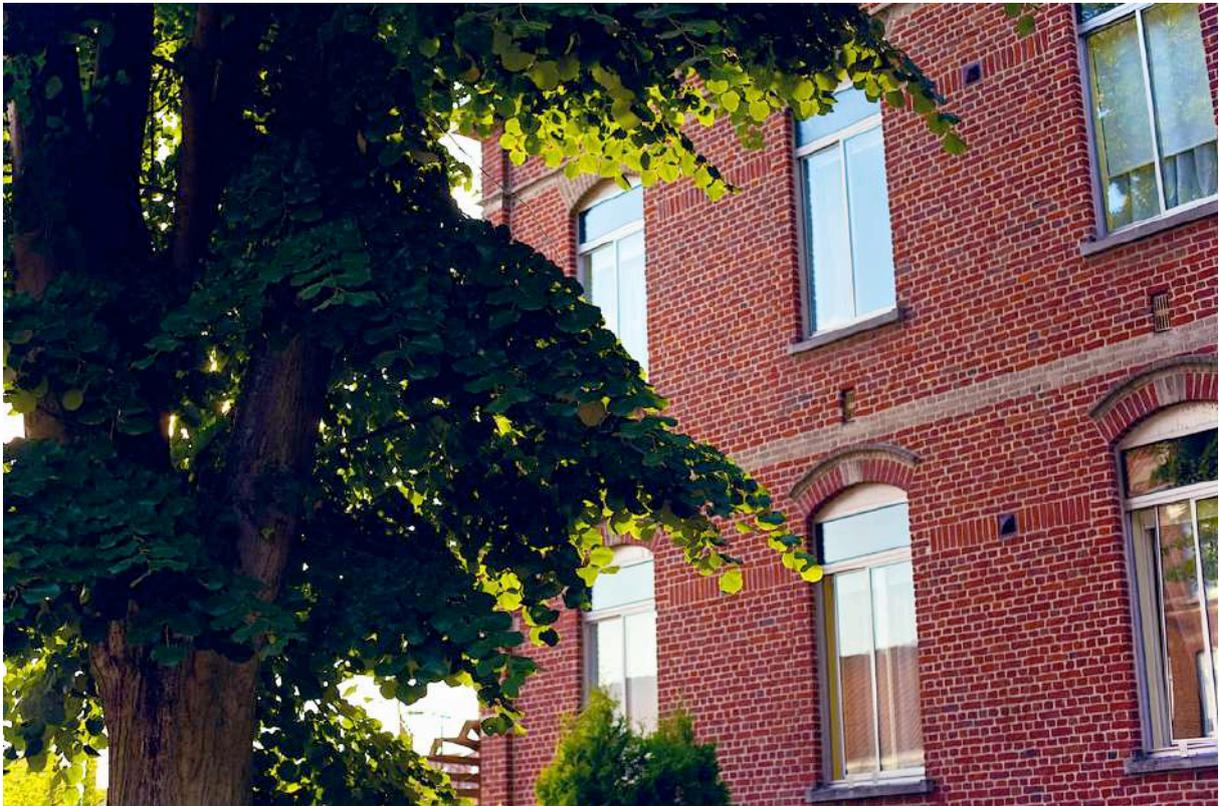


PROJET D'ETABLISSEMENT 2012-2017



Réalisation : Avril 2012
Mise à jour : Janvier 2014

Sommaire

INTRODUCTION	4
1. METHODOLOGIE	6
2. LES ETAPES CLES DE LA DEMARCHE	7
3. LE CALENDRIER DES ATELIERS DE TRAVAIL EN 2012	9
4. MISE A JOUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT EN 2013	9

I. PROJET INSTITUTIONNEL..... 10

1. DIAGNOSTIC	10
1.1 Diagnostic externe	10
1.2 Diagnostic interne : l'identification des grands axes de travail.....	12
2. LES OPPORTUNITES	14
3. POLITIQUE EN FAVEUR DE LA BIENTRAITANCE	21
4. LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES	22
5. PROJET ARCHITECTURAL	23
5.1. Genèse de l'opération	23
5.2. Objectifs.....	24
5.3. Fonctions et activités	25

II. PROJET MEDICAL ET DE SOINS 33

1. PREAMBULE	33
2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE	34
2.1 Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.....	34
2.2 Les recommandations du dernier projet d'établissement (2007-2012) :.....	35
2.3 Identification des différents types de population pris en charge.....	35
2.4 Continuité de la prise en charge soignante	36
2.5 La prise en charge médicale et para médicale libérale.....	37
2.6 Fonctionnement de l'équipe soignante et individualisation de la prise en charge (Encadrement IDE, Equipes AS/ASH.....)	38
2.7 Dossier du patient/résident	44
2.8 Recours à l'hospitalisation et soins externes	45
2.9 Circuit du médicament	46
3. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES COGNITIFS	48
3.1. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM	48
3.2. Prise en charge dans une unité Alzheimer	50
3.3. Prise en charge hors unité Alzheimer	52
4. GESTION DES RISQUES / PREVENTION ET DEVELOPPEMENT DES SOINS GERIATRIQUES	53
4.1 La prévention sensorielle.....	53
4.2 La prévention bucco-dentaire	54
4.3 Prévention et prise en charge de la déshydratation et de la dénutrition	54
4.4 Prévention et prise en charge des escarres	55
4.5 Prévention et prise en charge des infections.....	56
4.6 L'élimination	56
4.7 Chutes et recours à la contention	57
4.8 Prévention et prise en charge des errances	59
4.9 Prévention et prise en charge de la douleur	59
4.10 Prise en charge de la fin de vie / Soins palliatifs	60

4.11 L'accompagnement à la fin de vie : les directives anticipées.....	61
4.12 Accompagnement et prise en charge psychologique / Dépression.....	62
5. BESOINS EN FORMATION	64
6. OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT VERS L'EXTERIEUR	64

III. PROJET DE VIE ET PROJETS DE VIE INDIVIDUALISES 65

1. PREAMBULE	65
2. POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION	65
3. LE RESPECT DES RYTHMES DE VIE ET L'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE	67
3.1. Les toilettes.....	67
3.2. Accompagnement individualisé.....	68
3.3. La question des addictions :.....	71
3.4. Le résident citoyen.....	72
3.5. Le projet d'hébergement temporaire.....	72
3.6. Le projet PASA.....	77
3.7. Le Projet UVA.....	78
4. L'ANIMATION, VIE SOCIALE ET CULTURELLE	80
4.1 Préambule.....	80
4.2 Les valeurs.....	81
4.3 Ateliers, activités et sorties existants.....	82
5. LA PRESTATION RESTAURATION-HOTELLERIE	86
6. LA PRESTATION LINGE	89
7. L'HYGIENE DES LOCAUX	91
8. ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF	92
9. LA MAINTENANCE DES LOCAUX	94
10. COMMUNICATION ET INFORMATION	96

IV. LE PROJET SOCIAL 100

1. LA QUALITE DES RAPPORTS SOCIAUX :	100
2. LES RISQUES PROFESSIONNELS, LE DOCUMENT UNIQUE:	101
3. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES:	102
4. LA FORMATION :	103

V. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES 105

1. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE	105
2. POLITIQUE QUALITE	106
2.1 Optimiser La prise en charge et le respect les droits et libertés des résidents.....	106
2.2 Garantir aux résidents, usagers et personnels un niveau de sécurité optimum	108
3. POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES	108
3.1. Améliorer la gestion des événements indésirables.....	108
3.2. La gestion des situations de crise.....	109
3.3. Engager une culture de développement durable.....	111
4. DEMARCHES D'EVALUATION ET DYNAMIQUE D'AMELIORATION	112
4.1 Améliorer la culture d'évaluation dans l'établissement.....	112
4.2 Développer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles	114
CONCLUSION GENERALE	116

Introduction

Le projet d'établissement de l'EHPAD de MOUVAUX intervient après deux autres projets d'établissement. Ce point, conforme à la réglementation, est à souligner car peu d'établissements ont à ce jour élaboré deux projets d'établissement, néanmoins, comme il est souligné dans le rapport d'évaluation interne, réalisé en Novembre 2011, aucun groupe de suivi n'a évalué régulièrement le dernier projet et ses actions, atténuant fortement sa portée, par ailleurs peu d'agents avaient pris connaissance de son contenu. Le présent projet, élaboré collectivement sera suivi annuellement par un groupe de travail, à l'aide du tableau récapitulatif figurant en annexe. Le rapport annuel du chef d'établissement fera un état de l'avancement des travaux.

Ce projet d'établissement intervient donc concomitamment à l'évaluation interne réalisée sous la forme d'une évaluation croisée avec l'établissement de Bondues. Il intervient également à un moment où se pose la question de la reconstruction du bâtiment sur un autre lieu et enfin au moment où se pose la question de l'intégration de l'établissement de Mouvaux dans un groupement de coopération avec d'autres EHPAD. Il s'agit donc d'une part d'une période d'introspection du conseil d'administration, de la direction, des résidents de leurs familles et du personnel et d'autre part d'une étape décisive vers un fonctionnement différent. Le moment est donc bien choisi pour se poser les bonnes questions relatives aux valeurs que l'établissement et ses composantes comptent défendre et à la stratégie qu'ils envisagent d'adopter.

Les valeurs qui sous-tendent ce projet d'établissement sont tout naturellement tournées vers les résidents et leur accompagnement. L'accompagnement est le maître mot qui va guider l'action du personnel tout au long du parcours du résident. Il démarre dès l'entrée du résident, par une démarche décrite dans le projet de vie, se poursuit avec le projet de vie et de soins personnalisé, avec la mise en place d'actions spécifiques autour de l'animation, mais aussi des soins et de l'hôtellerie. Au cours de cet accompagnement, le personnel s'emploie à vérifier le consentement du résident et sa participation à tout ce qui est mis en place. Il s'agit de lui donner une place d'acteur en faisant avec lui et non plus à sa place. Jusqu'à ses derniers instants pour lesquels on se sera assuré en amont de

ses volontés, on accompagne le résident sur un chemin qu'il s'est choisi, autant que faire se peut. Ce respect des choix du résident, cette recherche de l'expression de ses désirs sont les conditions *sine qua non* du respect de sa dignité.

Au-delà de ces valeurs, le projet d'établissement situe l'EHPAD « La Belle Epoque » dans un contexte local où il vise la satisfaction de la population en s'inscrivant dans un réseau, avec les autres EHPAD et aussi dans une filière gériatrique avec les établissements sanitaires de Tourcoing et Roubaix, eux-mêmes en pleine restructuration. Ce projet s'inscrit enfin pleinement dans le cadre des réglementations et recommandations nationales au rang desquels on trouve le plan Alzheimer, mais aussi les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissement Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

1. Méthodologie

Pour être le projet de tout un établissement, celui-ci doit recueillir l'assentiment du plus grand nombre et pour ce faire être élaboré par des représentants de toutes ses composantes : la direction, les personnels médicaux et non médicaux, les familles et les résidents.

L'élaboration collective du projet d'établissement, piloté en 2012 par la CNEH, a regroupé les représentants de toutes ses composantes :

- 40 membres de l'établissement, représentant toutes les fonctions et une représentante des familles au Conseil de la Vie Sociale ont participé à l'élaboration du projet,
- 7 personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs.

Cette élaboration collective a permis de mettre en évidence les pratiques en vigueur au sein de l'EHPAD, les dysfonctionnements comme les fonctionnements positifs. Elle a permis également de fixer des objectifs pour les cinq années à venir, en rapport avec les moyens de l'établissement. Par ailleurs, l'élaboration du projet d'établissement s'est déroulée dans une période qui faisait suite à l'évaluation interne, comme indiqué ci-dessus et a donc bénéficié des apports de cette introspection.

Une éthique s'est dégagée de ce travail en commun. Celle-ci a été le fil conducteur de tous les volets de ce projet d'établissement : elle est tournée avant tout vers le résident et vers son expression.

Partant du principe que le résident est le destinataire premier et ultime de ce projet, il convenait de s'interroger sur la technique que va utiliser le personnel pour rechercher l'expression de sa volonté afin de mieux répondre à ses besoins.

Le résident arrive dans l'établissement en position de faiblesse. Celle-ci s'explique par son état de santé, mais aussi par sa fragilité sociale - solitude -, affective - perte d'un conjoint- etc. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire consiste alors, dans un premier temps, à ne pas aggraver cet état. Par la suite, il s'agit d'aider le résident à recouvrer sa dignité. En effet, le nouveau résident passe d'un statut d'individu appartenant à une société où ses rôles sociaux sont nombreux (il est citoyen, consommateur, il est libre d'aller et de venir où il veut quand il

le souhaite, etc.), à un statut d'individu vivant au sein d'une collectivité contraignante de par ses règles, ses horaires, où la liberté est nécessairement restreinte et où il peut être difficile de retrouver un rôle social ; ce faisant il laisse de côté une partie de sa personnalité et donc de sa dignité.

Le projet d'établissement va donc être, en premier lieu, la traduction de ces devoirs. A savoir : s'adapter aux besoins de la personne. C'est pourquoi, un de ses axes forts sera le **projet personnalisé des résidents**.

Ce projet a également pour vocation d'énoncer l'ensemble des règles qui régissent la vie au sein de la résidence.

Le projet d'établissement de l'EHPAD « La Belle Epoque » de Mouvaux se décline en cinq volets :

- Le projet médical et de soins
- Le projet de vie incluant le projet d'animation et de vie sociale
- Le projet social
- Le projet qualité et gestion des risques

Dans tous ces volets, on retrouvera l'éthique décrite ci-dessus, elle en est le fil rouge, elle garantit la cohérence du projet et lui donne tout son sens.

2. Les étapes clés de la démarche

La démarche a reposé sur plusieurs principes :

- une démarche positionnant l'EHPAD sur son territoire et plus particulièrement dans la filière gériatrique et son environnement.
- une démarche centrée sur les résidents : leurs besoins, leurs attentes, les réponses adaptées autant sanitaires que médico-sociales...
- une démarche réaliste qui prenne en compte :
 - Les contraintes réglementaires et financières, les orientations nationales, régionales et départementales et donc la réponse aux besoins locaux et départementaux,
 - les projets antérieurs et les projets en cours,
 - les attentes des autorités de tarification.
- une démarche menée de façon participative et concertée.

Un premier comité de pilotage de la CNEH (centre GérontEval), qui s'est tenu le 29 Juin 2011, a permis de lancer la démarche, de présenter les enjeux du projet et de valider la méthodologie et le calendrier. Il a été décidé à cette occasion de ne démarrer les travaux relatifs au projet d'établissement qu'après l'évaluation interne qui devait être réalisée au début du mois de Novembre.

A la suite de ce comité de pilotage de lancement, un diagnostic stratégique a été réalisé par le centre GérontEval à partir :

- **D'une analyse de l'activité** des services et **d'un bilan** des projets précédents, de la convention tripartite, etc.
- **D'entretiens internes** pour connaître l'appréciation que les acteurs portent sur leurs principales activités, leur évolution et leur environnement.
- **D'une analyse de l'environnement de l'EHPAD** afin d'évaluer les besoins de la population (démographie, épidémiologie, équipements, analyse des schémas sanitaire et médico-social).

Ce diagnostic stratégique, ainsi que des propositions d'axes de travail pour les ateliers pluridisciplinaires, ont été utilisés par la suite pour comprendre le fonctionnement de l'établissement, ses forces et ses faiblesses dans l'environnement.

Un travail intersession, a été réalisé entre chacun des ateliers afin de valider les comptes rendus de ces derniers et d'impliquer l'ensemble du personnel.

Le comité de pilotage final s'est tenu le 20 Février 2012. Il a permis de valider l'ensemble du travail effectué et d'apporter toutes les modifications nécessaires en vue de la rédaction finale du projet d'établissement.

3. Le calendrier des ateliers de travail en 2012

	Projet de soins	Projet de vie	Projet hôtelier/ logistique	Projet Social	Projet d'animation
18/11/11		X		X	
05/12/11	X	X			
06/12/11			X		
12/01/12	X				X
13/01/12	X				
24/01/12		X	X		
25/01/12	X				

4. Mise à jour du projet d'établissement en 2013

Dans le cadre de la mise à jour du projet d'établissement, des réunions se sont déroulées en lien avec le comité d'amélioration de la qualité de vie du résident (cellule qualité). L'objectif de ces réunions est de faire le bilan des actions du projet d'établissement et mettre en place d'autres actions en fonction de l'évolution de l'accompagnement des résidents.

La mise à jour s'est déroulée en trois phases :

- Phase 1 : redonner les axes du projet d'établissement 2012-2017
- Phase 2 : réaliser l'état des lieux du programme d'action défini
- Phase 3 : réactualiser les données du projet avec ajustement du programme d'action.

Pour chaque axes, une analyse du projet actuel est réalisée afin d'intégrer les nouveautés et/ou spécificités sur la base :

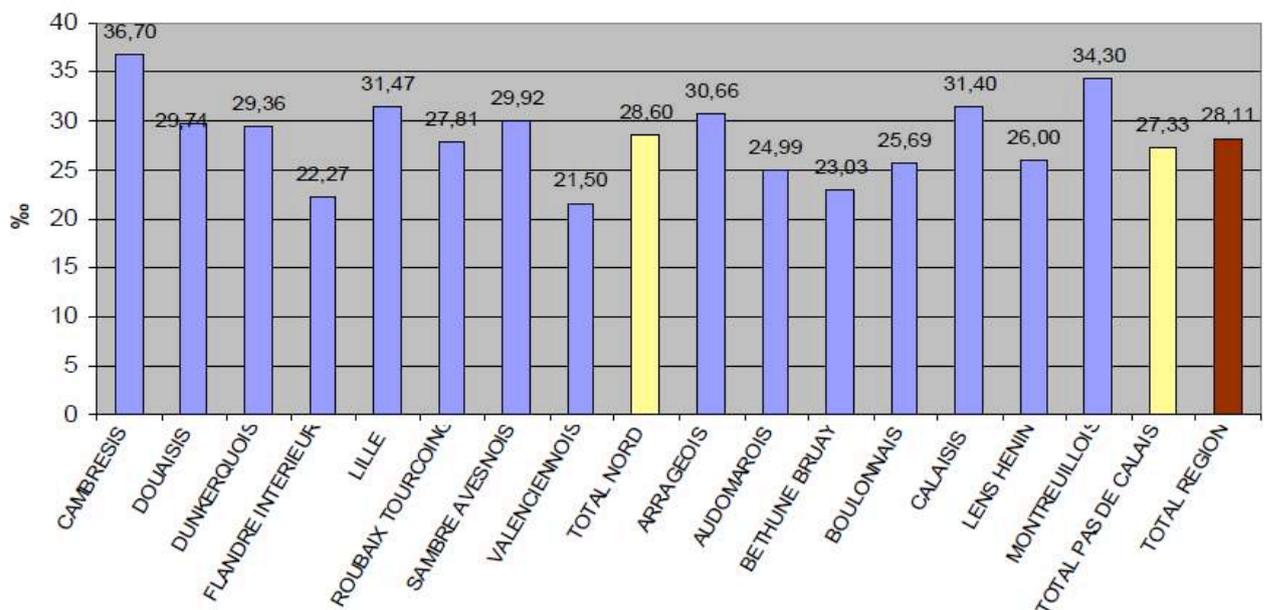
- De la réglementation,
- des recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD
- des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm

Ainsi, un axe sur le projet qualité et gestion des risques a été intégré.

contre 29% pour l'agglomération Lilloise et 13% pour d'autres communes du département ou hors département.

Le déficit d'équipement en lits de Lille métropole est compensé par un équipement légèrement supérieur en places de SSIAD et, à l'inverse, dans la zone de proximité Roubaix Tourcoing on constate un moindre équipement en service à domicile.

Taux d'équipement SSIAD au 01/01/2011 par zone de proximité



Le document de l'ARS fait état de 1 150 places d'hébergement permanent à destination des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, sur le département du Nord, alors que l'enquête ALD 15¹ relevait en 2007 12 320 personnes souffrant de ce type d'affection dans ce même département. Il est par ailleurs relativement constant que ces chiffres soient sous-évalués d'environ la moitié au regard de ceux obtenus par l'enquête PAQUID². On constate donc un sous équipement notable des établissements du département en lits à destination de cette population.

Au regard de ce qui précède, sous un aspect stratégique, il ressort que l'établissement de Mouvaux se situe dans une zone de proximité très bien équipée en lits médicalisés. La

¹ Enquête réalisée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 visant à établir combien de personnes par département étaient déclarées auprès de l'assurance maladie comme ayant une affection longue durée n°15 (maladie d'Alzheimer ou apparentées) et/ou prenaient un traitement relatif ce type d'affection.

² Etude réalisée en Aquitaine à partir de 1989 sur une cohorte de 3200 personnes âgées de 70 ans ou plus, visant à établir notamment la prévalence de l'âge sur la maladie d'Alzheimer. Il est à noter que cette étude a été confirmée depuis par une étude européenne.

demande s'orientant de toute évidence vers la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, il apparaît donc souhaitable de créer des structures visant ce public. Cette orientation prend en compte la mutation constatée actuellement de la demande des publics ne souffrant pas de troubles cognitifs, vers le maintien à domicile. En outre la diminution régulière de l'activité de l'établissement montre une certaine fragilité qui est attribuée à ce jour au nombre important de chambres à deux lits (12,5% de la capacité de l'établissement), des choix de prise en charge devront donc s'affirmer sans attendre une restructuration dont la perspective tarde à se dessiner.

1.2 Diagnostic interne : l'identification des grands axes de travail

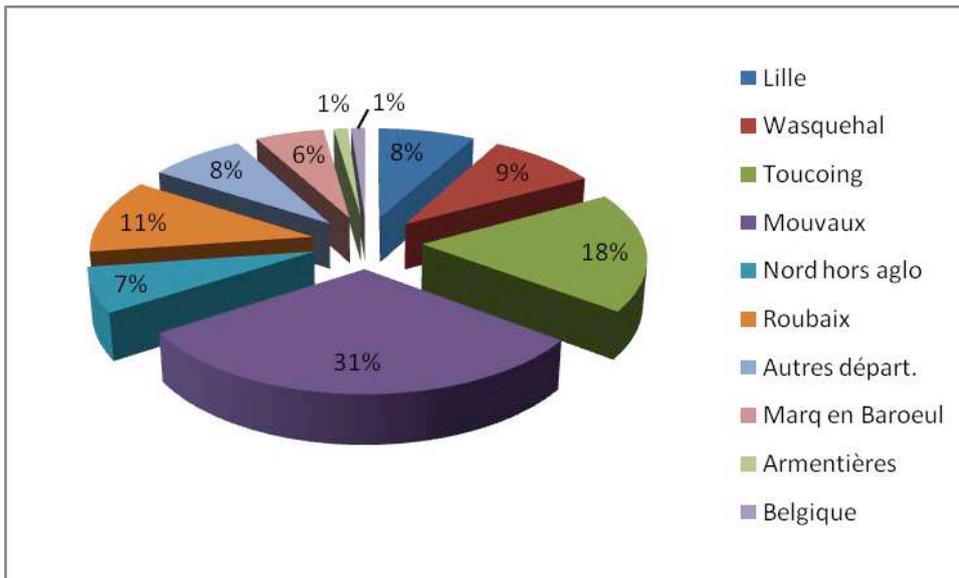
Les axes de travail suivants, identifiés lors de l'évaluation interne, constitueront une priorité des axes de travail du présent projet d'établissement :

- L'individualisation de la prise en charge ;
- Les rythmes de vie dans la structure
- Le circuit des médicaments
- La mise en place d'une prise en charge de qualité pour les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou affections apparentées ;
- La formalisation, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques professionnelles
- L'inscription de l'établissement dans le maillage territorial

a) La provenance des résidents

L'étude des flux dans l'établissement permet par ailleurs, outre la définition de la zone d'attractivité de l'établissement, comme indiqué plus haut le recrutement autour de la communauté urbaine de Lille se confirme

Provenance géographique des résidents de l'EHPAD



On note qu'en 2010, 10 résidents qui sont entrés dans l'établissement provenaient d'un autre établissement (clinique, SSR, hôpital, EHPAD) contre 7 qui provenaient de leur domicile.

La durée moyenne de séjour en EHPAD, calculée sur les résidents présents en Mai 2011, était de 52 mois, elle est très nettement au-dessus de la moyenne nationale qui se situe à 30 mois. La moyenne d'âge est de 86 ans, ce qui est dans la moyenne constatée dans les EHPAD en France métropolitaine.

b) Les enseignements tirés de l'étude des budgets et bilans de l'établissement :

L'étude du budget montre des comptes excédentaires sur plusieurs années et sur la totalité des sections. Cette « bonne santé » est confirmée par l'étude du bilan qui montre une gestion financière judicieuse. Néanmoins, la question peut se poser de choix budgétaires visant une prise en charge axée sur des publics spécifiques. La marge actuelle permet de dégager, en accord avec les autorités tarifaires, des postes de personnel en vue de cet objectif.

L'analyse du bilan financier de l'établissement montre un bon équilibre des masses financières, les fonds de roulement d'investissement, comme d'exploitation sont positifs et couvrent le besoin en fonds de roulement. On note, à l'évidence une vétusté importante des immobilisations (entre 75% et 88% pour les installations techniques et le mobilier) un endettement dérisoire (7,1%) et des constitutions de réserves qui montrent la structure de bilan d'un établissement en ordre de marche pour un investissement conséquent. En outre, le

placement d'une trésorerie abondante permettra à l'établissement de réaliser des recettes supplémentaires.

On note toutefois un retard important dans l'encaissement des recettes correspondant à plusieurs mois de retard. Ce phénomène qui n'est pas alarmant au regard de la situation financière de l'établissement mériterait d'être corrigé.

Au regard de l'analyse des taux d'équipement du bassin de vie de Mouvaux, de la zone d'attractivité de l'EHPAD La Belle Epoque, de la diminution continue de l'activité constatée, on peut conclure que l'établissement est en position de fragilité, et le demeurera tant qu'il ne sera pas passé à la phase de reconstruction. Il conviendra donc de veiller à ce qu'elle se produise le plus tôt possible et, dans l'attente d'adapter les prises en charge et l'organisation des services à la demande la plus pressante qui concerne les personnes désorientées.

2. Les opportunités

La résidence La Belle Epoque, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, accompagne actuellement 72 résidents dans le cadre d'un accueil médicalisé sans unité spécifique de prise en charge. L'établissement est situé au centre de la commune de Mouvaux qui compte environ 14 000 habitants et se situe sur l'axe Lille/Tourcoing, à 5 km au nord-est de Lille, sur le canton de Tourcoing Sud.

Réaménagée dans le cadre du plan de modernisation des maisons de retraite au début des années 80, sur les bases d'un hospice construit à la fin du 19ème siècle, la résidence n'offre toutefois que 63 chambres pour 72 lits.

Rencontrant souvent de grandes difficultés dans la réalisation des actes de la vie courante, la majorité des résidents accueillis nécessite un accompagnement adapté à chaque étape de la journée et cela en tenant compte de leurs habitudes de vie et souhaits. Pour information, le GMP au sein de la résidence a évolué de 661,16 à 705 entre 2007 et 2012, le PMP quant à lui a été validé à 240 en 2010.

Cette tendance va probablement s'accroître dans les prochaines années. Avec l'augmentation du nombre de personnes très âgées et du poids de la dépendance résultant des pathologies liées au grand âge, les établissements devront se positionner pour prendre le relais du soutien à domicile pour les situations de dépendance les plus lourdes.

Les dépendances d'ordre psychique, liées notamment aux maladies d'Alzheimer et apparentées, sont particulièrement difficiles à accompagner à domicile, surtout au stade avancé de la maladie. Elles représenteront probablement le principal motif d'entrée en établissement dans les dix prochaines années.

Face à l'évolution de ce besoin, force est de constater que l'offre actuelle est loin d'être adaptée sur l'ensemble du territoire communautaire. Seules 10% des places d'EHPAD se situent dans des unités adaptées à l'hébergement et à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

Outre l'absence totale d'unité d'accueil spécifique dans l'établissement mouvallois pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui ne satisfait pas aux exigences de qualité et de sécurité de prise en charge, posant régulièrement des problèmes de cohabitation entre population accueillie en interne et épuisant les équipes soignantes, l'établissement ne propose actuellement aucune autre modalité d'accueil qu'un hébergement complet définitif. Ajoutons ici encore la problématique des chambres à 2 lits qui impacte de plus en plus lourdement l'activité de l'établissement.

Au niveau national, la population des 85 ans et plus devrait très vraisemblablement croître de 2,6% par an en moyenne à horizon 2050. La progression de cette population dans les années à venir est principalement due à l'allongement de la durée de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby boomers », (à titre d'exemple, les plus de 60 ans représenteront 33% de la population française en 2040 contre 21% aujourd'hui). Cette tendance va se traduire par une augmentation mécanique du nombre de personnes âgées fortement dépendantes ; en moyenne 2% des personnes âgées de 70 ans et 30% des personnes âgées de 90 ans sont dépendantes. Les tendances démographiques vont maintenir la croissance de la demande³ au niveau national.

³ voir le rapport stratégique sur le secteur des maisons de retraite, Candestic, Mai 2007

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées constituent la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et par voie de conséquence une des principales causes d'entrée en établissement. Ces cas représentent 18% des personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 850 000 personnes, sachant que plus de 200 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année⁴.

Nous pouvons assister depuis ces dernières années à un recentrage des établissements pour personnes âgées sur l'accompagnement de la dépendance. Les niveaux moyens de dépendance des résidents attestent de ce recentrage. Les dépendances d'ordre psychique, liées notamment aux maladies d'Alzheimer et apparentées sont particulièrement difficiles à accompagner à domicile, surtout au regard de l'avancée rapide de la maladie.

Au niveau de la région, la population des personnes âgées devrait augmenter de 270 000 personnes en 2020. La dépendance en région est plus précoce et plus lourde que la moyenne française⁵. Une part importante de la population âgée en perte d'autonomie vit à domicile, et ce maintien à domicile est d'ailleurs un souhait largement exprimé.

Une approche du nombre de personnes âgées dépendantes résidant sur la métropole lilloise, que ce soit à domicile ou en établissement, ainsi que de sa progression dans les années à venir, peut être effectuée par extrapolation des résultats de l'étude menée en 2006 par l'INSEE avec le concours du Conseil Général du Nord, pour estimer l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes sur le département. Cette approche donne les résultats suivants :

12 300 personnes âgées dépendantes sur le territoire de la métropole en 2005

14 000 personnes âgées dépendantes estimées en 2015, soit environ 1700 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 10 ans (+14%)

15 800 personnes âgées dépendantes estimées en 2020.

Les progrès médicaux et la meilleure hygiène de vie des nouvelles générations âgées laissent présager une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité physique, à l'image de la

⁴ voir l'étude sur le marché de l'offre de soin d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes, diligentée par le Sénat dans le cadre de la création du 5^{ème} risque, Ernst and Young, Juillet 2008

⁵ voir le Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale (SROMS) 2012-2016

projection ci-dessus à 2020. Par contre, la prévalence des maladies d'Alzheimer et apparentées étant directement liée à l'avancée en âge, il faut s'attendre, dans les prochaines années, et à la projection de 2020, en l'absence de toute découverte médicale notable, à une progression importante du nombre des personnes âgées atteintes de pathologies psychiques.

Les données fournies par l'INSEE, sur les enquêtes annuelles de recensement, effectuées depuis 1999, ne prennent pas en compte cette projection liée aux pathologies psychiques. Si, pour le moment, il peut être recensé 8% environ des habitants de la Communauté Urbaine, âgés de plus de 75 ans, vivant en établissement, contre 92 vivant à domicile, on pourra certainement remarquer à l'avenir un placement plus important en institutions (maisons de retraite, EHPAD, USLD, maisons spécialisées...) en liaison avec les maladies d'Alzheimer et apparentées.

Au niveau de Mouvaux, la population sur la commune est relativement stable et nous pouvons noter une forte densité. Après une période de croissance jusqu'à la fin des années 1960, la ville de Mouvaux semble avoir atteint un point d'équilibre avec un niveau de population relativement stable depuis 20 ans (cf. tableau POP T1M). La densité de population de la ville est élevée par rapport à la moyenne nationale (115 habitants/Km²). Cette densité est synonyme de territoire urbain où les problématiques d'accès au soin sont souvent mieux maîtrisées que dans les zones rurales.

POP T1M - Population

	1968	1975	1982	1990	1999	2009
Population	11 247	10 724	12 631	13 566	13 167	13 242
Densité moyenne (hab/km ²)	2 697,1	2 571,7	3 029,0	3 253,2	3 157,6	3 175,5

Sources : Insee, RP1968 à 1990 dénombremens - RP1999 et RP2009 exploitations principales.

Nous pouvons observer sur Mouvaux une population relativement âgée et vieillissante. Un habitant sur quatre environ est âgé de plus de 60 ans (23,3% ; cf. tableau POP T3), soit un peu plus que la moyenne de la métropole (20%). L'évolution du nombre de personnes âgées est en progression notamment depuis 1999, surtout en ce qui concerne les personnes âgées de 75 ans et plus (cf. histogramme POP G2). La proportion des personnes de 45-69 ans est la plus représentée sur la ville (cf. histogramme POP G2).

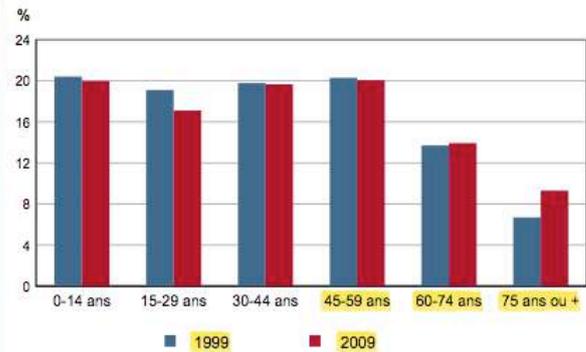
Un vieillissement de la population devrait donc être constaté avec une augmentation naturelle et mécanique des personnes âgées de plus de 60 ans dans les 20 ans à venir.

POP T3 - Population par sexe et âge en 2009

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	6 214	100,0	7 028	100,0
0 à 14 ans	1 322	21,3	1 324	18,8
15 à 29 ans	1 166	18,8	1 097	15,6
30 à 44 ans	1 216	19,6	1 385	19,7
45 à 59 ans	1 240	19,9	1 416	20,1
60 à 74 ans	831	13,4	1 013	14,4
75 à 89 ans	417	6,7	744	10,6
90 ans ou plus	21	0,3	49	0,7
0 à 19 ans	1 761	28,3	1 711	24,3
20 à 64 ans	3 546	57,1	3 966	56,4
65 ans ou plus	907	14,6	1 352	19,2

Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

POP G2 - Population par grande tranche d'âge



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

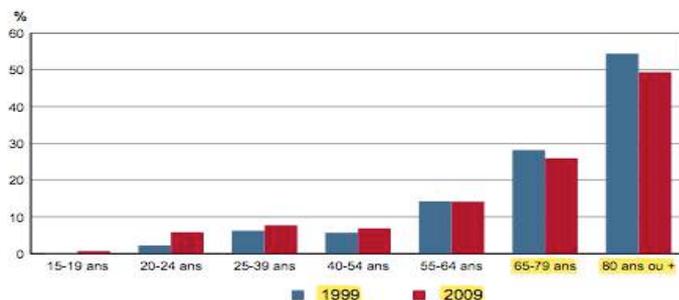
Le niveau d'isolement de la population sur la commune est moyen. Sur Mouvaux, 26% des ménages sont composés d'une seule personne (cf. FAM T1), ce qui est nettement plus faible que la moyenne nationale qui est de 33%. La part des personnes âgées vivant seules est d'un peu moins de 50% pour les 80 ans et plus (pourcentage en nette amélioration depuis 1999 ; Lille : 60%), et d'un peu plus de 25% chez les 65-79 ans (Lille : 41% ; cf. FAM G2).

FAM T1 - Ménages selon la structure familiale

	Nombre de ménages				Population des ménages	
	2009	%	1999	%	2009	1999
Ensemble	5 313	100,0	4 908	100,0	13 175	13 060
Ménages d'une personne	1 386	26,1	1 168	23,8	1 386	1 168
- hommes seuls	349	6,6	308	6,3	349	308
- femmes seules	1 037	19,5	860	17,5	1 037	860
Autres ménages sans famille	63	1,2	60	1,2	138	128
Ménages avec famille(s)	3 864	72,7	3 680	75,0	11 651	11 764
dont la famille principale est :						
- un couple sans enfant	1 630	30,7	1 304	26,6	3 306	2 652
- un couple avec enfant(s)	1 787	33,6	1 976	40,3	7 136	8 008
- une famille monoparentale	447	8,4	400	8,1	1 209	1 104

Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations complémentaires.

FAM G2 - Personnes de 15 ans ou plus vivant seules selon l'âge - population des ménages



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

a) Les besoins en matière d'accompagnement et de soin

Les besoins en matière d'accompagnement et de soin s'orientent prioritairement vers le développement de solutions visant à maintenir les personnes âgées à domicile (Aide à domicile, Services de Soins Infirmiers à Domicile, Accueil de Jour, Hébergement Temporaire, etc.) et à adapter l'accompagnement des personnes âgées en établissement en fonction de leurs pathologies⁶ (Unités de vie Alzheimer, Unités pour personnes handicapées vieillissantes, Pôles d'Activité et de Soins Adaptés, Unités d'Hébergement Renforcées, etc.).

Le SROSMS Nord-Pas de Calais indique la nécessité de créer des Unités de vie Alzheimer au sein des EHPAD⁷ d'une part, et des Unités pour personnes handicapées vieillissantes, d'autre part. Il apparaît par ailleurs nécessaire d'ajuster l'offre des EHPAD en développant des formules adaptées telles que l'accueil de jour et l'accueil temporaire de manière à décloisonner les dispositifs existants (favoriser les allers et retours dans les structures les plus adaptées à la personne âgée accompagnée) et proposer des structures de répit aux aidants naturels⁸.

Concernant l'hébergement, l'offre régionale s'est améliorée dernièrement, les EHPAD disposant désormais d'environ 30 500 places autorisées, ce qui représente 105,2 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. En revanche, le département souffre d'un taux d'équipement très faible au niveau des places d'hébergement pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer (6/1000).

b) L'offre

A partir des informations recueillies auprès des CLIC⁹, la structuration de l'offre sur la zone de Mouvaux et ses alentours est la suivante (cf. tableau ci-dessous) :

EHPAD	Nbre	Tarif moyen	Capacité moyenne d'accueil	Capacité cumulée d'accueil	AJ	HT	UVA	aide social
<i>PRIVÉS</i>	39	73,97€	73	2865	5,1%	10,3%	59,0%	43,6%
<i>PUBLICS</i>	64	59,53€	76	4889	10,9%	6,3%	42,2%	100,0%

CLIC-CLELIA ; CLIC Tourcoing

⁶ Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 ; Plan Alzheimer 2008-2012

⁷ Dans le département du Nord, le taux d'équipement en places Alzheimer est de 6/1000, soit inférieur de moitié à celui du Pas de Calais (13/1000) - voir Diagnostic partagé SROMS, Juin 2011

⁸ voir le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico sociale – Personnes âgées – 2012-2015

⁹ CLELIA-CLIC Wasquehal et CLIC de Tourcoing

L'état de l'offre retenu ici par les CLIC comprend l'ensemble des EHPAD sur les communes environnantes susceptibles de répondre adéquatement à la demande en places d'hébergement de la zone. 103 EHPAD privés et publics sont présents sur la zone, accueillant environ 7 750 personnes âgées dépendantes. La capacité d'accueil moyenne entre les EHPAD publics et privés est relativement identique (en moyenne, 76 personnes dans le secteur public contre 73 dans le secteur privé), en revanche le prix de journée¹⁰ moyen est nettement plus élevé dans les EHPAD privés (environ 74 euros) que dans les EHPAD publics (environ 60 euros). Il est à noter que beaucoup d'EHPAD publics et privés disposent d'unités de vie adaptées aux pathologies Alzheimer et maladies apparentées (59% dans le secteur privé et 42% dans le secteur public).

S'il est difficile d'obtenir des informations sur les listes d'attente et taux d'occupation des établissements, il est en revanche possible d'identifier quelques tendances sur la question, à partir d'informations en ligne sur le site du CLELIA-CLIC de Wasquehal¹¹ concernant les communes de Bondues, Croix, Marcq-en-Barœul, Mouvaux, Wasquehal.

Sur 12 EHPAD recensés, 9 indiquent ne pas avoir de places disponibles et 3 seulement indiquent avoir des disponibilités. Concernant les 3 EHPAD disposant encore de places libres, tous proposent des chambres à deux lits et aucun ne disposent d'unité de vie Alzheimer. Les deux premiers EHPAD sont privés, non habilités à l'aide sociale et pratiquent des prix de journée supérieurs à la moyenne du secteur privé. Le dernier établissement est un EHPAD public (il s'agit de Mouvaux), habilité à l'aide sociale et pratiquant des tarifs dans la moyenne des EHPAD Publics autonomes.

L'occupation de la résidence La Belle Epoque marque le constat d'une part, d'une moyenne d'âge, tous sexes confondus, de 86 ans et d'autre part, une origine des résidents pour 30% de Mouvaux, 60% de la métropole lilloise et 10% hors territoire métropolitain.

¹⁰ Il est question ici du tarif hébergement uniquement

¹¹ <http://www.clic-clelia.com/index.php?page=etablisements>

A l'examen de l'offre sur le territoire de Mouvaux (cf c.), on remarque, sur la base des informations communiquées par les CLIC¹², un manque évident de places en structures. Il est très courant d'observer des périodes d'attente d'entrée en établissement s'élevant à plusieurs mois et cela, même lorsque les demandes formulées sont urgentes. Les CLIC indiquent conseiller aux personnes âgées et/ou familles de constituer plusieurs dossiers auprès des EHPAD des alentours de manière à augmenter leurs chances de trouver une place en établissement. A ce titre, les EHPAD se trouvent en position concurrentielle dès lors que les personnes âgées et/ou familles sélectionnent les établissements dans lesquels ils déposeront leurs dossiers.

Parallèlement, le taux d'équipement faible (6/1000) de places d'hébergement pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer dans le Nord¹³ démontre la nécessité pour les EHPAD de développer au sein de leur structure une ou des unités de vie susceptibles de répondre au mieux à ce besoin croissant.

Suite à l'examen des besoins sur le territoire et de la structuration de l'offre sur la zone de concernée, il apparaît de plus en plus évident que la création de places adaptés aux pathologies Alzheimer constitue une véritable opportunité pour la résidence La Belle Epoque de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées d'une part, et de pérenniser son activité dans les prochaines années, d'autre part.

3. Politique en faveur de la bientraitance

Constat :

La maltraitance, sous toutes ses formes, représente l'atteinte la plus grave à la dignité des personnes accueillies. La prévention et la lutte contre la maltraitance doivent à ce titre mobiliser les professionnels. Le projet d'établissement a été élaboré dans une optique de bientraitance. Nous souhaitons que le résident soit le co-auteur de son parcours en lui donnant une réelle liberté de choix, en accompagnant son autonomie et en assurant une communication individuelle et collective. La qualité du lien entre les professionnels et les usagers est primordiale, notamment via un soutien et un accompagnement des professionnels dans leur démarche de bientraitance.

¹² Informations en ligne ainsi que propos recueillis directement auprès des CLIC

¹³ Dans le Pas-de-Calais le taux d'équipement est de 13/1000

Objectif :

Développer la politique de la bientraitance.

Action :

Développer le travail mené autour de l'analyse des pratiques professionnelles dans le cadre du « groupe d'analyse des pratiques professionnelles »

Développer des actions de formation de l'ensemble des agents sur la bientraitance

Réalisation des EPP bientraitance.

Prise en charge des résidents perturbateurs.

Moyens :

GC MS Lille Métropole

Entretien annuel d'évaluation et vigilance quotidienne.

Prise en charge spécifique des personnes désorientées.

4. Les documents obligatoires

Constat :

Existence des documents obligatoires : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil.

La révision semestrielle du Contrat de Séjour sera effective lorsque les projets de vie personnalisés seront élaborés.

Le consentement du résident est sollicité avant l'entrée, lors de l'entretien de pré admission par le médecin coordonnateur.

Objectif :

Communiquer sur les différents prestations de l'établissement par le biais du livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement.

Action :

Réactualiser les livrets d'accueil et contrat de séjour sur l'effectivité de la demande de consentement et sur la procédure relative à l'exclusion.

Sensibiliser le personnel sur les outils de la loi 02.2002.

Moyens :

Conseil de la Vie Sociale

Plan de formation

Evaluation :

Questionnaire de satisfaction.

Nombre d'agents formés.

5. Projet architectural

5.1. **Genèse de l'opération**

La résidence La Belle Epoque, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, accompagne actuellement 72 résidents dans le cadre d'un accueil médicalisé sans unité spécifique de prise en charge. L'établissement est situé au centre de la commune de Mouvaux qui compte environ 14 000 habitants et se situe sur l'axe Lille/Tourcoing, à 5 km au nord-est de Lille, sur le canton de Tourcoing Sud.

Réaménagée au début des années 1980 dans le cadre du plan de modernisation des maisons de retraite sur les bases d'un hospice construit à la fin du 19ème siècle, la résidence n'offre cependant que 63 chambres pour 72 lits. Outre cette problématique de chambres à deux lits inadaptées à certains souhaits d'intimité des résidents mieux habilités en chambre unique, l'établissement ne propose actuellement aucune autre modalité d'accueil qu'un hébergement complet définitif.

Ajoutons ici encore la problématique des chambres à 2 lits qui ajoute aux problématiques de cohabitation.

Aussi, parmi les objectifs du Projet d'établissement 2012-2017, figure celui de reconstruire la résidence, devenue vétuste, non conforme aux exigences de confort hôtelier, en partie insécurisée et non règlementaire, et présentant un inconvénient administratif et budgétaire majeur, celui de disposer de 9 chambres à 2 lits parfois difficile à remplir.

Après analyse des projets de restructuration, menée depuis plusieurs années, il est apparu que les contraintes urbanistiques et techniques ne permettaient pas un réaménagement cohérent sur le site. Il a donc été voté en Conseil d'Administration un projet de reconstruction global, et devant les difficultés de phasage des travaux, sur un autre site.

Ce projet de reconstruction est donc une véritable opportunité pour l'établissement d'examiner ses opportunités de développement permettant de répondre de la manière la plus adaptée aux besoins actuels sur le territoire.

5.2. Objectifs

Le Conseil d'administration et le Conseil de la Vie Sociale ont décidé de fixer les grandes orientations du projet en termes d'usage, de fonctionnalité, d'architecture et d'économie d'énergie.

a) Usage

Si le bâtiment est un équipement public, il est avant tout le lieu de résidence de Personnes Agées ayant pour la plupart mené une existence dans des habitations traditionnelles. En institution, elles retrouveront des références par rapport à leur vécu, de manière à atténuer une éventuelle perception de déracinement parfois douloureuse et « désorientante ».

Pour ce faire, il conviendra :

- D'assurer aux résidents un confort optimal de vie en évitant notamment l'isolement et en favorisant les échanges entre eux et le personnel de l'Établissement ;
- De rechercher une polyvalence des lieux de vie et des locaux communs congruente avec un objectif de prise en charge adaptée et spécifique à chacun ;
- de permettre une transition facile et souple entre un usage collectif des lieux de vie et celui des pièces réservées à l'intimité.

L'institution est et doit rester Le Domicile de la personne âgée. Aussi doit-elle avoir plaisir à recevoir autant qu'elle le souhaite les membres de sa famille, ses amis, ses connaissances. Il est crucial que l'ouvrage visé reflète la convivialité.

b) Fonctionnalité

Le Conseil d'Administration et le Conseil de la Vie Sociale accordent une importance forte à la fonctionnalité générale de l'ensemble de l'EHPAD, tant à la qualité des espaces de travail que des circulations et zones de détente (équipements, ensoleillement, échappées visuelles, etc.) ainsi qu'à la prise en compte, dès la conception, de l'exploitation et de la maintenance.

Le fonctionnement de l'institution demande un personnel important et qualifié. Le Concepteur veillera, après analyse de chaque fonction, à créer un ouvrage ergonomique limitant les déplacements et préservant les meilleures conditions de travail (qualité des volumes, éclairage, etc.).

c) Bâtiment économe en énergie

Le Conseil d'Administration et le Conseil de la Vie Sociale attachent une importance accrue à la réalisation d'une construction garantissant un climat intérieur chaleureux aussi bien en hiver qu'en été, et cela sans système de chauffage traditionnel.

Le Concepteur réalisera la construction d'un bâtiment passif répondant aux critères de l'institut « Passif'Haus » en veillant particulièrement à l'orientation, aux isolations, à l'aération, à l'enveloppe extérieure et l'étanchéité à l'air, ainsi qu'à la démarche HQE.

5.3. Fonctions et activités

L'EHPAD aura une capacité de 84 chambres individuelles. Les locaux seront regroupés en différents secteurs fonctionnels répartis comme suit :

L'EHPAD aura une capacité de 84 chambres individuelles distribuées de la manière suivante :
72 places en Hébergement Permanent et 12 places en Hébergement Temporaire.

Les locaux seront regroupés en différents secteurs fonctionnels répartis comme suit :

- Pôle accueil-administration, locaux du personnel,
- Pôle médical,
- Pôle de vie collective,
- Pôle hébergement,
- Pôle cuisine,
- Pôle technique,
- Espaces extérieurs

POLE ACCUEIL, ADMINISTRATION, LOCAUX DU PERSONNEL

a) Accueil

- *Sas d'entrée* : Espace de transition entre le parvis extérieur et le hall. Il sera sécurisé, équipé d'un système de portes automatiques, offrant une ouverture minimum de 1.80m et doté d'un équipement d'appel utilisé en dehors des heures d'ouverture de l'établissement.
- *Hall d'accueil* : Noyau central, il doit marquer l'entrée principale de l'Institution. Espace de transition entre l'établissement et l'extérieur et de déambulation. Il sera très éclairé naturellement. Sa hauteur minimum sous plafond s'élèvera de 3.50m. Il

Prévoit les affichages d'informations sur écrans. Il pourra être un lieu d'exposition. Ce lieu doit inciter le résident à s'y rendre.

- Un espace « courrier » permettra aux résidents de récupérer leur courrier.
- Un espace « accueil » sera un lieu ouvert, très soigné, très proche des bureaux administratifs. Espace ouvert inclus dans le hall, permettant la surveillance des entrées et sorties avec vues sur l'extérieur. Il permettra de recevoir des personnes en fauteuils roulants.
- La « rue » : Véritable artère « commerçante », reconstituant la vie urbaine extérieure à l'intérieur de la résidence, aura une vue transparente sur des espaces de vie collective ou jardins intérieurs.
- Le Système SSI : il sera situé au plus près du hall (voire dans le hall). Il doit être rapidement repéré par les services de secours et bénéficier d'une surface d'environ 2 m².

b) Administration

- Bureaux administratifs individualisés : Ils seront tous équipés de postes informatiques et téléphoniques. Des placards de rangements seront intégrés. Ils seront positionnés à l'écart du hall, pour assurer une certaine quiétude et confidentialité, et proche du secteur médical.
- Salle du Conseil d'Administration : elle sera polyvalente (réunions, formations,...). Une cloison mobile pourra séparer l'espace en deux zones. Un équipement vidéo est à prévoir.

c) Locaux du personnel

- Ils pourront être mutualisés, selon la conception d'ensemble, avec ceux du personnel du secteur médical, accessibles aux PMR. Ils seront situés près de l'entrée des fournisseurs à proximité du parking qui leur est réservé. Le personnel ne passera pas par le hall d'entrée.

Espaces douches et lavabos différenciés.

Local syndical : Sa localisation est à prévoir (à proximité du secteur administratif).

Salle de détente du personnel : Située au rez-de-chaussée avec vue sur l'extérieur et possibilité de se rendre à l'extérieur.

POLE MEDICAL

Il sera localisé au rez-de-chaussée à proximité du secteur administratif.

Le résident est au centre de la réflexion, d'où une structure adaptée à la dépendance. Dans un futur relativement proche, les résidents seront très dépendants; les services paramédicaux seront facilement accessibles.

L'hébergement temporaire sera proche du secteur médical.

Le pôle médical doit être un lieu convivial, situé à proximité des chambres, donc de l'ascenseur et de la salle à manger, des espaces d'activités.

Un espace ouvert, imaginé dans la circulation horizontale, fera office de salle d'attente. Trois unités essentielles composeront le secteur médical :

- Unité médecins libéraux et infirmiers,
- Unité encadrement,
- Unité soins.
- La pharmacie
- Le local poubelles
- Une salle d'attente
- Une Salle de rééducation : avec équipements spécifiques (avec Local de stockage attenant à la salle de rééducation).
- Un local réservé pour soins dentaires (pas de radiographie).

POLE VIE COLLECTIVE

Il comprend la salle de restauration, les salles d'activités, d'animation et les salons.

a) Restauration

- Salle à manger principale des résidents

Les repas sont servis suivant deux services. Une cloison mobile séparera la salle en deux espaces. Pendant le premier service, le deuxième espace est préparé. Deux entrées et deux sorties seront prévues.

Un soin particulier tant aux niveaux esthétique et acoustique qu'au niveau de l'éclairage naturel sera apporté à cet espace très convivial.

La salle à manger sera positionnée de façon à s'ouvrir sur les espaces salon, ce qui permettra d'avoir à disposition une extension de surface pour accueillir 150 personnes lors de

manifestations importantes d'une part, et de s'ouvrir sur des terrasses et espaces verts dédiés à la promenade, d'autre part.

A l'intérieur du volume ou à proximité immédiate de la salle à manger, il sera prévu :

- Un espace permettant de stocker fauteuils et déambulateurs pendant la prise des repas,
- Un espace scène type mobile pour les spectacles doté des équipements son et lumière,
- Un espace télévision,
- Une salle de réception des familles indépendante, attenante à la salle à manger principale, avec une ouverture sur l'extérieur (espace vert) pour recevoir 10 personnes,
- Deux accès à la cuisine (circuits propre-sale) seront ménagés en liaison directe avec la salle à manger,
- De larges baies permettront de bénéficier des vues extérieures, donnant sur une terrasse accessible pour les résidents.

Une certaine intimité sera respectée. Une cloison mobile séparera la salle de réception de la salle à manger principale. Son ouverture offrira une extension en cas de manifestations d'importance.

b) Animation et détente

- Salon

Situé à proximité de la rue dans le prolongement de la salle à manger principale, il pourra s'ouvrir en extension lors de manifestations d'importance. Il sera équipé en réseau informatique, TV, lecture, jeux.

- Activités/animations

L'animation se développe à chaque niveau autour de 10 à 15 résidents dans deux salons ouverts dans les circulations. Une cloison légère fermera éventuellement cet espace.

La grande salle d'animation est à proscrire en lui préférant des petits espaces plus intimistes pour des activités de petits groupes. Ces espaces seront éclairés naturellement. Dans des placards intégrés seront rangés les matériels d'usage courant.

Quelques tables et chaises et la TV équiperont la zone.

- Bureau de la coordinatrice animation vie sociale et culturelle : il sera positionné à proximité du bureau de la psychomotricienne et l'ergothérapeute.

c) Espaces de convivialité

- *Salon de coiffure, esthétique, manucure* : lieu de convivialité et de rencontre, il acceptera quatre résidents. Il sera équipé tel un salon type privé. (bacs -évier sur bras articulés pour tourner autour du résident, fauteuils, plan de travail, sèche-cheveux, ECS/EF...).

Les espaces dédiés assureront une certaine intimité pendant les soins. Situé au rez de chaussée, dans la rue, il participera à l'animation de l'ensemble. Une zone d'attente sera prévue. Elle peut être commune avec la salle d'attente du secteur médical.

- *Lieu de culte*

Quarante personnes environ se rendent à l'office une fois par semaine (lieu à définir, voire lieu mutualisé, idéalement au RDC).

POLE HEBERGEMENT ET ACCUEIL RESIDENTS

L'EHPAD hébergera 84 résidents en chambres individuelles, réparties comme indiqué (cf. *infra*), en tenant compte des exigences de sécurité-incendie (des unités de 12 lits):

- 6 unités de 12 lits à répartir dans les différents niveaux créés, par 2 unités.
- 12 places en Hébergement Temporaire, situées au rez-de-chaussée

a) Locaux communs

Ces locaux seront répartis par niveau construit, ou par groupe de 2 unités (à l'exception des places d'hébergement temporaire).

- *Salles de bains collectives* : 3 salles de bains collectives, équipées de baignoires, seront positionnées en fonction de la répartition des unités.
- *Locaux nursing* : 3 locaux seront aménagés pour stocker le linge plat, couvre-lits, alèses
- *Locaux entretien* :
 - o au moins 3 locaux, avec un minimum de 1 par étage construit, équipés d'un vidoir et EF/ECS (Locaux stockage chariots).

- Au moins 3 locaux, avec un minimum de 1 par étage construit, prévus pour deux chariots (Locaux stockage matériel médical).
- Au moins 3 locaux, avec un minimum de 1 par étage construit, conçus pour recevoir les lève-personnes, verticalisateurs, fauteuils, etc.
- *Locaux hygiène du personnel*: un espace fermé par niveau construit au moins, dans la circulation horizontale, équipé d'un lavabo, EF/ECS, à l'usage du personnel.

b) Unités d'hébergement temporaire et permanent

- Les chambres

La fonction hébergement regroupera l'ensemble des chambres adaptées à la PMR. La conception des lieux devra permettre une surveillance aisée des résidents depuis la circulation, tout en limitant les distances parcourues par le personnel.

Le concepteur apportera une attention particulière à l'optimisation de la lumière naturelle d'une part et au confort d'été (éviter les surchauffes, les éblouissements). Les chambres en vis à vis sont à proscrire afin de protéger l'intimité du résident dans son espace privé. Le résident bénéficiera d'une vue dégagée vers l'extérieur depuis son lit, qu'il soit couché, assis ou debout.

Chaque chambre sera constituée de la façon suivante :

- Un espace jour/nuit et une cellule sanitaire équipée d'une douche avec un siphon de sol. La porte séparant les deux zones sera coulissante dans l'épaisseur de la cloison.
- Des équipements techniques seront prévus tels que TV, téléphone, radio.
- Un rail en plafond permettra l'accroche d'un moteur pour faciliter le déplacement du résident depuis son lit jusque dans la cellule sanitaire.

Ces chambres seront constituées de 6 unités de 12 lits réparties dans les différents niveaux créés, et de 12 places en Hébergement Temporaire, situées au rez-de-chaussée

- UNITE DE VIE ALZHEIMER (UVA)

La cohabitation des résidents atteints de troubles cognitifs et comportementaux avec les autres personnes accueillies dans l'EHPAD doit être facilitée autant que possible, visant à maintenir le lien social entre les résidents et permettre l'intégration des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le respect de la liberté d'aller et venir des résidents dans l'établissement constitue un principe fondamental.

L'UVA sera obligatoirement au rez-de-chaussée, à l'écart des autres résidents, sans toutefois en faire un secteur isolé.

Le secteur UVA est constitué de deux zones : jour/nuit.

La zone nuit comprend les 12 chambres individuelles ;

La zone jour comprend :

- Des espace activités : jeux collectifs, TV
- Espace vie : salle à manger
- Local de stockage
- Bloc sanitaire : H/F/PMR
- Espace Snoezelen: Il sera mutualisé avec l'unité du rez de chaussée. Deux entrées distinctes éviteront les rencontres de l'UVA et d'une autre unité.
- Salle de bains collective mutualisée avec l'une des 3 salles bains prévues dans les locaux communs. Les entrées seront différenciées par unité.
- Un jardin intérieur clos

- POLES D'ACTIVITES SPECIFIQUES ADAPTEES (PASA)

Il permet d'accueillir dans la journée un groupe différent de 12 à 14 résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées dans ce pôle.

Le PASA est composé de :

- Une entrée différenciée
- Un espace Snoezelen mutualisé avec autres résidents (cf ci-dessus). Les entrées seront bien distinctes entre les différentes unités.
- Une salle de bains collective mutualisée avec l'unité du rez de chaussée. Les entrées seront bien distinctes entre les différentes unités.
- Une salle à manger
- Deux salles d'activités différenciées
- Un office
- Un salon : repos, activités collectives
- Un local de service, stockage
- Un bloc sanitaire : H/F/PMR avec un jardin clos

POLE CUISINE

Il comprend la cuisine centrale, les vestiaires, le bloc sanitaire et les locaux techniques.

Elle sera conçue suivant les normes européennes et suivant le guide juridique n°J3-2001 du 21/06/2001. Il reprend l'ensemble des surfaces des zones fonctionnelles et le sens de la marche. Elle sera en liaison directe avec le quai des livraisons.

Il comprend également le bureau du chef cuisinier (Équipé en informatique).

POLE TECHNIQUE

a) Secteur buanderie

Elle sera située au rez-de-chaussée, dans la zone technique, à proximité du quai des livraisons.

Le secteur est divisé en deux zones, une « propre », une « sale ».

b) Secteur technique

Un local de stockage (pour les «usages uniques») avec accès depuis le quai de livraison.

Un local de stockage des liquides (boissons)

Un local chaufferie, situé au plus près du centre de l'établissement, avec un accès depuis la rue urbaine par le service de maintenance des installations.

Un atelier situé à l'écart de l'établissement, à proximité de la zone de livraison.

II. Projet médical et de soins

1. Préambule

Le projet médical et le projet de soins sont volontairement réunis en un seul projet, afin de rendre parfaitement cohérente l'approche médicale et soignante. Le projet médical et de soins de l'EHPAD est un outil à l'usage des personnels, afin qu'ils connaissent et partagent les objectifs communs de l'établissement.

Ce document doit leur permettre de :

- travailler dans le même sens ;
- avoir ces valeurs à l'esprit lorsque des décisions difficiles doivent être prises ;
- faire partager ces valeurs et faire connaître ces missions aux nouveaux agents recrutés dans l'établissement.

Le projet médical et de soins est articulé autour des 5 axes stratégiques pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées accueillies :

1. Permanence des soins

2. Prise en charge des personnes désorientées

3. Respect des procédures, des bonnes pratiques et de la réglementation

4. Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse

5. Respect de la volonté des résidents et individualisation de la prise en charge

Les équipes de l'EHPAD ont déterminé des valeurs clés qui sous-tendent leur projet médical et de soins. Ce sont les valeurs suivantes :

- ✓ Le respect du résident de ses habitudes de vie, de ses souhaits (lever, alimentation, participation à la vie quotidienne, à l'animation).
- ✓ L'accompagnement adapté à la pathologie du résident, recherche d'accord dans le cadre d'une intimité, secret professionnel, prise en charge de la douleur
- ✓ L'accompagnement à la fin de vie de préférence dans l'EHPAD.

- ✓ Le positionnement du comité d'éthique et les décisions collégiales
- ✓ La recherche systématique des directives anticipées.

L'accent est mis sur :

- ✓ L'individualisation de la prise en soin ;
- ✓ La pluridisciplinarité de la prise en soin ;
- ✓ L'intégration de la famille dans la prise en soin

2. Organisation de la prise en charge médicale et soignante

2.1 Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Constat :

L'EHPAD s'inscrit pleinement au sein de la filière gériatrique interne aux Centres Hospitaliers de Roubaix et de Tourcoing prévue par la Circulaire de mars 2007.

Celle-ci répond au 3ème axe du Plan Solidarité Grand Âge de 2006 qui souligne :

- ✦ la nécessaire adaptation du système hospitalier aux besoins spécifiques des personnes âgées, poly pathologiques et fragiles,
- ✦ le besoin d'une offre graduée, sans rupture de prise en charge, d'une structuration territoriale par les filières gériatriques hospitalières qui seront « très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD ».

La filière couvre tous les parcours potentiels du patient âgé «gériatrique» à l'hôpital quel que soit son motif d'entrée dans la filière (prises en charge programmées et non programmées ; pathologie somatique avec ou sans troubles cognitifs ou psychiatriques) et son lieu d'accueil ou de résidence (structure sanitaire, médico-sociale ou sociale, domicile).

Elle s'attache à répondre aux besoins du patient gériatrique, au plus près de son domicile, en garantissant si nécessaire le recours au plateau technique.

Objectifs

Développer les actions dans le cadre de la filière de soins gériatrique.

Actions

Évaluer les conventions existantes, les actualiser et identifier les éventuelles opportunités de développement de partenariats favorables à la prise en charge des résidents et au fonctionnement de l'établissement.

Moyens

Rencontre avec les acteurs du sanitaire et du médico-social.

Evaluation

Nombre de conventions évalué

2.2 Les recommandations du dernier projet d'établissement (2007-2012) :

- ✦ Mettre en place la charte d'engagement des professionnels libéraux intervenant dans la résidence.
- ✦ Favoriser la transcription des actes réalisés par le kiné (bilan d'entrée) : ce point n'est pas réalisé et même abandonné pour l'instant, pourra éventuellement être à nouveau d'actualité si l'établissement a la possibilité d'opter en faveur du tarif global.
- ✦ Développer l'utilisation de l'évaluation gériatrique standardisée : réalisé.
- ✦ Utiliser le MNA dans l'évaluation des troubles de la nutrition : ce n'est pas réalisé systématiquement, il existe néanmoins des pesées systématiques tous les deux mois.
- ✦ Développer l'utilisation de Pathos : les professionnels tracent leurs actes, pour la plupart, le niveau du PMP (241 validé) en témoigne, en revanche, seul le médecin coordonnateur, pour des raisons d'efficacité, a accès à Pathos.
- ✦ Organiser la préparation des doses à administrer par un pharmacien de ville : réalisé.
- ✦ Développer les coopérations autour de la prise en charge de la fin de vie : une convention soins palliatifs est formalisée avec le centre hospitalier de Wasquehal.
- ✦ Mettre en place les interventions de l'HAD : réalisé mais peu de recours à ce jour, toutefois une expérience positive avec Santélys.

2.3 Identification des différents types de population pris en charge

Constat :

Capacité : 72 lits

GMP : 764

PMP : 241

Objectif :

Maintien des GMP et PMP à un bon niveau pour éviter que l'établissement se trouve en convergence tarifaire.

Maintien d'un bon niveau d'attractivité, accomplissement de toutes les missions de service public dévolues à l'établissement.

Action :

Prévoir une prise en charge spécifique des personnes désorientées en vue de ne pas priver l'établissement des admissions de personnes désorientées présentant des troubles du comportement.

Ne pas refuser les admissions pour des questions relatives à la lourdeur des soins. Néanmoins, le niveau de dépendance des résidents ne pourra progresser que dans la mesure où le budget de l'établissement sera considérablement renforcé. Il serait très difficile de maintenir un niveau de GMP supérieur ou égal à 800 sans que l'établissement bénéficie d'un forfait soins avec option globale.

Moyens :

Négociation avec les autorités de tarification dans le cadre de la convention tripartite, au vu des résultats financiers de l'établissement, pour envisager une augmentation des effectifs. Recherche dans le même cadre d'un tarif global de financement.

Evaluation :

Inversement de la tendance à la baisse de la courbe relative au taux d'occupation.

2.4 Continuité de la prise en charge soignante

Constat :

Les IDE sont présentes en journée et le weekend.

L'appel aux médecins : en semaine médecin traitant, jusqu'à 20h.

La nuit : AS +ASHQ, le personnel juge de l'état de la personne en fonction des besoins, ils font appel à la régulation médicale 15bis. Il arrive que les agents (aides-soignants) soient sollicités pour donner un traitement non prescrit (antalgique principalement) encadré par une liste de conduite à tenir en cas de symptômes.

Le week-end : si urgence le « 15 » ou régulation médicale.

Objectif :

Développer la continuité de la prise en charge la nuit par les IDE.

Action :

Envisager à terme une astreinte infirmière de nuit qui pourra être organisée en coopération avec l'EHPAD de Bondues.

Renforcer les effectifs soignants afin d'assurer la sécurité des soins.

Moyens :

L'organisation d'astreintes infirmières peut être envisagée dans le cadre d'une convention avec l'EHPAD de Bondues ou dans celui du GC MS Lille Métropole.

Négociation de la convention tripartite

Evaluation :

Existence des astreintes, enquête de satisfaction auprès du personnel de nuit.

2.5 La prise en charge médicale et para médicale libérale

Constat :

Une trentaine de médecins viennent au moins une fois par mois. Les résidents sont auscultés par leur médecin, la visite a lieu soit dans la chambre du résident, soit dans la salle de soins. Il arrive (rarement) que le résident ou les familles demandent au médecin de passer sans prévenir les soignants. Peu de médecins ont signé le contrat d'intervention des personnels libéraux prévu par l'arrêté du 30 décembre 2010

Des consultations de spécialistes (neurologues, cardiologues) sont effectuées en cabinet ou à l'hôpital.

Sept kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement, sur prescription, la durée des séances, les renouvellements systématiques de prescriptions sont autant de dysfonctionnements. Quelques kinésithérapeutes tracent leurs interventions dans le dossier de soins.

Trois orthophonistes interviennent sur des troubles de déglutition, d'aphasie. Les orthophonistes ne tracent pas leurs interventions. Compte rendu détaillé adressé au médecin à l'issue des séances.

Trois pédicures interviennent ils remplissent leurs feuilles de soins. Retranscription par les I.D.E. si nécessaire. Tous les 15 jours l'école de pédicurie passe dans l'établissement, tous les résidents sont vus une fois par mois durant la période scolaire.

Objectif :

Organiser la coordination des intervenants libéraux dans le respect de la réglementation en vue de leur intervention dans le cadre des bonnes pratiques définies tant au plan médical qu'au plan para médical.

Action :

Harmoniser les interventions des libéraux,

Tracer les interventions de tous les intervenants libéraux.

Dans le cadre d'un forfait global : encadrer des interventions de kinésithérapie avec mise en place d'un programme de marche : ce programme élaboré et contrôlé par l'ergothérapeute ou un kinésithérapeute, aura pour but de mettre à disposition du personnel (un agent 4 heures par jour) qui sera chargé de faire marcher les résidents qui en ont besoin. Il ne s'agit pas de se substituer aux kinésithérapeutes qui conservent un rôle de techniciens dans le cadre de la rééducation respiratoire ou suite à une intervention chirurgicale, mais de prolonger au-delà de l'intervention du professionnel l'accompagnement à la marche. Cet accompagnement pourra également être réalisé à titre préventif sur des personnes qui marchent de moins en moins.

Moyens :

Contrat de personnel libéral, commission de coordination gériatrique

Dossier de soins

Négociation du forfait global dans le cadre de la convention tripartite.

Evaluation :

Harmonisation des pratiques en termes de prescription.

Nombre de contrats signés et réunion effective de la commission de coordination gériatrique (nombre de participants).

2.6 Fonctionnement de l'équipe soignante et individualisation de la prise en charge (Encadrement IDE, Equipes AS/ASH...)

a) Accompagnement IDE, équipes AS/ASH

Constat :

Il existe des relèves entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Le temps de transmission entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi est respecté.

Objectif :

Optimiser la prise en charge des résidents par la réorganisation du travail de l'équipe soignante.

Action :

Travailler sur l'individualisation des fiches de poste

Développer le travail en humanité (dans le respect des rythmes de vie des résidents)

Moyens :

Groupes de travail

Evaluation :

Nombre de fiche de poste individualisé.

b) Equipe de rééducation

Constats

• **La psychomotricité**

La psychomotricienne travaille à temps plein dans la structure. Le rôle de cette professionnelle est d'aider les résidents à atteindre ou retrouver un équilibre, un mieux-être, une harmonie, mais aussi à leur faire mieux prendre conscience de leur corps, à le maîtriser et leur permettre de s'exprimer avec aisance.

C'est par une mise en mouvement du corps et diverses expériences corporelles et motrices que la psychomotricienne accompagne les résidents dans leur vie psychique et relationnelle. Elle intervient dans la prévention, le dépistage et le soin psychomoteur.

La psychomotricienne travaille sur prescription médicale : ses interventions sont validées trimestriellement par le médecin coordonnateur. La fréquence, la durée et la nature de l'accompagnement (en individuel et/ou en groupe) est défini et validé en équipe pluridisciplinaire avec une information du résident.

Les missions réalisées par la psychomotricienne sont les suivantes :

- Des suivis de groupe dédiés aux résidents: mise en place d'un atelier « détente-relaxation » (apriori les mercredis matin) et d'un atelier « expression corporelle et musicale » (apriori les vendredis matin). En dehors du lien social créé par le groupe lui-même, ces ateliers permettront respectivement : un temps de bien être pour apaiser les anxiétés et troubles tonico-émotionnels et en second temps un groupe activant les fonctions psychomotrices et permettant, par la musique et le corps, d'exprimer ses ressentis.
- Des suivis individuels : les objectifs et les moyens de ces temps individuels de psychomotricité sont variés. Ils sont établis en fonction des besoins des résidents avec notamment : un travail d'enveloppement et de contenance, la stimulation et l'activation de la conscience de son corps, le toucher relationnel pour un ancrage et un retour aux sensations corporelles, le dialogue tonico-émotionnel pour les personnes en perte de

communication verbale et en perte de maîtrise de leur corps et de leurs émotions, l'image du corps, le schéma corporel, le vécu négatif de son corps (physiquement, émotionnellement, symboliquement), les douleurs, le syndrome post-chute, le syndrome de glissement, le syndrome confusionnel, l'inhibition ou l'agitation psychomotrice, etc.

- L'Évaluation Géronto-Psychomotrice (EGP) : l'EGP est un bilan qualitatif et quantitatif spécifique aux personnes âgées, quels que soient leur niveau d'autonomie, de dépendance, de handicap ou d'incapacité. Ce bilan est composé de 17 items : coordination statique I, Coordination Statique II, Coordination dynamique I, Coordination dynamique II, Mobilisation articulaire des membres supérieurs, Mobilisation articulaire des membres inférieurs, Motricité fine des membres inférieurs, Motricité fine des membres supérieurs, Praxies, Connaissance des parties du corps, Vigilance, Mémoire perceptive, sphère spatiale, Mémoire verbale, Perception, Sphère temporelle et Communication. Il est proposé à chaque entrée par la psychomotricienne et/ou à la demande du médecin traitant. Lorsque celui-ci n'est pas possible ou pas pertinent, la psychomotricienne propose un bilan d'observation inspiré de l'EGP.
- La participation à la réévaluation de la grille AGGIR en équipe pluridisciplinaire : A chaque synthèse, grâce à l'outil PSI, la psychomotricienne réactualise avec l'aide de l'équipe, la grille AGGIR du résident.
- Référence du snoezelen : en collaboration avec les agents formés spécifiquement, cet espace est occupé autant que faire se peut. La psychomotricienne proposera sur le site de Mouvaux une après-midi pendant laquelle elle ne proposera que des suivis snoezelen (essentiellement les mercredis après midi).

- **Ergothérapie**

L'ergothérapie a pour but de maintenir et/ou améliorer l'autonomie et/ou l'indépendance d'une personne, en situation de handicap, dans son environnement, en réduisant les limitations fonctionnelles, en développant les capacités restantes ou en préconisant des aides techniques et l'aménagement de l'environnement.

L'ergothérapeute évalue les capacités physiques et cognitives d'une personne, analyse l'environnement matériel et humain et les habitudes de vie de la personne pour rééduquer, réadapter et conseiller, en fonction des attentes et besoins de la personne, au travers d'activités de la vie quotidienne ou d'activités thérapeutiques, en séance individuelle ou collective.

Les activités réalisées par l'ergothérapeute sont les suivantes :

- **Gymnastique douce** : l'ergothérapeute propose aux résidents des séances de gymnastique douce. Les objectifs de cette activité sont :
 - L'entretien et l'amélioration des capacités respiratoires et cardio-vasculaires permettant une meilleure endurance et résistance à la fatigue.
 - Des bénéfices pour l'appareil locomoteur : entretien ou augmentation de la force musculaire, des amplitudes et de la souplesse articulaire, de la masse minérale osseuse...
 - La réalisation de tâches faisant intervenir l'adresse, les reflexes, la coordination et l'équilibre statique et dynamique (en position assise ou debout) permettant de compenser la dégradation éventuelle de capacités physiques ou sensorielles (vision, audition, etc.)

La gymnastique douce est également une activité de groupe qui facilite la communication et la vie sociale. Ces éléments ont une influence sur la sécurité du résident, ils permettent notamment de diminuer les risques de chute et de faciliter l'autonomie relative aux actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, boire, couper sa viande, manger, maintenir une bonne posture, etc.).

Même si les objectifs thérapeutiques et rééducatifs sont différents pour chaque personne, le groupe est ouvert à tous car il permet de mobiliser l'ensemble des parties du corps, ce qui est particulièrement bénéfique à tous, et cela même si certains résidents ne sont pas parfaitement en mesure de réaliser l'ensemble des exercices programmés pendant la séance.

- **Jardin des sens** : cette activité se déroule ponctuellement le matin à l'Ehpad de Bondues, lorsqu'il n'y a pas crèche ou piscine. Des exercices de marche et d'équilibre sont proposés aux résidents, avec un parcours moteur (slaloms, plans inclinés, obstacles ...). A la belle saison, cet atelier se déroule à l'extérieur dans le jardin des sens de l'Ehpad, et les résidents ont accès à un espace fleuri avec également un potager, des plantes aromatiques...

- Piscine : Les séances se déroulent au centre nautique Calypso de Wasquehal, qui est accessible aux personnes à mobilité réduite. Les activités aquatiques ont l'avantage de permettre une mobilisation en apesanteur (dans l'eau le poids de la personne diminue). Les mouvements dans l'eau se font plus facilement avec une diminution des traumatismes liés à l'activité physique. Un accompagnement est ainsi proposé au résident afin de mobiliser l'ensemble de son corps (muscles, articulations, ...) en faisant moins d'effort et avec moins de douleurs. Cela permet donc un maintien ou une amélioration des capacités.

- Les évaluations à la toilette : cette évaluation permet de faire le point sur les capacités de la personne, et de réajuster si besoin le diagramme de soin. Elle permet également de décider s'il est nécessaire d'utiliser une aide technique au transfert, de réaliser un aménagement de la chambre ou salle d'eau... Ce temps permet également d'être à l'écoute des agents et d'essayer de trouver avec eux des solutions aux problématiques rencontrées.

- Les suivis individuels : suite aux évaluations des capacités, aux observations dans le quotidien, à une demande émanant de l'équipe pluri disciplinaire ou du résident, l'ergothérapeute réalise des suivis individuels ponctuels et/ou réguliers. Ces suivis peuvent concerner :
 - une évaluation des capacités de la personne lors des activités de la vie quotidienne (repas, habillage, marche et équilibre, transferts, etc.)
 - Une rééducation ou un maintien des capacités physiques et intellectuelles (orientation dans l'espace, amplitudes articulaires, préhension fine, maintien de l'indépendance suite à une hospitalisation ou autres, etc.)
 - Un apprentissage de l'utilisation des aides techniques.

En plus des suivies individuels des résidents, l'ergothérapeute peut être amené à accompagner les résidents, lors de sorties extérieures en présence d'un animateur ou d'un soignant.

- Les aides aux transferts, aux déplacements et positionnement

Pour les résidents ayant des difficultés à se lever, à passer du lit au fauteuil ou du fauteuil aux toilettes, la résidence est équipée d'aides aux transferts : lève malade, verticalisateurs. Ces aides constituent une véritable sécurité pour les résidents mais aussi pour les soignants.

L'ergothérapeute recommande le matériel le plus adapté et forme les aidants et les résidents à son utilisation pour éviter d'éventuelles erreurs de manipulation.

Pour une meilleure sécurité, les aides techniques sont toujours adaptées au résident (hauteur, largeur, etc.) et sont régulièrement entretenues pour garantir un bon état d'utilisation (réglage des freins, des cales pieds, etc.).

De plus l'ergothérapeute préconise des coussins de positionnement pour que la personne soit confortablement installée et sans troubles de la posture au fauteuil ou au lit.

- Aménagement de l'environnement : L'ergothérapeute aménage les chambres, les salles de bain, les lieux de vie communs vers davantage de fonctionnalité (meilleure accessibilité et diminution des risques de chutes). Elle s'occupe également de l'attribution des matelas, des coussins anti escarres et des coussins de positionnement.
- Gestion des aides techniques : une partie du temps est consacré à l'inventaire du matériel de santé utilisé au sein de l'EHPAD. L'ergothérapeute décompte, répertorie, nettoie le matériel et vérifie son état de fonctionnement : déambulateurs, fauteuils roulants, lits, matelas, lève-malades, verticalisateurs, coussins de positionnement et anti-escarres. L'inventaire permet de faire état du stock disponible et du matériel en cours d'utilisation ; Il est régulièrement mis à jour.

Le résident conserve aussi son libre choix concernant les actes de kinésithérapie et d'orthophonie, dont le règlement reste toutefois à sa charge. Il est demandé à ces professionnels extérieurs un bilan d'évolution dans la prise en charge. Ce bilan rencontre cependant quelques difficultés de généralisation à l'ensemble des intervenants d'une part, et d'intégration dans le dossier de vie informatisé du résident, d'autre part. Cela reste un objectif à court terme du fait de la nécessité d'une traçabilité des soins apportés aux résidents et afin de valoriser ces actes. Il est souhaité un constat initial, un bilan d'étape et une évaluation finale de la prise en soins, pour justifier la poursuite ou non des soins.

Objectifs

Développer les actes de psychomotricité dans le cadre des suivis individuels et ateliers de groupes

Développer les suivis et accompagnements des résidents dans le cadre de l'ergothérapie.

Actions

- **la psychomotricité :**
 - Faire vivre l'espace snoezelen et mettre au profit des résidents la formation de réflexologie plantaire suivi en 2013-2014
 - Mettre en place et développer les actes psychomoteurs individuels et de groupe
 - Mettre en place un atelier « vécu du corps de la personne âgée » en collaboration avec l'ergothérapeute et proposer à l'équipe une formation interne.
 - Développer les prescriptions médicales par les médecins traitants concernant les actes de psychomotricité

- **L'ergothérapie**
 - Définir un plan pluriannuel d'investissement prévisionnel d'acquisition de matériel et dispositifs paramédicaux pour les 5ans à venir. Renouvellement et réparation du matériel défectueux
 - Mettre en place des prescriptions médicales par les médecins traitants concernant les actes d'ergothérapie.
 - Mettre en place une combinaison « vécu du corps de la personne âgée » en collaboration avec psychomotricienne et proposer à l'équipe une formation interne.
 - Mettre en place des formations auprès du personnel (manutention, transferts et positionnement au lit/fauteuil)
 - Mise en application des recommandations apprises lors de la formation « escarre et positionnement en gériatrie » suivie en 2013 par l'ergothérapeute.
 - Proposer l'activité piscine à un plus grand nombre de résidents quel que soit leur autonomie et indépendance.

2.7 Dossier du patient/résident

Constat :

Il existe un dossier papier et dossier unique informatisé et un dossier de liaison urgence.

L'ensemble des personnels écrivent dans le dossier à l'exception toutefois de quelques intervenants libéraux.

Objectif :

Ce point ne soulève pas de problème particulier, si ce n'est celui de la signature des contrats par les personnels libéraux et leur participation à la transmission d'informations sur dossier.

2.8 Recours à l'hospitalisation et soins externes

Constats :

Le recours à l'hospitalisation est organisé dans le cadre de conventions avec les centres hospitaliers de Tourcoing, de Roubaix, du GHICL, de Wasquehal (cf. § sur les conventions.) et Santelys pour l'HAD.

En cas de soins qui imposeraient un dépassement des compétences de certains soignants, une hospitalisation peut être nécessaire. Si elle se fait de façon programmée, le souhait du résident concernant le lieu est favorisé dans la mesure du possible comme le choix du transporteur.

Le recours aux services d'urgence fait l'objet d'une procédure accessible par tous.

Des conventions avec des établissements sanitaires environnants ont été signées. Elles doivent favoriser l'accès aux soins des personnes âgées sans un passage systématique par le service d'urgences et un retour le plus rapide possible et dans les meilleures conditions au sein de l'EHPAD.

Les résidents ont accès aux soins externes comme à domicile. Ils sont accompagnés d'un proche dans la mesure du possible. Les rendez-vous sont pris par les infirmières ou médecins ou par la famille. Le transport est organisé par les infirmières en lien avec la famille.

Objectif :

Les conventions signées à ce jour avec ces deux centres hospitaliers abordent clairement tous les points qui méritent de l'être (hospitalisations directes, inscription dans la filière gériatrique...). Néanmoins, elles ne sont que partiellement appliquées et ne sont pas évaluées pour l'instant, contrairement à ce qu'elles préconisent.

Développer les partenariats avec le secteur privé hospitalier comme la clinique Saint Jean de Roubaix ou le croisé Laroche.

Action :

Une réévaluation des conventions devra avoir lieu pour poser clairement les questions qui posent problèmes.

Programmer des formations AFGSU pour l'ensemble des professionnels, comme le prévoient les textes en vigueur, en fonction des compétences des agents et de la date d'obtention de leur diplôme.

Moyens :

Le cadre du GC MS permettra une négociation plus aisée avec les établissements sanitaires.

Evaluation :

Nombre d'hospitalisations directes des résidents dans les services de spécialité VS hospitalisation avec passage par les urgences.

Diminution, sinon arrêt des retours de nuit de résidents.

Nombre d'intervention de l'HAD par rapport aux demandes.

2.9 Circuit du médicament

Constat :

La prescription est réalisée sur le logiciel informatique (PSI) par les médecins traitants. Le nombre de médicaments prescrits quotidiennement par résident est évalué par le médecin coordonnateur à dix spécialités environ.

Tous les traitements sont prescrits par écrit avant administration, il existe néanmoins quelques exceptions qui concernent la distribution de traitements non prescrits, la nuit, pour répondre à une demande des résidents (douleur notamment).

Les traitements anti démence peuvent être arrêtés en cas d'effets secondaires trop importants.

L'approvisionnement est réalisé par une pharmacie de ville qui effectue également la préparation des doses à administrer (robotisée).

Une double vérification est effectuée par les IDE de l'établissement.

La distribution des médicaments est principalement réalisée par les IDE.

Objectif :

Harmoniser le circuit du médicament en fonction de réglementation et des bonnes pratiques :

La Haute Autorité en Santé a défini que les traitements comportant plus de 3 à 5 spécialités n'étaient pas maîtrisés : il est effectivement très complexe de connaître les interactions chimiques à partir de ce seuil. Les prescriptions au-delà de dix spécialités par jour sont donc d'autant plus hasardeuses, voire potentiellement nocives. Il est rappelé que 2 hospitalisations de personnes âgées de plus de 80 ans sur 10 sont liées à l'iatrogénie médicamenteuse.

Action :

Il appartient donc au médecin coordonnateur d'interpeler ses confrères sur le nécessaire « toilettage » de leurs ordonnances. Même si cette tâche peut être rendue délicate par le fait

que ces traitements peuvent être prescrits par des médecins spécialistes, le médecin traitant conserve in fine son libre arbitre dans la prescription. Ce rôle est également celui du pharmacien qui doit exercer une pharmacovigilance, il s'agit là d'une part du rôle du pharmacien dans le cadre de son activité habituelle, et de son rôle de pharmacien référent. Formaliser l'ensemble du circuit des médicaments et réaliser des EPP sur le circuit des médicaments.

Moyens :

Commission de coordination gériatrique

Protocole, application du protocole,

Evaluation :

Diminution du nombre de médicaments par personne (rapport médical annuel)

Traçabilité de la distribution et de la prise des médicaments

Résultats de l'EPP sur le circuit du médicament.

3. Prise en charge spécifique des résidents atteints de troubles cognitifs

3.1. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Les groupes de travail ont élaboré le projet d'établissement de l'EHPAD La Belle Epoque en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM :

- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » de juillet 2008,
- « Ouverture de l'établissement sur son environnement » de décembre 2008,
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de décembre 2008,
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » de février 2009 et le cahier des charges UHR / PASA,
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés » d'avril 2009.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » de février 2009 et cahier des charges DGAS relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement

L'ANESM a mis en ligne en mars 2009, une nouvelle recommandation de bonnes pratiques qui s'inscrit dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012.

Cette recommandation s'articule avec de précédentes recommandations de l'HAS et de l'ANESM comme « *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* ou *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* »

L'ensemble des établissements médico-sociaux autorisés dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, sont concernés.

Concernant sa mise en œuvre, le projet d'établissement devra intégrer les spécificités de fonctionnement et d'organisation liées à la population accueillie. Il s'agira entre autres d'identifier les critères d'admission et de sortie des unités dédiées. Cela devra faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire au sein de l'établissement. Les professionnels qui interviendront dans les unités dédiées seront formés, qualifiés et soutenus. La venue de professionnels tels que psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, assistants de soin en gérontologie, etc. est fortement encouragée. De même, l'inscription de la structure dans un réseau de soins ou une filière gériatrique est souhaitable afin de mettre en œuvre un accompagnement cohérent et global.

L'accent est mis sur la co-construction et l'évaluation du projet personnalisé. Le projet doit apporter des réponses personnalisées, adaptées et évolutives. Il contient les deux volets indissociables que sont la qualité de vie et les soins. Le volet qualité de vie s'appuiera sur un recueil formalisé des informations (histoire de vie, habitudes, goûts, famille, croyances, etc.) et le volet soins reposera sur une évaluation gériatrique globale (fonctions cognitives, capacités fonctionnelles, comorbidités, etc.). Ce projet, réévalué régulièrement (au moins tous les six mois), sera la base de l'accompagnement au quotidien de la personne.

Il permettra de construire un environnement et une relation optimisés avec la personne accueillie, de lui proposer des réponses en adéquation avec ses besoins et ses attentes, d'accompagner et de respecter sa singularité. C'est pourquoi il est recommandé que ce projet personnalisé fasse l'objet d'un dialogue entre la personne, ses aidants et l'ensemble des professionnels concernés afin de susciter l'adhésion de tous.

Cette recommandation met en exergue la création d'unités dédiées appelées UHR (Unités d'Hébergement Renforcées). La DGCS a publié un cahier des charges applicable aux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et aux Unités d'Hébergement Renforcées (UHR).

Ces unités dédiées, lieux de vie et de soins fonctionnant 24h/24 et accueillant 12 à 14 personnes ayant des troubles du comportement sévères, doivent reposer sur plusieurs principes directeurs :

- l'implication quotidienne de l'ensemble des professionnels, qualifiés, formés, soutenus et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- l'individualisation et la personnalisation de l'accompagnement, via l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé,
- une approche globale et non segmentée de la personne, une cohérence de la prise en charge, l'articulation des différents volets (vie quotidienne, sociale, citoyenne, soins),
- la coordination entre services médico-sociaux et sanitaires via la mise en place de convention de coordination avec une équipe psychiatrique, les partenaires de la filière gériatrique (SSR, CSG, EMG, USLD, etc.),
- un environnement adapté et identifié par rapport au reste de la structure qui favorise un environnement convivial et non institutionnel protégeant le bien-être émotionnel et réduisant l'agitation et l'agressivité des résidents et privilégie le confort et l'usage, l'orientation et la déambulation, la sécurité et répond à des besoins d'autonomie et d'intimité.

Au-delà de ces unités spécifiques, cette recommandation peut s'appliquer à toute prise en charge spécifique des personnes désorientées, dès lors qu'elles présentent des troubles du comportement ou de l'orientation se traduisant par de la déambulation ou des moments d'égarement répétés (recherche de la chambre se traduisant par leur installation chez un autre résident...)

3.2. Prise en charge dans une unité Alzheimer

Constat :

Comme dans beaucoup d'EHPAD, environ 70% des résidents présente des troubles de l'orientation. Il n'existe pas de secteur protégé pour accueillir ces résidents, la configuration de l'établissement ne le permettant pas à ce jour.

Le personnel est relativement désarmé vis-à-vis des résidents présentant des troubles du comportement (cris, agressivité, déambulation).

De ce fait, si ce type de comportement est repéré lors de l'admission, celle-ci ne se fait pas. Les résidents présentant des troubles de l'orientation sont intégrés dans la vie de l'établissement au même titre que les autres.

Observation :

Comme le suggère la recommandation de l'ANESM jointe ci-dessus, l'organisation de secteurs protégés, limités dans leur capacité (entre 12 et 16 lits) est désormais une quasi-nécessité. Ce type de malades n'étant plus en mesure d'appréhender de grands espaces, les limites fixées par ce genre d'unités sont propices à offrir des repères sécurisants pour leurs occupants.

En outre, les personnes désorientées en perte de repères s'angoissent et provoquent chez les autres résidents, de par leur comportement des réactions d'agressivité, génératrices d'agressivité de leur part en retour... A juste titre, les résidents non désorientés revendiquent un droit à la paix et à la sécurité.

L'établissement est dans l'attente d'une reconstruction qui pourra effectivement prévoir une ou plusieurs unités de ce type. Néanmoins, l'avancement de ce dossier à ce jour ne permet pas d'entrevoir l'ouverture du futur bâtiment, avant quelques années. Par conséquent, d'ici là, de nombreux résidents potentiels risquent d'être refusés à l'entrée de l'établissement, pouvant à terme mettre à mal son attractivité.

Action :

Une réflexion sur la prise en charge des personnes désorientées doit être menée dans l'établissement. Elle visera à éviter de refuser l'accueil des résidents perturbateurs, à accueillir les personnes désorientées dans un espace limité et sécurisé et à proposer une prise en charge spécifique pour ces résidents, avec du personnel formé à ce type de prise en charge.

En outre, dans le cadre de la reconstruction de l'établissement, une réflexion devra être menée sur le nombre de personnes désorientées que l'établissement devra accueillir à l'avenir et sur leur prise en charge. La réflexion pourra s'orienter dans les directions suivantes :

- Nombre d'unités pour personnes désorientées
- Existence d'un PASA.

Moyens :

Mise en place de deux groupes de travail : un premier posant la question de la prise en charge des personnes avant la restructuration, un second visant l'organisation après la reconstruction.

Mise en place de la grille NPI.

Evaluation :

Attractivité de l'établissement mesurée par l'inversion de sa courbe d'activité.

3.3. Prise en charge hors unité Alzheimer

Constat :

Les diagnostics relatifs à une maladie d'Alzheimer existent généralement dans les dossiers médicaux transmis à l'occasion de l'admission.

Objectif :

Inscrire la prise en charge spécifique des personnes désorientées en dehors de toute problématique relative à la création d'un secteur géographique spécifique.

Développer la formation du personnel sur l'accompagnement des résidents atteints de la maladie Alzheimer

Sensibiliser les familles sur les différents accompagnements.

Action :

Développer les activités visant ce public, les inscrire notamment dans le cadre du projet de soins personnalisés. Inscrire les activités dans une régularité, reprendre l'activité « potager ».

Envisager à terme des repas thérapeutiques très réguliers et très fréquents, avec les résidents désorientés, ceux-ci auront pour but une forme de maintien des liens et des gestes plus socialisés (maintien à table, utilisation des couverts...)

Mettre en place de groupes de paroles à destination des familles.

Développer les formations en ce sens, notamment la formation ASG

Moyens :

Animation

Plan de formation

Psychologue

Evaluation :

Accompagnement des personnes désorientées, diminution de l'agressivité et des cris de ces résidents, participation de familles à la vie de l'établissement,

Nombre d'agent formé ASG

4. Gestion des risques / Prévention et développement des soins gériatriques

4.1 La prévention sensorielle

Constats

La prévention sensorielle passe en premier lieu par le fait de ne pas oublier ses lunettes, ses appareils auditifs ou encore par le fait de toucher la personne quand nous entrons en relation avec elle. Cet axe de travail est mis en lien avec la méthodologie Gineste-Marescotti et principalement l'Humanitude, qui met en exergue 4 piliers : la verticalité, le toucher, le regard et la parole. Selon cette philosophie, lorsqu'un de ces quatre piliers est déficitaire, la personne peut présenter des difficultés émotionnelles (fragilité, défensivité, régression, etc.).

En dehors de cette action préventive concernant l'ensemble des personnes qui gravitent autour de la personne âgée, l'objectif de cette prévention est de proposer des temps de « rencontres » sensorielles susceptibles de prévenir certains déficits liés à l'âge et/ou alors de les « travailler » lorsque celles-ci sont installées. Le snoezelen, espace de rencontre sensoriel, en est un des principaux outils.

L'espace snoezelen, baptisé espace « zen et sens », est un concept d'origine néerlandaise dont l'origine étymologique vient de « snuffelen » qui signifie ressentir et « doezelen » qui signifie somnoler, se détendre. Cet espace de stimulation sensorielle est dédié à la détente, aux plaisirs et à la complicité avec un accompagnant formé à la diminution des angoisses et à la réminiscence des souvenirs. L'agent formé favorise aussi la communication non verbale au travers du matériel et de l'ambiance, afin de permettre aux résidents de conserver une ouverture vers l'extérieur. Différents matériaux stimulent les sens, parmi lesquels la colonne à bulles, les fibres lumineuses, la projection d'images, le diffuseur d'arômes, le matelas à eau, différents tissus ou encore le fauteuil massant.

Objectifs

Améliorer le bien-être des résidents par l'intermédiaire d'un travail sur leur sens.

Actions

Développer la quantité de séances snoezelen réalisées et faire participer une quantité plus importante de résidents.

Evaluations

Nombre d'activité snoezelen réalisée.

4.2 La prévention bucco-dentaire

Constats

En France, des études ont montré que la situation bucco-dentaire chez les personnes âgées n'est pas bonne : une visite annuelle serait nécessaire, ce qui n'est pas le cas à ce jour en EHPAD, du fait de difficultés importantes relatives aux déplacements des résidents.

Les personnes âgées dépendantes présentent surtout des caries, des maladies parodontales et des pathologies des muqueuses. De plus, bon nombre d'entre elles sont porteuses de prothèses dentaires souvent mal adaptées et inconfortables. Avant leur entrée en institution, l'entretien bucco-dentaire reste très partiel voire inexistant.

Objectifs

Développer la consultation dentaire sur site auprès de tous les résidents

Actions

Sensibiliser le personnel sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée afin d'améliorer l'entretien bucco-dentaire au quotidien.

Evaluations

Nombre de consultation dentaire réalisée

Nombre de protocole sur l'hygiène dentaire

4.3 Prévention et prise en charge de la déshydratation et de la dénutrition

Constat :

A l'entrée : pesée, surveillance alimentaire retranscrite dans le PSI. Des prises de poids conséquentes sont constatées.

Il existe un protocole relatif à la dénutrition et à la déshydratation.

Des tours de boisson sont organisés tous les jours 4 fois par jour, en dehors des repas (la nuit également l'été). Il existe des compléments alimentaires.

La décision de passage à une texture modifiée est prise en équipe. Il n'existe pas ou peu de régimes.

Objectif :

Parvenir à un équilibre entre l'alimentation plaisir et les risques encourus par les résidents en matière diététique.

Action :

Envisager d'utiliser les services d'une diététicienne.

Les prescriptions de textures modifiées doivent faire l'objet d'une demande de consentement de l'intéressé dans le cadre du PVI.

Améliorer la prévention des complications liées à la dénutrition et déglutition.

Développer la convivialité autour du repas.

Moyens :

Le GC MS Lille métropole pourra fournir les services d'une diététicienne indépendante

Diététicienne

Evaluation :

Le nombre de PVI réévalué.

4.4 Prévention et prise en charge des escarres

Constats :

Les escarres représentent une pathologie fréquente touchant en particulier, les personnes âgées, les patients souffrant d'atteintes neurologiques, les patients en milieu de réanimation. L'escarre est une maladie coûteuse qui altère la qualité de vie des patients et entraîne une importante charge en soins infirmiers et une prolongation du séjour. La prévention des escarres est essentielle et se justifie également par la fréquence et la gravité de ses complications (infection, extension des escarres, etc.).¹⁴

Ainsi, par le biais des protocoles, un travail sur la prévention et la prise en charge des escarres est réalisé. Les escarres sont exceptionnelles dans l'établissement, elles sont remarquées surtout au retour d'hospitalisation.

Objectifs :

Poursuivre l'accompagnement sur la prévention et la prise en charge des escarres.

Action :

Généralisation de la pose de matelas anti escarres

Recourir à une échelle validée pour l'évaluation des facteurs de risque d'apparition d'escarre.

Moyens :

Bilan de l'existant

Evaluation :

Maintien au niveau actuel du nombre d'escarres.

¹⁴ HAS, les recommandations de la conférence de consensus (15 et 16 novembre 2001) Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

4.5 Prévention et prise en charge des infections

Constat :

La majorité des protocoles de prise en charge des infections sont à mettre en place afin de garantir la sécurité, la prévention et la prise en charge des infections. La réalisation de ces derniers se fera sur la base des recommandations du CCLIN. Toutefois, l'établissement ne dispose pas de référent hygiène sur l'établissement, mais des conventions ont été signées avec les établissements de santé du secteur (cf partie convention).

Objectif :

Améliorer la prévention et la prise en charge des infections.

Action :

Mettre en œuvre les actions de la circulaire DARI et réaliser une auto-évaluation chaque année du DARI.

Moyens :

Travail en commun entre le médecin coordonnateur, la cadre supérieur de santé, la qualitiennne et la coordinatrice des soins.

Application de la convention.

Evaluation :

Score obtenu dans le document d'analyse des risques infectieux.

Prévention et prise en charge de l'incontinence et de l'hygiène

4.6 L'élimination

Constats :

Il existe une référente incontinence.

Le niveau d'incontinence est évalué à l'entrée par l'équipe.

Les protections sont posées après une évaluation réalisée en équipe.

Des passages aux toilettes sont proposés, on peut constater des diminutions d'incontinence chez des personnes équipées à l'entrée, à la suite d'une attention portée par l'équipe à l'accompagnement régulier aux toilettes

Objectif :

L'incontinence est un symptôme révélateur d'une maladie qui être une simple infection urinaire, un fécalome, un prolapsus génital, un adénome prostatique ou encore une cause psychologique.

L'incontinence est souvent liée à une usure des tissus (notamment musculaires), mais elle n'est pas forcément une fatalité et peut, dans certains cas être soignée. Il convient donc de

traiter les symptômes relatifs à l'incontinence à l'instar de toute autre maladie et de distinguer cette prise en charge nécessairement médicale de la prise en charge para médicale qui s'attachera à traiter de l'hygiène de l'élimination.

Action :

Poser un diagnostic médical pour toutes les personnes qui souffrent de troubles de la continence. Il doit être suivi, si cela s'avère utile et non invasif, et avec l'accord de la personne, d'un traitement.

Prévoir un entretien, voire une prise en charge psychologique afin d'une part de soulager les difficultés que l'incontinence pourrait poser sur ce plan et d'autre part de détecter d'éventuelles causes psychologique à l'incontinence.

Traiter enfin, l'hygiène de l'élimination dans le cadre du projet de soins personnalisé. On s'attachera notamment à programmer, ou à ne pas programmer des changes de nuit en accord avec le résident, dans le respect d'une part de son sommeil et d'autre part de sa dignité. Dans le même esprit veiller à ce que l'accompagnement aux toilettes se fasse, durant la journée dans la discrétion.

Développer les formations courtes (1h environ) proposées par la société commercialisant les produits d'hygiène et d'incontinence, avec pour thématiques : l'anatomie et la physiologie du système urinaire, les différents produits à disposition et leur technique de pose.

Moyens :

Examen médical d'entrée ou lors de l'apparition des symptômes

Psychologue

Projet de soins personnalisé

Evaluation :

Les dossiers des résidents fourniront les renseignements nécessaires à la vérification de la pose de diagnostic, à l'entretien avec la psychologue et à l'avancement des projets personnalisés.

4.7 Chutes et recours à la contention

Constat :

La contention physique des personnes âgées représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. Elle est pratiquée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation.

Elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité souvent aléatoire. S'il reste incontestable que la contention physique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, son recours doit rester limité. A ce titre et en fonction des recommandations de l'HAS, les contentions sont sous prescription. Des déclarations de chutes sont faites et inscrites dans le PSI.

Une analyse des chutes existe dans le rapport médical annuel. Il n'existe pas de croisement systématique entre les chutes et les traitements.

Il existe un atelier de prévention des chutes organisé par l'ergothérapeute. Des sorties à la piscine permettent également une reprise de la motricité sécurisée.

Objectif :

Développer l'évaluation systématique des contentions tout en préservant la dignité de la personne et sa liberté d'aller et de venir dans le cadre des protocoles contention.

Utiliser les déclarations de chutes

Organiser en collaboration avec l'ergothérapeute, des ateliers « apprentissage du relevé du sol » pour les résidents.

Action :

Protocole contention

Achat de demi-barrières pour éviter la contention au lit.

Analyser les chutes et les fiches s'y rapportant.

Moyens :

Protocoles établis dans le cadre d'un groupe de travail

Rapport annuel établi par le médecin coordonnateur.

Evaluation :

Diminution du nombre de contentions

Rapport annuel.

4.8 Prévention et prise en charge des errances

Constat :

Pose de bracelets anti fugue sur avis médical.

Il existe un protocole sur la conduite à tenir en cas de perte d'un résident

Objectif :

Associer le résident et/ou sa famille à sa protection.

Action :

Rechercher le consentement si ce n'est du résident, au moins de la famille. En tout état de cause prévoir une explication pour le résident.

Réflexion sur la création d'un secteur sécurisé.

Moyens :

Protocole à aborder lors des PVI.

Groupe de travail

Evaluation :

Recueil des consentements dans le dossier des résidents.

4.9 Prévention et prise en charge de la douleur

Constat :

Le terme douleur sous-entend bien souvent la douleur physique, cependant la douleur physique est corrélée à la douleur émotionnelle. Pour prévenir des douleurs que la personne pourrait physiquement ressentir, il est important de trouver le contexte qui l'a fait naître, et inversement pour les douleurs émotionnelles qui peuvent induire une douleur physique réellement ressentie par l'individu. Une fois le côté préventif établi, un accompagnement individuel, voire de groupes, des personnes présentant des douleurs est mis en place.

Convention passée avec l'équipe mobile de soins palliatifs de Wasquehal.

Difficultés de prise en charge de la douleur avec les médecins traitants.

Evaluation de la douleur n'est pas systématiquement réalisée en fonction de la grille d'évaluation.

A noter que le Médecin coordonnateur est titulaire d'un DU douleur

Objectif :

L'évaluation est une étape importante dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Elle l'est d'autant plus qu'elle concerne des personnes pour lesquelles la communication est au moins déficiente, sinon quasiment inexistante. Les grilles d'évaluation sont utilisées dans bien des établissements et ont fait leurs preuves.

Evaluation et traitement de la douleur conformément à toutes les recommandations de bonnes pratiques en la matière.

Action :

Mener une réflexion dans l'établissement concernant l'évaluation de la douleur ayant pour finalité le choix d'une grille d'évaluation.

Moyens :

Etablir un protocole relatif à l'évaluation de la douleur, former le personnel en fonction de la grille choisie.

Etablir des protocoles dans les dossiers de résidents en vue de l'application de la disposition relative à la dispensation de l'application et de la modulation des traitements antalgiques par les IDE. Favoriser et diffuser l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur tels que l'EVA, l'ECPA, la grille Doloplus ou encore la grille Algoplus.

Evaluation :

Nombre de protocoles dans les dossiers de soins.

4.10 Prise en charge de la fin de vie / Soins palliatifs

Constat :

Une convention a été passée avec l'équipe de soins palliatifs de Wasquehal, elle satisfait l'ensemble des professionnels.

Lorsqu'un accompagnement d'une personne en fin de vie est nécessaire, les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée. C'est la raison pour laquelle l'établissement est conventionné et fait régulièrement appel aux services de l'Equipe mobile de soins palliatifs du CHI le Molinel. L'ensemble de l'équipe de la Résidence apporte ses soins et son soutien à la personne dans le cadre d'un accompagnement humain, privilégiant les soins de confort et le soutien psychologique. La participation active de la famille et des proches est favorisée le plus possible dans le respect de la dignité du résident et de ses souhaits.

Un accompagnement psychologique de la famille peut-être proposé également.

Objectif :

Maintien du dispositif actuel

Accroître la collaboration de la résidence avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs avec laquelle l'établissement est conventionné (formation, accompagnement des résidents en fin de vie, de leur famille et des équipes, etc.).

Actions

Mettre en place les directives anticipées

Moyens

Réunion pluridisciplinaire

Evaluation

Nombre de directives anticipées réalisées

4.11 L'accompagnement à la fin de vie : les directives anticipées

Constat :

A ce jour les directives anticipées ne sont pas organisées. Les résidents peuvent signaler leurs souhaits relatifs à leur fin de vie au moment de l'entrée, auprès du secrétariat, en cours de séjour, auprès de la psychologue ou de l'équipe. Cependant, dans la mesure où il n'existe pas de formalisation, certains résidents peuvent « passer au travers ».

D'autre part, les questions relatives au culte sont posées dans le cadre du recueil de vie.

Les recommandations quant à la tenue mortuaires sont rares.

Les résidents qui ont souscrit des contrats obsèques le signalent à l'entrée.

Dans la mesure où il existe 9 chambres à deux lits dans l'établissement, les personnes en fin de vie sont « protégées » de la vue de leur voisin de chambre par un rideau. Les corps sont descendus au dépositaire.

Les familles peuvent assister le mourant le temps qu'elles le souhaitent, nonobstant les difficultés posées par les chambres doubles.

L'équipe de soins palliatifs de Wasquehal est sollicitée pour les accompagnements douloureux, les interventions de cette équipe sont coordonnées avec l'établissement.

Il n'existe pas à ce jour de suivi psychologique du personnel, sous la forme d'un groupe de paroles à titre d'exemple. Le personnel suit régulièrement des formations.

Les corps sont apprêtés par l'équipe, mais les pompes funèbres sont chargées de la toilette mortuaire.

Un protocole sur l'accompagnement en fin de vie est établi.

Objectif :

Harmoniser les pratiques pour ne pas occulter les choix des personnes.

Prendre en charge la souffrance des tiers (équipe, familles)

Action :

Poser les questions relatives aux directives anticipées dans les trois mois qui suivent l'entrée, dans le cadre de l'élaboration du projet de vie personnalisé. Ce sujet peut être abordé, de préférence par le référent, s'il existe des difficultés, celui-ci peut passer le relai à la psychologue.

Moyens :

Projet de vie personnalisé

Evaluation :

Nombre de directives anticipées dans les dossiers des résidents.

4.12 Accompagnement et prise en charge psychologique / Dépression

Constat :

Les antécédents de dépression sont notés dans les antécédents, trois personnes suivies en ce moment sur ce plan.

Des dépressions de type réactionnel peuvent être suivies au coup par coup.

La présence de la psychologue au sein de la résidence repose sur la mise en mouvement de la subjectivité en vue de travailler à l'humanisation de l'accueil et de l'accompagnement en EHPAD. Plusieurs fonctions peuvent se décliner comme suit, (chaque fonction s'articule dans la pratique dialectiquement l'une avec l'autre) :

- Fonction institutionnelle
- Fonction de soutien psychologique auprès des résidents et de leurs proches
- Fonction de médiation avec certains partenaires

Par le biais de ces trois niveaux de travail, le psychologue a pour mission de faire du lien entre les différentes problématiques qui se jouent au sein de la résidence, d'en produire éventuellement des hypothèses et d'en faciliter l'expression. Il s'agit en effet de soutenir une dynamique de travail pluri-professionnelle et une réflexion éthique ; source de créativité dans les perspectives d'accompagnement.

La dimension psycho-dynamique est un axe important, vecteur de l'évolution de la fonction de la psychologue. Cette dernière s'appuie sur les valeurs de l'établissement, ses objectifs et sur l'expérience clinique pour soutenir et nourrir cette nouvelle dynamique.

a) Rôle et fonction de la psychologue

Dans l'ancien projet d'établissement, la psychologue avait pour mission de :

- Participer aux synthèses cliniques dont les objectifs sont :
 - o Elaboration, évaluation et adaptation des démarches de soins personnalisées
 - o Bâtir avec le personnel le projet de vie individualisé (médical, de nursing, d'accompagnement et d'animation) ainsi que la démarche de soins des résidents nouvellement entrés
 - o Adapter les plans de soins et projets de vie individualisés des résidents vivant déjà au sein de la résidence : la situation de tous les résidents est évoquée, résident par résident, priorité étant toutefois donnée aux résidents présentant des problèmes.
- Réaliser des entretiens psychologiques faisant suite à l'entretien de pré admission.

Cet entretien répond à plusieurs objectifs :

- Faciliter l'intégration de la famille et du résident.
- Permettre d'aider la famille à gérer sa culpabilité.
- Ajuster l'accompagnement proposé aux besoins et attentes du résident en accord avec la famille.

C'est l'occasion de faire le point avec l'équipe.

Sur la base de l'expérience et des enjeux précédemment inscrits dans l'ancien projet d'établissement nous avons retravaillé les missions de la psychologue au regard des problématiques actuelles mais aussi des différentes demandes qui ont pu émerger ces six dernières années.

Objectif :

Développer l'accompagnement psychologique des résidents et des familles.

Au regard du risque de suicide nettement plus prononcé chez les personnes âgées que dans la population en général, et des symptômes dépressifs souvent masqués, une écoute doit être organisée.

Action :

Participer aux synthèses cliniques

Réaliser des entretiens psychologiques faisant suite à l'entretien de pré admission.

Un diagnostic pourrait être établi par la psychologue permettant une éventuelle levée par les médecins traitants des traitements inopérants. Dans l'hypothèse où elle la jugerait utile une prise en charge en entretien pourrait être organisée. A l'inverse, il arrive fréquemment que le sujet âgé masque une dépression derrière une plainte somatique, le travail en collaboration de la psychologue et du médecin traitant s'avère là encore payant.

Moyens :

Entretien psychologique

Evaluation :

Nombre d'entretiens psychologiques réalisés.

Diminution du nombre de traitements anti déresseurs.

5. Besoins en formation

Constat :

Tous les services et tous les domaines de formation sont actuellement touchés (cf. projet social)

6. Ouverture de l'établissement vers l'extérieur

Constat :

Conventions avec les CH de Roubaix, Wasquehal, Tourcoing et GHICL portant sur :

Appel à l'hôpital de jour : ne fonctionne pas sous cette forme mais en consultations différées.

Hospitalisation en service d'urgence : l'EMGIE est prévenue au moins à Roubaix. Les hospitalisations passent presque systématiquement par le service des urgences (pas uniquement les hospitalisations à pronostic vital).

Les sorties d'hospitalisation n'existent pas le week-end, en revanche les retours d'urgence peuvent exister à n'importe quel moment du jour ou de la nuit.

Il n'existe pas de priorité à l'entrée en EHPAD relative aux personnes hospitalisées dans l'établissement de santé.

Il n'existe pas d'évaluation annuelle comme prévu dans la convention.

Action :

Négociation d'une nouvelle convention dans le cadre du GCMS Lille Métropole (cf. 3.2.9.)

III. **Projet de vie et projets de vie individualisés**

1. **Préambule**

La démarche du projet de vie repose sur :

- Un questionnement autour de la personne âgée en institution ;
- L'identification des potentialités des populations accueillies ;
- Une réflexion sur les notions de respect de la personne, d'intimité, d'espace personnel, de liberté, de choix et de prise de décision de la personne âgée ;
- Une analyse des pratiques professionnelles ;
- L'inscription dans une logique d'innovation et de changement ;
- Un accompagnement des évolutions et du changement dans l'établissement et dans le temps.

Le projet de vie se réfère aux principes de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. Cette charte, définie par l'arrêté du 8 septembre 2003 à l'article L 311-4 - JO n° 234 du 09 octobre 2003, précise que «les personnes accueillies ont droit au respect absolu de leurs libertés et de leur dignité d'être humain», et elle s'inscrit dans une dynamique d'évolution permanente.

En deux mots :

« VIVRE ENSEMBLE »

C'est permettre aux personnes âgées de continuer à vivre, malgré les ruptures subies, sans bouleverser leurs habitudes et leurs rythmes, en fonction de leurs valeurs et de leurs croyances.

2. **Politique d'accueil et d'admission**

Constats :

L'établissement est bien connu dans la commune et est repéré sur le site internet de la municipalité.

Il est possible d'obtenir des renseignements relatifs à un premier contact en vue d'une entrée, aux heures de bureau.

La procédure d'admission existe, elle est formalisée :

- ✓ La demande de renseignement avec ou non remise des documents, la visite de l'établissement
- ✓ La réception du dossier de demande avec l'enregistrement du dossier
- ✓ La programmation de la visite de préadmission
- ✓ La réalisation de la visite de préadmission
- ✓ Inscription et la mise à jour de la liste d'attente
- ✓ La préparation de l'entrée du nouveau résident
- ✓ L'entrée du nouveau résident avec la signature du contrat de séjour
- ✓ L'accompagnement du nouveau résident

Objectif :

Faire mieux connaître l'établissement au-delà de la commune.

Pouvoir accueillir tous les résidents quels que soient les troubles qu'ils présentent.

Développer la qualité du pré-accueil et de l'accueil.

Développer le suivi des objectifs du projet d'accompagnement du résident.

Action :

Créer un site internet propre à l'établissement.

Elaborer un projet architectural afin de permettre l'accueil des personnes susceptibles d'errances. Dans l'attente envisager un regroupement de ses personnes dans une aile du bâtiment actuel de manière à faciliter l'émergence d'une prise en charge spécifique.

Réévaluer la procédure d'accueil et d'admission du résident

Mettre en place l'avenant au contrat de séjour.

Mettre en place une permanence d'accueil le samedi matin

Moyens :

Informaticien dans le cadre du GCMS Lille métropole

Evaluation :

Nombre de visites sur le site

3. Le respect des rythmes de vie et l'individualisation de la prise en charge

3.1. Les toilettes

Constat :

Existence de rideaux dans les chambres à deux lits, permettant le respect de l'intimité lors des toilettes.

Toilettes effectuées par les A.S., A.M.P, A.S.HQ. et I.D.E. Les agents sont affectés avec un roulement.

Il n'existait pas de sectorisation jusqu'alors mais un travail de sectorisation a été menée avec l'équipe et un consultant extérieur à partir de décembre 2013.

Planification des douches à la demande des résidents (douche ou bain).

L'ergothérapeute est chargée de la toilette évaluative.

Les toilettes au lavabo sont privilégiées. Existence d'un classeur avec descriptif de la toilette (bain-douche) détail dans le PSI (traçabilité).

Les résidents choisissent leurs vêtements.

Les toilettes effectuées en fonction des réveils.

Objectif :

Au regard de ce qui a été vu à l'occasion du groupe de travail, les toilettes sont techniquement bien évaluées, effectuées, tracées. Le seul point qui prête à discussion concerne le respect de l'intimité.

Action :

Poser la question de la sectorisation du personnel au regard du respect de l'intimité du résident et de sa connaissance approfondie. Les toilettes, réalisées par un plus petit nombre de personnel peuvent apparaître moins intrusives pour des résidents pudiques. Dès lors qu'un grand nombre d'agents pourraient aider le même résident dans des moments d'intimité tels

que le change, la toilette ou l'aide à l'habillage, celui-ci pourrait ressentir un sentiment de dépossession, ce phénomène peut être amoindri par une sectorisation du personnel.

Le débat peut être posé en ces termes.

Moyens :

Groupe de travail, comité d'éthique.

Réorganisation du travail de planification des toilettes et de sectorisation.

Evaluation :

Questionnaire de satisfaction en direction des résidents et du personnel.

3.2. Accompagnement individualisé

Constat :

Le recueil de vie existe, il permet une meilleure connaissance du résident. Il est évoqué lors des synthèses. Mise en place d'objectifs pour un résident au vu de son histoire de vie, il s'agit autant du plan de soin que de la vie du résident dans l'établissement. Les réunions sont programmées au trimestre.

Le médecin coordonnateur participe à ces réunions, mais la coordonnatrice de l'animation, la psychologue et l'ergothérapeute ne participent que rarement eu égard à un emploi du temps chargé les jours des réunions. Il a été question de l'ensemble des résidents aux réunions de synthèse.

Les objectifs sont actuellement posés par l'équipe sans que le résident ne puisse participer à son projet de vie.

Objectif :

Parvenir progressivement à l'appropriation par les résidents de leurs projets de vie personnalisés

Impliquer le personnel dans les missions et le rôle du « référent » ;

Action :

Réfléchir à une sectorisation dans l'optique d'un meilleur respect de l'intimité des résidents.

Mise en place du projet de vie personnalisé en tenant compte de la méthodologie proposée ci-dessous.

Placer les réunions en tenant compte des impératifs de l'emploi du temps de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Mettre en place des fiches d'action sur la réalisation des missions du référent.

Moyens :

Groupe de travail pluridisciplinaire, organisation du travail

Méthodologie du projet personnalisé selon les recommandations de l'ANESM :

- Démarrer progressivement, de manière à bien assimiler, voire à adapter la méthode au fonctionnement de l'établissement. Pour ce faire, dans un premier temps ne travailler que sur les projets personnalisés des entrants. Dans un second temps élaborer, en plus des entrants, un nouveau projet de vie par mois pour les personnes déjà présentes.
- Chaque projet de vie démarre par la nomination d'un référent, il va en être le pilier, la cheville ouvrière. Il est choisi parmi l'équipe d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques, voire de nursing lorsque des agents de service y participent. Il est, dans la mesure du possible, présent dès l'entrée du résident, il va l'aider à accomplir les premières formalités, lui présenter l'établissement, son fonctionnement. Le référent va être chargé de retracer avec le résident et sa famille l'histoire de vie, de connaître les goûts du nouvel entrant.
- Dans les premiers jours, le médecin coordonnateur reçoit le résident pour sa visite d'entrée. Il procède alors à un examen approfondi de celui-ci : risques de chutes, de dénutrition, de déshydratation, l'incontinence éventuelle, etc. en vue d'une période d'observation.
- La période d'observation dure entre trois semaines et un mois : il s'agit là, avec les recommandations du médecin et les éventuelles sollicitations du référent ou de l'équipe, de présenter le résident aux professionnels de l'équipe pluridisciplinaire en fonction de ses besoins et de ses envies : psychologue, psychomotricienne, animateur ...
- Vers la fin de la période d'observation, une réunion rassemble une micro équipe pluridisciplinaire. Elle est composée de tous les professionnels qui ont gravité autour du résident durant ce premier mois : le référent, une infirmière ou le cadre de santé, le médecin et, éventuellement les professionnels sollicités au paragraphe précédent. Le référent a déjà parlé avec le résident ou sa famille de ce projet personnalisé et en

a élaboré les grandes lignes. L'équipe pluridisciplinaire est chargée d'apporter le plus qui va permettre d'élaborer le projet.

- Après acceptation du projet par le résident, celui-ci est présenté à l'équipe entière, soit au moment de la relève, soit lors d'une réunion spécifique. Il est à noter que cette ultime étape consiste en une présentation d'un projet déjà élaboré qui pourra, à cette occasion être modifié à la marge, toute modification devant être approuvée par le résident.
- Le contenu du projet personnalisé peut être utilement élaboré à partir de l'ensemble des items de la grille AGGIR. Il s'agit de voir comment maintenir l'autonomie du résident, voire lui permettre d'en recouvrer une partie à l'aide notamment d'outils techniques (prothèses, orthèses...). Il s'agit également d'élaborer un programme de maintien de ses liens sociaux et enfin d'envisager tous les moyens d'accompagnement que l'équipe doit mettre en œuvre : dans la maladie, pour la fin de vie... le projet personnalisé est intégré par avenant en annexe du contrat de séjour.
- Le projet personnalisé est évalué au bout de six mois selon la même procédure que pour son élaboration, allégée le cas échéant, puis annuellement par la suite.

Contenu du projet personnalisé (à compléter en fonction des besoins recensés):

- Toilettes
 - Complète - partielle - aide - etc.
 - Douche
 - Bains thérapeutiques
- Prise en charge de l'incontinence
- Hygiène de l'élimination
- Habillage
- Repas (Choix des textures : évaluation par le diététicien, recherche des aversions alimentaires, etc.)
- Déplacements - transferts
- Autonomie - capacités
- Vie sociale - Activités
- Liens avec la famille
- Diverses pathologies prises en charge, choix d'une priorisation, avec le résident, au vu de la gravité des pathologies et de l'iatrogénie médicamenteuse.

- Fin de vie (cf. infra)
- Etc.

Le référent : il est la pierre angulaire du projet personnalisé. Il constitue le fil rouge de la prise en charge. Il est le lien privilégié des familles concernant un certain nombre de thématiques (linge, restauration, animation, etc.)

Le référent est présent le jour de l'entrée (et dans la mesure du possible au moment de la pré-admission). Il est chargé de l'accueil du résident, de lui présenter l'établissement, son fonctionnement, etc. Durant le mois suivant l'entrée, il recueille les éléments indispensables à la construction du projet personnalisé : histoire de vie, goûts et dégoûts, etc. Durant le séjour du résident, le référent fait le lien entre les différents acteurs et le résident.

ORGANISATION PRATIQUE : le référent est un membre de l'équipe de nursing.

- Dans un premier temps, les référents seront nommés sur la base du volontariat. A terme, chaque soignant sera référent de 2 à 3 résidents.
- Pour commencer, les nouveaux arrivés et les résidents très isolés se verront attribuer un référent. Une liste des binômes résidents-référents sera portée à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD et remise à jour régulièrement.
- Au regard du travail déjà réalisé à « La Belle Epoque », concernant les résidents déjà présents, le travail sera allégé, il consistera à faire prendre connaissance au résident - ou à sa famille- du projet de vie et de soins déjà élaborer et d'apporter à celui-ci les éventuels correctifs souhaités.
- Programmer les réunions en fonction de l'emploi du temps de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire

3.3. La question des addictions :

Constat :

Il ne s'agit pas d'un sujet d'une actualité récente. Seulement deux résidents fument à ce jour sans que cela ne pose de problème.,

La question de la gestion de l'alcool ne se pose pas à ce jour.

Objectif :

Cette question ne posant pas de problème particulier, il n'existe pas d'objectif

3.4. Le résident citoyen

Constat :

Une proposition est faite les jours d'élections nationales ou locales, aux résidents qui souhaitent voter.

Un appel à candidatures pour les résidents et les familles a été réalisé en vue de l'élection au CVS.

Il existe des complexités administratives importantes relatives à la détention d'argent pour les résidents.

Il existe une lecture quotidienne du journal au cours de laquelle les informations locales et nationales sont abordées.

Objectif :

Maintien des résidents dans une réalité. Le maintien de l'autonomie ne se limite pas aux 10 items discriminants d'AGGIR ; le fait d'acheter, de consommer participe de ce maintien de l'autonomie, a contrario tout payer pour les résidents, les considérer comme étant incapables de gérer, les infantilise et participe de leur enfermement dans un mode hyper sécurisé à l'écart de la société. La gériatrie comporte un minimum de risques : de même qu'on est amené à prendre des risques lorsqu'une personne qui a des problèmes d'équilibre est amenée à marcher, on peut être également amené à prendre des risques lorsque l'on donne 5 ou 10 € à un résident. On peut imaginer, pour les résidents qui en sont capables de leur laisser leur chéquier pour qu'ils s'acquittent eux-mêmes de leurs frais de séjour.

Action :

Modifier le fait que les résidents n'ont rien à payer notamment à l'occasion des animations à l'extérieur.

Moyens :

Le référent est chargé de demander de l'argent aux familles. Les résidents pourront éventuellement disposer d'un coffre dans leur chambre.

Evaluation :

Nombre de résidents disposant d'un coffre dans la chambre.

3.5. Le projet d'hébergement temporaire

Constat

« L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une

situation de crise, d'isolement, d'absence des aidants, de départ en vacances, de travaux dans le logement etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite »¹⁵. L'hébergement temporaire concernera, les personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément difficile ou compromis soit :

- Pour une période d'absence des aidants familiaux (vacances, hospitalisation, déplacement)
- Pour cause de travaux dans le logement
- Pour permettre aux aidants de souffler, de se reposer ou de se ressourcer.

Objectif :

L'objectif de la création des douze places d'hébergement temporaire est de faire face aux demandes récurrentes des familles et/ou aidants en situation de rupture ou lors de l'hospitalisation du conjoint aidant. Elle sera un outil permettant le maintien à domicile de ceux et celles qui le désirent.

- ❖ intérêt pour le résident :
 - se familiariser progressivement à une vie en collectivité.
 - bénéficier d'une expertise gériatrique afin d'adapter, si nécessaire, le plan d'aide de retour à domicile.

- ❖ intérêt pour la famille :
 - soulager l'aidant principal (séjours vacances, répit).
 - Développer un lien de confiance.
 - Préparer la famille à une entrée en institution.

- ❖ intérêt pour la Résidence :
 - se positionner sur un secteur sous doté dans l'agglomération (cf. le taux d'équipement de 1.86 sur Roubaix-Tourcoing, dont 0.11 pour l'accueil Alzheimer, à rapporter respectivement aux taux de 1.96 et 0.17 pour la région du Nord).

¹⁵ Circulaire 2002/222 du 16/04/2002.

- élargir notre gamme d'offres, notamment le partenariat avec les SSR désormais soumis à la T2A, amenés à gérer des patients âgés « sortant » du soin de suite mais non encore « entrant » au domicile.
- répondre à la demande des familles.
- Se constituer en amont sur Mouvaux un réservoir d'admissions potentielles en hébergement permanent sur les deux sites de Bondues et Mouvaux.

La prise en charge est orientée vers les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les personnes âgées en perte d'autonomie physique le temps des travaux d'aménagements de leur logement mais également toutes situations d'isolement familial, géographique et social.

Un travail en lien avec les gestionnaires de cas des CLIC et différents réseaux implantés sur le territoire permettra de répondre aux situations d'urgence tout en travaillant sur la mise en place d'un projet de vie individualisé.

Action :

a) Capacité

12 places d'hébergement temporaire sont proposées afin de préserver l'autonomie des personnes atteintes d'une pathologie de type démentiel, stimuler leurs fonctions cognitives au travers des activités de la vie quotidienne. L'objectif est aussi de faciliter le retour à domicile et développer les liens sociaux entre les résidents.

b) Accueil et admission

- **La demande d'admission :**

Après un premier contact, téléphonique ou physique ou via le site internet, le futur résident, sa famille ou l'organisme de tutelle reçoit un dossier d'admission.

L'ensemble des documents de ce dossier doit être complété pour être étudié par le Médecin coordonnateur et par la Direction.

La partie médicale du dossier d'admission a été structurée à partir de la réflexion de groupes de travail afin de standardiser son contenu.

Le dossier unique d'admission a été élaboré afin de permettre une exhaustivité des informations recueillies et permet au demandeur de déposer un dossier dans plusieurs établissements sans solliciter son médecin traitant de manière répétée.

- **Analyse du dossier**

➤ **Instruction administrative**

Afin de faciliter l'intégration du nouveau résident, la direction fait procéder à une vérification des pièces administratives. Si besoin, l'ensemble de la fratrie est réuni au sein du conseil de famille afin d'expliquer les obligations alimentaires de chacun ainsi que les droits à l'aide sociale et la possibilité de saisine du juge des affaires familiales et des tutelles.

Dans l'impossibilité de réunir le conseil de famille, l'ensemble de la fratrie est informé en lettre RAC de l'entrée probable de leur parent.

➤ **Visite de pré-admission**

La visite médicale est réalisée par le Médecin coordonnateur en collaboration avec une IDE et la psychologue. Chaque visite de pré-admission est réalisée après examen du dossier de demande d'admission.

Cette consultation permet de faire le point sur son état de santé, son autonomie, ses possibilités d'intégration à l'EHPAD, les actions à mettre en place pour une prise en charge optimale et la prévention des risques.

A la fin de l'entretien, une présentation du mode de fonctionnement de l'établissement est réalisée. Une visite de la structure est systématiquement proposée au postulant et à sa famille, si elle n'a pas été faite antérieurement.

L'ensemble de cette visite est la première étape du futur projet de vie à l'entrée dans l'établissement.

- **Acceptation du dossier :**

Les dossiers de demande d'admission qui sont déposés complets, sont enregistrés chronologiquement. Le Médecin coordonnateur donne un avis médical sur l'admission après étude du dossier médical unique d'admission. Il fait part de sa décision à la Direction qui décide au regard du dossier administratif, de l'admission définitive.

- **Remise et signature des documents :**

Le résident signe en double exemplaire son contrat de séjour qui mentionne la durée prévisionnelle du séjour ainsi que les objectifs définis de la prise en charge. Il signe également le règlement de fonctionnement dont un exemplaire lui sera remis après signature de la Direction.

L'ensemble des dispositions garantissant le droit des personnes et de leurs familles leur est communiqué (cf partie sur l'information et la communication).

c) Sortie du résident

La sortie est envisagée en réunion de coordination au cours ou à l'issue de la période prédéfinie. Elle est discutée et préparée avec le résident. Elle fait l'objet d'une discussion avec celui-ci, sa famille, le Médecin traitant et la Direction afin de proposer des solutions d'accompagnement.

L'établissement, en lien avec les autres structures relais (CLIC, CG, CCAS ...) organise le retour au domicile ou prépare une entrée en institution.

En cas de transfert dans une autre structure, l'établissement constitue un dossier de liaison, transmis sous enveloppe scellée.

L'établissement a mis en place une procédure pour l'accueil, l'admission et la sortie du résident.

d) Services fournis

Les services mis à la disposition du résident sont ceux d'un hébergement permanent : logement, chauffage, électricité, eau, entretien collectif, repas, soins infirmiers et de nursing, encadrement de direction. Dans le cadre du projet de vie individualisé, une activité vie sociale et culturelle est proposée.

Tous les services en provenance de l'extérieur (visite de médecins, médicaments...) sont acquittés directement par la personne âgée.

En lien avec le Médecin coordonnateur, une évaluation cognitivo-comportementale pourra être réalisée par le biais de consultation mémoire. Cette évaluation pourra permettre de déterminer les possibilités de retour au domicile. Dans ce cadre, l'équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute) pourra mettre en place une prévention des risques dans les actes de vie courante.

Moyens :

Appel à projet, candidature spontanée

Réunion de travail

Evaluation :

Ouverture de l'hébergement temporaire.

3.6. Le projet PASA

Constat :

Le PASA reçoit 14 Résidents / jour selon les indications médicales. Ces derniers peuvent s'y rendre tous les jours ou 1, 2,3 fois par semaine.

Le pôle a pour vocation de proposer des activités thérapeutiques individuelles ou collectives afin de :

- Maintenir prévenir, stimuler ou réhabiliter les capacités fonctionnelles résiduelles
- Maintenir, prévenir, stimuler ou réhabiliter les capacités cognitives résiduelles
- Mobiliser les fonctions sensorielles
- Retrouver les gestes de la vie quotidienne
- Maintenir le lien social

Le maintien de l'autonomie est fondamental et est au centre des activités thérapeutiques mises en place. L'équipe a pour mission de s'adapter aux capacités résiduelles, stimuler et faire participer les personnes le plus longtemps possibles en fonction de leurs habitudes, de leurs envies et de leurs repères culturels.

La création d'une unité PASA permettra d'améliorer la prise en soin des résidents en leur proposant des activités adaptées et pertinentes, en adéquation avec leur attentes, besoin et autonomie résiduelle (projet d'accompagnement individualisé).

La structure ne dispose pas à ce jour d'un PASA.

Objectif :

Développer l'accompagnement des résidents nécessitant une prise en charge spécifique.

Action :

Créer un pôle d'activités et de soins adaptés.

Moyens :

Appel à projet, candidature spontanée

Réunion de travail

Evaluation :

Ouverture et labellisation du PASA

3.7. Le Projet UVA

Constat :

Quatre maladies se partagent la majorité des causes de démences : la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale (maladie de Pic, aphasia progressive ...), la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire.

L'unité de vie Alzheimer est une unité de VIE et suppose, de fait, que l'accès soit restreint à un certain nombre d'indications. De même, le séjour en unité de vie supposant de la mobilité, une certaine participation au repas ou à la toilette, toute personne par trop dépendante ne pourrait y trouver sa place.

a) Critères de recrutement

Pour toute entrée, une évaluation gériatrique globale est effectuée visant à déterminer l'état général de la personne, son degré d'autonomie, le statut cognitif avec un bilan mémoire. Ainsi, les personnes qui peuvent être admises dans cette unité de vie relèvent principalement des indications suivantes :

- Instabilité psychomotrice ;
- Fugues ;
- Déambulation ;
- Agitation, agressivité, cris
- Anxiété ;
- Apathie ;
- Désinhibition comportementale

b) Critères d'exclusion

Le principe de fonctionnement de l'unité est un principe de vie, et sous-tend par conséquent que le résident ait une certaine mobilité et des facultés pour participer à la toilette et à son alimentation. Les personnes grabataires ou totalement dépendantes ne sont donc pas la population ciblée par le projet d'accueil en UVA.

Des évaluations périodiques sont effectuées pour déterminer si l'unité de vie continue de répondre au besoin du résident ou s'il faut envisager sa sortie au profit d'un autre mode d'accompagnement.

Ainsi, les résidents admis dans cette unité ne pourront y demeurer s'il se produit une aggravation brutale et inexplicée des troubles du comportement ou une intensité des symptômes qui rendrait incompatible la vie du résident dans l'unité. Dans ces deux cas, il conviendra d'opter soit pour l'hébergement traditionnel au Coin Fleuri soit l'orientation vers une unité de soins de longue durée (USLD).

Par ailleurs, les personnes dont la démence ne relève pas de la maladie d'Alzheimer, ou des maladies apparentées, et qui nécessitent un accompagnement psychiatrique, n'ont pas vocation à entrer dans l'unité de vie Alzheimer. Les résidents atteints de poly pathologies instables sont quant à eux, orientés vers les USLD, en collaboration avec le Médecin coordonnateur, le médecin traitant et la famille.

A ce jour la structure ne dispose pas d'unité de vie Alzheimer.

Objectif :

Développer l'accompagnement des résidents nécessitant une prise en charge spécifique.

Action :

Créer une unité de vie Alzheimer.

Moyens :

Appel à projet, candidature spontanée

Réunion de travail

Reconstruction

Evaluation :

Ouverture de l'UVA.

4. L'animation, vie sociale et culturelle

4.1 Préambule

La signification de l'animation en EHPAD est une question qui revient fréquemment et qu'il est nécessaire de se poser à l'occasion de l'élaboration d'un projet d'établissement. A domicile, il est très rare de voir les personnes âgées, voire les organismes tels que les SSIAD ou les aides ménagères, se poser la question de l'animation. On réserve généralement l'animation aux enfants (colonies de vacances), aux centres de vacances, campings, ou encore aux espaces socio culturels.

Pourquoi alors faut-il qu'en EHPAD on pense à l'organisation d'animations, ont-elles un sens et dans l'hypothèse où elles en auraient un, lequel ? Le temps du projet d'établissement est bien choisi pour se poser ce type de questions, souhaite-t-on ne réaliser que de l'animation festive ? Occupationnelle ? Ou le projet d'animation est-il inclus dans un projet plus global au service des résidents ?

La réponse à ces questionnements dans l'EHPAD de MOUVAUX n'est pas univoque, elle s'inscrit un peu dans tous les registres, privilégiant à l'évidence l'aspect de socialisation de l'animation. Celle-ci sert à ce que les résidents, qui cohabitent de manière un peu artificielle (ils n'ont pas réellement choisi ni le lieu, ni leurs voisins), puissent rencontrer d'autres personnes, échanger avec elles. L'animation, dans cette acception du terme est donc un *media* : un moyen utilisé pour permettre à deux personnes d'entrer en contact, de communiquer.

Une autre forme de socialisation consiste à rétablir ou à préserver les liens que le résident avait avant d'arriver en EHPAD, ces liens peuvent d'être d'ordre familial, amical. Le rôle de l'animateur consiste alors à rechercher ces liens, éventuellement à les stimuler, tant du point de vue du résident que de ses relations.

L'animation sert également à éviter l'ennui : il peut s'agir d'un moment passé, en groupe ou dans un échange entre deux personnes, de passer le temps plus agréablement qu'en ne faisant rien ou qu'en regardant un écran de télévision allumé en permanence.

D'autres animations peuvent avoir une visée rééducative : il s'agit de stimuler la mémoire, la marche, l'équilibre.

Enfin concernant les animations festives, elles sont à l'évidence en fonction du temps : il s'agit des fêtes calendaires ou des anniversaires.

En tout état de cause les animations ont pour effet, et doivent avant tout viser à accompagner les résidents en maintenant le plus possible leur autonomie. En cela elles ne s'écartent pas du projet de vie de l'établissement, elles s'inscrivent même pleinement dedans.

4.2 Les valeurs

Charte des droits et des libertés de la Personne Âgée en situation de dépendance de la FNG
(2007)

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère.

Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui.

La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles.

Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

S'appuyant sur l'Article 6 de la Charte des droits et des libertés de la Personne Âgée en situation de dépendance de la FNG (2007), le groupe a retenu la définition suivante de l'animation.

Animer c'est : créer ou recréer du lien, participer au maintien de l'autonomie.

4.3 Ateliers, activités et sorties existants

Constat :

Types d'activités	Objectifs Opérationnels	Actions mises en place	Référent/Intervenant
FONCTIONNEL LES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour lutter contre l'ennui et l'isolement ➤ Pour maintenir et ou préserver l'autonomie ➤ Pour stimuler les potentiels et travailler la motricité globale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jardin des sens ➤ Parcours moteur ➤ Gym douce ➤ Piscine ➤ Potager ➤ Sortie de proximité 	<p>Psychomotricienne et Ergothérapeute</p> <p>Aides soignants</p> <p>Animateurs</p>
COGNITIVES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stimuler la mémoire ➤ Recherche de souvenirs ➤ Donner les moyens aux résidents de communiquer, de s'exprimer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeux de mémoire ➤ Chant/musique ➤ Danse ➤ Revue de presse 	<p>Bénévole, psychologue Et animateurs</p>
SENSORIELLES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Travailler l'estime de soi, le relâchement et la détente ➤ Stimulation des 5 sens 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Séances snoezelen ➤ Atelier toucher-massage ➤ Séance d'esthétiques 	<p>Aides soignants et psychomotricienne</p>
VIE QUOTIDIENNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabiliser la personne âgée ➤ Stimuler les savoirs faire 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atelier cuisine ➤ Sortie de proximité/courses 	<p>Animateurs et Aides Soignants</p>
LIEN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'intégration des personnes âgées ➤ Le maintien des contacts extérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagnement de l'accueil ➤ Sorties ➤ Développement des actions en inter génération ➤ Fête de l'établissement ➤ Loto et jeux de sociétés 	<p>Tous les membres de l'équipe</p> <p>Animateurs</p> <p>Animateurs</p>

Ces activités et ateliers sont encadrés par des professionnels de l'animation (Coordinatrice, animateur), et des professionnels du paramédical (ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue, aide soignant, aide médico-psychologique...). Ensemble, ils proposent, animent et « montent » des actions pour améliorer le quotidien des personnes accueillies. Toutes ces compétences sont au service de la personne âgée. Ensemble, les professionnels mettent en commun leur savoir faire pour adapter l'accompagnement des personnes.

En EHPAD, les fonctions d'animation sont menées par un « collectif » issu de l'équipe pluridisciplinaire.

Le Comité d'animation est l'une des instances qui permet d'inscrire les actions de tous ces professionnels, mais également des résidents et des bénévoles. Ce Comité permet de valider l'ensemble des projets et de faire des synthèses des activités passées. Il définit et programme

les actions d'animation chaque trimestre. Les synthèses élaborées sont présentées à chaque Conseil de la vie sociale.

Le Comité d'animation place le résident au centre de tous les projets. Il reconnaît l'implication et le travail des bénévoles et permet de mettre en avant l'inter professionnalité. Le Comité d'animation est attentif aux évolutions et aux changements de la population et de la structure. Il se réunit en moyenne une fois par trimestre.

Les intervenants et encadrants :

Les acteurs	Les champs d'intervention
1 Coordinatrice Animation Vie Sociale et Culturelle	Inscrit son activité professionnelle dans le cadre d'un encadrement, d'une démarche d'accompagnement pluridisciplinaire et dans la stimulation du lien social. Elle a recours à la démarche de projet. Via les projets individuels de vie, elle garantit la qualité de la vie collective.
2 animateurs temps complet dont un contrat emploi avenir.	Développent les projets de vie et d'animation. Ils préparent, organisent, réalisent et évaluent l'ensemble des actions de la vie sociale de l'établissement.
1 Psychologue	Est une professionnelle qui intervient dans toutes les activités et services de l'EHPAD (santé, social, animation...) pour préserver, maintenir ou améliorer le bien être des personnes et la qualité de la vie.
1 Psychomotricienne	Intervient dans l'organisation et la mise en place des activités thérapeutiques, notamment en direction des personnes vivant dans l'unité de vie Alzheimer.
1 Ergothérapeute	Propose et anime des activités dont le but est de faire maintenir, de faire récupérer, voire de faire acquérir de nouvelles capacités chez la personne âgée. Le handicap, la maladie, la déficience, les incapacités ne doivent pas constituer un frein à la participation à la vie sociale.
Aides soignants et Aides Médico psychologique	Aident à l'accompagnement physique des personnes âgées lors de la mise en place des projets d'activités. Ils participent, préparent et suivent les activités de loisirs et de bien être.
Les bénévoles	Ils consacrent du temps à l'accompagnement de la personne âgée dans le respect des projets de vie des résidents et des valeurs défendues par l'institution. Quel que soient les motifs de leur engagement bénévole (conviction religieuse, philosophique, expérience de vie) ils ont pour obligation de respecter les valeurs de chaque personne et de ne pas imposer leur conviction.

Objectif :

- Promouvoir l'expression des usagers

Cela se traduira dans un premier temps par la mise en place d'un groupe de parole. Ce groupe permettra le regroupement des personnes lors d'un temps donné afin de donner la parole aux usagers qui souhaitent s'exprimer sur un sujet de leur choix, un ressenti, un

besoin, un sentiment... Il s'agit d'un espace d'écoute et d'expression où la parole est libre. Un temps ouvert pour mettre des « mots sur les maux » et donner de la valeur aux silences. Le groupe de parole comme un air de jeu (« je ») serait un espace temps délimité mais avec suffisamment d'ouverture pour que se manifeste le désir de chacun au-delà de son rôle et de ses fonctions.

- Favoriser le développement des liens sociaux

Par la promotion de la mise en relation des personnes en interne et en externe. Et par l'encouragement du lien entre les générations. L'établissement travaille sur la création d'espaces agréables dédiés à la détente et propice aux échanges, aux discussions et faciliter ainsi la solidarité.

- Soutenir les dynamiques des professionnels

En favorisant les échanges lors des Comités d'animation, gagner leur confiance en les intégrant de manière régulière dans les activités quotidiennes. Les reconnaître en tant qu'acteur majeur dans l'accompagnement de la personne âgée. L'animation peut-être un bon moyen pour les professionnels de repérer leur place dans l'organisation et de donner un véritable sens à leurs actions au quotidien.

- Contribuer au soutien et au développement du bénévolat

Entrer en relation avec l'autre, écouter et orienter : l'Aborder, lui donner l'impression qu'il est attendu et faciliter : Assurer l'Hospitalité, l'encadrer afin de permettre son intégration dans les lieux et parmi les groupes : lui faciliter l'Accès.

- Associer et soutenir les proches, la famille.

Pour renforcer le sentiment de confiance chez la personne âgée, et déculpabiliser, atténuer le sentiment d'abandon chez le résident mais aussi chez la famille, les proches (« ils ne sont plus capables de... »).

L'entrée en EHPAD marque les incapacités des personnes vulnérables mais aussi des personnes proches, plus jeunes souvent démunies face à l'accompagnement, à la souffrance du parent.

Action :

Mettre en place « Le groupe de parole » à destination des résidents pour promouvoir l'expression des usagers.

Mettre en place des activités Fonctionnelles Sensorielles et Quotidiennes afin de développer les liens sociaux

Accentuer le travail en réseau en vue de développer de nouveaux partenariats.

Intégrer les familles au comité d'animation

Inviter les familles dans l'accompagnement des résidents lors des sorties et des temps forts internes (fêtes de l'établissement, fête de la musique,).

Moyens :

Formation du personnel

Programme des animations

Encadrement, organisation du travail.

Groupe de travail pluri disciplinaire incluant des familles et des résidents et les professionnels.

Evaluation :

Questionnaire de satisfaction.

Tableau de bord.

5. La prestation restauration-hôtellerie

Constat :

- **La restauration**

Les repas sont préparés par le personnel de l'établissement en liaison chaude.

Toute entrée dans le service est interdite aux personnes extérieures du service. En cas de nécessité, toute personne devant entrer endosse une tenue dite de visiteur ainsi qu'une coiffe.

Travaillent dans ce service 4 cuisiniers dont un second de cuisine à temps plein. Le responsable à temps partiel complète l'équipe.

Les fonctions du responsable sont d'organiser la bonne gestion du service : hygiène, financière, humain (plannings).

Il est le garant de la maîtrise sanitaire

Sous les directives du responsable les 4 cuisiniers confectionnent les plats et effectuent le nettoyage nécessaire et en conformité avec le Plan de Nettoyage.

Dans les fiches de poste, une durée quotidienne spécifique est prévu afin d'organiser le nettoyage programmé.

Ramassage des déchets : les déchets courant sont débarrassés par les services de la TRU.

L'organisation de la traçabilité et du rangement s'effectue de la manière suivante :

Classeur 1 : Réception

Classeur 2 : Températures positives et négatives des chambres et frigos

Classeur 3 : Cellule de refroidissement, remise en température.

Classeur 4 : Remise aux consommateurs (prise des températures à l'envoi)

Classeur 5 : Nettoyage et désinfection

Classeur 6 : Divers : Présentation du service, analyse des dangers, services officiels (DDPP), Analyses bactériologiques, Audits, formations, Visites médicale du personnel, Interventions extérieures, Plan de lutte contre les nuisibles, Procédures diverses, menus, retraits rappels.

- **L'hôtellerie**

L'agent hôtelier travaille en étroite collaboration avec le service de cuisine et sous la responsabilité de la maitresse de maison.

Son rôle premier est d'accueillir, de servir et desservir le repas, entretenir les locaux et matériel de travail. Il s'assure de l'état des nappes et du dressage de la table.

Il doit s'assurer que le repas se passe comme il se doit et veiller à ce que le résident ne manque de rien. L'agent hôtelier doit s'intéresser aux habitudes alimentaires du résident afin d'éviter tout incident du aux régimes alimentaires et ceci avec l'aide des soignants.

Objectif :

• **Restauration**

Parvenir à équilibrer la distribution des repas sur la journée en tenant compte des pathologies relatives à la nutrition.

Tenir compte des goûts exprimés par les résidents. Offrir une possibilité de choix suffisants.

Préparer le personnel de cuisine à l'application du décret du 30 Janvier 2012 concernant les repas en ESMS et notamment de son article 1 :

« Art. D. 230-29. - Afin d'atteindre l'objectif d'équilibre nutritionnel des repas servis par les services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux, sont requis, conformément à l'article L. 230-5 :

- quatre ou cinq plats proposés à chaque déjeuner ou dîner
- le respect d'exigences en matière de taille des portions et de fréquence des repas
- l'adaptation des plats proposés aux goûts et habitudes alimentaires des résidents
- le respect d'exigences adaptées à l'âge ou au handicap des résidents
- la définition de règles adaptées pour le service de l'eau, du pain, du sel et des sauces
- le respect d'exigences minimales de variété des plats servis.

Les dispositions du présent article sont précisées par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'alimentation, de la santé, de la consommation, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de la cohésion sociale et des solidarités. »

• **hôtellerie**

Développer le service hôtellerie pour l'amélioration du service à table et plus globalement la convivialité des repas en salle de restaurant.

Action :

Organiser les commissions menus en salle à manger. Mettre à disposition dans la salle à manger un cahier d'expression des résidents.

Varier les menus de substitution (cf. décret ci-dessus)

Etaler les horaires de repas sur la journée de manière à ce que les résidents puissent dîner au plus tôt à 18H15.

Envisager une tenue de repas pour le personnel différente de celle des toilettes et des tenues spécifiques pour le personnel d'hôtellerie.

Prévoir une vaisselle attrayante

Moyens :

Revoir les horaires du personnel avec passage en CTE.

Groupe de travail sur l'architecture du futur bâtiment

Cuisines, commission menus

Achat de tenues

Evaluation :

Questionnaire de satisfaction,

6. La prestation linge

Il n'existe pas de recommandation dans l'ancien projet d'établissement relative à la buanderie, sinon la préconisation de sa reconstruction dans le cadre d'un nouvel établissement.

Constat :

L'inventaire est réalisé à l'entrée sur la base d'un trousseau pé établi (actualisé en 2013), mais il n'est pas toujours réactualisé. Sa valeur contractuelle est très relative.

Le marquage du linge est systématiquement réalisé par l'établissement depuis 2013 (service payant).

Le linge des résidents est nettoyé dans l'établissement, peu de repassage, le linge des résidents n'est pas passé au sèche-linge. Une fois sec, le linge des résidents est réparti dans des casiers individuels. L'établissement ne dispose que d'une buandière, lors de ses congés, elle est remplacée par des agents de service.

L'équipe de nuit nettoie les franges, les lavettes, les sacs de linge, le linge qui reste en règle générale.

Le linge de literie, ainsi que les serviettes de toilette est nettoyé à l'extérieur. Le niveau de satisfaction est bon.

Le linge revient après deux ou trois jours. Le linge détruit ou abîmé peut être remplacé par l'assurance de l'établissement. La question de la réparation du linge (boutons, ourlets) n'est pas traitée.

Des alèzes tissu sont utilisées pour des raisons de confort des résidents ; il est à noter que le coût de ces alèzes est plus important que celui des alèzes jetables.

Le linge donné par les résidents ou les familles ou déposé (dons divers) est traité par la lingère. Il est généralement alloué aux résidents qui en manquent : ils sont invités à venir choisir leur linge à la lingerie.

Les chemises ouvertes ne sont que très rarement utilisées pour la nuit (fin de vie).

Les résidents portent des « bavoires » à l'occasion des repas, assez fréquemment à leur demande.

Objectif :

Garantir la sécurité du circuit du linge.

Bien que la prestation linge semble convenir aux résidents, une objectivation de leur ressenti serait utile, notamment pour prévoir - ou ne pas prévoir- la reconstruction d'une buanderie dans le futur bâtiment.

Action :

Réaliser une évaluation du circuit du linge

Mettre en place l'ensemble des documents liés au circuit du linge.

Réaliser une étude coût- avantages sur la reconstruction de la buanderie, après travaux.

Revoir la question de la réparation du linge des résidents en calculant précisément les besoins. Bien que cette prestation ne soit théoriquement pas prévue dans les EHPAD, l'état des vêtements des résidents incite le personnel de buanderie à le réparer, ne serait-ce que par respect pour la personne qui le porte. Une prestation qui serait refacturée aux familles pourrait être envisagée.

Envisager l'ouverture d'une boutique dans laquelle serait vendu (à des tarifs symboliques) le linge provenant des dons. Il procède de l'achat du linge comme pour les autres prestations de l'établissement : leur paiement permet aux résidents de ne pas se retrouver en totale dépendance de l'institution (cf. 4.3.4.).

Moyens :

Grille d'audit

Groupe de travail dans le cadre de la restructuration.

Débat au CVS

Régie de recettes (ou association) pour percevoir les recettes de la vente du linge. Comme vu précédemment, les résidents peuvent disposer de sommes modestes qui pourraient être entreposées dans des coffres de chambres.

Evaluation :

Taux de conformité du circuit du linge.

Bilan des fiches d'évènements indésirables. Fréquentation de la boutique

7. L'hygiène des locaux

Constat :

Les agents de service, les aides-soignantes et les aides médico-psychologique sont chargés du ménage.

Il existe un protocole de nettoyage. Les locaux communs hors proximité des chambres sont nettoyés par l'équipe de nuit.

Il existe un protocole de désinfection des chambres.

La chambre est immobilisée au maximum une semaine à l'occasion des décès : il existe une période d'attente pour que la famille de la personne décédée retire les affaires, puis un temps pour d'éventuels travaux, enfin on procède au lustrage du sol...

Objectif :

Le nettoyage quotidien des chambres répond à un souci de bien faire au regard d'un certain nombre de recommandations, celles-ci sont incluses dans le Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI). A cet égard il convient de souligner qu'il s'agit d'un questionnaire d'analyse qui permet à l'EHPAD de se situer dans une échelle (score) et de déterminer le niveau de probabilité d'infection existant au regard des pratiques du personnel.

Action :

Réévaluer le protocole sur l'entretien des locaux.

Moyens :

Groupe de travail.

Fiche de traçabilité, contrôle de l'encadrement.

Evaluation :

Nombre de protocoles réalisés.

8. Accompagnement administratif

Constat :

Le service administratif gère l'ensemble des opérations relevant de son champ d'intervention, participant ainsi à la qualité globale de la prestation d'accompagnement en résidence :

- Le suivi et l'exécution budgétaire,
- L'instruction et le suivi des dossiers du personnel,
- La gestion et le secrétariat des dossiers des résidents,
- La gestion des commandes (l'attention portée aux tableaux de bord est permanente : régie, facturation, recettes, engagement et réalisation budgétaire, tenue des instances de concertation, etc.)
- L'accueil et les relations extérieures (familles, tuteurs, prestataires divers, organismes et écoles de formation)
- Le recueil et la transmission d'informations

Objectifs

Améliorer le dispositif de facturation des recettes : réfléchir à la mise en place de la facturation à terme à échoir et le prélèvement automatique

Augmenter l'amplitude d'ouverture de l'accueil

Améliorer la gestion des dossiers du personnel

Améliorer l'information des usagers sur les documents de la loi du 2 Janvier 2002.

Actions

Mettre en place le passage à terme échoir pour les factures des résidents de manière à réduire le BFR de l'établissement

Mettre en place le prélèvement automatique pour le paiement des factures des frais d'hébergement.

Mettre en place l'ouverture du secrétariat le samedi matin

Mettre en œuvre le suivi mensuel d'activité par l'intermédiaire des tableaux de bord de performance préconisé de l'ANAP

Rédiger le projet de service sur la réorganisation du service administratif de l'ehpad de Mouvaux

Mise à jour des dossiers du personnel (réactualisation des données RH)

Actualiser le livret d'accueil

Moyens

Groupe de travail

Evaluation

Nombre de résident sur prélèvement automatique

Suivi des tableaux de bord

Ouverture du secrétariat.

9. La maintenance des locaux

Constat :

Effectif : 2 agents techniques dont 1 technicien SSIAP1 en informatique et en électronique, habilitation électrique et 1 agent spécialement dédié à la rénovation des locaux.

Le premier intervient sur tous les aspects techniques et sécurité de l'établissement (Installations, réparations, suivis de contrats maintenance, contrôle des appareillages de sécurité) et répond aux demandes des résidents concernant des aménagements, les réparations/entretiens usuels sur les petits matériels personnels.

Cela comprend notamment :

- Le suivi des contrats d'entretien et de maintenance, ainsi que la sécurité du bâtiment et le risque incendie,
- Le programme et la réalisation des travaux collectifs d'entretien (peinture, plomberie, électricité, menuiserie, etc.),
- Les contrôles et vérifications périodiques (état des machines, réseaux, système de sécurité incendie, véhicules, etc.),
- Le suivi des chantiers effectués par entreprises extérieures,
- L'intervention sur le petit appareillage personnel des résidents (prise défectueuse) en collaboration avec le personnel (repérage des besoins).

Le service d'entretien technique est en liaison quotidienne avec l'ensemble des services. Toutes défectuosités lui sont signalées soit par une transmission « protocolisée » (bon de travaux), soit par une demande d'intervention immédiate (sécurité des personnes gravement compromise).

Objectif :

Organiser une permanence en dehors de la présence de l'agent technique

Evaluer les dysfonctionnements par typologie

Evaluer le niveau de satisfaction des résidents

Améliorer l'éclairage des chambres spécifiques.

Améliorer l'accessibilité

Améliorer le système électrique

Action :

Organiser les astreintes techniques en lien avec l'EHPAD de Bondues.

Organiser la traçabilité du travail réalisé par l'agent d'entretien.

Développer la traçabilité des interventions de l'agent d'entretien, ou d'entreprises extérieures et en faire un bilan annuel

Étendre les thématiques abordées par les enquêtes de satisfaction à la maintenance des locaux.

Remplacer le système d'éclairage des chambres situées cotés château d'eau

Mettre en place les travaux d'accessibilité

Mettre en place les actions dans le cadre du DARDE

Moyens :

Convention ou GCMS

Bon de travaux- Logiciel PSI

FEI

Enquêtes de satisfaction

Evaluation :

Continuité du service quel que soit le planning de l'agent de maintenance.

10. Communication et information

Constat :

L'établissement a le souci d'assurer une parfaite diffusion de l'information auprès des résidents et de leurs familles via une communication large et exhaustive.

Les différents outils de communication sont les suivants :

- ***Livret d'accueil***

Il est remis à la personne accueillie et à son représentant légal. Il est à la fois un outil pédagogique pour l'usager et un élément de communication. Il fournit entre autres, les principales formalités administratives d'admission et d'accompagnement, les formes de participation.

Il contient également des éléments d'information concernant l'établissement : situation géographique et moyens d'accès, organisation générale de l'établissement, liste des personnes qualifiées qui seront les interlocuteurs privilégiés.

La loi 2002-2 n'impose pas de contenu particulier, seule l'annexion de la charte des droits et libertés et du règlement de fonctionnement est exigée.

Il a été actualisé en 2014

- ***Le règlement de fonctionnement***

Il définit autant les droits de la personne accueillie que ses obligations au sein de l'établissement. Son contenu et les modalités de son élaboration sont précisés par le Décret 2003-1095 du 14 novembre 2003.

L'organisation de l'établissement et l'affectation des locaux doivent y être retracées, ainsi que les modalités de sûreté des personnes et des biens. Le Conseil de la Vie Sociale ainsi que les instances de représentation du personnel ont été consultés au sujet de son contenu et le Conseil d'Administration l'a ensuite adopté en séance. Diffusé aux personnes accueillies, aux représentants légaux et aux personnels ; l'établissement a veillé particulièrement à rendre le règlement de fonctionnement accessible et compréhensible par tous.

Il a été actualisé en 2013.

- ***La charte des droits et libertés de la personne accueillie***

Elle a été élaborée dans un cadre interministériel (arrêté du 8 septembre 2003). Parmi les douze droits définis dans la charte, certains sont énoncés par la loi 2002-2, tel que le droit à la vie privée et à l'intimité, d'autres en sont la déclinaison, tel que l'individualisation de la prise en charge qui se traduit par le droit de la pratique religieuse, les droits à l'information, aux respects des liens familiaux et à l'exercice des droits civiques.

- ***La charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes***

Elle a pour objet de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. Elle comporte quatorze articles qui prennent en compte la liberté de la personne âgée au sein de l'établissement.

- ***Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée***

Par la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, il est mis en place cette charte afin de garantir à tout citoyen le droit d'être protégé dans le cas où il ne pourrait plus s'occuper seul de ses propres intérêts. Cette loi renforce la protection de la personne du majeur protégé et de ses biens.

- ***Le contrat de séjour***

Afin de reconnaître davantage l'usager et son propre projet, l'établissement est signataire avec le résident d'un contrat de séjour.

Conformément au Décret n°2004-1275 du 26 novembre 2004, le contrat de séjour définit les objectifs et la nature de l'accompagnement, ainsi que les prestations pouvant être proposées. Il est établi lors de l'admission et remis à chaque personne accueillie ainsi qu'à son représentant légal. Il doit être signé par les deux parties dans le mois qui suit l'admission. Il a été actualisé en 2013.

- ***Le projet personnalisé***

Il est la déclinaison du contrat de séjour et fait l'objet d'une section particulière de ce document. Le projet personnalisé est élaboré et réévalué en équipe pluridisciplinaire, l'adhésion du résident et de sa famille est recherchée. Il tient compte de l'histoire, de l'environnement, de l'état de santé physique et mentale du résident. La mise en place et le

respect du projet de vie individualisé est un axe central de la promotion de la bienveillance au sein de l'établissement.

- **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)**

Mise en place du CVS

Institué par la loi 2002-2 en lieu et place du Conseil d'Établissement, le Conseil de la Vie Sociale s'impose comme un lieu de réflexion et d'expression.

Le CVS est renouvelé tous les 3 ans. Les dernières élections se sont déroulées le 18 mai 2010.

Sensibilisation et information des résidents

Le directeur d'établissement n'a qu'un rôle consultatif au sein du CVS. Il est au service du bon fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale et aide à l'organisation de cette instance.

L'élection est précédée d'une réunion générale d'information de tous les résidents.

Lors de cette réunion organisée en présence de l'équipe de direction, le directeur présente les modalités, les possibilités, les enjeux de l'élection.

Les résidents peuvent ensuite poser toutes les questions souhaitées et relevant des compétences du CVS.

Plusieurs moyens de communication sont aussi mises à disposition des résidents et des familles afin d'améliorer leur intégration dans la structure.

- Commission menus et comité d'animation
- Notes d'information
- Affichage
- Site internet
- Cahier de réclamation et des plaintes
- Présence quotidienne de l'équipe de direction
- Traçabilité des demandes
- Ateliers d'animation ou festivités.

A noter la participation de la résidence à l'expérimentation lancée par l'ARS Nord Pas de Calais à l'intégration au CVS d'un représentant d'une association d'usagers extérieur à la structure (expérimentation menée de 2014 à 2016).

Objectif :

Faire parvenir les informations en temps voulu aux résidents et aux familles.

Actions :

Améliorer l'affichage interne en vue d'une communication optimale ;

Mettre à jour annuellement l'ensemble des documents issus de la Loi de janvier 2002 ;

Créer un site internet avec actualisation du logo de la Résidence.

Prévoir la diffusion du compte rendu du CVS dans le journal interne (animation).

Prévoir la diffusion du journal aux familles.

Moyens :

Internet, récupération des adresses mail des familles à l'entrée du résident.

Evaluation :

Meilleure participation des familles et des résidents aux réunions, réunions préparatoires

Taux de satisfaction des résidents et des familles.

IV. Le projet social

1. La qualité des rapports sociaux :

Constat :

Le Comité Technique d'Établissement (C.T.E.) fonctionne, il se réunit au minimum 4 fois par an. Les comptes rendu des séances sont affichés. Le C.T.E. est compétent pour traiter des affaires du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT).

Les heures de délégation sont définies.

2 Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.) ont été élues, elles concernent les agents de soins de catégorie C et les agents techniques de catégorie C, la commission compétente pour les autres agents de l'établissement se situe au plan départemental.

Il existe des réunions régulières entre les représentants du personnel et la direction à la demande.

Il existe des assemblées du personnel (Assemblées générales) organisées par la direction sur des questions ponctuelles.

Le personnel est représenté auprès du C.V.S. suite à un appel à candidatures.

Un représentant du personnel participe au Conseil d'Administration.

Les représentants du personnel se plaignent du manque de temps de concertation avec le personnel des divers services.

Objectifs :

Parvenir à une définition claire des droits des représentants du personnel.

Identifier la manière dont les représentants du personnel peuvent se concerter avec leurs collègues.

Prévoir un échéancier de réunion annuel.

Pouvoir traiter en un lieu spécifique des questions soulevées par les agents travaillant en même temps sur le site de Bondues.

Action :

Préparation des C.T.E. avec le personnel de tous les services, Production des PV des réunions dans les 15 jours et prévoir un dispositif en cas de carence sachant que la réglementation dispose :

Article R6144-72 du code de la santé publique : « Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et

le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante. » La circulaire DH/8 : n°311 du 8 décembre 1989 relative au fonctionnement des CHS-CT précise par ailleurs : « le secrétaire est chargé de la rédaction des procès-verbaux des CHS-CT » Par analogie on peut donc déduire que le secrétaire du CTE a le même rôle.

Evaluation :

Effectivité des mesures, climat social.

2. Les risques professionnels, le document unique:

Constat :

Il existe, il a été mis à jour en 2007

Il existe pour tous les corps de métiers.

Il n'existe pas de risque particulier sur l'établissement, sinon ceux que l'on retrouve en règle générale dans les EHPAD.

L'établissement est bien équipé en lève malades et verticalisateurs.

L'ergothérapeute est chargée de revoir la question de la manutention régulièrement avec le personnel qui a été formé il y a quelques années.

La verticalisation des résidents existe au moment des toilettes, en application des mesures sur l'humanité. Des toilettes évaluatives sont réalisées par les l'ergothérapeute.

On ne note pas de situation de violence particulière de la part des résidents, le personnel « passe la main » spontanément à un collègue lorsqu'il est en difficulté (refus de soins) avec un résident, évitant par-là les situations par trop conflictuelles.

Objectifs :

Se conformer à la réglementation et à l'évolution des pratiques professionnelles.

Action :

Actualiser le document unique (DU) en tenant compte notamment de l'emploi de nouveaux produits détersifs et des risques psychologiques subits par le personnel : risques de burn out. Prévoir un groupe de paroles pour le personnel organisé par un psychologue extérieur à l'établissement.

Moyens :

Groupe de travail pour l'actualisation du DU.

Echange de prestations de psychologues entre établissements.

Evaluation :

Plan d'action du DU.

3. Gestion des ressources humaines:

Constat :

L'entretien annuel individuel a été mis en place en 2012. De plus une rencontre annuelle est réalisée avec la directrice.

Des assemblées générales du personnel ont lieu au minimum quatre fois dans l'année.

Le Droit Individuel à Formation n'est pas mis en place.

Il n'existe pas de livret d'accueil pour le nouveau personnel (un protocole d'accueil des nouveaux agents a cependant été mis en place en 2013)

Les fiches de postes sont mises en place.

La « deuxième distribution » de la prime de service est effectuée, conformément à la réglementation à la discrétion de la direction. Les représentants du personnel soulèvent l'opacité du système et évoquent les risques d'arbitraire sous-jacents.

Objectifs :

Harmoniser les entretiens annuels

Réaliser l'évaluation conformément au statut de la fonction publique hospitalière.

Rendre les critères de redistribution de la prime de service plus transparents (réalisé en concertation avec le CTE en 2013).

Action :

Mise en place d'une procédure d'évaluation dans la durée :

Préparation de l'entretien par l'agent à partir d'une fiche d'auto évaluation.

Définition de critères : attitude, professionnalisme, compétences, coopération, ponctualité, assiduité, disponibilité, investissement. L'évaluation doit faire état au final d'objectifs fixés pour l'année à venir. Elle comporte par ailleurs nécessairement un volet formation (définition du DIF et choix relatifs aux formations à réaliser dans l'année -cf. procédure formation ci-dessous).

L'entretien peut être réalisé avec le supérieur hiérarchique direct et la directrice, il peut également être réalisé par le supérieur hiérarchique direct, la directrice servant de recours en cas de litige. Dans la première hypothèse, l'entretien revêt un peu plus de solennité, il permet à la directrice d'avoir un entretien individuel avec tous les agents chaque année, l'inconvénient majeur de ce système résidant dans le temps passé à ce travail. Dans la

seconde hypothèse, la directrice sert de recours et le cadre connaissant mieux les agents peut avoir un entretien qui entre plus dans les détails, dans l'action quotidienne de l'agent. La question posée par cette formule réside dans le fait qu'il s'agit du système en vigueur à ce jour et qu'il ne fonctionne pas pour diverses raisons, une question de temps, un manque de formalisme et un manque d'identification des cadres intermédiaires dans tous les compartiments de l'établissement.

Les restes de prime à redistribuer peuvent l'être au regard de critères objectifs tels que l'absentéisme. A titre d'exemple un absentéisme de 0 jour donne droit à un niveau de prime élevé, entre 1 et 4 jours l'agent a droit à un niveau moyen, entre 5 et 7 jours, l'agent a droit à un taux faible et au-delà il n'a plus droit à rien.

Moyens :

La question relative au choix de la formule à mettre en place pour l'évaluation (par le cadre ou avec la directrice) ne pourra être tranchée que par la directrice, soit en comité de pilotage, soit après avoir pris l'avis du CTE.

Débat en CTE pour la répartition de la prime.

Evaluation :

Mise en place de la procédure, nombre d'agents effectivement évalués.

4. La formation :

Constat :

L'établissement cotise à l'ANFH.

Il existe un plan de formation élaboré à partir des souhaits des agents. Les axes sont déterminés par la direction et l'encadrement en commission de formation. Les agents donnent leurs souhaits et les formations sont arrêtées.

Le plan de formation est validé par le CTE.

Les critères de choix relatifs aux agents participant aux formations ne sont pas publics.

Très peu d'agents émettent des souhaits de formation.

Objectifs :

Maintien de la procédure actuelle.

Cibler les thèmes de formation.

Action :

Mettre en place le règlement de fonctionnement de la commission de formation.

Relancer la formation à l'humanité.

Revoir les formations Alzheimer.

Dynamiser la démarche de formation des agents.

Moyens :

Plan de formation

Entretien individuel d'évaluation.

Coût :

Le coût de la formation est inclus dans les dépenses de personnel.

Evaluation :

Nombre d'agents sollicitant des formations.

V. Projet qualité et gestion des risques

La politique Qualité/Gestion des Risques s'intègre au projet d'établissement. En effet, la réussite des objectifs fixés dans le cadre de ce projet passe par l'amélioration de la Qualité du service offert aux résidents.

L'approfondissement de l'utilisation de la méthodologie de l'amélioration continue incluant l'évaluation comme un outil incontournable de détermination des choix stratégiques facilitera l'atteinte de nos objectifs. L'impact attendu de cette dynamique sur l'image de marque devra permettre d'augmenter la qualité du service rendu aux résidents et familles (usagers).

Dans cet ordre d'idées, la politique qualité/gestion des risques "ciblera" plus particulièrement : l'évaluation des prestations fournies aux résidents, à partir d'un référentiel spécifique, la qualité des activités dites de "support" ; l'évaluation des pratiques professionnelles et la réalisation des audits spécifiques maintiendront le haut niveau de qualité et de sécurité de l'accompagnement dont la Résidence La Belle Epoque fait preuve.

1. Organisation de la démarche qualité

Depuis 2002, la résidence s'est engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité par la mise en place des actions d'amélioration. L'EHPAD poursuit sa démarche d'amélioration de la Qualité, dans l'objectif de mettre en place une véritable culture Qualité basée sur les attentes des « clients » (résidents, familles, usagers, personnels, fournisseurs, tutelle, environnement...)

Le management de la Qualité a pour objectif d'améliorer :

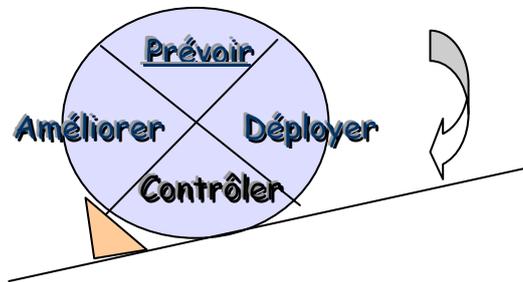
- le service médical rendu au résident,
- la sécurité des personnes,
- la satisfaction des résidents et autres clients,
- l'efficience (rapport résultats obtenus/moyens utilisés) de l'établissement.

Pour cela, la mise en place d'un « système Qualité » solide est indispensable. Celui-ci consiste en un ensemble cohérent de processus qui permet :

- de prendre en compte les changements des nouvelles exigences (Prévoir)
- de stabiliser, dans une période donnée, les savoirs faire et les résultats (Déployer)

- de vérifier les résultats en termes de conformité et de satisfaction (Contrôler)
- de gérer les actions d'améliorations (Améliorer)

Ce système est généralement représenté sous la forme de la Roue de Deming (PDCA)



La démarche d'amélioration de la Qualité implique un engagement de l'établissement sur le long terme et requiert une implication de tous les professionnels participant à l'accompagnement du résident. Ainsi ce système Qualité est assuré par la cellule Qualité/Gestion des Risques chargé de définir et d'ajuster la politique Qualité/Gestion des risques. Les groupes de travail et commissions sont les acteurs de ce système Qualité.

2. Politique qualité

2.1 Optimiser La prise en charge et le respect les droits et libertés des résidents

Constat

L'association des usagers et des professionnels extérieurs permet de prendre en compte leurs besoins et d'évaluer leur satisfaction dans l'objectif d'adapter nos prises en charge et organisations aux réels besoins de la population. Le résident est positionné comme ayant une place primordiale dans sa prise en charge.

Plusieurs instances ou groupes sont mis en place afin de faciliter l'expression des résidents et des familles.

Le Conseil de Vie Sociale (Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004) est constitué des représentants des usagers et des familles qui sont élus par vote. Il a pour objectif d'améliorer la participation des usagers et des familles à la vie de l'établissement au travers de ses réunions. Le CVS se réunit au minimum trois fois dans l'année.

La commission des menus est l'élément clé d'une politique de qualité transparente et organisée autour des repas.

La commission animation a pour objectif principal de créer du lien entre tous les acteurs (les résidents/familles/personnel de la structure/ personnes extérieures). Son objectif principal est de réaliser, valider et veiller à la réalisation du projet d'animation.

Ces différentes commissions permettent de prendre en compte les besoins et attentes des résidents et familles.

Afin d'évaluer la satisfaction des résidents et des familles, un **questionnaire de satisfaction** est remis chaque année aux résidents et aux familles.

L'établissement prend en compte les besoins et la satisfaction des usagers et professionnels extérieurs en assurant le traitement, l'analyse des questionnaires de satisfaction résidents-familles, le suivi des actions préventives ou correctives et surtout la communication des résultats au niveau des différents services, des CVS, et des commissions.

Objectifs

L'objectif est d'améliorer la prise en compte des besoins et de la satisfaction des usagers par :

- ✓ Information des usagers sur les différentes prestations de l'établissement ;
- ✓ Evaluation de la satisfaction des résidents au sein de la structure ;
- ✓ Evaluation du sentiment d'implication des usagers dans la vie institutionnelle et les projets de l'établissement.

Action

Réaliser des enquêtes de satisfaction annuelles et ponctuelles sur les différentes prestations de l'établissement

Moyens

Questionnaire de satisfaction

Evaluation

Taux de satisfaction des résidents et des familles.

2.2 **Garantir aux résidents, usagers et personnels un niveau de sécurité optimum**

Constat

La sécurité en établissement médico-social ne peut correspondre ni à l'absence de risque, ni à la réduction complète de la prise de risque. La sécurité maximale est recherchée par l'identification et le traitement des risques afin de rendre le risque résiduel acceptable par les résidents, les professionnels et la société.

Objectifs

L'objectif est de réévaluer le circuit des déchets au sein de l'établissement.

Améliorer la méthode RABC ;

Améliorer la méthode HACCP ;

Ces actions seront combinées aux actions identifiées dans le cadre des processus support (cf prestations transversales).

Action

Réaliser des évaluations de :

- Circuit des déchets
- Circuit du linge
- La restauration

Moyens

Grilles d'évaluations

Evaluation

Taux de conformité suite aux différents audits.

3. Politique de gestion des risques

3.1. Améliorer la gestion des événements indésirables

Constats

Il existe une fiche de signalement des événements indésirables et un registre de réclamation et des plaintes.

Un protocole sur la déclaration des événements indésirables est mis en place.

Une auto-évaluation des risques associés aux soins a été réalisée en Juillet 2012 qui signale le score de l'établissement en prévention des risques infectieux à 67.5%

Un plan d'action suite à cette évaluation a été défini.

Objectifs

L'objectif est d'identifier l'ensemble des risques afin d'élaborer un programme global de gestion des risques et de déterminer les priorités d'actions.

Actions

Sensibiliser les agents sur la déclaration des évènements indésirables au sein de l'établissement ;

Elaborer une cartographie des risques résidents ;

Réaliser le bilan des déclarations d'évènements indésirables ;

Moyens

La procédure de déclaration des évènements indésirables

Réunion du comité d'amélioration de la qualité de vie des résidents

Evaluation

Nombre de déclaration d'évènements indésirables par an

Cartographie des risques résidents.

3.2. La gestion des situations de crise

Constats

Le plan bleu d'un établissement doit lui permettre la mise en œuvre **rapide et cohérente** de moyens indispensables, **pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel** quel que soit sa nature.

Le plan bleu est mis en œuvre par le **directeur de l'établissement** en cas de crise interne à l'établissement ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement de dispositifs d'alerte et d'urgence.

Le plan bleu est rédigé sous la responsabilité du directeur de l'établissement :

- cette personne est le référent de l'établissement en cas d'évènement exceptionnel. Il peut nommer un suppléant ;
- travail collégial, le plan bleu doit préciser la composition du groupe de travail qui a participé à son élaboration (la collaboration du médecin coordonnateur est indispensable) ;
- il peut être à la disposition du CG et de l'ARS.

Le Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, stipule que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer **dans le Projet d'Etablissement (PE)** un plan détaillant **les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.**

« Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées ».

L'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixe le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre **en cas de crise sanitaire ou climatique** et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchie dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Le plan bleu concerne :

- la gestion d'une crise interne ou externe à l'établissement ;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant de leur domicile ;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant d'autres établissements; l'accueil de personnes venant d'un établissement de santé dans le cadre du déclenchement, par cet établissement de son plan blanc, et selon les directives du Plan Blanc Elargi.

Afin de mettre en place l'ensemble de ces données et déployer les actions relatives au plan bleu, des groupes de travail seront réalisés.

Objectifs

Mettre en œuvre le plan de gestion des crises

Actions

Réaliser des groupes de travail pour la mise en place du plan bleu.

Moyens

Groupe de travail

Rédaction des protocoles relatifs au plan bleu.

Evaluation

Plan bleu rédigé et mise en œuvre.

3.3. Engager une culture de développement durable

Constats

Le développement durable dans le système de santé et/ou médico-social peut être défini de la manière suivante : c'est la politique de développement d'un établissement basée sur trois piliers :

- Environnemental : pour un établissement écologiquement respectueux,
- Economique : afin de maintenir la croissance économique pour soutenir le progrès et affecter les moyens techniques et humains nécessaires au bon fonctionnement des structures, vers une gestion économique fiable,
- Sociétal : afin de permettre aux humains de vivre dans un univers aux risques limités, de façon équitable, en bénéficiant d'une solidarité collective devant la maladie et la mort, vers un établissement socialement intégré.

Nous pouvons également y ajouter un quatrième pilier, sans lequel les trois autres ne peuvent s'articuler : le système de management.

Les évaluations dans les établissements ont pour vocation d'améliorer la prise en charge des résidents en portant notamment leur regard sur la conduite des démarches qualité et de sécurité. Le développement durable quant à lui, enrichit logiquement la notion de qualité et de sécurité des soins. Le souci permanent de la sécurité doit intégrer les risques liés aux trois piliers du développement durable (environnemental, social/sociétal, économique).



Le développement durable: une démarche continue et intégrée¹⁶

¹⁶ Source : Sami Y., 3 juin 2010. Développement durable et certification V2010. XXIe congrès SFHH. HAS

L'établissement met en place ses politiques de développement durable, à travers la qualité et la gestion des risques, notamment par la tenue du carnet sanitaire, la définition d'une politique d'achat et la gestion des déchets.

Objectifs

Améliorer le tri-sélectif ;
 Améliorer la gestion de l'eau.

Actions

Mettre en place de actions relatives au tri-sélectifs
 Mettre en place des indicateurs de consommation d'eau

Moyens

Achats de poubelles
 Protocoles

Evaluation

Nombre d'actions réalisées dans le cadre du tri-sélectif
 Diminution de la consommation d'eau.

4. Démarches d'évaluation et dynamique d'amélioration

4.1 Améliorer la culture d'évaluation dans l'établissement

Constat

Le principe de base d'une démarche Qualité est un cycle en 4 temps que l'on appelle Roue de Deming : Prévoir, Déployer, Evaluer et Améliorer.

La phase d'évaluation et d'amélioration fait donc partie intégrante de la démarche Qualité. Ainsi, des évaluations et audits sont réalisés au sein de l'établissement : L'évaluation de la prise en charge individuelle, l'audit interne, l'audit externe ; les questionnaires de satisfaction, l'évaluation informelle.

Objectifs

Pour chaque organisation ou projet mis en place, un système d'évaluation doit être prévu. Afin de développer cette culture, il est nécessaire d'élaborer un programme d'évaluation institutionnel et de déterminer des priorités d'évaluation, en fonction des problèmes rencontrés, d'un changement de réglementation ou d'une obligation dans le cadre des recommandations de l'ANESM. Ainsi, l'établissement s'engage à réaliser une auto-évaluation tous les deux ans sur la base du référentiel Angélique/EVA. Ceci en raison d'une évaluation

interne tous les 5 ans et d'une évaluation externe tous les 7 ans. Lors de ces évaluations, les indicateurs suivants seront pris en compte :

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantie des droits individuels ➤ Garantie des droits collectifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de contention passive ▪ Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévention et prise en charge de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux évaluation douleur ▪ Taux de résidents ayant chuté ▪ Taux d'escarres acquises dans EHPAD ▪ Taux de résidents pesés une fois par mois ▪ Taux évaluation troubles humeur/comportement ▪ Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués ▪ Taux d'hospitalisation en urgence
Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides ➤ Maintien des capacités à la toilette et accompagnement ➤ des personnes ayant besoin d'une aide totale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations ▪ Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations
Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le projet personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement ▪ Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées
Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagnement de la personne ➤ Le soutien des proches et des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Ces indicateurs issus des recommandations de l'ANESM, seront identifiés dans le rapport d'activité annuel de l'établissement.

La cellule de Management de la Qualité, s'engage à :

- Élaborer, en concertation avec l'ensemble du personnel concerné, un programme d'évaluations institutionnel ;
- Organiser des formations aux méthodes et outils pour la mise en œuvre d'évaluation ;
- Assurer un soutien méthodologique pour le déploiement des évaluations ;
- Assurer le suivi des plans d'amélioration et des indicateurs ;

- Ajuster le programme Qualité/Gestion des Risques en fonction des résultats des évaluations.

L'établissement s'engage également à développer suite à la finalisation d'un projet ou à une l'évaluation, une dynamique d'amélioration. Chaque porteur de projet aura à communiquer et à développer son projet au sein des services concernés. Afin de permettre ce partage d'information, des réunions régulières des responsables sont mises en place. De plus, chaque agent est porteur d'une « mission transversale » permettant les partages d'expérience et d'informations.

Actions

Mettre en place un tableau de bord de suivi de la prise en charge

Moyens

Groupe de travail

Evaluation

Suivi des indicateurs

4.2 Développer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles

Constats

En raison de l'importance des enjeux de la qualité des soins, le législateur a souhaité promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles quel que soit le secteur de production de soins ou les modalités d'exercice.

L'EPP¹⁷ est devenue une obligation légale pour les médecins avec le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 et le respect de cette obligation est directement en lien avec la Formation Médicale Continue.

Les professions de santé (les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les diététiciens) sont impliquées dans la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à travers l'obligation de formation continue (loi du 9/8/04) : « l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ».

Dans un contexte de complexité des soins, d'évolution permanente des connaissances et de la variabilité des pratiques, les objectifs de l'EPP sont :

- l'amélioration de la qualité et du service médical rendu au résident
- la réduction des risques liés aux soins

¹⁷ Evaluation des Pratiques Professionnelles

- l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des prises en charge.

Objectifs

Développer des EPP au sein de l'établissement

Actions

Réaliser au minimum une évaluation des pratiques professionnelles par an.

Moyens

Grille d'évaluation des pratiques

Evaluation

Nombre d'EPP réalisées

CONCLUSION PARTIELLE

La démarche d'amélioration de la Qualité implique un engagement de l'établissement sur le long terme et requiert une implication de tous les professionnels participant à la prise en charge du résident. Un suivi régulier de l'avancement des projets et de l'atteinte des objectifs Qualité/Gestion des risques est assuré par la Cellule qualité. Les groupes de travail et commissions sont les acteurs de ce système Qualité. La responsable Qualité assure un soutien méthodologique dans le développement de la politique Qualité.

Conclusion générale

Dans une trajectoire cohérente avec son précédent Projet d'établissement 2007-2012, la Résidence La Belle Epoque entend suivre un développement lui permettant de devenir un établissement de référence sur son secteur d'intervention.

Pour rappel, les axes de développement évoqués dans le cadre du précédent projet d'établissement 2007-2012 s'articulaient autour de plusieurs projets centraux :

- « Le projet de restructuration architectural de l'établissement »
- « Le projet de développement de la communication externe de la résidence »
- « Le projet d'implication de la résidence dans la politique de coordination »
- « le projet de diversification des activités »

En ce qui concerne la restructuration architecturale de la résidence dont l'objet premier s'intéressait à proposer de meilleures conditions d'accueil des personnes accompagnées (confort, sécurité, etc.), les réflexions dernièrement menées ont permis de repenser le projet en faveur d'une reconstruction complète de l'établissement, qui constitue une alternative nettement plus qualitative pour les résidents qu'une restructuration partielle de l'existant.

Au sujet des intentions de développement de la communication externe de la résidence abordées dans le précédent PE 2007-2012, elles s'orientaient spécifiquement vers la mise en place d'une « page seniors » au sein du bulletin municipale de la ville de Mouvaux. Les réflexions et échanges menés au sein de la résidence mais aussi avec les parties prenantes de l'établissement, nous ont permis de saisir d'une part certaines opportunités de communication externe offrant un contact plus direct et de proximité (par exemple le forum annuel des aînées de Mouvaux) et d'autre part certaines autres opportunités susceptibles d'offrir une visibilité plus large et plus détaillée de la résidence sur l'extérieur (par exemple le site internet de la résidence sera mis en ligne en 2014 à l'adresse suivante : www.ehpad-mouvaux.fr).

Au sujet de « l'implication de la résidence dans la politique de coordination locale », la résidence la Belle Epoque n'a pas hésité ces dernières années à développer les

partenariats opportuns avec les acteurs locaux de la filière gériatrique locale (dernier en date la convention signée avec l'HAD Santélyls). En effet ces collaborations permettent de mieux inscrire notre intervention dans le maillage local de prise en charge gérontologique et offre ainsi à nos résidents la possibilité de bénéficier des compétences et expertises de nos partenaires.

Sur la question de la diversification de nos activités, les efforts menés jusqu'à maintenant à La Belle Epoque se sont avant tout attachés à cibler un fonctionnement organisationnel permettant d'atteindre une qualité optimale concernant les activités existantes, pour ensuite en assurer la stabilité. Pour ce faire, des changements internes ont été engagés ; ces changements ont notamment eu pour objet de redéployer la diversité des compétences des professionnels de l'établissement afin d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins des résidents et notre accompagnement au quotidien.

Aujourd'hui La Belle Epoque dispose d'une organisation interne structurée, de compétences fortes, variées et d'un fonctionnement stabilisé au bénéfice de la qualité d'accompagnement. Ces conditions opérationnelles acquises offrent à l'établissement la possibilité de désormais orienter sereinement son développement d'une part vers la finalisation de certains projets en cours et d'autre part vers la réalisation de nouveaux projets en faveur des résidents et de manière plus générale en faveur des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants.

Pour ce faire, et dans le respect des valeurs institutionnelles, la résidence La Belle Epoque devra orienter ses efforts dans des directions répondant conjointement aux évolutions du secteur et aux besoins des personnes âgées.

Dans cette optique annoncée, l'établissement a choisi, pour les 5 prochaines années, de mobiliser l'ensemble de ses ressources autour des 5 axes de développement suivants :

➤ **Améliorer les conditions d'accueil et de vie des résidents**

Les qualités de l'accompagnement et des conditions d'accueil des résidents sont une priorité explicitement assumée au sein de la résidence La Belle Epoque. Or, la construction actuelle, ancien hospice datant de la fin 19^{ème} siècle, réaménagée dans les années 1980 dans le cadre du plan de modernisation des maisons de retraite, n'offre désormais plus les conditions optimales d'accueil (confort, sécurité) pour les résidents accompagnés. Par ailleurs, 9 chambres à deux lits n'offrent pas l'intimité le plus souvent attendue des résidents ou leur famille. Des alternatives telles que la restructuration du bâtiment existant ont été examinées. Si cette solution était séduisante d'un point de vue financier (impact limité sur le prix de journée), elle ne constituait pas, comme expliqué précédemment, l'alternative optimale en terme d'amélioration de la qualité des conditions d'accueil des résidents. Les réflexions dernièrement menées s'orientent donc vers une reconstruction totale de la résidence, seule alternative susceptible de répondre favorablement à l'objectif recherché.

➤ **Adapter les compétences internes à l'évolution du profil des publics accueillis**

Les projections démographiques pour les années à venir permettront de soutenir une demande croissante d'entrée en établissement. En revanche, le profil des personnes accueillies, amenées à évoluer vers une dépendance très importante et sans véritable précédent, implique des professionnels, qu'ils soient formés et hautement qualifiés pour accompagner au mieux les évolutions liées aux problématiques du grand âge. Pour relever ce défi, l'établissement pourra indéniablement s'appuyer sur ses points forts (des qualifications larges et diversifiées, un ratio soignants/résidents élevé, un taux encadrement personnel élevé) pour sélectionner et suivre les formations appropriées, diffuser largement les connaissances en interne et contrôler leur application. L'établissement devra en revanche examiner de près et palier le phénomène d'absentéisme de courte durée du personnel, perturbant aujourd'hui parfois la qualité de l'accompagnement et impliquant le recrutement temporaire régulier de personnels souvent moins expérimentés et qualifiés que le personnel titulaire habituellement en poste.

➤ **Adapter le positionnement de la Résidence aux besoins de la personne âgée et à l'offre de prise en charge**

Le secteur médico social va être confronté à une standardisation de l'offre d'accueil permanent en institution, provoquant mécaniquement un accroissement de la concurrence inter EHPAD. Parallèlement à cela nous pouvons en revanche observer de véritables opportunités de différenciation de l'offre notamment sur la zone de Mouvaux et ses environs d'une part, et un développement accru de solutions de prises en charge moins onéreuses et plus adaptées à la population, d'autre part.

Aujourd'hui, la Résidence propose une diversité limitée de prestations d'accueil et d'accompagnement permanent (accueil traditionnel, seulement) qui ne lui permet pas de se différencier nettement des autres établissements des alentours. Aujourd'hui les alternatives à l'hébergement complet traditionnel en EHPAD (HT, AJ, SSIAD, etc.) ou spécialisées (UVA, PASA, etc.) sur les environs restent encore à la marge alors même qu'elles constituent d'une part des solutions valorisées par les usagers et les politiques, et d'autres part des solutions souvent moins onéreuses. L'établissement a un intérêt certain à faire évoluer son positionnement, à fortiori dans l'optique d'une reconstruction de l'établissement, en sélectionnant des projets de diversification de ses prestations à court terme.

Pour saisir ces opportunités de différenciation et contrer des menaces bien réelles de standardisation de l'offre sur les environs, la Résidence dispose de fortes compétences organisationnelles et managériales (organisation bien structurée) et de ressources physiques (localisation géographique favorable, niveau d'équipement), ressources humaines (ratio soignants/résidents élevé, taux d'encadrement élevé), ressources financières (liquidités) solides.

➤ **Améliorer l'inscription de l'établissement dans les filières gériatriques et réseaux locaux**

Les recommandations politiques s'orientent de plus en plus vers le développement de partenariats visant à améliorer la qualité du circuit de soin et la maîtrise des coûts de la prise en charge de la personne âgée. Ces intentions politiques constituent aujourd'hui une véritable opportunité pour la Résidence qui accueille un public très dépendant, impliquant notamment en interne, une file active et des taux de rotation de places importants. Le développement de solutions à domicile (SSIAD, HAD, etc.) constituent des opportunités de partenariats susceptibles de limiter les coûts et améliorer la qualité de la prise en charge de la dépendance, mais aussi de fluidifier le circuit des résidents en amont à la Résidence. Pour mieux inscrire la Résidence dans les filières et réseaux locaux, l'établissement pourra s'appuyer sur ses ressources effectives telles que ses coopérations actuelles qu'il conviendra néanmoins d'évaluer.

➤ **Maintenir le prix de journée et assurer l'accessibilité des prestations à l'ensemble des personnes âgées**

Si on constate pour 2013 une progression des crédits alloués au secteur médico-social, les orientations politiques à venir se dirigent vers une volonté explicite du maintien du « reste à charge » pour l'usager et en conséquence une réduction des coûts de fonctionnement. Pour relever ce véritable défi, l'établissement est en mesure de s'appuyer sur des compétences budgétaires effectives, telles que sa gestion saine et rigoureuse dans le respect des budgets accordés¹⁸, mais aussi sur des mutualisations favorables à la maîtrise de coûts de la résidence (convention de direction commune avec l'EHPAD de Bondues et GCMS). En revanche, l'établissement devra s'engager selon toute vraisemblance dans une politique, en matière de ressources humaines, susceptible de réduire des coûts de fonctionnement non négligeables relatifs à l'absentéisme.

¹⁸ Pour information : depuis 2012 l'établissement a mis en place des tableaux de bord de suivi budgétaire de l'activité

Ce Projet institutionnel est ambitieux mais réaliste pour les 5 prochaines années et fera l'objet d'une actualisation permanente à partir des constats d'évolution de la population accueillie, de ses besoins, et de nos propres projections.

Il est également fédérateur de nouveaux projets essentiels au développement de la structure, à la motivation des professionnels et au renforcement de la qualité des prestations, dans une logique directrice de maintien du « reste à charge » pour « l'usager ».

Remercions l'ensemble des rédacteurs de ce Projet et la qualité de leurs analyses et propositions de perspectives d'évolution pour la Résidence à horizon 5 ans. L'expertise des professionnels de la Résidence n'est plus à démontrer et leur engagement dans la formalisation de ce Projet en témoigne. Ce travail d'équipe et pluridisciplinaire ne pouvait aboutir sans une prise de conscience par les professionnels des enjeux institutionnels et propres au secteur médico social, liés notamment à la prise en charge de la « grande dépendance » et de l'évolution du positionnement des EHPAD. Cette démarche projet et la dynamique de travail qu'elle suscite en interne laisse penser que les professionnels sont prêts à relever les défis et réaliser les objectifs que nous nous sommes fixés pour les cinq prochaines années, au bénéfice de nos aînés.