

FONDATION PERE FAVRON



EHPAD « LES ALIZES »

**22 rue des scalaires – 97434
SALINE LES BAINS**

**Tel : 0262.33.89.89
FAX : 0262.33.98.94**

PROJET D'ETABLISSEMENT

NOVEMBRE 2013

Table des matières

1	PREAMBULE	5
2	ETATS DES LIEUX.....	8
2.1	Situation géographique	8
2.2	L'architecture.....	8
3	LE PROJET INSTITUTIONNEL	11
3.1	Le projet d'accueil.....	11
3.1.1	Constitution du dossier d'admission	11
3.1.2	Composition du dossier de demande d'admission	11
3.1.3	Le traitement de la demande d'admission	12
3.1.4	Déroulement de la procédure d'admission.....	13
3.1.5	La visite de Pré-Accueil	14
3.1.6	La préparation de l'accueil	14
3.1.7	L'accueil proprement dit.....	15
3.1.8	Le suivi de l'accueil.....	16
3.1.9	Le contrat de séjour	16
3.1.10	Objectifs opérationnels du projet Accueil	16
3.2	Le projet de vie personnalisé	17
3.2.1	La singularité	17
3.2.2	Outil construit avec le résident	17
3.2.3	Les partenaires du projet personnalisé.....	17
3.2.4	L'élaboration du projet.....	18
3.2.5	Les réunions de projet individualisé	18
3.3	Le droit des usagers dans l'institution.....	19
3.4	Le projet d'animation	20
3.4.1	De l'animation	20
3.4.2	La place de l'animatrice	20
3.4.3	Rôle des référents d'animation	21
3.4.4	Le concept d'animation	21
3.4.5	Les animations en pratique	22
3.5	L'ouverture sur l'extérieur.....	24
3.5.1	Sorties.....	24
3.5.2	Handi-plage	24
3.5.3	Maintien des liens sociaux.....	24
3.6	Sécurisation de la personne âgée.....	24
3.6.1	Sécurisation physique.....	24
3.6.2	La sécurité incendie.....	25
3.6.3	Sécurisation psychique	25
3.6.4	Prévention des risques alimentaires.....	26

4	LE PROJET DE SOINS	27
4.1	Les pathologies accueillies	27
4.2	Le travail en réseau.....	27
4.3	La prévention en cas de crise sanitaire ou climatique	28
4.4	La conduite des soins.....	28
4.4.1	Le médecin coordonnateur.....	28
4.4.2	Le médecin traitant salarié.....	29
4.4.3	L'équipe soignante	29
4.4.4	L'équipe paramédicale	31
4.5	La pharmacie à usage interne.....	32
4.6	Organisation, coordination, évaluation des soins	32
4.7	Les prises en charges spécifiques.....	33
4.7.1	Les soins d'hygiène	33
4.7.2	Evaluation et surveillance de l'état cutané.....	33
4.7.3	Perception sensorielle.....	34
4.7.4	Humidité.....	34
4.7.5	Activité	34
4.7.6	Mobilité	34
4.7.7	Prise en charge de l'escarre et son traitement	34
4.7.8	Nutrition / Hydratation.....	35
4.7.9	Locomotion et transfert	36
4.7.10	Sommeil et repos	36
4.7.11	Evaluation des contentions	37
4.7.12	Relation et communication.....	37
4.7.13	Accompagnement psychologique.....	37
4.7.14	Prise en charge de la douleur.....	38
4.7.15	Accompagnement de fin de vie	39
4.7.16	Prise en soin humanitude.....	39
4.8	L'accompagnement au sein de l'unité protégée : « JADE »	40
4.8.1	Les pathologies accueillies	40
4.8.2	Les « Déments Valides ».....	40
4.8.3	Les pathologies psychiatriques stabilisées :.....	42
4.8.4	La prise en soin.....	42
5	UNE PRISE EN CHARGE ALTERNATIVE : LE PASA (POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES)	45
5.1	La population accueillie	45
5.2	Le fonctionnement	45
5.3	L'accompagnement a effets thérapeutiques	47
5.4	Transmissions et suivi de l'accompagnement de soins	47
5.5	Le personnel.....	48
5.6	Projet architectural.....	48
5.7	Journée type dans le PASA.....	49
5.8	Pour une prise en charge singulière	49
6	PROJET DE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	51
6.2	L'organisation du travail	51
6.3	La formation professionnelle continue	51
6.4	L'entretien d'évaluation du personnel	53
7	LE DOCUMENT UNIQUE (D.U) ET LES RISQUES PROFESSIONNELS	55

Que doit contenir le DU ?	55
8 LE PROJET QUALITE	56
8.1 Le cadre législatif.....	56
8.2 Améliorer de façon continue la qualité du service rendu	57
8.3 Plan d'amélioration continue de la qualité – PACQ :.....	57
9 PROJET ARCHITECTURAL	61
ANNEXES	63

1 PREAMBULE

L'article L. 311-8. du code de l'action sociale et des familles prévoit que :

« 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 ses 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 ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

La négociation d'une nouvelle convention tripartite sur la période de de 2014 à 2018 ainsi que la mise place d'un pôle d'activités et de soins adaptés font qu'une nouvelle écriture du projet d'établissement a été réalisée.

L'ambition de l'EHPAD est de rechercher la meilleure qualité de prise en charge de la personne âgée dans un milieu institutionnel qui devient son nouveau lieu de vie.

Ce projet d'établissement a pour dessein d'explicitier les objectifs que nous nous sommes fixés et de quelles manières nous souhaitons les atteindre. Il se veut donc à la fois fonctionnel et opérationnel.

Fonctionnel, pour qu'il puisse être compris de chacun, qu'il serve de référence stratégique à la construction et l'utilisation d'outils de travail adaptés à l'accompagnement personnalisé des résidents qui feront de cette maison leur lieu de vie.

Opérationnel, pour qu'il puisse être mis en œuvre sur le terrain, chaque jour et en toute circonstance, qu'il facilite le travail du personnel, rende agréable la vie des résidents, et puisse fédérer les uns et les autres autour d'objectifs communs et dynamiques, traduits dans des projets de vie individuels, conçus comme des trajectoires et non comme une finalité.

Ce document sera donc soumis à évaluation après sa mise en œuvre et connaîtra naturellement des réajustements pour répondre toujours mieux aux attentes et besoins des personnes accueillies.

Approuvé par le Conseil de la Vie Sociale et validé par le Conseil d'Administration, il constituera ainsi un document officiel de référence.

NOS VALEURS ET ENGAGEMENTS

Nous nous engageons à exercer notre activité dans le plus strict respect de :

↳ Les valeurs de la Fondation Père Favron

↳ La Charte de la FEHAP (voir en annexe)

↳ La Charte de la personne âgée dépendante (voir en annexe)

↳ Charte des droits et libertés de la Personne Accueillie (voir en annexe)

- La loi du 2 janvier 2002-2 du code de l'action sociale et des familles et notamment à respecter, l'article L. 311-2, L. 311-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-3. - *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :*

« *Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*

« *...le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*

« *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*

« *La confidentialité des informations la concernant l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;*

« *Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition*

« *La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.*

- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées et notamment nous nous engageons à tout mettre en œuvre afin de favoriser :

- le respect de la citoyenneté des personnes âgées,

- leur insertion dans la vie sociale locale,

- le respect des droits de l'utilisateur et du droit d'accès aux soins tant au sein de l'établissement que dans les actions menées de façon coordonnée.

Notre établissement se fixe comme objectif de tout mettre en œuvre pour favoriser la qualité de vie et la sécurité des personnes que nous allons accompagner dans leur nouveau lieu de vie tout en leur assurant le respect de leur citoyenneté.

Dans ce cadre, notre objectif premier s'emploie à développer des moyens qui leur permettent de conserver leur autonomie, leur culture, leur personnalité, leur histoire, des liens sociaux et de développer toute action favorable à leur épanouissement personnel.

Il est à rappeler que l'EHPAD est avant tout un lieu de vie dans lequel nous offrons des prestations de soins dans le cadre d'une dynamique qualité.

2 ETATS DES LIEUX

Il nous semble que la construction d'un projet institutionnel, en l'occurrence le projet d'établissement, doit être considérée dans un contexte géographique et démographique.

Il nous semble tout aussi important de tenir compte de l'architecture existante qui est un élément important dans toute stratégie de prise en charge.

2.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'EHPAD des Alizés est situé sur la côte ouest de l'île de la Réunion dans une zone touristique et près d'une plage et d'un lagon.

Elle a pour vocation l'accueil des personnes âgées dépendantes qui habite sur l'arrondissement ouest de la Réunion, soit sur une partie de la commune de Saint-Paul et celles de Saint-Leu et des Aviron.

2.2 L'ARCHITECTURE

L'EHPAD est composé de bâtiments de plain-pied qui se trouvent cependant sur un terrain qui présente un dénivelé.

Tous les bâtiments sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, hormis la partie réservée à l'administration comptable et ressources humaines.

Il est à noter que l'EHPAD est situé dans la région la plus chaude de l'île de la Réunion mais seule une minorité des chambres est climatisée. Au demeurant, il s'agit exclusivement de climatiseurs individuels.

Les autres chambres sont ventilées à l'aide de ventilateurs mobiles.

Cet état des choses trouve l'explication dans l'incapacité à EDF à fournir la puissance électrique nécessaire à l'EHPAD lors de la construction de l'établissement.

Face aux doléances des résidents et des familles qui sollicitent vivement la climatisation de toutes les chambres, il a été décidé d'intégrer des travaux relatifs à cet objet dans le plan pluriannuel d'investissement 2014-2018 présenté aux autorités de tarification.

Dans le cadre de mise aux normes de sécurité incendie et de la circulation des personnes à mobilité réduite dans les salles de bains, de gros travaux ont été effectués en 2012 sur autofinancement et emprunt.

Au regard du vieillissement des bâtiments qui ont été livrés en 1998, des travaux de réhabilitation s'avèrent nécessaires, toutefois il y a lieu d'effectuer une recherche de financement, à ce jour seule une ponction au niveau du fonds de réserve d'investissement est possible mais ne demeure pas le plus expédient.

2.3 Situation démographique

Les personnes qui ont vocation à intégrer un EHPAD doivent avoir une diminution d'autonomie. Par ailleurs la mission principale de l'EHPAD des Alizés est de faire en sorte que tous les résidents gardent le plus long temps possible le maximum d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

La Grille AGIR paraît un outil pertinent de la mesure du degré de dépendance notamment à travers le « girage » des résidents et de l'évaluation du GMP.

Le GMP est actuellement de 725,80.

Le PMP est de 180,96.

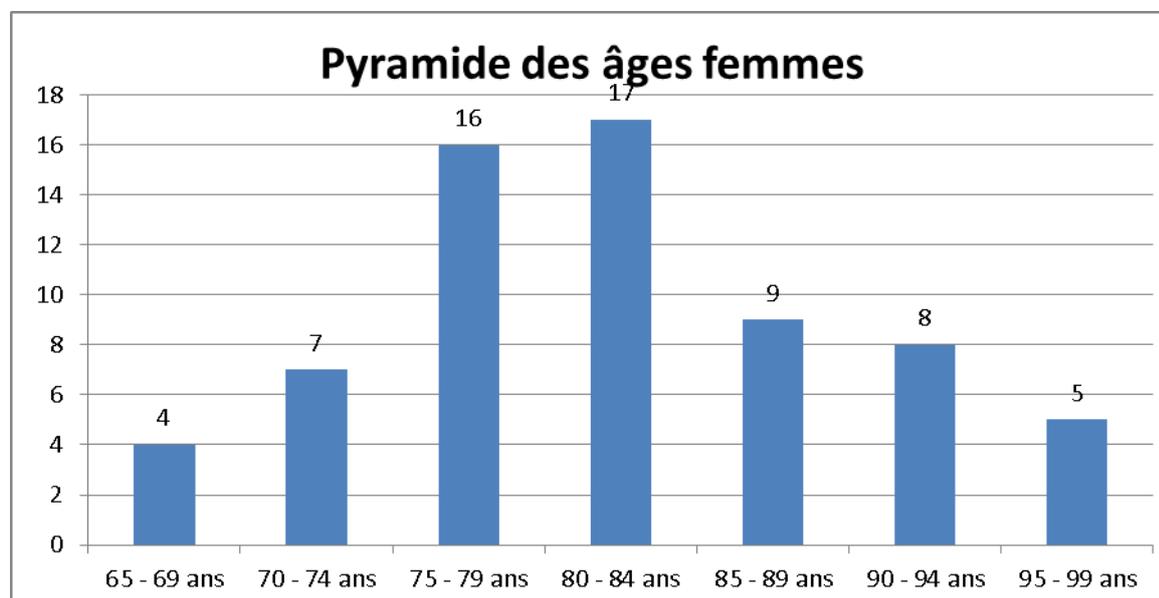
La moyenne d'âge est de 82 ans avec des écarts très importants, le plus jeune est âgé 64 ans et la plus âgée a 100 ans.

La durée moyenne de séjour est un peu plus de 4 ans ½.

La population accueillie est répartie sur trois unités dont l'une dénommée « Jade », qui présente les caractéristiques d'une unité protégée qui a pour vocation de recevoir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées.

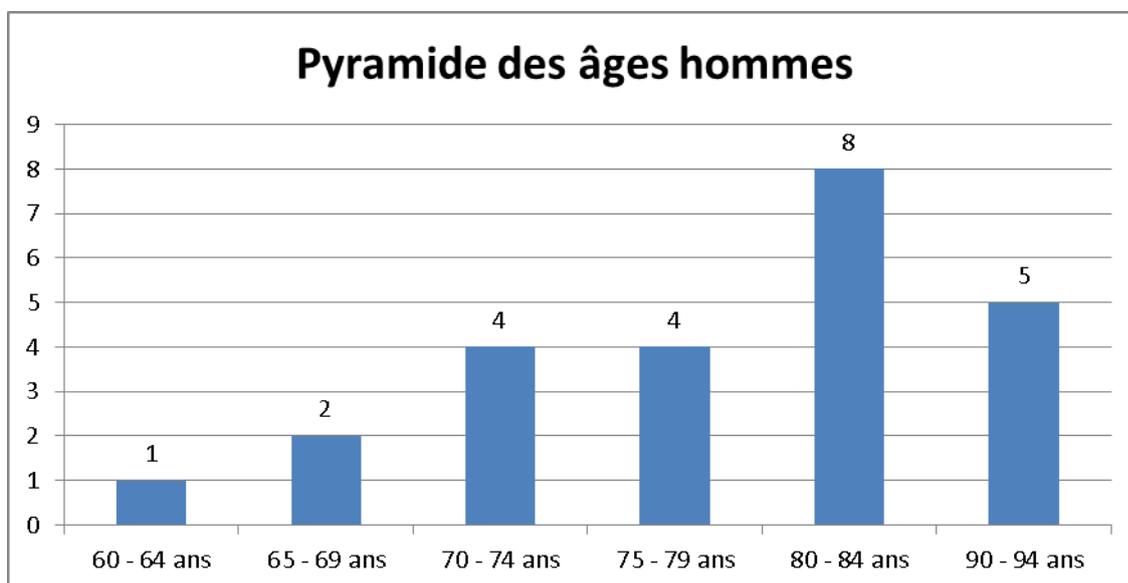
La population de l'EHPAD est composée majoritairement de femmes dont la plus jeune est âgée de 66 ans et la plus âgée de 99 ans, avec une moyenne d'âge de 82 ans.

Il est à noter que nous avons eu par le passé deux centenaires femmes sur une même période.

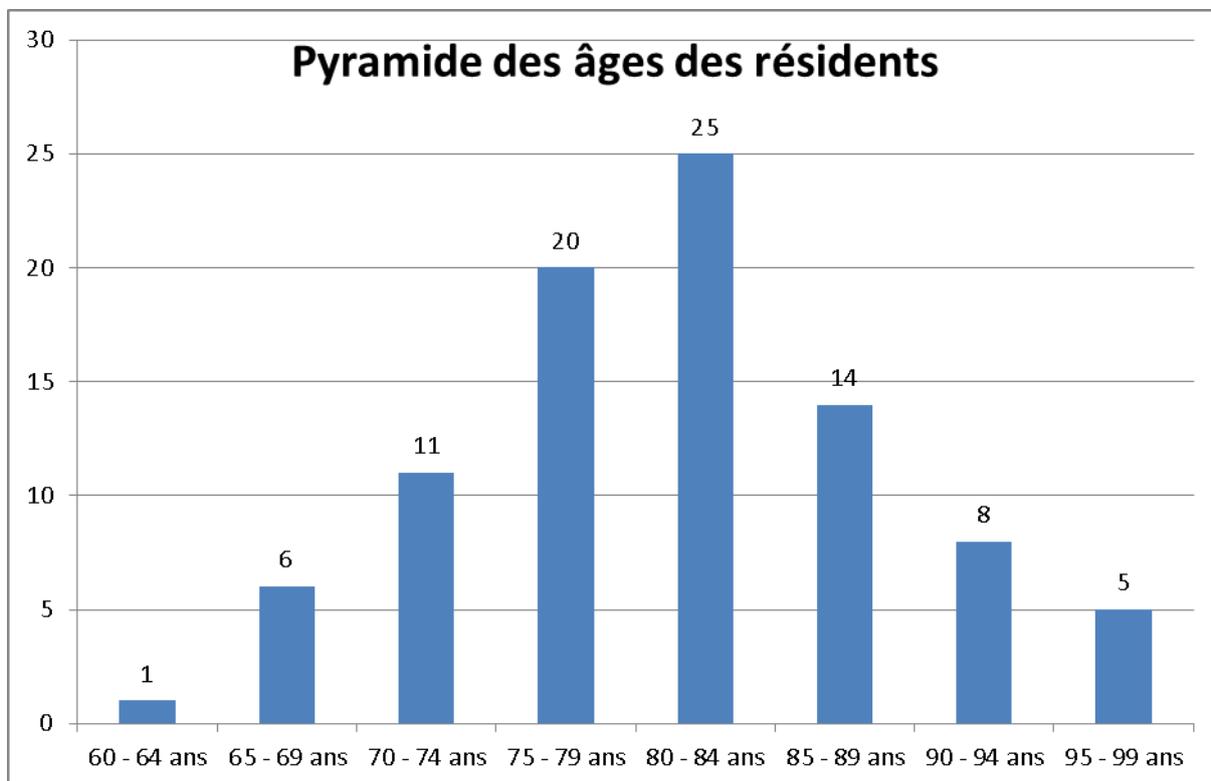


La pyramide des âges des hommes est semblable à celle des femmes en ce sens que la majorité des résidents hommes sont âgés de plus de 80 ans.

Toutefois nous apercevons que un peu moins de la moitié des effectifs hommes est sur la tranche de 60 à 79 ans et l'autre partie est sur celle de 80 ans et plus. L'âge moyen de la population homme est de 81 ans.



Si nous observons la population totale de l'EHPAD, la tranche d'âge la plus élevée est celle de 80 – 84 ans, avec un âge moyen de 81 ans.



3 LE PROJET INSTITUTIONNEL

3.1 LE PROJET D'ACCUEIL

L'organisation de l'accueil est une phase primordiale de l'intégration de la personne âgée dans l'EHPAD, en effet c'est pendant cette période, relativement courte parfois, que se joue l'acceptation ou non pour le nouveau résident d'investir son nouveau lieu de vie.

L'accueil est donc fondamental pour le futur résident et sa famille, car il représente le premier critère de jugement de la qualité des prestations et de l'agrément de vie proposés par l'établissement.

3.1.1 Constitution du dossier d'admission

La demande d'admission en EHPAD a souvent pour origine le souhait de la famille qui se trouve démunie face à une prise en charge qui devient de plus en plus lourde, ce qui n'exclut pas d'obtenir le consentement de la personne âgée ; plus rarement elle est initiative de la personne elle-même, voire d'une tutelle car le maintien à domicile devient trop difficile.

Les modalités de cette demande d'admission sont tout à fait libres, qu'il s'agisse d'une demande orale ou écrite, mais font systématiquement l'objet d'une réponse qui présente les principaux critères et les principales formes d'admission : accueil des personnes à haute comme à faible dépendance ; accueil « classique », adultes handicapés vieillissants, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La réponse apportée est accompagnée d'un ensemble de documents. Certains seront destinés à informer les demandeurs : livret d'accueil, règlement de fonctionnement et exemplaire du contrat de séjour, d'autres à compléter et à renvoyer à l'établissement pour faciliter l'accueil du futur résident

3.1.2 Composition du dossier de demande d'admission

✓ **Le dossier médical** qui a pour objectif d'informer sur l'histoire médicale du patient, en particulier sur ses antécédents médicaux, chirurgicaux et autres, et de décrire son état actuel, en particulier sous l'angle de son degré d'autonomie (et de dépendance), physique, cognitive, et psychiatrique.

Ce dossier sera complété par le médecin traitant de la personne candidate, et/ou par le médecin de la structure d'hébergement ou de l'hôpital dans laquelle se trouve la personne au moment de la demande.

Ce dossier médical, permet d'apprécier la cohérence entre les besoins et attentes de la personne qui souhaite être accueillie et les prestations que propose l'établissement. En cas de réponse positive, il constitue la base de réflexion de la visite de préadmission.

En cas de réponse négative, un courrier Avis défavorable sera adressé à l'intéressé.

✓ **Le dossier administratif** rassemble les informations nécessaires à l'accompagnement de la personne accueillie. Il doit être le plus précis et le plus complet possible au moment de l'entrée de la personne en EHPAD : il doit renseigner en particulier tous les items du dossier informatique.

Ce dossier administratif précisera :

- l'état civil de la personne, naissance, situation matrimoniale, lieu de vie au moment de la demande ;
- les personnes « ressources » ;
- la couverture sociale et médico-sociale en cours, avec les coordonnées du centre de Sécurité Sociale dont la personne dépend, sa situation vis à vis de l'ALD et de la CMU, la couverture mutuelle éventuelle, et les aides en cours (de type APA par exemple) ;
- les ressources financières de la personne, en particulier les différentes Caisses de Retraite dont elle dépend, et leurs coordonnées, ainsi que les aides dont elle bénéficie, et les démarches entreprises. Ceci pour permettre une évaluation des possibilités de financement du séjour.

Le dossier ainsi remis au demandeur, ou adressé par voie postale, ou par courriel, doit être conçu comme un guide, une aide « pas à pas », pour faciliter la démarche d'accueil en établissement, parfois délicate, en permettant à l'entourage d'en comprendre les enjeux, d'en maîtriser les étapes obligatoires et bénéficier des informations et conseils pratiques.

Dans ce cadre, il est important de positionner l'équipe de l'EHPAD comme un réel « partenaire-conseil », agissant avec professionnalisme et compétence, dans le but de créer des relations positives entre le résident, sa famille et l'institution.

Au cours de cette démarche de demande d'admission, l'entourage a la possibilité de visiter les locaux et de recevoir toutes explications qui pourraient être utiles ou demandées (objectifs de soins de l'établissement, déroulement type d'une journée, activités proposées, ...)

3.1.3 Le traitement de la demande d'admission

A la réception du dossier complet de demande d'admission, ce dernier est soumis à l'avis du cadre de santé, de la pharmacienne et du médecin coordonnateur. Au vu de ces différents avis la direction décide de donner un avis favorable ou défavorable à l'admission de la personne.

3.1.4 Déroulement de la procédure d'admission

① **Retirer un dossier d'admission** (dossier administratif + dossier médical) avec l'agent administratif en charge du service sociale ou demander qu'il vous soit adressé par courrier, courriel.



② **Faire remplir le dossier médical par le médecin traitant de l'intéressé et remplir le dossier administratif** sans omettre d'y adjoindre les pièces demandées et retourner l'ensemble au secrétariat.



③ Après étude du dossier transmis, **une réponse écrite vous sera adressée** pour vous informer de la suite qui sera donnée (avis pré- favorable ou défavorable)



④ **L'avis est favorable** : un courrier vous sera adressé mentionnant que l'intéressé et sa famille(ou représentant légale) sera **convoqué** ultérieurement à une **réunion de pré-accueil**, et **pour une visite à domicile** (échanges d'informations complémentaires).



⑤ **L'avis d'admission** : un courrier vous sera adressé mentionnant que l'intéressée prend place dans la **liste d'attente, avant son entrée définitive**

3.1.5 La visite de Pré-Accueil

Si les critères d'admission évoqués précédemment sont satisfaits, rendez-vous est pris avec la personne qui doit être accueillie et son entourage pour une visite « de Pré-Accueil », ou lorsque la personne concernée ne peut pas se déplacer, une visite à domicile est programmée afin de la rencontrer dans son milieu et échanger avec les membres de la famille présente.

Cette visite a pour objet de recueillir le « consentement éclairé » de la personne sur le choix de vie qui lui est proposé et de permettre à l'établissement de déterminer l'opportunité ou non de l'orientation souhaitée.

La personne et/ou son entourage doivent être présents à l'entretien, pour que soit possible l'évaluation des capacités physiques et psychiques, et pour que soit abordé avec elle, et en présence de l'entourage, le projet d'entrée en institution.

Au cours de cette consultation sont repris les différents éléments du dossier médical, en particulier les antécédents médicaux et chirurgicaux, les pathologies et les traitements en cours, les capacités physiques et cognitives ainsi que les raisons motivant la demande d'admission. A cette occasion, sont précisées les organisations de vie dans l'établissement. A l'issue de cette visite de Pré-Accueil, plusieurs réponses possible :

- soit refus, avec conseils d'orientation vers une autre organisation de vie, éventuellement vers un autre établissement d'accueil plus adapté à la situation et à l'état de la personne.

- soit décision d'accueil, permettant d'aborder alors les modalités pratiques de cet accueil,

- soit une décision différée, essentiellement dans le cas où la personne n'est manifestement pas prête à accepter psychologiquement l'entrée en établissement.

Il importe que ce rendez-vous de Pré-Accueil soit déterminé en fonction des possibilités d'accueil à court terme, et non pas au moment où les demandes d'admission parviennent à l'établissement. En effet, il existe parfois un délai important, entre la réception du dossier et l'accueil « réel » de la personne, si celui-ci s'avère possible. Le délai au cours duquel l'état de santé de la personne est susceptible d'évoluer, tant sur le plan psychique que sur le plan physique, faisant que les critères d'admission ne sont plus respectés, et rendant obsolète toute évaluation trop précoce.

3.1.6 La préparation de l'accueil

3.1.6.1 La préparation administrative

Il s'agit essentiellement de collecter l'ensemble des documents nécessaires à la constitution du dossier administratif.

L'ensemble de ce dossier administratif a pour objectif une évaluation précise de la situation sociale de la personne, et des possibilités de financement de son séjour, permettant de ce fait la mise en route des demandes d'aides sociales et financières, telles que APL, APA, Aide Sociale, ...

3.1.6.2 La préparation médicale

Contact est pris pendant cette phase de préparation avec le médecin traitant ou avec la structure hospitalière dans laquelle vit la personne, pour préciser tel ou tel point médical ou thérapeutique resté dans l'imprécision. C'est là le principe de la « relève », pour assurer une continuité des soins efficace, et pour une prise en charge de qualité, dès l'entrée.

3.1.6.3 La préparation du cadre de vie

Celle-ci est assurée par les équipes de personnels, notamment par les membres de l'équipe soignante. Elle vise à ce que le futur résident puisse investir sans difficulté son nouveau cadre de vie, en ayant accès dès que possible à ce qui sera sa chambre, en insistant sur la possibilité, voire même la nécessité, de personnaliser cet espace par un mobilier ou des objets chargés de souvenir et d'affectivité (tableaux, photos, fauteuil, ...), en expliquant le fonctionnement quotidien de l'établissement.

3.1.6.4 La préparation psychologique

L'entrée en EHPAD est souvent une orientation difficile à gérer par le futur résident comme pour son entourage. Elle nécessite la mise en place d'une aide psychologique au moment même de la consultation d'évaluation, qui se poursuivra après l'entrée en institution et s'adressera autant au résident lui-même qu'à son entourage.

3.1.6.5 La synthèse de cette phase de préparation

Elle devra faire l'objet d'une réunion pluridisciplinaire (directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé, administratif en charge du service social, soignant référent, para médicaux) avant même l'entrée du futur résident.

3.1.7 L'accueil proprement dit

L'accueil proprement dit est l'aboutissement de la phase de préparation de cet accueil. L'expérience montre cependant que les délais entre la consultation d'évaluation, la décision d'accueil, l'annonce au futur résident et à son entourage que cet accueil peut se faire, et l'accueil lui-même, sont en réalité très courts. Les différents points de « préparation de l'accueil » se confondent souvent avec l'accueil proprement dit. A ce stade, il convient de tout mettre en œuvre pour faciliter l'installation du nouveau résident, tant en ce qui concerne son bien-être que son acceptation par les autres résidents.

Le jour de l'entrée, il est attribué au nouveau résident un personnel « Référent » qui l'accompagnera tout au long de son séjour. Le référent dont le rôle consiste à prendre en charge individuellement un résident se trouve être placé de par sa fonction au cœur de la dialectique entre le sujet, l'institution et sa famille et constitue un des axes, une sorte d'opérateur autour de qui la dynamique des échanges s'ordonne.

Le référent est donc un interlocuteur privilégié vis à vis des résidents et des familles.

A l'admission, il est également important de laisser à la famille et au nouveau résident, un temps d'intimité dans la chambre, ne serait-ce que pour ranger les effets personnels et prendre physiquement possession des lieux. Diverses modalités permettant au nouveau résident d'être présenté à l'ensemble des personnes vivant dans l'établissement seront favorisées. Il est indispensable d'organiser le nouvel équilibre collectif, en particulier en salle à manger au moment des repas et des activités de loisirs....

3.1.8 Le suivi de l'accueil

Des rencontres personnalisées seront proposées au résident et sa famille dans le but de favoriser l'expression de questionnements pouvant se poser tout au long du séjour du résident, quels qu'ils puissent être : matériels, organisationnels, médicaux, psychologiques ou autres. Ces rencontres constitueront un espace de parole, libre et constructif.

3.1.9 Le contrat de séjour

Afin d'assurer la plus grande transparence dans les relations entre l'établissement et le résident, un contrat de séjour sera établi et signé.

Lors de l'admission le contrat de séjour est établi et remis à chaque résident (le cas échéant, à son représentant légal) pour signature (le résident ou son représentant légal peut être accompagné de la personne de son choix).

Dans les six mois qui suivent l'admission un Projet Personnalisé basé sur l'évaluation des besoins individuels est proposé et discuté avec le résident et, éventuellement son représentant légal. Ce projet est à réactualiser tous les six mois.

Lors de son élaboration et à chaque modification du contenu du Projet Personnalisé, un avenant au contrat de séjour est signé dans les mêmes conditions que la signature du contrat initial.

3.1.10 Objectifs opérationnels du projet Accueil

Les objectifs du projet d'accueil sont de :

- Privilégier la relation avec les proches en accompagnant le moment d'entrée dans l'établissement et proposer un fonctionnement transparent de l'établissement.
- Diversifier les modes de communication avec le résident et ses proches pour les aider à comprendre la vie dans l'établissement.

- Recueillir l'avis des résidents et des familles sur le fonctionnement de l'EHPAD (espace de dialogue, enquête de satisfaction, création d'un journal).

3.2 LE PROJET DE VIE PERSONNALISÉ

3.2.1 La singularité

Maintenant que la personne âgée est entrée dans l'établissement, et se trouve dans une vie de collectivité, pour autant elle doit rester un être singulier. Il est vital pour une personne de rester la même malgré les changements qui s'opèrent dans son nouveau environnement immédiat, et l'institution doit prendre conscience que la personne âgée subit malgré elle ces changements pour des raisons que nous avons développées dans la partie relative à l'admission.

Le défaut de prise en compte de cette singularité peut mener vers le phénomène de glissement qui serait fatal pour la personne âgée.

3.2.2 Outil construit avec le résident

Même si cela s'avère parfois compliqué, si le résident ne sait pas répondre ou n'ose pas exprimer de désirs pour ne pas déranger, il doit toujours être associé à l'élaboration de ce qui sera le cadre de son parcours dans l'établissement.

Il appartient à son référent d'établir une relation suffisamment bonne pour permettre l'échange ou même le refus.

Si le niveau de dépendance du résident ne lui permet pas de participer activement à l'élaboration de son projet personnalisé, les outils d'observation dont le référent et l'équipe soignante disposent, doivent permettre au personnel de faire des propositions d'actions.

3.2.3 Les partenaires du projet personnalisé

Le résident est bien évidemment le premier acteur de son projet de vie personnalisé, mais son histoire de vie est inscrite dans une famille, un entourage de vie, qu'il faut intégrer dans l'élaboration de ce projet.

De même si le référent de la personne accueillie occupe une place importante dans l'élaboration de ce projet, tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD : l'équipe soignante (AS, AMP, IDE), les paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue, ...) participeront à l'émergence du projet.

Le médecin coordonnateur et le cadre de santé veilleront à la cohérence du projet en assurant la coordination de son élaboration.

3.2.4 L'élaboration du projet

Pour l'élaboration du projet de vie personnalisé, l'équipe ainsi constituée comme décrite en supra, fonde son action sur des valeurs simples mais fondamentales :

- L'identité, en préservant la singularité de chacun dans un contexte collectif.
- L'histoire de vie, l'expérience qui fondent la continuité entre la vie d'avant l'institution et celle qui y débute.
- La sécurité qui favorise la confiance et satisfait la notion de se sentir bien.
- La personnalisation de son espace pour se créer son ambiance, son « chez soi ».
- L'intimité pour préserver ce que l'on souhaite garder pour soi.
- La dignité d'une personne adulte respectée.
- La liberté de choix et de dire non, rester acteur de sa vie.
- La prise en compte des rythmes de vie.
- Le bien être, source d'équilibre et de plaisir de vivre.

Les différentes phases pour réussir le projet :

Phase 1 : Après l'admission une réunion sera organisée avec tous les intéressés : les référents, le cadre de santé, le médecin coordonnateur, la personne de confiance – Tuteur, l'administratif en charge des relations sociales, et ainsi que le résident. C'est également le premier contact avec le « Référent », professionnel accompagnant, qui est l'interlocuteur privilégié du résident et assure la liaison avec l'entourage si besoin est. Cette réunion permettra de valider un premier programme d'accompagnement « sur mesure » qui sera ensuite régulièrement réévalué tous les 6 mois.

Phase 2 : Le résident sera associé à la rédaction des objectifs. Il y sera déterminé les objectifs intermédiaires ainsi que la mise à disposition du résident des moyens dont nous disposons pour les atteindre (Matériels, humains

Phase 3 : Apposition de la signature du résident (personne de confiance/ tutelle) et de celle de l'établissement (médecin coordonnateur et direction) sur le projet d'accompagnement personnalisé.

Phase 4 : Des rencontres auront lieu afin d'évaluer l'avancement du projet. Des ajustements éventuels en termes d'objectifs et de moyens pourront être décidés.

Dans chaque unité, un classeur réunissant tous les projets personnalisés réalisés sera à la disposition de chaque professionnel concerné. Un double sera dans le bureau du Cadre de santé.

3.2.5 Les réunions de projet individualisé

Fréquence : Deux fois par an pour chaque personne accueillie.

Participants : le directeur, le médecin coordonnateur, le coordonnateur de projet, et les deux référents du résident, le résident, la famille et/ou tutelle.

Animateur : le coordonnateur de projet qui a pour fonction de synthétiser les prises de parole, de recentrer les débats, d'inciter les participants à l'argumentation de leur position en vue d'arrêter des décisions.

Contenu : à partir d'un recueil d'informations instruit par le coordonnateur de projet recensant les points forts / points faibles de la personne accueillie, il vise à produire des propositions d'action concernant la prise en charge spécifique de l'usager, à envisager leur mise en œuvre concrète et à arrêter des orientations et des procédures d'action engageant le projet personnalisé. Ensuite les propositions d'action sont proposées et discutées avec la personne accueillie afin d'aboutir à l'élaboration du projet personnalisé contractualisé.

Ce projet doit être réévalué régulièrement.

3.3 LE DROIT DES USAGERS DANS L'INSTITUTION

Afin de favoriser la libre expression des personnes accueillies et de pouvoir recenser de façon objective leurs besoins et attentes plusieurs dispositifs sont mis en place et sont des espaces où les résidents et les familles pourront s'exprimer sur la vie de l'établissement.

Le Conseil de la vie sociale

Afin d'associer les personnes au fonctionnement de l'établissement un Conseil de la vie sociale a été instauré.

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes questions intéressant le fonctionnement de l'établissement.

Autres formes de participation

Afin de renforcer le dispositif de recueil des besoins et attentes des résidents plusieurs actions sont mises en œuvre :

Des groupes d'expression permettront aux participants de s'exprimer sur des thématiques liées à la vie de l'institution (repas, animation, ...)

Des enquêtes de satisfaction sont régulièrement menées auprès des résidents et des familles et un registre de satisfaction est à la disposition de ces dernières.

Une déclaration des faits indésirables permettra d'assurer le suivi régulier des dysfonctionnements.

3.4 LE PROJET D'ANIMATION

3.4.1 De l'animation

L'Homme est un être social et le fait de devoir achever sa vie en institution ne doit pas le priver de toute référence à la vie sociale dans son acception la plus large.

Cette vie sociale ne peut s'inscrire que dans un champ relationnel qui permet l'expression de la demande, de l'émergence du désir et donc la poursuite de la vie. Le terme d'animation ne doit pas être regardé que sous l'angle de pratiques occupationnelles, de divertissements, ou des moments festifs dans le temps de nos résidents.

C'est à travers des activités librement choisies, non infantilisantes et s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun que doit être composée l'animation.

Le projet d'animation doit donc proposer à chacun des activités compatibles avec son état de manière à ne jamais faire naître un sentiment d'échec déjà fortement perçu lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Ses objectifs sont multiples :

- Il doit convaincre chacun des capacités d'échanges et d'action qui demeurent malgré la dépendance.
- Il doit permettre de conserver à chacun une image positive de soi.
- Il doit permettre le maintien de liens sociaux forts tant dans la structure qu'avec la société.
- Il doit permettre, en préservant une image positive, de maintenir les liens familiaux dans leur cadre traditionnel.
- Il doit permettre l'exercice de la citoyenneté en garantissant le droit à l'information et à la participation à la vie institutionnelle et locale.
- Proposer des divertissements.
- Maintenir une autonomie maximale.

Trop souvent encore, l'animation qui en EHPAD devrait être appréhendée comme l'un des éléments essentiels du prendre soin, est considérée comme un accessoire.

3.4.2 La place de l'animatrice

Le rôle de l'animatrice sera de structurer la démarche d'animation au sein de la structure et donc de veiller à construire un programme annuel en adéquation avec le projet institutionnel et les souhaits et capacités des résidents.

Pour cela elle devra :

- Créer et animer une commission d'animation et garantir la régularité des réunions en veillant à favoriser la participation des usagers.
- Veiller à respecter du planning et des engagements.
- Favoriser la prise de responsabilité de ses collègues en leur confiant la réalisation de micro projet après leur avoir donné les moyens de mettre en œuvre leurs idées.

- Gérer les matériaux acquis pour l'animation.
- Coordonner les interventions des différents services mis à contribution lors d'une activité (ex : cuisine pour les anniversaires et les fêtes).
- Garantir la diversité des animations pour que chacun y trouve un intérêt et que la participation aux activités ne soit pas source de discrimination ni d'exclusion.
- Garantir la qualité des actions mises en place qui ne doivent être ni infantilisantes ni ridicules.
- Elaborer un programme d'animation et le diffuser auprès des résidents et des familles qui pourraient être invitées à participer à certaines actions.
- Développer les partenariats avec les associations de bénévoles, établissements scolaires et autres EHPAD.
- Ces fonctions seront assumées avec le soutien et la collaboration du cadre de proximité et de la direction.

3.4.3 Rôle des référents d'animation

L'animation doit se mettre au service des projets de vie personnalisés établis par les équipes de chaque service pour chaque résident. Des référents animation seront désignés pour chaque service, ils veilleront à la participation des résidents aux différentes activités les mieux adaptées à chaque personne.

En lien avec la responsable de l'animation le référent élaborera un classeur pour chaque unité qui sera régulièrement alimenté et enrichi de photographies et qui servira de support aux rappels de souvenirs et d'émotions.

3.4.4 Le concept d'animation

3.4.4.1 Favoriser la vie sociale

Le projet d'animation doit être adapté au public à qui il s'adresse et ne doit pas sombrer dans l'activisme effréné qui ne laisserait pas ou peu de temps libre au résident. Aussi une fois créé, l'établissement pourra s'inspirer des remarques faites par les résidents soit lors du conseil de la vie sociale soit lors de l'administration d'un questionnaire sur l'animation ou encore un groupe de parole pour évaluer périodiquement l'adéquation entre les souhaits des résidents dans le domaine de l'animation et le potentiel de la structure pour les réaliser.

Les activités de groupe sont un des éléments favorables à la vie sociale. Elles permettent de diminuer l'isolement, la solitude, l'ennui, les pensées négatives (attente de la mort, angoisses...), et de préserver des acquis, de favoriser la socialisation sous toutes ses formes.

Elles permettent aux personnes de s'exprimer, de réfléchir ou « de faire travailler leur mémoire » en entretenant ainsi les capacités intellectuelles.

Au fil des années, les sens se modifient. La vue et/ou l'audition s'amointrissent naturellement à cause de la vieillesse, et il devient d'autant plus important de les solliciter. Il en est de même pour le toucher, pour lequel les activités de vie sociale doivent permettre de favoriser un maintien, voire un développement des acquis tout

en luttant contre les dépendances (arthrose, engourdissement, mauvaise circulation sanguine...).

Si le caractère propre de l'animation reste l'adaptation, sa difficulté en gériatrie est de savoir « rebondir » sur les discours des résidents, même si le moyen de dialogue n'est pas toujours aisé à mettre en œuvre. Ceci est encore plus délicat avec des personnes atteintes de troubles psychologiques ou neurologiques.

Cette animation doit aussi permettre de favoriser la valorisation de la personne, pour elle-même comme par rapport au groupe en la rendant actrice, autant que faire se peut, de cette démarche.

3.4.4.2 Maintien des capacités physiques et intellectuelles

Lors de la mise en place des activités il faut rester humble. Ces personnes sont très âgées, et certaines sont atteintes de maladie d'Alzheimer, ou de troubles apparentés.

En ce qui concerne l'entretien des capacités intellectuelles, l'apprentissage de nouvelles connaissances est illusoire. Par contre, il est vital de préserver les capacités actuelles, tout en sachant qu'avec la vieillesse, la destruction des neurones est de plus en plus importante et irréversible.

Pour limiter les régressions il est très important de stimuler les personnes. Cette stimulation passe par un dynamisme et un sens des relations humaines.

Il est nécessaire d'entretenir les acquis et les actes simples de la vie, de façon à prolonger au maximum l'autonomie.

Même si ces fonctions sont plutôt du ressort des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes (amplitude, arthrose, prothèse...), le personnel peut y contribuer grâce à la marche ou à des activités adaptées. Une forme de gymnastique est organisée, avec les conseils des kinésithérapeutes (Atelier de gymnastique douce).

3.4.5 Les animations en pratique

L'animation est assurée par une Animatrice (diplômée AMP). L'ensemble des membres de l'équipe contribue à la mise en œuvre de la politique d'animation.

Les activités proposées sont variées et diverses :

Activités manuelles (brèdes, peinture, jardinage)

La participation est généralement très courte. Par contre, ceci peut être l'occasion de dégourdir une main ou tout simplement penser à autre chose.

Même si la participation des résidents n'est pas toujours impliquée, le simple fait d'avoir de la vie et du mouvement autour d'eux, les stimulent.

Au niveau de la sécurité, l'utilisation d'objets non coupants, tranchants, ou perforants est recommandée.

Activités cuisine

Il s'agit essentiellement de faire des gâteaux ou des salades de fruits. Cet atelier favorise et permet de retrouver une certaine motivation (intérêt) ; favorise la réminiscence (se souvenir d'une recette), faire renaître les sens...Ceci est l'occasion de répondre à un souhait de repas exceptionnel de certains résidents (exemple : rougail snoeck, rougail graton...) en assurant l'intégralité de cette réalisation (achat des ingrédients, élaboration du repas, dégustation, et participation au rangement).

Ateliers mémoire

Ces ateliers sont effectués de façon ludique. Il faudra par exemple trouver un mot ou une représentation. Il est important de rassurer et valoriser les personnes.

Le but étant la réflexion et la stimulation des fonctions cérébrales à travers des jeux de cartes, dominos, les associations d'images et de mots (fruits, animaux, ...)

Des fiches d'aide sont appréciables pour varier les jeux, et un classeur de suivi est dédié à cet effet.

Ateliers discussion

Atelier à maintenir, car réalisé par une bénévole.

L'objectif est de faire participer les personnes au maximum. Cela permet de les valoriser, de réduire l'isolement social et limiter le décalage entre les paroles et la pensée (dû à la maladie). Cela les oblige à « structurer » leur pensée. Il y a également un travail de mémoire grâce à de la reformulation (les personnes ont elles retenu ?).

Autour d'une collation, des discussions sont engagées sur le thème : des voyages, « la vie lointan », la cuisine,... ; ce qui permet de lier connaissance avec d'autres résidents, et d'assurer si besoin un accompagnement individuel.

Musique / Chant

Cette activité est souvent appréciée par les résidents. Elle permet de s'extérioriser. Même si les personnes n'arrivent pas forcément à suivre les paroles, cela stimule l'écoute et l'attention.

Cette activité favorise l'entraide. Les résidents peuvent choisir les chansons.

Même si le nombre de participants a tendance à diminuer dans le temps, ce genre d'animation doit rester présent. D'autre part, la formation d'un petit groupe, favorise l'échange et la convivialité.

Enfin, cette animation est animée en collaboration avec les chorales locales ce qui permet de renforcer les liens avec la Cité, lors des manifestations

Anniversaires

Tous les deux mois les anniversaires du mois sont regroupés sous l'Agora. C'est l'occasion de chanter et de passer un bon moment. Marquer l'anniversaire est très important. Les personnes âgées se sentent valorisées et reconnues. En invitant les proches à participer à ce moment, les liens familiaux sont renforcés.

Néanmoins, l'accord de la personne sera systématiquement recherché.

3.5 L'OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

L'EHPAD ne doit en aucun cas être un monde clos où les résidents vivent dans une autarcie s'agissant des activités. Il doit donc s'ouvrir vers l'extérieur afin que la personne âgée reste un être social et ne sombre pas dans une fin de vie monotone.

3.5.1 Sorties

Nous avons constaté que les personnes restaient parfois tout le temps dans leur chambre. C'est pourquoi il est indispensable d'organiser des sorties (jardin botanique, plage, marché forain, tournée des églises, musées, parc aquatique...).

Un partenariat sera recherché avec les clubs de troisième âge du secteur pour la participation des résidents à des après midi festives.

Les sorties sont l'occasion de proposer des activités rappelant les anciennes habitudes de vie ou des activités à orientation thérapeutique (entretien de la motricité ...).

3.5.2 Handi-plage

Une fois par semaine, les résidents qui le désirent et qui sont grabataires ont la possibilité d'aller nager en profitant des installations mises à disposition par la commune de St PAUL.

Les usagers sont accompagnés des paramédicaux pour cette activité.

3.5.3 Maintien des liens sociaux

Afin de favoriser le maintien des liens citoyens entre les personnes accueillies et la cité, des activités extérieures sont proposées : sorties au restaurant, l'accompagnement dans un lieu de culte, échanges prévus avec : le réseau associatif, les écoles, ..., les autres établissements.

L'ouverture de l'établissement sera privilégiée. En proposant et favorisant l'accueil de personnes extérieures à la structure (familles, amis, associations, ...) nous souhaitons permettre à nos résidents de maintenir ou retrouver des relations sociales.

Une rencontre avec les familles autour d'un repas sera instauré de manière régulière qui sans être le repas de famille traditionnel aura le mérite de maintenir les liens intergénérationnelles.

3.6 SECURISATION DE LA PERSONNE AGE

3.6.1 Sécurisation physique

Les locaux sont équipés d'une signalétique claire, simple et lisible. Les indications permettent une orientation facile au sein de la structure.

Les chambres, lieux de vie, espaces intimes et privés du résident, sont équipées d'un lit médicalisé, d'une salle de bain privative adaptée, d'une table de nuit, d'une penderie et sont personnalisables par les résidents (petits meubles personnels, fauteuil de relaxation...), petites varangues privatives.

Les lieux où le résident peut être seul sont équipés de sonnette d'alarme (exception faite pour l'unité Jade).

3.6.2 La sécurité incendie

La réglementation incendie est appliquée : fléchage incendie, extincteurs, tableau et affichage d'évacuation, la formation sécurité incendie est adaptée, régulière et effectuée par du personnel formé par un intervenant extérieur. Des manœuvres des pompiers seront effectués une fois par an.

Dans les espaces de vie, les matériaux de fabrication du sol sont amortisseurs de chocs, insonorisés et isolants, faciles d'entretien et anti- dérapant. Leur conception est adaptée pour une circulation et déambulation intenses, le passage des fauteuils roulants est facilité par des couloirs spacieux, équipés de mains courantes.

Tout l'espace est réservé aux résidents, sans objets encombrants. Les matériels et ustensiles de cuisine, de ménage sont protégés, afin d'éviter le maximum de chutes.

3.6.3 Sécurisation psychique

L'entrée en institution est toujours un moment particulièrement difficile et éprouvant pour la personne âgée et sa famille. Le sujet âgé est confronté à de nombreuses pertes physiques, somatiques, sociales, aux retentissements psychiques bien souvent péjoratifs. Le vieillissement humain avec les étapes de crises concomitantes, la survenue de la vieillesse proprement dite, du handicap parfois, puis l'événement de l'institutionnalisation, tous ces éléments contextuels et événementiels occasionnent une situation des plus difficiles pour la personne se situant dans le grand âge. L'entrée, puis la vie au quotidien en institution, tout cela ne va évidemment pas de soi ; c'est encore un vécu de perte - de deuil - auquel l'individu âgé se trouve confronté.

La « sécurisation psychique » du patient âgé dépendant signifie de prime abord : aider, rassurer, reconforter, accompagner et être attentif aux demandes du résident, aux symptômes physiques certes, mais aussi aux plaintes, aux troubles (de l'humeur, du comportement...), aux doutes et aux questionnements de ce dernier.

La sécurisation psychique de la personne âgée, c'est aussi respecter le sujet unique, individuel et différencié qu'elle représente ; c'est respecter sa personnalité, son identité (déjà mise à mal avec l'âge), son histoire et son parcours.

La sécurisation psychique se construit donc dans la régularité d'un travail d'équipe (interrogé, remis en question, pensé, ...)

En lien avec ceci, notons qu'une équipe qui fonctionne et opère de manière collégiale dans son travail est une équipe qui apparaît comme fiable, sécurisante et contenant. Elle établit un cadre de référence et d'encadrement.

La sécurisation psychique, c'est aussi désigner plus spécifiquement les temps, les activités, les dispositifs de soins (physiques / psychiques) proposés au résident, pour lui venir en aide et lui permettre de trouver des lieux, des espaces de parole, un cadre contenant pour lui.

La « sécurisation psychique » c'est enfin avoir un « interlocuteur spécialisé » privilégié pour intervenir auprès des résidents, en l'occurrence un psychologue.

3.6.4 Prévention des risques alimentaires

La prise en compte de l'hygiène dans la restauration collective constitue une exigence de tous les instants.

En application des arrêtés du 9 Mai 1995 et du 29 Septembre 1997 nous avons mis en place une démarche de type H.A.C.C.P (Hazard Analysis Critical Control Point) ou Analyse des dangers, points critiques pour leur maîtrise), pour améliorer la garantie de sécurité des aliments.

Elle repose sur une qualité de service qui commence dès la livraison des denrées alimentaires, en passant par la production, et se termine par la distribution du repas.

Le souci de respecter des règles d'hygiène est constant. Des analyses et contrôles sont réalisés mensuellement.

La prestation alimentaire proposée aux personnes âgées tient compte de leurs besoins nutritionnels aussi bien que de leur autonomie en matière de prise alimentaire et leurs goûts.

Ainsi, une alimentation à texture adaptée est proposée aux résidants présentant des difficultés de mastication ou de déglutition (haché, mixé). Ceci dans le but d'éviter les fausses routes (risque d'étouffement).

Un dossier HACCP est tenu à jour à disposition de la DSV et de l'ARS. Celui-ci comporte :

- Un compte rendu des visites de contrôle de la DSV- DRASS/ARS
- Les rapports d'analyses bactériologiques
- Les fiches de passages de la dératisation (entreprise VITAK)
- Les attestations de stages et formations des maîtresses de maison
- Les certificats médicaux des salariés concernés
- Les fiches d'autocontrôles
- La conduite à tenir en cas de TIAC (Toxi Infection Alimentaire en Collectivités)

4 LE PROJET DE SOINS

L'EHPAD en tant que le lieu de vie portera une attention particulière sur le « prendre soin » des personnes accueillies.

Les soins sont nécessaires pour permettre une vie de bonne qualité, pour prévenir les dégradations quand cela est possible, pour soulager la douleur.

4.1 LES PATHOLOGIES ACCUEILLIES

L'établissement a été conçu pour accueillir et prendre en charge des personnes âgées souvent atteintes de poly-pathologies.

Certaines prévalences font l'objet d'une attention particulière : maladies démentielles, maladies cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires, incontinence, pathologies dermatologiques.

Le projet de soin individualisé est élaboré en collaboration étroite avec le médecin coordonnateur et traitant et les spécialistes intervenants.

4.2 LE TRAVAIL EN RESEAU

Les actions de soins infirmiers réalisées au sein des EHPAD s'inscrivent dans une démarche de soins de base. L'établissement se doit de développer des partenariats afin de pouvoir répondre aux problématiques spécifiques et aiguës des résidents accueillis.

Par ailleurs, du fait du vieillissement, le profil poly pathologique des résidents nécessite des réponses pointues et pluridisciplinaires.

Par conséquent, afin de pouvoir proposer aux personnes accueillies une prise en charge personnalisée et adaptée à leur état, notre projet de soin doit s'intégrer dans un réseau de soins coordonnés (convention avec d'autres établissements : établissements sanitaires disposant de services de médecine, Centre Hospitalier Gabriel Martin, établissements Psychiatriques (EPSMR), centres de soins de suite et de rééducation (Clinique les Flamboyants et Clinique les Tamarins), ALMA , Réunion Alzheimer, l'Unité Mobile de Soins Palliatifs, ARAR, ASDR....

Des conventions ont été élaborées en précisant les conditions du suivi des résidents, de soutien aux personnels et en mentionnant toutes les modalités de cette collaboration.

Ces conventions signées permettent de formaliser les engagements réciproques, les modalités de coopération et les règles de transfert en milieu hospitalier.

4.3 LA PREVENTION EN CAS DE CRISE SANITAIRE OU CLIMATIQUE

En cas de crise sanitaire ou climatique, le Directeur de l'établissement sera le référent institutionnel tant en interne qu'auprès des partenaires extérieurs. Il s'assurera de la mise en œuvre des dispositifs prévus à cet effet.

Le Directeur de l'établissement et le Médecin Coordonnateur élaboreront, en partenariat avec le CHD les procédures et protocoles permettant de formaliser :

- ☒ les conduites à tenir en cas de crise sanitaires (épidémies) ou d'évènements climatiques,
- ☒ l'organisation interne prévue en cas d'alerte cyclonique.
- ☒ les modalités de collaboration avec l'établissement hospitalier de référence.

Ils assureront conjointement l'information et la formation de l'ensemble des membres du personnel, des intervenants extérieurs et de toute personne susceptible de jouer un rôle dans les actions de préventions prévues.

4.4 LA CONDUITE DES SOINS

4.4.1 Le médecin coordonnateur

Il est également médecin traitant d'une soixantaine de résidents et intervient sur le site pour 0.70 ETP.

Avec la Direction de l'établissement il est porteur du projet d'établissement et donne un avis sur l'adéquation de la politique de gestion des emplois et des compétences induites.

La permanence des soins doit être assurée qualitativement et quantitativement. Ainsi elle passe par une organisation du planning du personnel élaborée par le cadre de santé afin d'assurer une prise en charge permanente du résident.

Le médecin coordonnateur participe à l'élaboration du bilan d'activité annuel principalement sur les pathologies et l'évolution de celles-ci ainsi que sur l'état de dépendance des résidents.

Il donne son avis sur l'adéquation des moyens de l'établissement avec l'état de santé de la personne sollicitant une admission et tout au long de sa prise en charge.

Il s'assure de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques gériatriques.

Le médecin coordonnateur a :

- Un rôle technique : Responsable de l'évaluation du niveau de dépendance des résidents selon la grille AGGIR et de la charge en soins infirmiers selon PATHOS. Il est en charge par ailleurs avec le médecin traitant, du plan nutritionnel proposé aux résidents.
- Un rôle relationnel : réunions, accueil des familles qui le souhaitent, coordination de l'activité de l'établissement avec les prestataires de soin extérieurs, avec la Direction et avec les médecins traitants.

4.4.2 Le médecin traitant salarié

Un médecin traitant salarié pour 0.2 ETP intervient auprès d'une trentaine de résidents à raison de deux demi-journées par semaine, participe à une réunion médicale trimestrielle pour s'assurer de la cohérence du projet de soins.

4.4.3 L'équipe soignante

4.4.3.1 Son rôle

L'équipe soignante travaille au bien être physique et psychique de la personne, ainsi qu'au maintien de sa dignité.

La mise en place de ces objectifs passe par un travail technique (soins médicaux, soins infirmiers, d'hygiène et de nursing) et d'aide dans les actes de la vie quotidienne (soin relationnel).

Pour chaque personne, l'équipe définit des objectifs, détermine des moyens à mettre en place, et la stratégie à adopter.

Ce travail pluridisciplinaire aboutit à un « projet de soins ».

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'actions préventives, curatives et palliatives en cohérence avec le projet de vie, développées de façon coordonnée avec le médecin traitant.

Notre méthodologie consiste à repérer et à lister les besoins physiques, psychologiques et relationnels du résident, puis à élaborer un protocole qui servira de cadre de référence afin de prodiguer un soin individualisé, de qualité et sécurisant pour tous.

4.4.3.2 Le cadre de proximité

Le cadre de santé dispose d'une autorité fonctionnelle qui lui permet, en partenariat avec la Direction et le Médecin Coordonnateur de s'assurer de la cohérence, de la coordination et de la continuité des soins.

Plus particulièrement il a à sa charge de:

- ✓ Coordonner les activités de l'équipe soignante (AS, AMP),
- ✓ S'assurer des relations entre l'équipe soignante et les soignants extérieurs à l'établissement,
- ✓ Participe à la tenue du dossier de soin,
- ✓ Aider le médecin coordonnateur à la tenue du dossier médical,
- ✓ Mettre à jour le GIR moyen pondéré.
- ✓ Tenir également à jour les registres de : chutes, décès, hospitalisation (nom de la personne identifiée, cause de l'événement), inscrit dans le PSI (Dossiers de soins informatisés).
- ✓ Gestion des plannings
- ✓ Organisation et animation des réunions d'équipes

4.4.3.3 Les infirmiers

Rôle technique : soins, injections, pansements, préparation et distribution des médicaments, prises de sang, sondes, perfusions, évaluation des menus.

Rôle auprès des intervenants médicaux et para médicaux extérieurs : Les infirmières ont un rôle d'interface, et inscrivent les mises à jour sur PSI en collaboration avec le personnel de l'EHPAD. Elles y inscrivent la préparation du résident avant un rendez-vous.

Rôle relationnel : information des familles et des tutelles relatives à l'état de santé des résidents.

Rôle relationnel avec le résident : écoute, observation, recueil d'informations.

Rôle relationnel avec l'équipe soignante :
Transmissions entre IDE orales et écrites, auprès des aides soignants et équipes jour / nuit et de l'ensemble du personnel (secrétariat, personnel de l'entretien, cuisines (régimes), animatrice, prestataires de soin externes, ...)

4.4.3.4 Les Aide Soignants/Aide Médico Psychologique

Rôle technique : toilettes, nursing, prise de température, soins de la bouche, prévention escarre, surveillance des sondes à urine, transferts, surveillance de l'élimination, changes, distribution de l'eau, réfection des lits, distribution des médicaments sous la responsabilité de l'IDE.

En cas de décès, ils prodiguent les soins de toilette et d'habillement.

Ils répondent quotidiennement, au mieux aux attentes ponctuelles des résidents.

Rôle relationnel : avec les résidents, avec les familles. Ils sont l'interface entre le résident et les infirmiers ; ils ont un rôle de « Référent »

Ils travaillent de concert avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.
Les aides soignants ont un rôle majeur dans la prévention des fugues.

Rôle propre de l'AMP :

Le rôle de l'aide médico-psychologique comprend l'éducation thérapeutique du patient et les soins d'hygiène, ainsi que l'animation de la vie sociale et relationnelle. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leurs actes de la vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de son quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs.

À travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'aide médico-psychologique établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale ou non.

Par le soutien dans les gestes de la vie quotidienne, l'aide médico-psychologique participe au bien-être physique et psychologique de la personne. Il contribue

également à la prévention de la rupture et/ou à la réactivation du lien social par la lutte contre l'isolement, le maintien des acquis et la stimulation des potentialités.

4.4.3.5 Les IDE, aides soignants et agents de nuit

La veille de nuit est une activité professionnelle à part entière. Elle implique la surveillance des personnes et des biens par la vérification du bon fonctionnement des installations, et par la vigilance constante portée à la sécurité des personnes accueillies.

Des rondes régulières doivent être effectuées. Un temps de pause et de restauration est autorisé. Il n'exclut pas le devoir de surveillance. Ils assurent également une présence permanente sur l'unité protégée.

Rôle technique : Leur mission est d'assurer la continuité de la prise en charge exercée le jour, de veiller à la santé, à la sécurité, de veiller sur le sommeil des personnes accueillies, de faire régner le calme propice à l'endormissement.

Les personnels de nuit sont également appelés à gérer les urgences. En priorité ils alertent les services compétents et/ou les responsables.

Les transmissions avec les professionnels de la journée se font oralement et par écrit sur le PSI.

Les IDE de nuit assurent la préparation des médicaments, et les différents prélèvements sanguins.

4.4.4 L'équipe paramédicale

4.4.4.1 L'ergothérapeute

L'ergothérapeute exerce une activité paramédicale qui se situe à la croisée des chemins entre l'aide médicale, sociale et humaine. C'est un spécialiste de la rééducation du geste pour les handicapés moteurs, sensoriels ou mentaux. Sa mission : les aider à retrouver le maximum d'autonomie dans leurs activités quotidiennes. Pour travailler, il procède avant tout à un bilan des capacités gestuelles, d'indépendance, de l'environnement humain et matériel. À partir de là, il peut définir un projet d'intervention adapté à chaque individu. Il agira alors directement sur la personne au moyen de techniques de rééducation, utilisation des aides techniques, et sur son environnement.

Compte tenu du profil des personnes accueillies, l'ensemble des résidents bénéficiera d'une prise en charge ergo thérapeutique, que ce soit dans le cadre d'un groupe ou à travers une relation d'aide individuelle.

4.4.4.2 Les kinésithérapeutes

Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des soins de réadaptation ou de rééducation, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

Une salle a été aménagée afin d'optimiser une prise en charge des résidents : table de verticalisation, poulie thérapie, couloir de marche...

Ils animent un atelier de gymnastique douce, et participent aux sorties extérieures.

4.4.4.3 La Psychomotricienne

Elle travaille sur le corps au niveau de la globalité psychocorporelle ; agit sur les notions d'espace et de temps, d'équilibre, de tonus, praxies, non verbal. Intervention en groupe où individuelle.

4.4.4.4 Le Psychologue

Une demande d'attribution a été sollicitée dans le budget 2014.
La psychologue aura une mission plus centrée sur le PASA

4.5 LA PHARMACIE A USAGE INTERNE

Les Alizés est un EHPAD avec Pharmacie à usage intérieur (PUI) géré par un pharmacien et un préparateur en pharmacie.

Les missions de la PUI sont :

- La gestion pharmaco-économique de l'établissement avec approvisionnement et gestion des produits du monopole pharmaceutique et des dispositifs médicaux stériles
- La sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux de la prescription à l'administration en application de la réglementation et des bonnes pratiques.
- La mise en place d'un système qualité propre à la PUI compatible et complémentaire à celui de l'établissement avec évaluations régulières.
- La pharmacovigilance et la matériovigilance

4.6 ORGANISATION, COORDINATION, EVALUATION DES SOINS

Afin de garantir la qualité de la prise en charge soignante, le renforcement de la professionnalisation des soins l'organisation prévoit :

- L'élaboration par le médecin coordonnateur du dossier médical et de soin type ;
- L'élaboration d'un projet de soin personnalisé en adéquation avec le projet de vie établis et avec le patient, les membres de l'équipe pluridisciplinaire, le médecin traitant, éventuellement la personne de confiance ou le tuteur et toute personne ressource. Il sera réajusté régulièrement ;
- Une démarche de soins infirmiers en adéquation avec le projet de soin réajustée régulièrement ;
- Un plan de soin quotidien permettant de structurer l'action des soignants ;

- ❑ L'organisation de transmissions ciblées sur les éventuelles difficultés rencontrées au cours des journées/ semaines avec l'ensemble de l'équipe intervenant au sein de cette unité ;
- ❑ Trois réunions de transmissions quotidiennes entre IDE ;
- ❑ Une réunion d'équipe mensuelle : Direction et l'ensemble des services concernés ;
- ❑ Une réunion hebdomadaire (mardi): médecin coordonnateur, cadre de proximité – Personnel soignant ;
- ❑ Une commission gérontologique : médecin coordonnateur, médecin traitant, médecin psychiatre, cadre de proximité et la Direction de l'établissement ;
- ❑ Un groupe de travail « Hygiène » qui se réunit mensuellement ;
- ❑ Une réunion de coordination tous les lundis : Direction - Médecin coordonnateur - Infirmier coordonnateur – Pharmacien - Agent administratif en charge des dossiers d'admission.

4.7 LES PRISES EN CHARGES SPECIFIQUES

4.7.1 Les soins d'hygiène

L'équipe met tout en œuvre pour apporter aux personnes les soins d'hygiène et de confort en respectant les habitudes de vie et la pudeur. Un de nos outils pourra être le tableau des soins d'hygiène planifiés jour par jour sur une semaine.

Pour l'ensemble des résidents selon les principes de l'Humanitude une toilette évaluative est effectuée par un IDE afin de poser le diagnostic et la prescription infirmière ;

Le temps de la toilette est une phase essentielle de la relation privilégiée qui permet l'enchaînement de gestes et le maintien de repères, le développement de la communication non verbale par le toucher, le regard et l'expression du visage.

Il permet aussi l'observation du résident (respiration, élimination, état cutané, état des membres inférieurs, comportement...).

L'équipe choisit des vêtements adaptés à la température, confortables, coordonnés, propres.

En conclusion : tout est mis en œuvre afin d'entretenir l'estime de soi du résident et de lutter contre la dépendance sociale.

4.7.2 Evaluation et surveillance de l'état cutané

La lésion cutanée entraîne une gêne douloureuse et une souffrance morale et physique, une limitation des capacités fonctionnelles, avec pour conséquences une limitation de l'autonomie, donc une limitation de liberté.

L'une des missions principales de l'équipe est de veiller à préserver un maximum de capacités résiduelles physiques et cognitives chez la personne âgée afin qu'elle puisse profiter de son « autonomie » et de son lieu de vie.

La lésion cutanée a également pour conséquence une altération de l'image de soi et de la relation avec autrui.

L'évaluation du risque de lésion cutanée porte sur quatre facteurs :

4.7.3 Perception sensorielle

C'est la capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression ou par un choc.

La perception sensorielle des résidents peut souvent s'avérer limitée (répond seulement à la douleur).

De ce fait, l'équipe doit rester très vigilante afin de pouvoir détecter les lésions, par exemple pendant les soins d'hygiène.

Le sens et la qualité d'observation sont des éléments majeurs dans la prise en charge globale du résident.

4.7.4 Humidité

Certains des résidents seront incontinents, donc ils vont se trouver continuellement en contact avec la transpiration et l'urine.

L'équipe a un souci constant pour résoudre cette difficulté :

- Mise en place de cycles mictionnels (accompagnement aux toilettes)
- Change des protections en fonction de protocoles précis
- Vêtements propres et secs
- Application de crèmes pour éviter les irritations cutanées.

4.7.5 Activité

La majorité des résidents accueillis a une capacité à la marche très limitée. Ceci est souvent dû à la pathologie et à l'âge.

Lorsque la capacité à la marche est très limitée ou inexistante, des fauteuils gériatriques modernes sont mis à la disposition des patients.

4.7.6 Mobilité

Dans le cas où un résident devient complètement immobile, l'équipe adopte l'utilisation d'un matériel et d'un accompagnement adéquat :

- Matelas anti-escarres
- Protocole de changements de positions
- Protocole de Surveillance de l'état cutané et du bon fonctionnement de l'état du matériel (barrières et lit médicalisé afin de veiller à ce que le lit soit à une hauteur minimale afin d'éviter les accidents).

4.7.7 Prise en charge de l'escarre et son traitement

On peut décrire 3 types d'escarres :

- l'escarre «accidentelle», liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ ou de la conscience
- l'escarre «neurologique », conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ ou sensitive (hémiplégie par exemple)
- l'escarre «plurifactorielle» du sujet poly pathologique confiné au lit ou au fauteuil (diabète, incapacité motrice, ...)

L'escarre entraîne douleurs et infection.

La description et l'évaluation de l'escarre sont indispensables dès le début des soins, comme au cours du suivi. Elles doivent être réalisées conjointement par l'infirmier, le médecin et le kinésithérapeute dans le cadre d'une prise en compte globale du patient.

Les mesures de prévention:

- diminuer la pression: éviter les appuis prolongés, par mobilisation, mise au fauteuil, changements de position;
- utiliser des supports adaptés: matelas et coussins anti-escarres;
- surveillance de l'état cutané et des zones à risque;
- maintenir l'hygiène et éviter la macération;
- assurer un équilibre nutritionnel (apports protidiques en particulier), en collaboration avec le médecin et un nutritionniste, en prenant en compte les goûts et les préférences de la personne âgée, par l'utilisation possible de compléments alimentaires de parfums variés.

La prise en charge de la plaie et son traitement : les produits utilisés pour les pansements doivent faire l'objet d'une prescription médicale. Les soins sont assurés par l'équipe infirmière, en fonction des prescriptions et de l'état de la plaie.

Par ailleurs l'équipe pluridisciplinaire en concertation avec le médecin traitant sera attentive au soulagement de la douleur.

4.7.8 Nutrition / Hydratation

La prévention de la dénutrition est un axe prioritaire de notre action.

L'équipe doit faire face aux différents troubles du comportement alimentaire, de la déglutition ainsi qu'à des modifications des besoins énergétiques.

Des commissions « menus » sont organisées semestriellement.

Pour chaque personne, l'équipe développe une prise en charge alimentaire et des actions pour limiter les conséquences de la maladie en :

- Procédant dès l'admission au calcul de l'IMC et l'analyse de l'albuminémie
- Pesant tous les résidents, tous les mois et en réalisant une courbe sur plusieurs mois (PSI).
- Procédant à une collecte d'informations auprès de l'entourage proche (habitudes, goûts, astuces, difficultés...).
- Evaluant l'état nutritionnel: les troubles de l'alimentation, les habitudes alimentaires et le comportement vis à vis de l'alimentation et des repas, l'existence de troubles digestifs et l'état bucco – dentaire, ...
- S'interrogeant sur l'assistance nutritionnelle à apporter.
- Développant pour chaque personne une prise en charge alimentaire.
- Collaborant avec une diététicienne afin d'adapter au mieux les menus.
- En surveillant l'hydratation : 8 h, 10 h, 12 H, 16H, 20 H. L'action est renforcée en période de chaleur. Les personnes sont incitées à boire, éventuellement pose d'une perfusion sous- cutanée sur prescription anti escarre. Est également proposée de l'eau gélifiée (en cas de trouble de la déglutition)
- En corrigeant à l'aide d'un supplément diététique hyper calorique, donné à distance des repas (au moins 90 minutes avant ou après le repas).
- En proposant des repas mixés équilibrés, de la bouillie, un jus de fruit matin et après midi.

- En rajoutant un supplément en poudre, riche en protéines, dans le yaourt, la purée, la soupe ou sur prescription médicale, un adjuvant à la « re-nutrition » du calcium et de la vitamine D.

La prise des repas est un soin individuel qui nécessite un investissement important du personnel au regard des pathologies rencontrées et qui vise à limiter les complications de la maladie (fausse route, infection, chute, ...)

En effet, toutes ces réponses visent à améliorer la qualité de vie du résident et à concilier ces actions avec la charge de travail du personnel.

L'attitude adoptée lors des repas est primordiale :

- Se monter calme, s'asseoir à côté du résident, le solliciter verbalement ou par de petits gestes.
- Reporter le moment du repas éventuellement.
- Lui laisser le temps.
- Donner de petites portions aux résidents qui ont peu d'appétit ou à ceux qui mangent trop vite.
- Vérifier la température du plat.
- Nommer les aliments.
- Faire redécouvrir les saveurs.
- Respecter le plan de table pour éviter de désorienter davantage la personne.

Plusieurs outils seront utilisés : observation du résident, courbe de poids, IMC, Albuminémie, protocole d'équivalence hydrique et en cas de besoin pour certaines utilisation des fiches de prise alimentaire.

4.7.9 Locomotion et transfert

Il nous semble primordial dans ce domaine, de repérer précocement et d'évaluer les troubles moteurs, tout particulièrement les troubles de la marche quelque en soit l'origine (neurologique, ostéo-articulaire, psychologique, sensorielle).

Ceci pour réaliser une prise en charge rapide et une limitation du risque de chute en proposant des moyens humains (Kinésithérapeute, psychologue...) et des moyens matériels (déambulateurs, barre d'appui...), toute en favorisant une déambulation sans risque au sein de l'institution ainsi que lors des sorties stimulantes

4.7.10 Sommeil et repos

Tout est mis en œuvre pour permettre un repos efficace en respectant le plus possible les rythmes de chacun.

Ainsi, le coucher est un moment important pour:

- Veiller à un nursing minutieux (petite toilette et change)
- Placer la personne au milieu du lit, bien remontée, les vêtements bien dépliés.
- Retirer les prothèses dentaires, les lunettes, et les ranger pour éviter qu'elles ne se perdent.
- Couvrir en fonction de la température et des habitudes de vie.
- Souhaiter une bonne nuit et rassurer.
- Refaire un tour de l'unité avant de partir.
- Autoriser la déambulation la nuit (pour certain résident)

Durant la nuit, des tours de surveillance et de changes sont organisés. Les soignants de nuit notent l'heure, la fréquence des réveils et le comportement du résident.

L'équipe évalue la quantité et la qualité du sommeil.

En cas de troubles du sommeil, l'équipe essaie d'en identifier les causes: la douleur, l'angoisse, la désorientation temporo - spatiale et pourra répondre par des moyens médicamenteux en collaboration avec le médecin traitant, mais surtout des moyens humains (rassurer, écouter...)

4.7.11 Evaluation des contentions

La contention pourra être mise en place exclusivement sur prescription médicale.

Il existe une grande diversité de moyens de contention physique. Parmi ces moyens nous pouvons citer des moyens spécifiques comme gilets et sangles thoraciques, ceintures, sièges gériatriques, barrières de lits.

La prescription de la contention doit être de courte durée, et réévaluée régulièrement. Ces moyens ne devront être utilisés que lors de l'échec des autres alternatives mises en œuvre et toujours dans un souci de maintien de l'état fonctionnel du résident, et éviter qu'il se mette en danger.

Nous savons par expérience qu'une certaine liberté de mouvement doit être recherchée.

Il est important de pratiquer une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé sous contention.

Une réévaluation périodique dans le cadre de la coordination clinique et de la nécessité de poursuivre la contention doit être effectuée par le médecin prescripteur et l'équipe soignante.

4.7.12 Relation et communication

Chacun doit veiller à apporter une écoute bienveillante et sympathique, afin de faciliter l'intégration du nouveau résident et de développer des relations positives avec la famille (connaissance de la structure familiale, des attentes de celle-ci, de ses inquiétudes et difficultés face à l'entrée en institution).

Face à l'évolution des troubles liés à la démence, un certain nombre de principes sont adoptés :

- Assurer un accompagnement humain où le moment présent est le plus important.
- Saisir le potentiel de la personne, ne pas la mettre en difficulté.
- Construire un climat serein au sein de l'établissement.
- Communiquer par les émotions
- Laisser du temps, respecter les rythmes.
- Annoncer, commenter les actes, souvent chaque geste prend le relais de la parole.

La communication non verbale peut devenir un mode de vie relationnel.

4.7.13 Accompagnement psychologique

Le « Projet de soins » ne désigne pas seulement l'ensemble des « thérapeutiques », et démarches de soins individualisées, il spécifie aussi la prise en compte du

psychisme chez le sujet âgé. Il s'agit de reconnaître chez ce dernier une « vie psychique » à part entière, qui ne doit certainement pas être considérée comme s'étiolant ou disparaissant avec la sénescence, mais comme s'inscrivant plutôt dans le processus évolutif et dynamique de l'existence.

Notre objectif sera de « restaurer des liens » avec les malades âgés, avec les « aidants » naturels et l'entourage proche, avec aussi et surtout les équipes de soins, pour la conduite d'un travail et d'une action qui soient à la fois réfléchis, efficaces et dynamiques. Travailler auprès de personnes âgées et instaurer de manière globale une relation d'aide / de soins supposent d'interagir à la croisée de ces différents chemins...

L'intervention d'un psychologue reste une demande réitérée afin d'améliorer cet accompagnement.

4.7.14 Prise en charge de la douleur

L'accompagnement de la douleur est souvent une des causes d'entrée en institution. En effet, il s'agit de prendre en charge la douleur sous toutes ses formes :

- la douleur physique
- la douleur au moment des soins
- la douleur morale ou psychologique
- la douleur spirituelle ou existentielle liées à la perte du domicile, aux deuils successifs, à la perte d'autonomie, au sens de la vie, à l'histoire familiale, ...

Par ailleurs, l'institution doit, en outre prendre en compte la douleur des proches de la personne accueillie et celle des professionnels.

Concernant le sujet âgé, la douleur altère le confort et la qualité de vie, elle retentit sur la vie quotidienne : souffrance morale et douleur physique interfèrent.

Les soignants s'appliquent à dépister les manifestations de la douleur:

- Manifestations verbales : expression claire avec localisation de la douleur, gémissements, cris...
- Manifestations comportementales : la modification du comportement (inhabituel, inexistant auparavant), sera révélateur d'une souffrance.
- Mesure de l'intensité ; échelle d'évaluation (ECPA, DOLOPLUS)

Parmi ces modifications, on note :

- L'agressivité, la colère vis à vis des soignants lors d'un soin ou face à l'entourage en général.
- Une excitation, agitation débordante.
- Une grande passivité, un repli sur soi-même.
- Une modification du faciès.

Les réponses apportées relèvent des prescriptions médicamenteuses, mais aussi de l'écoute, de l'installation antalgique, d'un soutien psychologique, d'une consultation externe.

Confronté à l'expression de la douleur de la personne accompagnée, l'équipe sollicitera l'équipe de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Douleurs du Centre Hospitalier Gabriel Martin, afin de mettre en place un protocole thérapeutique pluridisciplinaire et coordonné en adéquation aux besoins de la personne accompagnée.

L'équipe évaluera l'efficacité des actions mises en place et en assurera le suivi.

Dans tous les cas, les limites sont posées dans le souci de ne pas maintenir la personne dans la structure à n'importe quel prix. En privilégiant le travail en réseau, l'établissement souhaite pouvoir proposer des réponses adéquates aux souffrances de ses résidents. Ce travail en réseau favorisera la formation et le soutien des équipes de l'établissement.

4.7.15 Accompagnement de fin de vie

Dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge médicale et / ou médico-sociale de la personne âgée en institution, le projet de soin individuel et spécifique établi par la structure pour chaque résident doit nécessairement tenir compte de la question de la « fin de vie » et, à ce titre, envisager - sans tabou - l'éventualité de la « mort » du patient au sein de l'institution.

Travailler auprès de personnes situées dans le « grand âge » oblige à considérer sans détours, et en miroir des préoccupations de nos résidents, cette question essentielle (même si non exempte d'inquiétudes et de peurs...), de la finitude de l'existence.

Pour assurer cet accompagnement nous travaillons avec l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) et l'HAD.

Décès

Les proches sont informés dès que l'état de santé de la personne laisse présager de son décès (de jour comme de nuit sauf indication contraire des proches, ou des représentants légaux).

Le dossier du résident comporte les coordonnées des proches à contacter, ainsi qu'un « questionnaire décès » renseigné par le résident et ses proches, relatif aux dispositions prises pour les obsèques. Un justificatif de paiements de la mutuelle décès est demandé dès l'admission ; et réactualisé chaque année.

La personne en fin de vie est accompagnée par le personnel et sa famille.

L'établissement prévoit des modalités d'accompagnement psychologique des proches.

L'établissement recommande la mise en place d'un contrat obsèques.

L'établissement dispose d'une chambre funéraire.

En l'absence de la famille, l'établissement prend les dispositions nécessaires pour organiser les funérailles en conformité avec les dispositions réglementaires.

4.7.16 Prise en soin humanitude

Créée voici 30 ans, l'Humanitude est une petite révolution dans le monde de la gériatrie. Inventée par deux anciens profs de gym, Yves Gineste et Rosette Marescotti, cette méthode propose une autre approche des soins dispensés aux seniors. Le but : les réhabiliter dans leur dignité et améliorer les relations entre patient et soignants

Un regard déshumanisé sur les personnes âgées :

Tout ce qui construit l'être humain dès son plus jeune âge - le regard, la parole, le geste tendre - est trop fréquemment refusé aux personnes âgées. « Celles-ci ne reçoivent en moyenne que 100 à 120 secondes de paroles par jour et 10 secondes

de regards » s'indigne Yves Gineste. « Et encore : il s'agit de regards balayeurs, qui ne fixent pas mais réduisent au néant ».

Certaines personnes se replient alors sur elles-mêmes et deviennent grabataires, tandis que les autres peuvent adopter des comportements de résistance ou d'agressivité. Forts de ce constat, Yves Gineste et sa compagne, Rosette Marescotti, ont créé une méthode de soin : l'Humanitude. « Il ne s'agit pas seulement de traiter les personnes âgées avec humanité, explique Yves Gineste, mais de les réhabiliter dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain ».

Les quatre piliers de l'Humanitude :

Cette méthode de soin repose sur un changement global de comportement des soignants :

- *Le regard* : Il doit s'échanger face à face, les yeux dans les yeux, à hauteur du visage ;
- *La parole* : Elle doit annoncer et expliquer chaque geste ;
- *Le toucher* : Il s'agit de transformer le « toucher utilitaire » en « toucher tendresse » ;
- *La verticalité* : Exit les toilettes effectuées au lit et les patients qui ne quittent plus leur matelas. Pour Yves Gineste, une personne âgée correctement accompagnée peut et doit vivre debout. La verticalité est l'une des caractéristiques qui nous distingue des animaux, d'où l'importance de lever la personne.

La mise en œuvre de ces 4 préceptes doit permettre une meilleure écoute et une amélioration des soins, à condition bien sûr d'agir en fonction des situations et des personnes.

4.8 L'ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DE L'UNITE PROTEGEE : « JADE »

4.8.1 Les pathologies accueillies

Il s'agira d'accueillir, au sein de cette unité, des résidents caractérisés par l'existence d'une pathologie cognitive déficitaire et par l'absence de dépendance physique somatique majeure. Ce sont donc des résidents présentant des troubles marqués des fonctions cérébrales supérieures, touchant la mémoire, le langage, les apprentissages, le raisonnement..., mais ayant préservé, du moins au moment de l'admission, tout ou partie de leurs capacités locomotrices.

4.8.2 Les « Déments Valides »

❖ La démence de Type Alzheimer (DTA) :

Il s'agit d'une démence de type dégénératif, définie par l'existence d'un syndrome aphaso-apraxy-agnosique, c'est à dire comportant des troubles mnésiques (composante agnosique), des troubles des apprentissages et des troubles visuo-constructifs (composante apraxique) et des troubles du langage (composante aphasique). Mais la DTA comporte également un ensemble de symptômes affectifs, parmi lesquels dominant le désintérêt, l'apathie, les troubles anxieux et une certaine agressivité potentielle.

Comme pour toute pathologie démentielle, il s'agit d'une détérioration intellectuelle acquise, d'évolution lente et chronique, à même de perturber gravement l'insertion sociale du résident. Ces caractéristiques permettent de distinguer les démences d'autres troubles tels que les confusions, les délires et les dépressions, en sachant que ces autres troubles peuvent être associés aux démences et rendre le diagnostic précis aléatoire et difficile.

❖ **La démence à corps de Lévy :**

Elle est caractérisée par l'existence simultanée de troubles cognitifs analogues à ceux rencontrés dans la Maladie d'Alzheimer, tout en précisant que ces troubles ont la caractéristique d'être fluctuants dans le temps, d'hallucinations visuelles et de délires, d'un syndrome extra-pyramidal de type Parkinsonien, c'est-à-dire avec une symptomatologie marquée par la rigidité physique, les tremblements et la bradypsychie, et d'autres symptômes parmi lesquels les chutes répétées, les syncopes, les pertes de conscience transitoires et une amélioration notable par les traitements neuroleptiques.

Il s'agit de résidents pour lesquels les critères d'admission sont difficiles à respecter, du fait même de l'existence du syndrome extrapyramidal, à l'origine de troubles locomoteurs souvent importants, et donc d'une dépendance physique réelle.

❖ **la démence fronto-temporale :**

La dégénérescence cérébrale est ici prédominante au niveau du lobe frontal, à l'origine de troubles psycho-comportementaux importants, associés aux troubles déficitaires. Ces troubles psycho-comportementaux sont particulièrement fluctuants, entre d'une part un état de tristesse, d'abattement, de dépression et d'agressivité potentielle, à d'autre part un état d'excitation, de jovialité, et d'euphorie.

Ces résidents sont toujours très difficiles à gérer au quotidien, du fait même de cette labilité de l'humeur, la prise en charge rejoignant celle des patients psychiatriques, stabilisés ou non.

❖ **la démence vasculaire :**

Elle ne résulte pas d'un processus dégénératif, mais d'accidents vasculaires successifs, nombre d'entre eux ayant d'ailleurs pu passer complètement inaperçus. Les lésions cérébrales qui en résultent, du fait même de leur nombre et de leur étendue, sont à l'origine de dysfonctionnements cérébraux, et de troubles déficitaires souvent très diverses.

Il est rare dans ce contexte que les troubles ne touchent que la lignée cognitive. Le plus souvent, il existe également des séquelles motrices et sensitives, pyramidales ou cérébelleuses.

❖ **les autres démences :**

Elles sont bien sûr possibles, regroupant l'ensemble des pathologies neurologiques évolutives susceptibles de comporter dans leur symptomatologie un aspect démentiel. C'est le cas par exemple des maladies de Parkinson très évoluées : il existe alors une dépendance physique majeure. C'est également le cas par exemple des pathologies carenciales telles que le syndrome de Korsakoff avec intoxication éthylique ancienne, chronique et massive.

❖ **les démences mixtes :**

La réalité montre que cette classification, si elle a son intérêt nosologique, débouchant sur des approches thérapeutiques différentes et adaptées, n'est pas toujours évidente dans la réalité pratique. Et, dans la grande majorité des cas, processus dégénératif d'une part, et terrain vasculaire et métabolique ancien d'autre part, sont étroitement associés. De même, il est parfois extrêmement difficile de faire la part des choses entre un processus démentiel dégénératif, avec ses propres conséquences psychiques potentiellement importantes, et une authentique pathologie psychiatrique stabilisée, seconde « cohorte » des résidents susceptibles d'être accueillis.

4.8.3 Les pathologies psychiatriques stabilisées :

Cette pathologie ne rentre pas dans le cadre des résidents que nous sommes susceptibles d'accueillir sur l'unité protégée JADE.

Quel que soit le type de pathologie pris en charge, l'équipe admet le principe de mener à bien la prise en charge d'un résident jusqu'à son terme. Dans cette perspective un travail en lien étroit avec le réseau douleur-soins palliatifs EPSMR (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) et le réseau d'Hospitalisation à Domicile (H.A.D) est effectué.

En effet, les résidents sont malheureusement tous susceptibles de développer, à un moment ou à un autre de la prise en charge, une dépendance physique importante, que ce soit du fait de l'évolution de leur pathologie démentielle ou psychiatrique ou du fait de la survenue d'une pathologie intercurrente.

L'objectif est bien de donner une signification concrète à l'éthique librement décidée à la structure par l'ensemble de son équipe soignante, à savoir de poursuivre la prise en charge des résidents accueillis « jusqu'au bout ». L'établissement est et doit rester le domicile de la personne accueillie, acceptant que les pathologies intercurrentes viennent interférer avec le type et le degré de dépendance des résidents, sans remettre en cause leur présence.

Et ceci dans le respect des limites de l'établissement, au service d'une nouvelle organisation de vie à rechercher avec le résident et son entourage.

4.8.4 La prise en soin

Outre la prise en charge gériatrique, le projet de soin doit mettre l'accent sur les caractéristiques des syndromes démentiels : une altération progressive du fonctionnement cognitif, une perte d'autonomie et une modification de la personnalité.

Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'un trouble du contrôle émotionnel, du comportement social, ou de la motivation des personnes en souffrance. Si l'objectif est d'augmenter ou de maintenir le bien-être des résidents, il s'agit également de pouvoir intégrer harmonieusement la famille au projet personnalisé de son parent.

Prendre soin de personnes souffrant de syndrome démentiel est éprouvant du fait d'un tableau clinique associant des troubles intellectuels à des troubles du comportement et de l'affectivité :

- La perte d'autonomie est source d'une surcharge de travail. La personne a besoin d'aide pour les gestes de la vie quotidienne et mobilise l'attention, le temps et la patience des soignants qui sont mis à mal. Le management des ressources humaines ainsi que la formation spécifique développée devront permettre de palier aux sentiments d'échec ou d'impuissance qui prennent ici tout leur sens.
- L'agitation et/ou l'agressivité de la personne, à l'encontre des autres résidents, de sa famille ou du personnel soignant engendre bien souvent des réponses de type agressives provoquant des situations de plus en plus complexes et inextricables. De nouveaux, l'organisation, la formation initiale et continue du personnel et l'accompagnement des équipes tenteront de maîtriser ces phénomènes.
- La déambulation est un problème majeur pour la sécurité des personnes souffrant de démence et la responsabilité de l'établissement. Le projet architectural et l'attention portée par l'équipe et l'architecture adaptée de cette zone protégée et sécurisée permet de maîtriser les risques.
- Les comportements moteur aberrants (cris, utilisation non conforme des objets, désinhibition sociale, négligence hygiénique, ...) augmentent le stress et la tension chez tous les acteurs de l'institution et contribuent pour une large part à l'épuisement professionnel des soignants.
- La dépression est parfois observée chez une personne souffrant de syndrome démentiel, et notamment dans le cas de la maladie d'Alzheimer. L'ensemble des intervenants et en particulier le médecin psychiatre de l'institution apporteront une attention particulière à l'observation des symptômes dépressifs afin d'apporter les réponses adéquates et coordonnées.
- L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sera formé aux techniques de communication appropriées. En effet, il est souvent complexe de communiquer avec une personne qui semble vivre dans un délire, qui est animée d'hallucinations anxiogènes, ou que l'on ne peut plus comprendre. De plus il s'agit aussi de se faire comprendre par cette même personne.

Outre les soins infirmiers spécifiques en gériatrie, le soin relationnel prend toute sa dimension dans la démence. Le soignant maintenant formé aux méthodes de prise en soin Humanitude devra ainsi s'efforcer d'entrer en relation avec la personne afin de rétablir la communication entre celle-ci et son entourage. Le maintien de l'autonomie est particulièrement important : rééducation (marche, habillage, alimentation, toilette, ...), aide au repérage des lieux, stimulation du fonctionnement cérébral par la marche, l'audition, le langage, ...

Les relations entre le soignant et la famille de la personne souffrant d'un syndrome démentiel sont particulièrement importantes. La famille du résident a également besoin d'aide, le soignant doit être à l'écoute de ses problèmes matériels et financiers, de son angoisse et de sa souffrance ou encore de sa culpabilité

éventuelle. La famille peut être invitée à participer à la personnalisation de l'espace du résident. D'une façon plus globale, c'est la famille qui donne des informations sur le résident (vie passée, maladies, habitudes, goûts, ...), informations nécessaires au soignant qui doit accueillir le malade en tant que personne et non pas en tant que dément.

Afin de proposer un accompagnement efficient au sein de cette unité une attention particulière est portée au recrutement du personnel qui doit posséder une formation initiale ad hoc (AS-AMP).

Le plan de formation privilégie la formation continue régulière de tout le personnel de la structure sur la prise en soin des personnes démentes.

Plan de formation à la philosophie HUMANITUDE

L'accompagnement du personnel par la mise en place d'un groupe de parole mensuel (animé par une psychologue extérieure) permet de pallier les difficultés liées à cette prise en charge spécifique.

5 UNE PRISE EN CHARGE ALTERNATIVE : LE PASA (POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES)

Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) est :

- ✓ Un lieu de vie au sein duquel sont proposées et organisées durant la journée des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD atteints de troubles du comportement modérés
- ✓ Ce lieu se veut ouvert et en même temps sécurisé par la présence de personnels qualifiés

5.1 LA POPULATION ACCUEILLIE

Les résidents qui intègrent cette structure souffrent de la maladie d'Alzheimer, et/ou d'une maladie apparentée, présentant des troubles du comportement modérés.

Le diagnostic, dans la plupart des cas, est posé à l'entrée du résident étayé par l'évaluation gériatrique standardisée. Un bilan des symptômes Le NPI-ES et l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield, sont réalisés et intégrés dans le dossier de soins.

Le résident est informé de son intégration dans le projet PASA (annonce faite en fonction de ses capacités à comprendre le diagnostic). Une importance est donnée à l'information du futur résident concernant ses droits et notamment la personne de confiance.

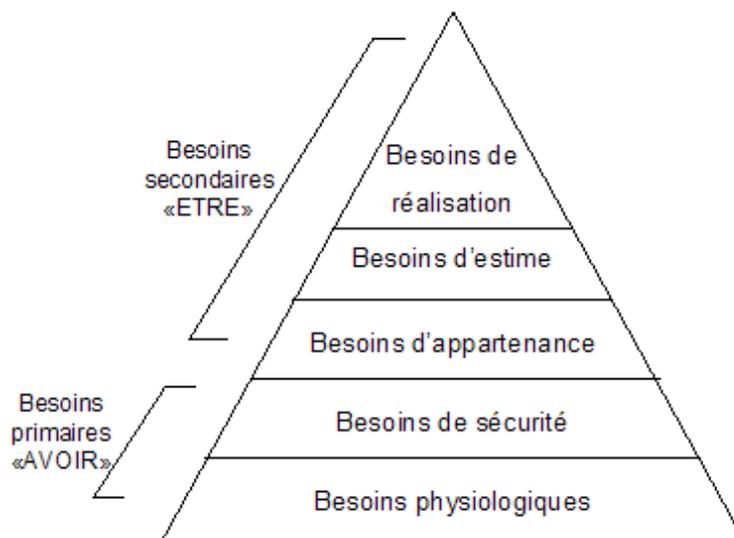
Le cadre de santé, les soignants, avec la participation du résident et/ou de sa famille intègre l'accueil au PASA dans le projet personnalisé qui est validé par le médecin coordonnateur.

Le nombre de résidents participant aux activités est de 12 à 14 sur une file active de 25 personnes.

5.2 LE FONCTIONNEMENT

Toutes les personnes admises au PASA ont la possibilité de participer une à plusieurs fois par semaine aux activités proposées. Les ateliers mis en place, en plus d'être en accord avec les projets individualisés de chacun, sont tous basés sur les besoins fondamentaux de la pyramide de MASLOW et des 14 besoins définis par HENDERSON.

De plus il semble important de considérer que ses activités permettront d'obtenir un apport de renseignements sur leur vie passée pour « performer » le projet de vie individualisé.



LA PYRAMIDE DES BESOINS
SELON MASLOW

- Les 14 besoins fondamentaux selon HENDERSON :
 - Respirer.
 - Boire et manger
 - Eliminer
 - Se mouvoir et maintenir une bonne posture
 - Dormir et se reposer
 - Se vêtir et se dévêtir
 - Maintenir la température du corps dans les limites de la normale
 - Etre propre, soigner et protéger ses téguments
 - Eviter les dangers
 - Communiquer
 - Agir selon ses croyances et ses valeurs
 - S'occuper en vue de se réaliser
 - Se divertir
 - Apprendre.

Le pôle est ouvert de 9h00 à 16h00.

Le repas de midi est pris au pôle à 12h00.

Tous les soignants déjeunent avec un petit groupe de résidents (repas thérapeutique).

Les collations seront proposées sur le pôle à 16h00

Les activités, le repas font l'objet d'un suivi et d'une évaluation dans le dossier du résident et dans les transmissions faites sur PSI.

Les procédures « troubles du comportement » et « difficultés alimentaire » (projet de soins) intègrent le dossier projet personnalisé.

5.3 L'ACCOMPAGNEMENT A EFFETS THERAPEUTIQUES

Le pôle proposera des activités pour maintenir les acquis, préserver l'autonomie et favoriser le bien être des résidents :

- ✓ Les fonctions motrices (détente corporelle, promenade, activité cuisine)
- ✓ La fonction sensorielle (pliage du linge, activité de cuisine, atelier des sens, lecture, chant, activités créatives telles que la peinture, dessin, modelage, musique, décoration florale)
- ✓ Des fonctions cognitives (lecture, discussion, activité cuisine, Memory's jeu de la lettre...)
- ✓ Des activités visant au maintien du lien social, les repas accompagnés, repas les activités ludiques...)

Chaque type d'activité est proposé au moins une fois par semaine suivant une programmation hebdomadaire.

5.4 TRANSMISSIONS ET SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT DE SOINS

Des grilles d'évaluation seront remplies pour chaque activité et chaque personne y participant.

Le suivi des soins et des interventions psycho-sociales sera transcrit dans le dossier de soins et sera discuté lors des transmissions entre IDE.

Une synthèse des activités sera réalisée chaque mois afin d'évaluer la prise en charge et la réadapter.

Les projets personnalisés sont réévalués et transmis l'équipe de l'EHPAD

Les protocoles de non contention et de déambulation sont évalués en fonction des besoins

Le protocole « troubles du comportement » précise les alternatives à la contention et à la médication (projet de soins) les traitements psychotropes, les chutes, les fugues, la dénutrition font l'objet d'une synthèse régulière et d'un bilan annuel

Les transmissions dans PSI sont accessibles à tous les soignants

La programmation des activités est intégrée dans le projet personnalisé sous la supervision de l'animatrice

En cas d'absence d'ergothérapeute et ou psychomotricien, les activités à visée thérapeutique sont programmées par la psychologue en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante dédiée au pôle.

5.5 LE PERSONNEL

Le personnel qui intervient au pôle est formé. La formation du personnel permet non plus de subir la pathologie Alzheimer mais de mieux la comprendre et de l'accompagner.

Le plan de formation se basera sur :

- ✓ La connaissance et d'évaluation des outils techniques : NPI, MMSE, GIR
- ✓ L'accompagnement personnalisé
- ✓ Au repérage et à la conduite à tenir (causes, analyse et compréhension des troubles du comportement) voir projet de soin fiche conduite en associant à chaque type de comportement ou communication une conduite à tenir
- ✓ Aux techniques de soins appropriées aux malades Alzheimer : formation humanitude.

L'équipe est composée :

- ✓ ASG et/ou AMP pour 7 heures de présence du lundi au vendredi.
- ✓ Psychomotricienne: participe à l'accompagnement au quotidien des personnes âgées
- ✓ Et une psychologue : qui réalisera les évaluations, l'élaboration des projets personnalisés, aux synthèses et qui sera la personne ressource

Les agents travaillent de 8h30 à 16h30.

5.6 PROJET ARCHITECTURAL

Le pôle serait construit derrière l'EHPAD. Il répond à l'arrêté du 1^{er} aout 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction de l'habitation. La réglementation ERP de type J arrêté du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité. L'environnement doit favoriser l'orientation, répondre aux besoins d'autonomie et d'intimité. La disposition de la signalétique y est souhaitable.

La superficie est à définir le pôle sera composé de :

- ✓ Une entrée : espace de transition avec l'extérieur du PASA
- ✓ Un salon ouvert sur le jardin. Le salon pourra servir de lieu de repos, le jardin doit être sécurisé, favorable à la déambulation des résidents et librement accessible.
- ✓ Un espace restauration avec un office.
- ✓ Deux espaces d'activité et de soins qui doivent être nommés ex : espace d'activité physique.
- ✓ Deux toilettes dont un avec une douche.
- ✓ Un espace nécessaire au fonctionnement du pôle.

5.7 JOURNEE TYPE DANS LE PASA

Horaires	Activités
9h00	Temps pour rassembler les résidents dans la salle d'activité.
9h30	Ephémérides, présentation de l'organisation de la journée avec les différents ateliers
10h15	Collation
10h45	Ateliers
11h45	Mise de la table, Déjeuner commun des résidents et du personnel en privilégiant la convivialité, les échanges, incitation à se servir seul, prendre le temps de savourer et discuter
13H	Vaisselle, ranger la vaisselle, essuyer la table, passer un coup de balai
13h30	Temps de repos
14h	Ateliers
15h30	Preparation du goûter
16h	Débarrassage de la vaisselle, rangement divers
16h30	Temps de préparation à la séparation, retour sur les unités

5.8 POUR UNE PRISE EN CHARGE SINGULIERE

L'environnement de la personne doit être source d'une attention particulière. En effet, l'accompagnement proposé affiche des résultats d'autant plus efficaces que des actions combinées sont menées tant sur la personne que sur son environnement. Des réflexions ont été conduites sur l'architecture de l'établissement, sur les rythmes de vie, sur les activités proposées à ces personnes qui seront déclinées dans les projets individualisés.

L'animation

Le projet d'animation est décliné de façon individuelle afin de :

Renforcer la stimulation cognitive et affective (permettre aux résidents d'utiliser leurs ressources intellectuelles afin d'exprimer, à leur façon, des émotions)

Réduire l'agitation des personnes souffrant de démence (notamment le matin avant le déjeuner)

Se relaxer par des exercices physiques adaptés

Réduire l'agitation ou le repli sur soi des résidents.

Compte tenu de la pathologie des résidents accueillis dans cette unité de vie et afin de conserver leur attention, les activités ont une durée limitée.

Les liens familiaux

Confrontés à la démence des êtres qui leur sont chers, les familles sont souvent déstabilisées.

Une attention particulière est portée à leur accueil et la présence du psychologue est privilégiée.

Afin de maintenir les liens familiaux et de poursuivre l'écriture de l'histoire familiale, nous nous employons à faire participer les proches au nouveau projet de vie de la personne démente (aménagement de la chambre, recueil de données concernant le résident, animations, ...)

Enfin une écoute attentive des proches est développée par les membres de l'équipe. Un réseau de soutien est mis en place avec les proches, le médecin traitant, les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

6 PROJET DE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

6.1 Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Les objectifs retenus par le projet d'établissement nécessitent une anticipation des compétences nécessaires :

Une définition des emplois à partir des projets.

Une adaptation des emplois et des compétences par la formation professionnelle.

Une politique de recrutement adaptée.

Toutefois le GPEC est un projet qui sera mené à l'échelle de la Fondation.

6.2 L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail est régie par:

Le Code du Travail.

La convention collective nationale des établissements sanitaires et médico-sociaux à but non lucratif de 1951

Le projet d'établissement.

L'établissement prévoit l'organisation du travail en fonction des besoins des résidents et des prises en charge développées.

Les réunions de transmission

Durée et fréquence : une demi heure à chaque relève

Participants : IDE

Animateur : le responsable des soins

Contenu : elles permettent d'échanger les informations courantes utiles et nécessaires à l'accompagnement des résidents et l'animation de la vie quotidienne de l'établissement.

Transmission écrites :

La relève a pour devoir de prendre connaissance des transmissions écrites (PSI – dossier de soins informatisé du résident) avant de prendre son poste. A l'IDE en poste de les avertir des priorités.

6.3 LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

La formation professionnelle constitue un instrument de modernisation du fonctionnement des structures, d'amélioration de la qualité des prestations fournies aux résidents et de recherche d'une plus grande efficacité dans l'organisation.

Elle doit permettre l'adaptation permanente des qualifications des personnels à l'évolution des missions de l'établissement, des métiers et des techniques.

Pour cette raison des formations d'ASG (Assistant Soins Gérontologique) seront effectuées en 2013 afin de répondre aux exigences du PASA. Pour cette raison, 5 ASG ont été formés.

Cette formation professionnelle est liée aux affectations et aux projets individuels du personnel. Elle a pour objectifs majeurs :

- Maintien de la qualification professionnelle

- Adaptation à l'évolution des techniques, des connaissances et des conditions de travail ;

- Contribution à la promotion sociale et à l'évolution culturelle, économique et sociale ;

- Accompagnement des mesures sociales, des nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans l'évaluation des besoins afin de pouvoir anticiper les transformations nécessaires à l'exercice professionnel :

- L'évolution de la demande des résidents

- Les lacunes de la formation initiale des personnels

- Le développement de l'informatique médicale et des outils de communication.

Il s'agira donc de développer un exercice professionnel qui réponde aux différentes demandes de prise en charge : soins, hôtellerie, animation, personnes âgées, personnes démentes, personnes handicapées vieillissantes.

Cela devra se traduire par:

- Des actions de formation collectives.

- Les formations spécifiques au regard des différents axes du projet, missions, ou modes de prise en charge.

- Des formations spécifiques transversales

- Des formations à l'évaluation, à la conduite de projet, au management d'équipe.

Le plan de formation prendra en compte les objectifs pluriannuels du projet individuel et les besoins des salariés dans le cadre des entretiens.

Le plan de formation prendra en compte les objectifs pluriannuels du projet individuel et les besoins des salariés dans le cadre des entretiens.

A partir de 2014, une orientation vers la priorisation des formations à titre de prévention sera inscrit au budget de formation annuel, afin d'être en cohérence avec le politique de prévention des risques professionnels, en soit le Document Unique.

Plan pluriannuel de formation

Actions de formation	Public	Année		
		2014	2015	2016
Méthodologies en prise en soin par « l'humanité »	Tout personnel	X		X
Accompagner les personnes démentes	Tout personnel		X	
Douleurs et soins palliatifs	Tout personnel	X	X	X
DU plaies et cicatrisations	IDE	X		
Assistant en soins de gérontologie	AS/AMP		X	X
Référent DASRI	IDE	X		
Maîtriser les techniques et outils de gestion des risques	IDE	X		X
Formation au logiciel	Tout personnel	X	X	X
Infirmier cadre en EHPAD	Cadre	X		
Animateur	AMP	X		
Tutorat	IDE/AS/AMP	X	X	X
Préparation au concours IFSI	AS/AMP	X		
Formation comptable	Administratif	X		

6.4 L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION DU PERSONNEL

Chaque salarié doit pouvoir bénéficier d'un entretien bi annuel. Cet entretien doit lui permettre :

- d'évoquer les difficultés qu'il peut rencontrer dans l'exercice quotidien de son travail et les améliorations qui peuvent être apportées
- de fixer les objectifs déclinés à partir du projet d'établissement
- de s'inscrire dans une démarche de formation professionnelle avec une formation qualifiante éventuelle
- d'examiner ses souhaits de changement d'affectation
- d'établir un plan de gestion de carrière

Les résultats de ces entretiens qui seront communiqués aux salariés constitueront une base de données à prendre en compte par la Direction pour établir la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et les besoins en formation. Cet entretien n'est en aucun cas une notation ou une évaluation dans le cadre disciplinaire et ne peut donner lieu à aucune sanction.

Tableau pluriannuel des effectifs existants et sollicités

	Effectif existant EHPAD			Mesures nouvelles						Total effectif EHPAD et PASA		
				EHPAD			PASA					
				2014			2014			2014		
	H	D	S	H	D	S	H	D	S	H	D	S
Direction - administration	5.5									5.5		
Cuisine - services généraux	8.54									8.54		
Animation	1									1		
ASL et agents de service (blanchissage, nettoyage et service des repas)	9.66	4.14								9.66	4.14	
Aide soignante - AMP		6.33	14.77		-0.6						5.73	14.77
Assistant de soins en gérontologie									2			2
Personnel infirmier et cadre de santé			8.54									8.54
Psychomotricien			0.2						0.2			0.2
Ergothérapeute			0.2									0.2
Kinésithérapeute			1									1
Psychologue								0.5			0.5	
Pharmacien			0.4									0.4
Préparateur en pharmacie			0.5									0.5
Médecin coordonnateur et traitant			1									1
Total	24.7	10.47	26.61		-0.6			0.5	2.2	24.7	10.37	28.61

7 LE DOCUMENT UNIQUE (D.U) ET LES RISQUES PROFESSIONNELS

QUE DOIT CONTENIR LE DU ?

Pour chaque unité de travail (poste, atelier, magasin, cuisine...), le DU demande un inventaire et un classement des risques. L'inventaire peut être réalisé à partir de l'historique des éventuels incidents ayant eu lieu (blessures, chutes, accidents avec ou sans arrêt, arrêts de travail pour maladies professionnelles), de la consultation des rapports de vérification périodique (installations électriques, extincteurs), des rapports d'expertise, des fiches de données de sécurité des produits chimiques, des observations de l'Inspection du travail, des contrôleurs de la CGSS, du médecin du travail. En fait, tous les documents liés à la sécurité dans l'entreprise.

Le classement doit prendre en compte des critères tels que la gravité de l'accident (bénin, avec arrêt, grave), le nombre de salariés concernés et la fréquence d'apparition du risque (faible, moyen, fort). Il est conseillé de faire figurer les actions de prévention pour réduire ou éliminer ces risques et de les inscrire dans un plan d'action annuel : aération, ventilation, éclairage, remplacement de produits dangereux, réduction des manutentions, optimisation des flux de circulation, information, formation des salariés.

L'évaluation des risques constitue une étape cruciale de la démarche de prévention. Elle en est le point de départ. L'identification, l'analyse et le classement des risques permettent de définir les actions de prévention les plus appropriées, couvrant les dimensions techniques, humaines et organisationnelles. L'évaluation des risques doit être renouvelée régulièrement.

La formation et l'information sont une obligation de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels. Elles concernent tous les salariés, y compris les nouveaux embauchés, les CDD, ceux qui viennent de changer de poste, ceux qui interviennent de façon occasionnelle dans les activités d'entretien ou de maintenance. Elles ont pour corollaire le devoir du salarié de suivre ces formations et de respecter les consignes qui lui sont transmises.

8 LE PROJET QUALITE

8.1 LE CADRE LEGISLATIF

Dans le langage commun, la qualité s'entend comme étant « chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend ». (Dictionnaire Larousse)

L'article 22 de la loi, codifié à l'article L 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles dispose ainsi que :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

« Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par le décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

« Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.

« Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

« Ce conseil, dont les missions et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat, est composé de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des institutions sociales et médico-sociales, des personnels et de personnalités qualifiées, dont un représentant du Conseil national représentatif des personnes âgées, du Conseil national consultatif des personnes handicapées et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ».

L'exigence de qualité, dans la mesure où elle s'applique aux prestations délivrées par les établissements, concerne tous les services : ceux qui prennent en charge directement les personnes accueillies mais également les services qui concourent à cette prise en charge, à savoir les services administratifs et les services généraux.

Tous les professionnels sont donc concernés par la qualité, dont l'objectif principal et ultime est la prise en charge optimale de la personne accueillie. Comme le précise la loi, les personnes accueillies sont en effet au centre des préoccupations de chaque personne intervenant à titre professionnel dans l'établissement.

Durant l'année 2013, l'établissement a entrepris une évaluation interne de l'EHPAD.

Cette évaluation interne a eu pour conséquence de voir ce que nous faisons de bon dans la prise en charge de la personnes âgée accueillies au sein de l'EHPAD mais aussi de pointer ce qui avait pour le moins à améliorer.

Cette évaluation entre donc dans une démarche continue de la qualité qui est indispensable dans toute prise en charge dans le milieu médico social, et n'est qu'une étape dans l'effort de l'EHPAD d'améliorer l'accueil des résidents.

8.2 AMELIORER DE FAÇON CONTINUE LA QUALITE DU SERVICE RENDU

Au regard des résultats des évaluations issues de ces différents procédés et des recommandations du guide de bonnes pratiques, trois instances permettront à l'établissement de s'engager dans une politique d'amélioration continue des pratiques.

Un comité de pilotage de la démarche qualité a pour mission de :

- Valider la politique qualité et d'évaluation
- Effectuer les arbitrages et déterminer les priorités
- Valider la politique de communication et les axes de formation
- Valider la méthodologie et l'organisation
- Effectuer la revue de direction

Un responsable qualité, sous délégation du comité de pilotage, aura pour mission de :

- Conduire, animer, coordonner les actions du projet qualité
- Mettre en œuvre et suivre les Plans d'Action Qualité
- Gérer la documentation
- Mettre en œuvre et suivre la politique d'évaluation

Conformément aux dispositions de l'article 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'ensemble des équipes pluridisciplinaires élaboreront une auto-évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations que l'établissement délivre au regard des normes, règlements et recommandations de bonnes pratiques tous les 5 ans.

De plus, l'établissement s'inscrira dans le dispositif d'évaluation externe par un organisme habilité – prévu en 2014.

8.3 PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE – PACQ :

L'établissement est appelé à entrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Celle-ci, centrée sur les résidents, s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration des prestations offertes, des projets de vie et de soins.

Le plan d'amélioration de la qualité est l'élément moteur de la mise en place d'une politique qualité dans un organisme de prise en charge médico-sociale.

Il fournit les moyens de communiquer aux résidents aux familles, au personnel et au public l'engagement de la direction en matière d'amélioration de la qualité. Ils permettent en outre de communiquer clairement leur dévouement à fournir des soins personnalisés de qualité supérieure aux résidents.

Il se détermine comme suit :

+ Ethique, fondements et valeurs :

- Adapter les outils de la loi 2002 aux capacités de compréhension des usagers
- Appliquer la procédure d'accès au dossier
- Appropriation de la Charte des personnes âgées

+ L'information, l'implication et la participation des usagers et de leurs représentants :

- Recueillir les habitudes de vie du résident
- Respecter le délai de signature et de mise à jour du contrat de séjour

+ L'organisation de la prise en charge de la personne âgée et la personnalisation de l'intervention :

- Prise en charge de la personne âgée
- Permettre au résident d'avoir un interlocuteur privilégié au sein de l'établissement
- Faire le lien entre les besoins, attentes de la personne et l'élaboration ainsi que la mise à jour de son projet personnalisé
- Prendre en considération la personne de manière individuelle
- Proposer un projet ayant du sens, motivant pour la personne afin de la rendre actrice de son projet
- Redéfinir le projet de soin en fonction des objectifs décidés
- Mettre en place les stratégies, moyens, outils, décisions définis dans le projet
- Evaluer le niveau de réalisation des objectifs du projet personnalisé
- Assurer la mise à jour des projets dans des délais corrects en fonction des évolutions de la personne

+ L'organisation de la prise en charge de la personne âgée et la personnalisation de l'intervention :

- Prise en charge de la personne âgée
- Permettre au résident d'avoir un interlocuteur privilégié au sein de l'établissement
- Faire le lien entre les besoins, attentes de la personne et l'élaboration ainsi que la mise à jour de son projet personnalisé
- Prendre en considération la personne de manière individuelle
- Proposer un projet ayant du sens, motivant pour la personne afin de la rendre actrice de son projet
- Redéfinir le projet de soin en fonction des objectifs décidés
- Mettre en place les stratégies, moyens, outils, décisions définis dans le projet
- Evaluer le niveau de réalisation des objectifs du projet personnalisé

- Assurer la mise à jour des projets dans des délais corrects en fonction des évolutions de la personne

La sécurité des résidents et la gestion des risques :

- Eclairer la pratique quotidienne des professionnels et la culture de l'établissement sur le savoir, savoir-faire et savoir être bien traitant
- Cellule de veille Maltraitance
- Protocole de signalement
- Prévention des maltraitances, promotion de la bientraitance : Repérer, agir, prévenir
- La gestion du risque maltraitance
- Inventaire des risques potentiels et dispositifs de prévention auprès du résident et du personnel
- Connaissance et prise en compte des conduites à tenir par les professionnels.
- Informer les usagers des plans de secours et d'évacuation
- Sensibiliser et informer les partenaires extérieurs, les familles et les visiteurs sur le risque d'infection
- Garantir une continuité de la prise en charge en cas de forte chaleur

La prise en charge du résident :

- Réveiller en douceur les résidents
- Favoriser l'autonomie pour la toilette.
- Respecter l'intimité et la pudeur des personnes
- Veiller à une bonne installation du résident lors du repas afin d'éviter les risques de fausses routes
- Transmission des informations au service cuisine
- Situer le résident dans l'espace et le temps en l'aidant par la signalétique
- Accompagner les actes de manutentions
- Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes
- Respecter les habitudes de vie du résident
- Décès d'un résident
- Prendre en compte les régimes alimentaires sans en faire une contrainte trop lourde pour la personne âgée
- Soutenir le résident le temps de son hospitalisation
- Assurer la coordination, l'encadrement et la continuité des soins
- Etre à l'écoute du résident par rapport à son orientation religieuse et à sa pratique culturelle.
- Encourager le dialogue et l'échange
- Prévenir l'isolement dans lequel certaines personnes peuvent s'enfermer
- Apporter un confort, une présence et un soutien médico-psychologique au résident

L'ouverture de l'établissement sur son environnement :

- Ouvrir les prestations d'accompagnement sur l'extérieur

L'accessibilité de l'établissement :

- Disposer de signalétiques adaptées.

- S'assurer du transfert effectif des communications et de la réception des messages par le biais d'un répondeur téléphonique en cas d'indisponibilité
- Mise en place d'un téléphone portatif pour chaque unité d'accueil

 **Cadre de vie :**

- Sécurité du résident
- Aménagement des espaces collectifs extérieurs
- Aménagement des espaces collectifs extérieurs
- Faire du repas un moment de plaisir
- Agrémenter les salles à manger
- Aménager la salle à manger
- Afficher les menus
- Redéfinir l'espace de restauration
- Respecter les habitudes alimentaires du résident.
- Mettre à disposition des utilisateurs un véhicule propre
- Inventaire du linge du résident.
- Gestion de stocks des produits d'entretien
- Sécuriser les produits pouvant être dangereux.
- Maintenir une hygiène quotidienne des locaux
- Permettre une traçabilité des tâches ménagères effectuées
- S'inscrire dans une politique de développement durable
- Gérer les déchets dans le respect des règles d'hygiènes et de respect de la politique de l'environnement

9 PROJET ARCHITECTURAL

L'EHPAD est un établissement d'une capacité de 90 lits, composé de 70 chambres individuelles et 10 chambres doubles. Scindé en 3 unités de vie dont un est protégées et accueille 24 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Les bâtiments de l'EHPAD datent de 1998, donc de 15 ans. Ils entrent dans une phase de besoin en réhabilitation.

Des travaux en peinture et étanchéité sont prévus pour l'année 2014 et concerneraient aussi bien les chambres que les parties communes.

La climatisation qui devient indispensable devrait être installée dans toutes les chambres afin d'apporter un meilleur confort pour les personnes âgées en période de forte chaleur.

La vie extérieure a une place importante dans la vie de l'EHPAD tant pour les activités quotidiennes que pour celles qui ont un caractère plus festif. Un aménagement de la partie centrale de l'EHPAD est prévu pour permettre de garder la finalité notamment en agrandissant le kiosque. Ainsi ce lieu pourra être, par sa capacité d'accueil, un lieu de partage lors des rencontres entre les résidents et les familles.

Les projets à court terme à venir :

Réhabiliter la lingerie :

Actions envisagées :

- Travaux de réhabilitation
- Equipement de nouvelles machines

Echéance : 2016

Maintenir un bon niveau d'embellissement et de confort de l'EHPAD.

Actions envisagées :

- Travaux de peinture des chambres
- Climatisations des chambres

Echéance : 2014

Projet des investissements

Nature de l'investissement	Échéance
Réfection des luminaires et systèmes d'éclairage dans les chambres	2014
Travaux réseaux eaux pluviales	2014
Réfection des salles de bain	2014
Travaux de peinture intérieures (chambres et partie communes)	2014
Travaux de toiture	2014
Climatisation	2014
Construction du PASA	2015
Travaux de rénovation des bâtiments	2016
Extension du kiosque central	2017

ANNEXES

Les valeurs de la Fondation Père Favron

La Fondation Favron défend et promeut :

L'Humanisme, philosophie qui met l'homme et les valeurs humaines au dessus de tout et se traduit par le respect des droits fondamentaux de la personne, tels qu'ils sont énoncés dans :

- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- la Déclaration Universelle des Droits de la Personne Handicapée
- la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée
- la Charte de l'Economie Sociale

La solidarité, par le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, personnels salariés, environnement social et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif.

La qualité de l'accompagnement, respectueux des droits fondamentaux de la personne accueillie et sa prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.

La proximité, pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins.

La promotion et la formation des salariés pour un bon développement des actions dans la démarche qualité au service de l'utilisateur.

La Charte de la Fondation

Validée par le Conseil d'Administration en 1999, la charte constitue une référence commune proposée à tous les acteurs bénévoles et salariés de la Fondation :

Dans la continuité de l'œuvre du Père Favron Elle affirme que toute personne est unique et que, à ce titre, quelle que soit son origine ethnique, sa religion, son sexe, elle a le droit à la dignité, à l'accès aux soins et à l'accompagnement que requiert son état de santé physique ou mentale.

La Fondation Père Favron s'inscrit dans la logique d'une communauté d'acteurs réunis pour bâtir la solidarité par une dynamique d'anticipation, d'innovation et d'adaptation dans un environnement en évolution.

S'engage à

- développer avec les acteurs du champ social, médico-social et sanitaire des projets d'intérêt général par des programmes de recherches actions et par la gestion de structures adaptées ;
- mettre en œuvre professionnalisme, compétence et savoir être auprès des personnes ;
- contribuer à l'épanouissement des personnes qui concourent à la réalisation de son œuvre dans le respect de ses valeurs.



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

Charte des valeurs

Une dynamique privée au service du public

La Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés à but Non Lucratif regroupe les organismes Privés à but Non Lucratif gérant des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant choisi d'appliquer la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951. Ces organismes - associations, congrégations, fondations, mutuelles ... - développent de façon désintéressée et transparente leurs activités au service du bien public et de l'intérêt général.

Riche de la diversité philosophique, politique et confessionnelle de ses adhérents, la FEHAP respecte l'identité de chacun et favorise leur convergence dans un esprit de tolérance.

>> LA FEHAP, PAR SES VALEURS HUMANISTES :

- place la primauté de la personne avant toute autre considération,
- défend un système de soins et de services garantissant la liberté de choix des usagers et son accessibilité à tous,
- accomplit ses missions dans le cadre d'une gestion désintéressée,
- propose des réponses à l'émergence des besoins nouveaux sanitaires et sociaux et encourage l'adaptation et l'évolution de ses établissements et services,
- promeut le secteur Privé Non Lucratif comme participant légitime aux missions d'intérêt général au bénéfice des usagers.

>> LA FEHAP, PAR SA VOLONTÉ DE PARTAGE :

- développe, entre ses membres, une culture commune de solidarité et de service du public,
- fait vivre en son sein la démocratie interne,
- nourrit une réflexion éthique sur tout sujet touchant à ses missions ou toute question préoccupant ses adhérents.

>> LA FEHAP, PAR SON ENGAGEMENT SOCIAL :

- anime, en sa qualité de Fédération d'employeurs, dans le cadre de la C.C.N. 51, une politique sociale favorisant la qualification des personnels, la qualité des soins et des services,
- s'attache à préserver pour ses adhérents des espaces de liberté favorisant une gestion dynamique,
- conduit une politique de formation contribuant à la professionnalisation et la promotion des personnels.

>> LA FEHAP, PAR SON ESPRIT D'OUVERTURE :

- assure une présence active et militante auprès de toute instance qui concourt à l'élaboration des politiques sociales,
- conforte l'identité du secteur Privé Non Lucratif par un partenariat affirmé et constructif avec les autres Fédérations et Unions de la même mouvance,
- construit des complémentarités avec l'ensemble des Fédérations des secteurs sanitaire, social et médico-social,
- crée et entretient des échanges et liens avec les institutions de l'Union Européenne ayant la même finalité,
- engage et favorise des actions de solidarité internationale.

>> LA FEHAP, TIENT POUR ESSENTIELLES À LA VITALITÉ ET À LA PERTINENCE DES INSTITUTIONS :

- la reconnaissance des usagers et des familles comme partenaires de l'élaboration, du choix et de l'évaluation des prestations qui leur sont destinées,
- la responsabilité des membres du Conseil d'Administration de promouvoir les valeurs fondatrices de l'institution, leur respect et leur mise en œuvre,
- la reconnaissance des professionnels et des bénévoles comme parties prenantes du projet institutionnel dont ils assurent la réalisation, l'évaluation et l'adaptation,
- la recherche de complémentarités avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Réunis en Assemblée Générale à Poitiers le 30 avril 2004,
les adhérents de la FEHAP, considérant ce qui fonde leur unité,

Richesse de leur diversité,

Complémentarité et transversalité des services rendus,

Réactivité aux besoins non couverts et capacité d'innovation,

Reconnaissance des usagers et des familles comme partenaires,

adoptent la charte et expriment fortement leur volonté de l'appliquer et de la promouvoir.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Etablie par la commission des « Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie

1. Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.
2. Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans son accord.
3. Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.
4. Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits
5. L'institution devient le domicile du résident. Il doit disposer d'un espace personnel.
6. L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et à satisfaire ses désirs.
7. L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie
8. L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit être préalablement informé.
9. L'institution accueille les familles, les amis, ainsi que les bénévoles et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visites souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.
10. Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances...), le résident doit retrouver sa place dans l'institution.
11. Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
12. Le droit à la parole est indispensable pour les résidents.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son

admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8

Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11

Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé