs chroniques ; en fin de vie la prévalence peut atteindre 80%.

La plainte des personnes âgées est rare, trop souvent négligée, voire méprisée.

Les conséquences de la négligence de la douleur peuvent être dramatiques : accélération de la perte d'autonomie, aggravation des handicaps, repli sur soi, anxiété, dépression, anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, etc.

Les troubles cognitifs compliquent l'évaluation de la douleur car il s'agit de déceler les changements de comportements (gémissements, grimaces, raidissement, agitation, gestes de défense, cris, agressivité, repli sur soi...).

Il existe un caractère multiple et simultané des étiologies car les pathologies sont souvent intriquées.

Les douleurs induites sont fréquentes.

Des adaptations thérapeutiques sont nécessaires : le choix des molécules et des posologies doit être adapté au grand âge.

La démarche diagnostique et thérapeutique comprend 4 étapes :

- 1- Repérage et évaluation de la douleur.
- 2- Diagnostic étiologique et identification du mécanisme en cause.
- 3- Traitement.
- 4- Réévaluation(s) régulière

b) Existant

La personne âgée ne s'exprimant pas toujours directement, le personnel signale toute modification du comportement qui pourrait correspondre à une douleur.

Les évaluations sont effectuées à l'aide de deux échelles :

Echelles d'auto-évaluation : pour les personnes âgées communicantes verbalement : l'EVS (échelle verbale simple) sera privilégiée. En effet l'EVA (échelle visuelle analogique) et l'EN (échelle numérique) demandent une capacité d'abstraction bien souvent déficiente dans une population où les troubles cognitifs sont fréquents.

Echelles d'hétéro-évaluation pour les personnes âgées non communicantes verbalement : l'ALGOPLUS (utilisée pour l'évaluation des douleurs aiguës)

Des formations internes ont été dispensées par le médecin coordonnateur.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/Evaluation
<p>Projet de soins</p> <p>La douleur</p>	<p>- Former l'ensemble du personnel de soins à la prise en charge de la douleur (formations interne et externe) :</p> <ul style="list-style-type: none"> * encourager les soignants à participer à des journées (régionales ou nationales) sur le thème de la prise en charge de la Douleur * ré-impulser régulièrement la pratique de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée * affiner l'évaluation en introduisant d'autres échelles : DOLOPLUS, voire ECPA <p>- Améliorer la prévention de la douleur induite par les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> * à l'aide de protocoles (soins des ulcères de jambes douloureux, tableau d'optimisation de la prise d'antalgiques avant un soin douloureux...) * en formant le personnel à la manutention, aux manipulations dans leur pratique des soins <p>- Systématiser l'évaluation de la douleur lors de l'entrée du résident dans l'institution à l'aide des échelles choisies, puis organiser le suivi et les réévaluations (évaluations répétées et pluridisciplinaires).</p> <p>- Diffuser les protocoles « douleur » et former le personnel à leur bonne utilisation.</p> <p>- Mener des évaluations des pratiques professionnelles concernant l'application de ces protocoles.</p> <p>Sensibiliser les médecins libéraux à l'évaluation de la douleur pour une prescription d'antalgique plus adaptée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les bonnes pratiques gériatriques concernant les traitements antalgiques (AINS, titration des opioïdes...) - Elargir le champ des possibilités par des traitements non médicamenteux - Physiothérapie - Amélioration des aides techniques (ergothérapeute) - Massages (kinésithérapeute) - Techniques comportementales et Cognitives (psychologue et Ergothérapeute, psychomotricienne) - Aromathérapie 	<p>MedCo</p> <p>Cadre de santé</p>

3.9. Dépistage de la Démence et approche de prise en charge des Symptômes Psycho-Comportementaux liés à la démence (SPCD)

Généralités/Définitions :

La démence est définie par une détérioration globale des fonctions cognitives, ayant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

La pathologie démentielle est responsable de plus de 50% de la dépendance du sujet âgé. C'est une des raisons qui explique la prévalence importante de démence en institution. La démence est une maladie évolutive. Selon le degré de l'atteinte cognitive et le retentissement des troubles, on distingue plusieurs stades : léger, modéré, modérément sévère et sévère.²

Les troubles cognitifs sont très fréquents en EHPAD, mais leur diagnostic reste encore insuffisamment posé.

Une démarche diagnostique doit être proposée, notamment en cas de troubles de la mémoire :

Dans les 3 mois suivants l'entrée,

En cours de séjour avec une périodicité annuelle et notamment à l'occasion du Projet Personnalisé,

À tout moment aux personnes se plaignant de ressentir une modification récente de leur état cognitif psychique et aussi aux personnes pour lesquelles l'entourage ou l'équipe soignante remarque l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs, ou un changement psycho-comportemental non expliqué par une pathologie psychiatrique identifiée ou un syndrome confusionnel.

Les symptômes psycho-comportementaux de la démence :

Ils sont définis comme « les signes et les symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, observés avec une grande fréquence chez les patients déments ».

Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

Les principaux symptômes psycho-comportementaux de la démence sont les :

- symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations),
- symptômes d'hyper activité (agitation / agressivité, exaltation de l'humeur / euphorie, désinhibition, comportements moteurs aberrants (dont déambulation), irritabilité / instabilité de l'humeur
- symptômes psycho-affectifs : dépression / dysphorie, anxiété
- symptômes déficitaires : apathie / indifférence
- symptômes neuro-végétatifs : troubles du rythme veille/sommeil, troubles de l'appétit

autres symptômes non inventoriés dans le NPI (inventaire neuro-psychiatrique) : opposition (aux soins...), cris

Objectifs :

L'identification d'un SPCD doit faire l'objet d'une transmission ciblée et d'une information au médecin traitant.

² Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007)

Il nécessite une formation spécifique de l'ensemble du personnel pour identifier les SPCD et pour réaliser un NPI-ES (Inventaire Neuro-Psychiatrique/Equipe Soignante), en fonction du signalement d'un SPCD.

En cas de modification brutale du comportement il convient de réaliser une CAM (Confusion Assessment Method : à la recherche d'une confusion mentale

Thèmes	Objectifs	Pilote/éval
Projet de soins	Elaborer des protocoles de prise en charge des résidents déments et des résidents confus.	Médecin Co
Démence	- Définir les conduites à tenir dans le projet individuel du résident.	Cadre de santé
Confusion	Réaliser des formations spécifiques à la l'identification des SPCD et leur prise en charge spécifique. Repérer les éventuelles causes iatrogéniques des SPCD.	Psychologue
	- Evaluer régulièrement l'état de santé du résident (psychologue et médecin coordonnateur).	Equipe soins
	- Développer des réunions d'information concernant la démence à l'attention des familles, et renseigner au sujet des associations existantes.	

3.10. Prévention/Dépistage de la dépression et Risque suicidaire

a) Généralités

La dépression est une pathologie très fréquente chez la personne âgée, mais souvent non diagnostiquée ou mal traitée.

Elle est associée à un risque de suicide élevé, à des conduites addictives, surtout d'alcoolisation chronique. Elle est un facteur indépendant de surmortalité, estimé à plus de 50% à trois ans.

Particularités de la dépression chez la personne âgée :

La dépression de la personne âgée se manifeste par des affects dépressifs (tristesse, dévalorisation, pessimisme) et un ralentissement psychomoteur fréquent, auxquels s'associent, à des degrés divers, anxiété et troubles de l'appétit et du sommeil.

Les formes atypiques sont plus fréquentes chez la personne âgée :

- Expression moindre de la tristesse
- Perte d'intérêt et de plaisir
- Plaintes somatiques fréquentes (forme de dépression masquée)
- Plainte subjective de mémoire, voire des troubles cognitifs avérés
- Anxiété et/ou symptômes psycho-comportementaux plus marqués (dépression anxieuse, dépression hostile)
- Dépression mélancolique (urgence thérapeutique)

Le diagnostic de la dépression est avant tout clinique et repose sur l'examen et l'entretien avec l'entourage. L'utilisation des échelles dans la Résidence peut aider à attirer l'attention du médecin traitant sur des situations à risque.

Les échelles pour le dépistage de la dépression en EHPAD sont sélectionnées en fonction du statut cognitif du résident : la GDS 15 ou la Mini-GDS ou bien l'échelle de CORNELL (stade modéré à sévère).

L'évaluation du risque suicidaire se fait selon 3 dimensions comme le préconise l'ANAES :

- Analyse de la balance entre les « facteurs de risque » et les « facteurs de protection »,
- Analyse de la dangerosité,
- Analyse de l'urgence à intervenir

L'analyse plurifactorielle de la situation du résident doit se conclure par une évaluation du risque suicidaire avec une appréciation à 3 niveaux validée par le psychologue et le médecin coordonnateur : Risque faible / Risque moyen / Risque fort

b) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/éval
Projet de soins	- Elaborer des protocoles de dépistage et de prise en charge des résidents dépressifs (bilan d'entrée, partenariat avec la famille, observation du comportement etc.) Réévalue la procédure d'évaluation des risques suicidaires chez les résidents, sensibiliser les équipes à ce risque Evaluer régulièrement l'état de santé psychique du résident - Poursuivre la formation du personnel sur les troubles du comportement, l'écoute empathique, l'évaluation de la prise en charge - Renforcer les transmissions inter équipes pour la prise en charge d'un résident dépressif.	Médecin Co
Dépression		Cadre de santé
Risque suicidaire		Psychologue Equipe soins

3.11. L'accompagnement de la fin de vie, accompagnement famille et personnel, équipes mobiles

a) Mission

Marie de HENNEZEL, auteur du rapport : « Fin de vie et accompagnement », remis en 2003 au Ministre de la santé, dit regretter qu'à « la solidarité qui se manifestait autrefois autour des mourants se soit substituée une solitude, un chacun pour soi qui n'encourage pas à faire confiance aux autres et qui fait que l'on préfère compter sur soi »

Mais nous, soignants, devons accompagner, aider, soutenir, être présents auprès de celui qui est en fin de vie afin de lui apporter un confort le plus satisfaisant possible par :

- des ressources thérapeutiques,
- des soins techniques,
- un soutien psychologique,
- une aide morale,
- une réponse aux besoins spirituels.

Il s'agit pour chacun, de mener une réflexion éthique autour de la démarche d'accompagnement afin de considérer la personne âgée à part entière, en sollicitant sa participation et son choix, en maintenant un mode de communication adapté, en étant attentif aux douleurs exprimées ou non, en répondant aux besoins physiques, en respectant les convictions religieuses, en aidant à la maîtrise des peurs et du sentiment de solitude du résident, et en soutenant la famille.

L'accompagnement de la personne en fin de vie fait appel aux notions de dignité, de respect des convictions, de compréhension et demande aux familles ainsi qu'au personnel et aux intervenants médicaux extérieurs un travail en cohésion. Tous tenteront de trouver le juste équilibre entre « acharnement thérapeutique » et « abandon inconscient » du résident.

Le décret du 6 septembre 1995 détermine les missions prescrites aux médecins en situation de fin de vie.

Le droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement est inscrit dans la loi 99-477 du 9 juin 1999.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades vise à mettre à disposition tous les moyens pour assurer une vie digne jusqu'à la mort.

Le droit à l'information, l'autonomie et le consentement dans la prise de décision, la désignation d'une « personne de confiance » trouvent une importance particulière dans les situations de fin de vie.

Les textes de loi nous invitent à procéder à cet accompagnement de fin de vie. Ils précisent que tout établissement a désormais l'obligation légale de le mettre en œuvre.

Il est notamment obligatoire d'inviter le résident, dès son arrivée, à donner ses « directives anticipées » pour sa prise en charge de fin de vie.

A cette occasion, les questions suivantes pourront être posées :

- Quelles sont les personnes référentes à informer en cas d'aggravation de son état de santé ?
- Quels sont les souhaits de la famille quant à la survenue du décès ?
- La personne souhaite-t-elle la venue d'un intervenant du culte ? Etc.

L'accompagnement d'un résident en fin de vie et de ses proches, implique une formation spécifique des personnels et un apport de compétences extérieures.

Cela implique une relation étroite avec l'équipe de soins palliatifs de Marmande avec laquelle une convention a été signée en avril 2017.

b) Existant

Dans la Résidence EULALIE, quelques aménagements ont été mis en place pour faciliter l'accompagnement des personnes en fin de vie :

Pour les familles, les horaires de visites sont libres.

Une table d'hôte est à disposition, les capacités d'hébergement pour les familles sont inexistantes dans l'établissement et sur la commune.

Possibilité de mettre un lit de camp dans les logements pour les proches souhaitant rester auprès du résident

Autant que possible, la prise en charge des résidents en fin de vie se fait au sein de la Résidence.

Possibilité de faire appel à l'HAD selon certains critères et pour la prise en charge de soins lourds

Le personnel de l'établissement met en place les ressources thérapeutiques et les soins techniques nécessaires à cet accompagnement :

- prise en compte la douleur physique par les échelles d'auto-évaluation EVA ou d'hétéro-évaluation ECPA ou DOLOPLUS si la personne est non communicante ;
- puis, transmission de cette évaluation au médecin pour adapter le traitement à visée antalgique.

Soins infirmiers, de nursing, soins de bouche :

L'équipe porte une attention particulière aux derniers soins dans un souci de dignité et de respect des volontés du défunt et de la famille.

Les soins sont adaptés au confort et à la qualité de vie du résident.

L'infirmier et l'aide-soignant travaillent en binôme pour regrouper les toilettes et les pansements afin d'éviter de multiples mobilisations.

Un traitement antalgique peut être mis en place avant la réalisation d'un soin douloureux, sur prescription médicale.

Les soins sont répartis en fonction des phases de sommeil du résident.

Des soins de bouche adaptés sont effectués autant de fois que nécessaire.

Alimentation et hydratation :

Les goûts des résidents sont respectés selon leur projet de vie.

Les repas fractionnés sur la journée sont privilégiés si les trois repas principaux sont trop importants pour le résident.

Les résidents ne sont pas perfusés systématiquement, mais seulement après une « réflexion éthique ».

En cas de refus alimentaire, les motifs sont recherchés en éliminant une cause organique ou physique.

(Ne jamais forcer, toujours proposer et respecter le choix du résident).

Un partenariat avec une équipe de soins palliatifs est formalisé, une convention de collaboration est signée. Lorsque la prise en charge s'avère difficile, nous nous rapprochons des unités mobiles de soins palliatifs.

Mise en place d'un soutien psychologique :

Il est proposé au résident et/ou aux proches. Un dialogue interne existe entre soignants, mais il est à développer afin d'aborder plus avant les thèmes suivants :

Comportement adapté face au résident et à sa famille ?

- Pour chaque soignant, comment gérer la problématique de la mort ?
-

Le deuil faisant partie de la pratique courante des professionnels, il est important d'y consacrer un temps d'échange et d'écoute. Ainsi, les quelques points suivants peuvent être évoqués lors des réunions d'équipe :

- Echanger des informations au niveau du suivi médical, soignant et relationnel.
- Être particulièrement attentif à la présentation de la personne décédée et à l'aménagement matériel de l'environnement.
- S'organiser pour que les soignants qui étaient présents lors du décès puissent accueillir la famille afin de l'informer sur son déroulement (Qui a fait quoi ? Qui était là ? Qu'a dit la personne ? A-t-elle souffert ? Quand est-elle décédée ?...).

Lors des réunions d'équipe après un décès, chaque membre du personnel a la possibilité de s'exprimer et ainsi de livrer ses difficultés « professionnelles » et « existentielles ». Les réunions en présence du médecin coordonnateur et du psychologue permettent de réfléchir à notre éthique et à nos pratiques, mais elles sont encore insuffisantes et restent à développer.

c) Objectifs

Thèmes	Objectifs	Pilote/éval
Projet de soins L'accompagnement de fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les formations de fin de vie, douleur et soins palliatifs auprès d'un nombre important de salariés et intégrer le personnel de nuit à ces formations afin de créer une culture d'accompagnement de fin de vie. - Réviser et mettre en œuvre des protocoles de fin de vie à la suite de ces formations. - Développer le dialogue interne pour atténuer la difficulté du personnel générée par l'accompagnement de fin de vie - Mettre en place des techniques douces en matière de prise en charge en fonction des désirs du résident : techniques de respiration, relaxation, massages, toucher... Désigner une personne de confiance dès l'entrée Recueillir les directives anticipées, de manière formalisée dès les premiers jours après l'admission	Médecin Co Cadre de santé Equipe soignante Direction

Le projet d'accompagnement de fin de vie doit donc conjuguer projet de vie et projet de soins. Il doit permettre de prendre soin « du corps qui meurt », sans acharnement, en lui garantissant le confort et le bien-être maximal, ceci en faisant appel aux compétences de l'équipe dont l'organisation du travail nécessitera souplesse et adaptation pour libérer du temps mais également en faisant appel aux compétences complémentaires extérieures.

VII. PROJET BIENTRAITANCE

1. La bientraitance

1.1. Mission

Le concept de bientraitance recouvrant tout ce qui est fait de manière volontaire pour permettre le respect du résident, son écoute, sa participation pendant tout son séjour dans l'établissement, doit servir de base aux réflexions d'équipe lors des réunions, des formations et lors de la définition des projets individualisés.

Chaque acte mené doit, non seulement, ne jamais être significatif de maltraitance mais doit participer au bien-être du résident. Les risques liés à la vie en institution sont nombreux et imposent une grande vigilance des acteurs : infantilisation, rejet, anonymat, désinvestissement, prises en charge parcellaire.

« Ne jamais faire subir à un autre soi-même ce que nous n'accepterions pas que l'on nous fasse. Avoir le courage d'examiner nos pratiques pour en exclure toute maltraitance.

Combattre et faire cesser notre indifférence afin de donner jour à une institution bien traitante ».

1.2. Ce que nous devons savoir concernant la bientraitance :

La sensibilisation des personnels, soignants et non soignants, à la bientraitance des personnes accueillies constitue un objectif majeur de santé publique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

La démarche de bientraitance s'inscrit dans la démarche générale d'évaluation et d'amélioration de la qualité des EHPAD. Elle est exprimée en filigrane dans le référentiel Angélique (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements) et les recommandations de l'ANESM « Bientraitance, repères et mise en œuvre », « le questionnement éthique ».

L'objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies dans une optique de bientraitance passe par une valorisation du soin technique mais aussi relationnel d'où la nécessité de développer les formations, de donner du temps de parole et de réflexion aux personnels.

La bientraitance passe par le respect de la dignité humaine, c'est-à-dire de la qualité d'être humain (considérer l'autre en tant que sujet). Redonner à chacun sa place de sujet implique des droits et des devoirs.

« La bientraitance est d'apporter à chacun ce qui lui convient le mieux et donc de personnaliser la prise en charge. »³

³ Pr Marc Berthel, 2006.

1.3. Les obstacles à la Bienveillance

Les freins institutionnels

L'engagement insuffisant

Les injonctions contradictoires, normes de sécurité et liberté, protocoles de soins et personnalisation des soins.

Le manque et les changements trop fréquents de personnels.

Le principe de l'organisation institutionnelle du travail.

Le manque de communication au sein des équipes.

Des freins individuels des professionnels

Ne se référer qu'à ses propres valeurs morales.

Les difficultés quotidiennes génèrent une insatisfaction.

La vieillesse, l'approche de la mort font peur.

Les freins individuels des personnes âgées

Les personnes âgées n'expriment pas leur plainte, leur souffrance, leur désarroi.

Des recommandations pratiques générales

- casser la routine en redonnant du sens aux actes quotidiens,
- favoriser une attitude d'intérêt envers les personnes,
- personnaliser les prises en charge,
- prendre en compte les goûts et les envies des personnes,
- redonner sa place au soin relationnel,
- apprendre à reconnaître et à accepter ses propres défenses.

2. Le projet « HUMANITUDE »

LA RÉSIDENCE EULALIE souhaite intégrer dans sa démarche de Bienveillance l'approche du concept « HUMANITUDE », concept popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par Yves Gineste et Rosette Marescotti il y a plus de 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit ainsi dans une démarche de bienveillance.

Cette approche de soins donnés aux personnes âgées repose sur quatre piliers : le regard, la parole, le toucher, la verticalité.

Les cinq principes de l'Humanitude » sont :

Zéro soin de force, sans abandon de soin : techniques d'entrée en relation, organisation des actes, report de soin, toilette évaluative, techniques de manutention relationnelle

Respect de la singularité et de l'intimité : respect de la citoyenneté, Projet d'accompagnement personnalisé, connaissance de la personne (histoire de vie, habitudes, rituels, projets)

Vivre et mourir debout : verticalisation de 20 minutes/jour, ne pas nuire, ne pas faire à la place

Ouverture vers l'extérieur : entretien des liens familiaux, sociaux, culturels et culturels, liberté d'aller et venir

Lieu de vie, lieu d'envies : ambiance, cadre de vie, animation socioculturelle

2.1. Existant

Le respect de la dignité et de la personnalité tel qu'il est conçu dans l'établissement assure à chaque résident :

- Le droit à l'information.
- La liberté d'opinions.
- La liberté de circulation.
- Le droit aux visites.
- La liberté de recevoir sa famille dans un espace réservé.
- La liberté de choisir ses activités.
- L'accès au téléphone.
- Le respect de l'intimité.
- Le respect de la vie privée (frapper à la porte de la logement).
- La liberté de culte.
- La possibilité de déposer une réclamation ou une plainte, la possibilité de faire des suggestions etc.

Le respect, c'est aussi la liberté de choisir :

Son entrée dans la structure, ses professionnels libéraux, son médecin traitant.

Une structure sanitaire en cas d'hospitalisation.

Son alimentation, son habillement, les conditions de son nursing etc....

D'organiser sa journée à sa guise : rester en logement, se promener ou participer aux activités...

Des comportements adaptés sont attendus de la part du personnel :

Chaque membre de l'équipe doit connaître la charte de la personne âgée dépendante.

Un vocabulaire respectueux et non dévalorisant est utilisé. Le tutoiement est interdit ; il peut intervenir dans des cas particuliers de liens familiaux ou amicaux.

Le prénom du résident est employé à sa demande et de façon tout à fait exceptionnelle, après validation de la famille et de la direction.

Les soins de confort :

Les toilettes ne sont jamais réalisées pendant le nettoyage du logement. Elles sont effectuées en respectant les rythmes, les souhaits et la pudeur.

Les résidents ont le choix de l'heure du coucher tout en respectant l'organisation du travail.

Les changes effectués la nuit sont effectués en cas de réel besoin ceci afin de préserver la qualité du sommeil des résidents.

Les repas :

Ses goûts, sa place, son rythme, son suivi alimentaire, le besoin d'aide sont respectés.

La sexualité :

La sexualité est rare dans l'établissement. L'attitude retenue est de la respecter et de ne pas intervenir sauf s'il s'agit d'un comportement inadapté et hors des normes sociales couramment admises.

La confidentialité et de la discrétion sont respectées.

Les affinités sont respectées. Dans la mesure du possible, le respect du choix personnel prévaut sur l'intérêt collectif.

Les croyances et religions de chacun sont respectées

2.2. Objectif

Thèmes	Objectifs	Pilote/éval
Projet de soins	- Recenser les souhaits et les besoins des usagers afin d'élaborer le projet personnalisé du résident.	Direction
Bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Désigner un référent institutionnel pour chaque résident - Continuer de former des « Personnes Ressources Bienveillance » - Rechercher les contraintes institutionnelles et les risques pour le résident « d'une sécurité » imposée réduisant « sa liberté ». - Former le personnel au signalement de la maltraitance et au développement de la bienveillance. - Mettre en place des réunions d'échanges avec les familles. <p>Réviser le guide détaillé du fonctionnement institutionnel à l'intention des résidents et des familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer des textes concernant la bienveillance lors de la mise à jour du Règlement Intérieur des salariés. <p>- Dans le cadre de la démarche qualité : faire l'évaluation des risques de maltraitance et un plan de vigilance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre la procédure de protection des biens (annexe contrat séjour + registre des dépôts) assurer le suivi à chaque entrée et sortie de biens et auditer la procédure. 	<p>Médecin Co</p> <p>Cadre de santé</p> <p>Equipe soins</p> <p>RAQ</p> <p>Personnels des fonctions transversales</p>



RESIDENCE EULALIE
9, rue Eulalie Béchade
47260 VERTEUIL D'AGENAIS
Tél. 05 53 88 34 00
famillesresidents@ehpadeulalie.fr