

# PROJET D'ETABLISSEMENT



2012/2016

Unité d'Hébergement Renforcé « LA MAISON  
d'ALOÏS » EHPAD public Léon Maugé

67, rue d'Estienne d'Orves  
91370 Verrières-le-Buisson

## LEXIQUE

<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<b>ANESM</b>	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
<b>ANGELIQUE</b>	Application Nationale pour Guider l'Évaluation Labellisée en Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
<b>AMP</b>	Aide Médico-psychologique
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide Soignante
<b>ASG</b>	Assistant de soins en Gérontologie
<b>ASHQ</b>	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Établissement
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressources
<b>GMP</b>	GIR Moyen Pondéré
<b>MMS</b>	Mini Mental Score : dépistage de la maladie d'Alzheimer

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>03</b>
<b>Introduction générale</b>	<b>03</b>
<b>Méthodologie retenue</b>	<b>03</b>
<b>1. La maison d'Aloïs</b>	<b>07</b>
<b>1.1. Problématique et perspective</b>	<b>07</b>
<b>1.2. Projet architectural</b>	<b>08</b>
1.2.1. Objectifs généraux	08
1.2.2. Principes et enjeux	09
<b>2. Accompagnement des résidents</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Valeur et principes fondateurs</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Charte de l'établissement</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Projet d'accueil</b>	<b>11</b>
<b>2.4. Projet de vie individualisé</b>	<b>14</b>
2.4.1. Restauration	15
2.4.2. Promotion de la bienveillance	15
2.4.3. Sécurité des personnes et des biens	15
2.4.4. Relations avec les familles	15
<b>2.5. Projet d'animation</b>	<b>16</b>
<b>2.6. Projet de soins</b>	<b>21</b>
2.6.1. Présentation du personnel	21
2.6.2. Présentation des services	26
2.6.3. Projet de soins individualisé	26
2.6.4. Coordination et partenariat	27
2.6.5. Circuit du médicament	27
2.6.6. Réalisation des soins	28
<b>2.7. Projet social</b>	<b>29</b>
2.7.1. Risques professionnels	29
2.7.2. Organisation générale du travail	30
<b>Conclusion</b>	<b>31</b>
<b>Annexes</b>	<b>32</b>

# INTRODUCTION

## ❖ Introduction générale

Ce document a été élaboré sous l'égide de Monsieur ANGELETTI, Directeur de l'établissement avec la collaboration de l'ensemble du personnel, du médecin coordonnateur et de la cadre de santé, au regard des préconisations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux).

Il est établi pour une durée de 5 ans après validation du conseil d'administration et du conseil de la vie sociale.

Le projet d'établissement définit par l'arrêté du 26 avril 1999 et généralisé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, détermine les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

**Il est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.**

Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes ;

Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires ; En effet, il permet d'assurer une qualité optimale de prise en charge des résidents, en fédérant les équipes autour d'objectifs partagés et de valeurs communes.

Enfin, c'est un document évolutif car suivi et révisé régulièrement.

Le projet est aussi adapté à la nature, à la géographie, à l'histoire et à l'identité de l'établissement.

## ❖ Méthodologie retenue

Ce document synthétise les réflexions issues des groupes de travail. Il se décompose en différents volets :

- ✓ Le projet de vie
- ✓ Le projet de soins
- ✓ Le projet d'accueil
- ✓ Le projet d'animation
- ✓ Le projet architectural
- ✓ Le projet social

Il traite dans un premier temps de l'EHPAD dans son contexte actuel puis aborde le projet de vie de l'unité spécifique Alzheimer en cours de construction au moment de la rédaction de ce document.

Ce projet a entièrement été écrit grâce au travail de réflexion du personnel volontaire. En effet, la Direction souhaitant associer le personnel à ce travail, a entamé une démarche participative pour le réaliser. Ainsi, chacun dans son rôle, chacun avec ses compétences, chacun selon sa personnalité a apporté ses idées et fait ses propositions.

En janvier 2011, 4 groupes de travail multidisciplinaires ont été constitués au regard de 2 axes préalablement définis : les critères d'admission et le déroulement d'une journée. Ce travail de réflexion s'est appuyé sur le cahier des charges des Unités d'Hébergement Renforcé, dans la mesure où une demande de labellisation est en cours.

Chaque groupe de 5 personnes s'est réuni tous les quinze jours pendant quatre mois avec une fois sur 3, une séance commune permettant de faire la synthèse des travaux.

Un animateur et un secrétaire a été désigné dans chacun des groupes.

Tous les services étaient représentés dans ce travail :

La Direction, l'administration, l'accueil, l'hôtellerie, les techniques, les soins (Aides soignantes, infirmières, cadre de santé, médecin coordonnateur et psychologue) le ménage et la lingerie.

Un calendrier des réunions a été réalisé en amont afin d'éviter tout impact sur l'organisation des services.

Enfin, il est à noter que le travail a commencé après la visite des locaux encore en construction. En effet, la visualisation de l'espace semblait importante pour imaginer le quotidien des résidents et du personnel affecté.

L'organisation de l'unité a été pensée au regard de l'effectif actuel car aucun personnel supplémentaire n'était prévu jusqu'à ce jour. Le renouvellement de la convention tripartite cette année et la demande de labellisation de l'unité en UHR devrait permettre en 2012 d'obtenir des postes.

Après rédaction du présent document, le comité de lecture préalablement constitué a pu émettre ses remarques, corrections et modifications avant édition définitive.

**RECAPITULATIF DE LA METHODE :**

<p><b>Mise en place un comité de pilotage</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des enjeux propres à la structure</li> <li>- Organisation des processus</li> <li>- Proposition d'un échéancier</li> <li>- Choix des thématiques à approfondir</li> <li>- Mobilisation des différents acteurs</li> <li>- Suivie de l'ensemble de la démarche</li> </ul>
<p><b>Réalisation des travaux préparatoires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil des données disponibles</li> <li>- Réalisation des analyses documentaires</li> <li>- Analyse des données disponibles</li> <li>- Réalisation des entretiens</li> </ul>
<p><b>Mise en place des groupes de travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix des thèmes de débat</li> <li>- Organisation de la composition du ou des groupes</li> <li>- Formalisation de la commande à l'égard du ou des groupes</li> <li>- Organisation de l'animation des groupes</li> <li>- Organisation de la diffusion des productions (CVS)</li> </ul>
<p><b>Rédaction du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix d'un rédacteur</li> <li>- Intégration des résultats des évaluations précédentes</li> <li>- Intégration des productions des groupes</li> <li>- Ecriture des fiches actions</li> <li>- Intégration des tableaux de bord</li> <li>- Organisation d'une navette entre le comité de pilotage et les groupes de travail</li> </ul>
<p><b>Validation du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de la présentation au CVS</li> <li>- Organisation de la vérification technique par le comité de pilotage</li> <li>- Organisation de la validation par les instances dirigeantes</li> </ul>

<b>Suivi du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Edition du projet avec ses annexes</li><li>- Edition d'une synthèse</li><li>-Présentation du projet aux nouveaux intervenants</li><li>- Mise en place du comité de suivi de projet</li><li>- Révision du projet, au moins à mi-parcours</li><li>- Actualisation du projet au moins tous les 5 ans (bilan-évaluation, nouveaux objectifs)</li></ul>
------------------------	--

La stratégie de mise en œuvre de cette politique est décrite dans le cadre :

- Du projet de vie
- Du projet de soins
- Du projet social
- Du projet qualité
- Du projet architectural

## 1. LA MAISON D'ALOÏS

### 1.1. Problématique et perspective

Au cours des dernières années, l'établissement a été confronté à une double problématique :

- ✓ La moyenne d'âge de la population accueillie augmente, comme partout en France, dans ce type de structure et l'EHPAD accueille de plus en plus de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ; Jusqu'à présent l'établissement ne pouvait prendre en charge cette population de façon satisfaisante par absence de locaux et d'organisation en moyens humains adaptés.
- ✓ La population accueillie exprime une exigence forte en matière de confort notamment d'hygiène quotidienne et de besoin d'espace individuel que l'établissement ne peut offrir. Les chambres à deux lits sont en effet de moins en moins bien acceptées par les résidents et leur entourage.

Pour répondre à cette double problématique, l'établissement a développé un projet selon les deux axes suivants :

- L'extension des locaux sans modification de la capacité d'accueil totale par la création d'une unité spécialisée de douze lits pour l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- La restructuration du bâtiment principal de l'EHPAD avec transformation de la plupart des chambres doubles libérées en chambres simples et locaux à usage spécifique.

Cette phase comprend la mise à niveau en termes de sécurité des personnes, confort dont confort sanitaire, et adaptation de l'organisation de la prise en charge à l'évolution de la population accueillie dont la proportion de personnes atteintes de troubles du comportement a augmenté très sensiblement, et semble évoluer encore dans ce sens.

Ce programme nécessitera une restructuration du bâtiment afin d'adopter une organisation par unités de prise en charge adaptées aux troubles des personnes atteintes de syndrome Alzheimer. Cette restructuration nécessitera un décroissement et recloisonnement optimisant les surfaces et espaces disponibles en cherchant à préserver au mieux les éléments structurants (façades, porteurs, circulations verticales, gaines). Ce programme pourra cependant retenir quelques extensions de planchers suivant les possibilités et contraintes de structure.

Par ailleurs, cette opération devra être l'occasion d'améliorer très sensiblement la qualité thermique et énergétique du bâtiment et de soigner la qualité de l'environnement intérieur en termes de produits mis en œuvre respectant au mieux les règles d'hygiène environnementale. Ce programme devra être menée dans le cadre d'une démarche de Haute Qualité Environnementale visant à économiser notamment l'énergie, l'eau et introduire l'usage d'énergie renouvelable. Ces investissements devant entraîner des économies de fonctionnement notoires.

La problématique de ce projet restant son coût et donc l'augmentation du prix de journée une nouvelle fois (en effet, les travaux de construction vont engendrer une première augmentation de 15% dès 2011) il est envisagé de faire une étude des sols en vue d'une réhabilitation moins ambitieuse du bâtiment à savoir la pose de douche dans chaque cabinet de toilette sans modifier la superficie des chambres. Cette hypothèse engendrerait des conséquences bien moins contraignantes pour les résidents durant les travaux. Elle aurait toutefois l'inconvénient de ne pas répondre entièrement aux normes d'accessibilité relatives à la loi sur le handicap.



## 1.2. Projet architectural

L'organisation des locaux participe à la mise en œuvre du projet médical en portant une attention constante aux résidents.

L'aménagement doit aussi favoriser l'accueil des familles et les conditions de travail du personnel.

Ce nouveau bâtiment permet d'atteindre un double objectif : offrir la possibilité aux personnes présentant des troubles sévères du comportement engendrés par la maladie d'Alzheimer ou apparentée de vivre dans des locaux adaptés à leur pathologie tout en favorisant la qualité de vie et la sécurité des autres résidents.

### 1.2.1. Objectifs généraux

Pour les résidents :

- Eviter la dépersonnalisation du modèle hospitalier et créer une ambiance rassurante
- Favoriser l'autonomie des patients et le repérage temporo-spatial
- Permettre la déambulation et les activités en toute sécurité
- Stimuler les fonctions cognitives
- Diminuer les sédatifs, éviter les contentions, prévenir les maltraitances
- Optimiser la surveillance

Pour le personnel :

- Optimiser la charge de travail
- Recentrer les tâches sur les soins directs aux résidents et personnaliser les relations avec les résidents
- Valoriser le travail accompli et renforcer la motivation
- Optimiser la surveillance
- Se former comme assistant de soins en gérontologie

### 1.2.2. Principes et enjeux

Le lieu de vie constitue le cœur de l'unité d'accueil. Il est le lieu de référence des résidents et rassemble toutes les fonctions du quotidien : repas, activités, détente, etc.

Les ambiances sont rassurantes voire sécurisantes tout en restant stimulantes.

La cuisine intégrée à l'environnement et ouverte sur l'espace de vie constitue un espace majeur de l'unité autour duquel sont centrées la plupart des activités quotidiennes réalisées avec les résidents.

Les circulations permettent aux résidents de se rendre facilement d'un espace vers un autre et de déambuler sans difficulté. Elles sont traitées comme des espaces vivables et aménageables et sont faciles à surveiller par le personnel.

Les chambres sont situées dans un environnement immédiat du lieu de vie. D'une superficie de 21M<sup>2</sup>, elles sont équipées d'un grand placard de rangement et d'une salle d'eau avec douche au sol, lavabo et WC. La chambre est par définition un espace privatif que le résident peut personnaliser et organiser comme il le veut.

L'espace extérieur est le prolongement de l'espace de vie ; Il est directement accessible par deux endroits de l'unité.

L'aménagement du jardin offre différents lieux et ambiances avec une alternance végétale et minérale. Il est l'occasion d'activités régulières.

Le site est entièrement sécurisé mais reste ouvert sur l'extérieur afin de maintenir le lien social et affectif :

- ✓ rencontres inter générations
- ✓ rencontre inter établissements
- ✓ sorties, etc.

L'unité Alzheimer étant dépendante de l'EHPAD Léon Maugé, l'aspect logistique et organisationnel (linge, cuisine, etc.) est organisé au sein du bâtiment principal. Les transferts (linge, repas, poubelles) se font à l'aide de chariots prévus à cet effet.

## 2. ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

### 2.1. Valeurs et principes fondateurs

#### Le contexte

Le projet de vie répond en partie à une injonction légale : la mise en conformité avec la loi du 02 janvier de 2002, dite loi de rénovation sociale, obligeant les établissements sociaux et médico-sociaux à disposer d'un projet d'établissement fondant leurs activités.

#### Les principes du projet de vie

L'entrée en institution d'une personne est une période de rupture avec la perte de son mode de vie antérieur et de ses repères. Cette entrée résulte de plusieurs facteurs, propre à chaque personne.

En effet, avec son histoire de vie, ses particularités et son environnement, la personne accueillie doit trouver une réponse adaptée à ses besoins ; réponse permettant le maintien de la plus grande autonomie possible, en donnant sens et dignité à la vie.

L'EHPAD « Léon Maugé » met en œuvre une palette de services afin de répondre à cette diversité de besoins : accueil permanent, temporaire et spécifique Alzheimer, en offrant des solutions adaptées à chacun

## 2.2 Charte de l'établissement

### Charte de l'établissement

Madame, Monsieur

Vous êtes bienvenus chez nos aînés.

Pour le respect de chacun et le bon fonctionnement de l'institution,

Nous nous sommes inscrits dans une philosophie de bientraitance.

Nous nous engageons à :

- rendre la vie agréable et chaleureuse dans ces lieux
- être poli, plaisant, aimable, ouvert et disponible
- respecter la liberté d'expression et de culte, la différence, le handicap
- avoir une écoute attentive de ce qui est dit et exprimé, et y répondre
- assurer une bonne hygiène, le bien être, le confort et la sécurité
- veiller à respecter la pudeur de l'intimité
- entendre, observer et signaler toute souffrance physique et psychique pour mettre en place une démarche commune
- maintenir les habitudes de vie autant que possible
- stimuler les capacités pour préserver ou retrouver l'autonomie
- aider les familles à maintenir les liens avec leurs parents.

Rédigée par le personnel

Validée par la Direction

## 2.3. Projet d'accueil

Le séjour d'une personne en établissement commence par une étape capitale qui marque le début de la prise en charge : l'accueil.

Il est appréhendé et organisé avec beaucoup de précautions car il conditionne l'intégration de la personne et donc, la qualité de son séjour. C'est pourquoi une visite préalable des locaux et une consultation auprès du médecin coordonateur permettent en toute connaissance de cause, un choix éclairé de l'entrée en institution.

Avant l'admission, le résident et sa famille sont informés sur le fonctionnement de l'établissement et conformément à la législation, les documents administratifs tels que le contrat de séjour et le livret d'accueil sont remis. La signature du contrat de séjour se fait le jour de l'admission. C'est également le moment propice pour aborder le fonctionnement de la structure (horaires de visites, lingerie, restauration, choix du médecin, etc.)

Sur le plan architectural, le bureau d'accueil de l'EHPAD reste commun aux deux structures pour tout renseignement et dépôt de dossier.

Il est ouvert **du lundi au vendredi** de 9H00 à 18H00 et **le samedi** de 10H à 17H.

La visite d'admission pour les deux sites se pratique dans le bureau du médecin coordonateur.

L'admission dans la nouvelle structure ne doit pas être déterminée que sur le critère du soin. C'est la raison pour laquelle, des critères d'admission et/ou de sortie de l'unité ont été déterminés en amont de l'ouverture.

L'établissement propose l'accueil de 12 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, dans l'unité spécifique. Ces personnes sont actuellement hébergées dans le bâtiment principal de l'EHPAD ce qui n'est pas sans poser de problèmes relatifs à la sécurité et la tranquillité des autres résidents.

En effet, les personnes concernées par cette unité sont des résidents présentant des troubles du comportement sévères qui peuvent perturber l'organisation des services.

La population pouvant être accueillie se caractérise globalement :

- Par son incapacité à participer à la vie familiale, sociale, communautaire telle que le propose l'établissement aujourd'hui,
- Par sa capacité relative à prendre part de quelque manière que ce soit à la vie du groupe,
- Par son agitation, déambulation et agressivité.

Elle est susceptible néanmoins de pouvoir à nouveau participer à la vie d'un groupe si la possibilité lui est offerte d'être accueillie dans un lieu propice à stimuler les fonctions motrices et cognitives, avec une prise en charge axée sur un projet d'accompagnement personnalisé, encadré par un personnel formé et motivé, dans une unité de petite taille générant une ambiance conviviale, chaleureuse et sécurisée.

Cet accueil personnalisé se décline dans les dimensions suivantes :

- Le projet d'accompagnement personnalisé,
- Des locaux appropriés,
- Le rythme de vie de l'unité et son environnement adapté à chacun,
- Le personnel

- La sécurité et la prévention des accidents (espace libre et sécurisé).

Le diagnostic initial relatif à l'admission dans l'unité sera réalisé par le médecin coordonnateur en lien avec l'équipe soignante, à l'aide de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES) et en cas d'agitation, de l'échelle Cohen-Mansfield.

Chaque situation fait l'objet d'un examen attentif par le médecin et la cadre de santé en vue d'éviter toute erreur d'orientation.

Au-delà de ce diagnostic médical des critères d'admission et /ou de sortie ont été établis :

 **Critères d'admission, de refus et de réorientation**

Critères d'admission	Critères de refus	Critères de réorientation
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic maladie ALZHEIMER ou apparentée (stade sévère) compliquée de symptômes psycho comportementaux qui altèrent la sécurité et la qualité de vie du résident (évaluation et bilan des symptômes réalisés à l'aide d'une échelle appropriée)</li> <li>- Présence d'instabilité psychomotrice (fugues, déambulations) compatible avec la vie en communauté</li> <li>- Autonomie pour le déplacement</li> <li>- Consentement de la personne recherché</li> <li>- Adhésion des familles au projet de vie et de soins</li> <li>- Absences de pathologies psychiatriques</li> <li>- Groupe de dépendance 2/3</li> <li>- Validation Médecin, IDECO et Directeur</li> <li>- Priorité aux résidents de l'EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refus répété du résident</li> <li>-Pas de diagnostic Alzheimer</li> <li>- GIR 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminution des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec un retour en unité traditionnelle</li> <li>- Passage en GIR 1</li> <li>- Nécessité d'un transfert pour aggravation des pathologies sous jacentes</li> <li>- Apparition de pathologies organiques ou psychiatriques alourdissant la charge en soins</li> </ul>

Le changement de structure ne doit pas être perçu par les résidents ni leur famille, comme une « punition » car l'admission et / ou le maintien dans l'unité Alzheimer ne peut être validée que s'il y a un intérêt thérapeutique pour le résident.

### Modalités d'admission

Les demandes d'hébergement dans l'unité Alzheimer font l'objet d'une présélection sur dossier à l'instar des demandes faites pour l'entrée en EHPAD. Les dossiers sont visés par le Directeur puis transmis au Médecin coordonnateur. A partir d'un dossier médical, avec diagnostic Alzheimer posé et un recueil des habitudes de vie, des rites, de l'histoire du résident, une commission pluri disciplinaire composée du médecin coordonnateur, de la cadre de santé et de la psychologue, statue sur la demande d'admission, laquelle est in fine, validée par le Directeur de l'établissement.

Il est important de souligner que toute entrée n'est pas définitive mais pourra faire l'objet d'une réorientation dans l'EHPAD le cas échéant. Cette décision sera prise en équipe pluridisciplinaire après recherche du consentement de la personne accueillie et/ou de sa famille, en raison de la diminution ou la disparition des troubles du comportement rendant possible ce retour.

L'ensemble de ces modalités sont inscrites dans le contrat de séjour.

#### Orientations de l'établissement au titre du **projet d'accueil** :

- Améliorer les pratiques de l'accueil et de l'admission, en garantissant ainsi un accueil satisfaisant et identique à tous les nouveaux résidents par le biais de l'écriture d'une procédure d'accueil dans laquelle sera décrite l'organisation relative à la demande de renseignements, la pré-admission, l'admission et l'intégration.
- Utiliser le logiciel PSI pour enrichir le dossier informatique des résidents.
- Elargir l'ouverture de l'accueil au dimanche.

## 2.4. Projet de vie individualisé

La prise en charge de la personne accueillie est réalisée par un accompagnement individualisé respectant la dignité, donnant sens et espoir à la vie.

Le projet de vie individualisé est décliné à partir :

1. Des habitudes de vie de la personne avant son entrée dans la structure
2. Des particularités et des handicaps de la personne

Le projet est individuel. Les buts et objectifs poursuivis sont propres à chaque résident, à son histoire et son environnement.

A ce titre, les visites de pré admission organisées par la Cadre de santé et le Médecin coordonnateur avec le futur résident et sa famille permettent d'obtenir les éléments nécessaires à la préparation du projet de vie individualisé. Les éléments précédemment obtenus lors de la visite de pré admission sont alors complétés, évalués et modifiés durant la prise en charge.

#### 2.4.1. La restauration

Le recueil des attentes et des souhaits des résidents se fait au moment de la visite de pré admission en prenant en compte les habitudes de vie antérieures en termes de goûts culinaires. En effet, les repas sont des temps qui permettent de stimuler et de redécouvrir les plaisirs du goût et de l'odorat.

Tous les repas sont pris en salle à manger, avec les soignants et les familles le cas échéant. L'idée est de ne pas faire « à la place de » mais « avec lui ».

#### 2.4.2. La promotion de la bientraitance

L'ensemble du personnel a été formé aux notions de bientraitance et plus particulièrement à la méthodologie de soins « humanité ® ».

la méthodologie de soin Gineste-Marescotti est un ensemble de théories et pratiques originales pour améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile.

Le corps est utilisé comme médiateur afin que la douceur rapproche le soignant et le soigné dans leur humanité. Cette méthode permet d'accompagner les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie.

L'accompagnement au quotidien des résidents est réalisé dans cet esprit et la volonté de baser les pratiques quotidiennes en fonction d'une charte témoignent de la politique de l'établissement à ce sujet.

#### 2.4.3. Sécurité des personnes et des biens

L'unité Alzheimer offre la possibilité d'une déambulation dans un secteur protégé (intérieur et extérieur). La dimension de la sécurité dans un EHPAD couvre un large champ (sécurité physique, financière, morale, sécurité des locaux et environnementale (eau, air, fluides, déchets, etc.).

La politique institutionnelle fixe comme obligation première, la sécurité des résidents. Les formations à la prévention de l'incendie et aux techniques d'hygiène sont mises en œuvre de façon récurrente. Les chutes font l'objet d'un signalement systématique et d'un protocole récent.

Les « fugues », même si l'endroit est sécurisé, peuvent arriver. Elles font l'objet d'un signalement et d'un protocole avec la marche à suivre le cas échéant.

#### 2.4.4. Relations avec les familles

L'établissement encourage la participation des familles à la vie institutionnelle. Le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement. Elles sont sollicitées également pour leur participation à la commission mensuelle des menus, celle d'animation ainsi que lors d'ateliers cuisine ou repas à thèmes ponctuels.

Par ailleurs, un « conseil des familles » a été institué en 2011, lequel permet de répondre aux questions diverses et de recevoir une information sur un thème choisi pour l'occasion (maladie d'Alzheimer, sexualité des aînés, etc.

Cette instance est très importante car elle représente un véritable outil de liaison entre les familles et les soignants. Elle permet in fine de déculpabiliser certains et de lever des interrogations sur des organisations de service qui pourraient sembler inadaptées de l'extérieur.

Deux enquêtes de satisfaction ont par ailleurs été réalisées récemment :



L'une sur la qualité de l'animation en 2010 et la seconde sur la restauration en 2011.

Enfin, un cahier de suggestions est disponible à l'accueil.

## 2.5. Projet d'animation

L'équipe Animation est actuellement constituée de 3 animateurs dont l'un est à mi-temps.

Cette équipe ainsi constituée permet de proposer une présence de l'équipe du lundi au samedi entre 9h00 et 18h00.

Une commission d'animation se réunit une fois par trimestre depuis janvier 2011. Elle est composée du Directeur, de plusieurs résidents et de représentants du personnel et des familles.

Ces rencontres permettent de définir et d'ajuster les activités et sorties proposées, au plus près des attentes de chacun.

L'animation est considérée comme un soin et inversement, ce qui présuppose que l'ensemble du personnel participe à la vie sociale de la maison.

Dans ce cadre, les objectifs définis dans le projet d'animation de l'unité Alzheimer, sont les suivants :

- Maintenir l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne ;
- Apporter un bien-être physique et psychologique autour de la notion de rituels, de répétitivité dans le respect de l'individualité ;
- Favoriser le sommeil nocturne : tisanes, promenades, recul de l'heure du coucher et renoncement à la sieste ;
- Lutter contre l'isolement et le repli social ;
- Satisfaire son besoin de divertissement ;
- Ouvrir l'unité sur son environnement proche en facilitant les rencontres intergénérationnelles, inter culturelles, inter établissements et intra établissement (avec le bâtiment principal de l'EHPAD).

Pour répondre à ces objectifs, divers moyens sont mis en place parmi lesquels :

- **L'emploi du temps**, lequel fera une large place à l'animation qui créera une dynamique de groupe dans laquelle chacun sera acteur.

Tous les intervenants de la structure, libéraux ou non, interviennent par petit groupe de 3 à 4 résidents, le projet consistant à :

- Inculquer un rythme aux résidents ;
- Répéter des actes tels que la toilette, les repas, la préparation de la table ;
- Jouer en vue de faire travailler la mémoire ;
- Maintenir la praxie (atelier jardin, pâtisserie, art plastiques, jeux de balle) ;

- Se divertir (spectacles, sorties, etc.).

- **L'évaluation**

L'évaluation des activités, des progrès, de l'organisation et du fonctionnement se fera à l'aide de grilles spécifiques prévues à cet effet et lors des réunions de synthèses pluridisciplinaires.

- **Le prendre soin d'animaux**

Après une longue réflexion sur l'adoption d'un animal de compagnie, l'établissement a choisi d'acheter des lapins nains. Ils ont trouvé leur place près du jardin des résidents et peuvent à tout moment être sortis de leur cage pour être caressés. Une grande volière extérieure permet par ailleurs, été comme hiver, d'observer et d'écouter des faisans multicolores et un superbe paon. Les soins que nécessitent de tels animaux et oiseaux sont l'occasion d'activités par petits groupes. Il s'agit là de recréer le cadre de vie d'une maison, favoriser la communication, le rapport à l'autre, voire la relaxation.

- **La stimulation des sens**

Le jardin thérapeutique permet non seulement une déambulation facile et sans obstacle, mais aussi des exercices physiques naturels, un entretien des muscles, une amélioration du sens de l'équilibre, une stimulation de l'appétit et l'amélioration du sommeil. Par ailleurs, les éléments végétaux sont disposés de manière à reconstituer un paysage familier (potager, carré aromatique, cloître engazonné) et accessible à tous.

Les résidents de l'unité peuvent également participer aux ateliers jardinage organisé par l'équipe animation, au potager principal de l'EHPAD. Ce jardin est construit à hauteur et donc accessible aux personnes en fauteuils.

- **Les visites**

Elles sont conseillées pendant la tranche horaires 13H00 / 20H00. Les invités peuvent déjeuner avec leur parent après une inscription (48 heures à l'avance) à l'accueil. Le déjeuner est pris dans la salle à manger avec les autres résidents. En effet, la configuration des lieux ne permet pas la privatisation d'un espace spécifique.

- **Les familles**

Toute prise en charge de personnes âgées au sein d'une institution implique un maintien des relations familiales, fondé sur un véritable partenariat avec l'entourage. Il convient alors de contribuer au soutien des familles et de préserver un lien avec l'équipe et la personne âgée.

L'animateur est un lien privilégié pour les familles, par le biais des contacts réguliers autour des activités passées et à venir. Ce lien est également maintenu et enrichi via le blog de la maison « le journal de Léon », dans lequel on retrouve les événements passés ou à venir, les menus, les animations, des albums photos, le coin des messages, etc. Il est consultable à l'adresse suivante : <http://www.leonmauge.fr>.

Les familles peuvent accompagner leur parent lors de repas quotidiens et lors des spectacles mensuels ou encore les repas d'anniversaire.

Lorsqu'elles rendent visite à leurs proches, les familles ont la possibilité de participer à l'animation.

○ **Les activités**

L'unité propose des activités individuelles et collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et fonctions cognitives restantes, à la mobilisation des fonctions sensorielles et au maintien du lien social des résidents. Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

Ces activités font l'objet d'un protocole qui est suivi et évalué.

Pour permettre l'intégration à son nouvel espace de vie, un projet personnalisé d'accompagnement et de soins est réalisé pour chaque résident. Il précise le rythme de vie de la personne, les habitudes de vie lors des repas, de la toilette et des sorties, activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ou la surveillance de l'état de santé. Il est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne.

Notons par ailleurs que l'unité de vie permet dans un cadre agréable et intimiste, la déambulation des résidents en toute sécurité.

La journée est organisée selon un planning-type qui respecte les rythmes fondamentaux de la personne. Ces ateliers procurent des moyens d'expression aux résidents dans le but d'entretenir les stimulations cognitives, psycho cognitives et comportementales. De ce fait les états d'agitation ou d'apathie liés à la maladie diminuent et le sentiment de bien-être est censé s'améliorer.

Les activités sont alors structurées autour de quatre axes principaux :

- Le maintien de l'autonomie motrice ;
- La stimulation de l'activité mentale ;
- La stimulation sensorielle ;
- Le maintien des relations sociales.

*Plusieurs champs d'intervention sont couverts :*

- Le quotidien ;
- Les activités cognitives ;
- L'expression et la valorisation du corps ;
- Les activités culturelles et sociales ;
- Les activités manuelles.

Au même titre que dans l'EHPAD, la musique sera utilisée au quotidien soit au cours des ateliers soit en fond sonore.

En effet, la musicothérapie est « une des composantes de l'art thérapie qui consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique, pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne ».

**Activités cognitives/Ateliers mémoire qui ont pour objectif de préserver au maximum les facultés cognitives des résidents. Maintien de l'attention, des facultés liées à la communication et à la réflexion**

- Techniques d'associations d'image
- Rappels de mots
- Atelier mémoire visuelle, auditive, etc.

---

**Atelier sensoriel qui apportent des stimulations visuelles, auditives, olfactives, gustatives et tactiles afin de maintenir les facultés de chacun, de faire appel à la mémoire autobiographique et sémantique par l'intermédiaire des sens. Les difficultés de langage de certains résidents ne doivent pas être un frein à la communication**

- Atelier essences de parfum, plantes aromatiques, épices,
- Dégustation de chocolat, de thé, de vin chaud, pâtisseries régionales
- Espace Snoezelen :

---

**Activités physiques qui maintiennent une autonomie physique, revalorisation corporelle, bien-être**

- Gymnastique: mouvements physiques doux sur de la musique, mobilité articulaire,
- Jeux de ballon
- Relaxation et exercices respiratoires

---

**Activités manuelles : L'objectif est d'amener le résident à se sentir utile dans ce qu'il entreprend, à ne pas l'infantiliser. Créations artistiques et réflexion autour de l'activité. art-thérapie : c'est une technique de communication (de soin) non verbale qui propose aux résidents une expérience créative**

- Création de supports pour des résidents désorientés, pour des journées à thème
- Collages,
- Découpage,
- Peinture thématique,
- Décoration de la chambre,
- Fleurs

**Activités d'expression et de communication**

- Le chant : permet de partager un plaisir en commun, d'être reconnu au sein d'un groupe en tant qu'individu à part entière. L'accent est porté sur la respiration, l'articulation et la mémorisation. Le chant est également un moyen de gérer son anxiété et surtout de prendre du plaisir !
- La relaxation
- Revue de presse : permet d'intégrer le résident en tant que citoyen faisant parti de la société, de le tenir informé de l'actualité
- Jeux de société
- Loto
- Rencontres organisées avec des enfants

**Activités socioculturelles dont l'objectif est de préserver l'autonomie de la personne âgée, de son bien-être physique, psychologique et social en lui permettant de conserver son identité. Les ateliers permettent alors de favoriser l'intégration et la participation des résidents à la vie collective ainsi que de préserver les liens sociaux à l'extérieur de l'établissement**

- Repas à thème : choix d'un thème et élaboration
- Sorties : concert de musique classique, marché de Noël, marché, promenade en forêt, etc)
- Spectacles dans l'établissement : une fois par trimestre, des artistes (variétés, chanteurs, musiciens, chorales, etc.) viennent distraire les résidents
- Bibliothèque : prêt de livres gros caractères ou normaux, livres lus sur cassettes
- La messe : 1 fois par mois, la communion est portée toutes les semaines aux résidents qui le désirent par les bénévoles de la paroisse
- Coiffeuse : présente deux fois par semaine dans l'EHPAD
- Après midi crêpes, gaufres, pain perdu ou beignets
- Atelier esthétique (manucure, épilation, massage des mains et du visage) : valorisation de l'Estime de soi et bien-être.

**Orientations de l'établissement au titre du projet d'animation :**

Appropriation par les animateurs du logiciel PSI à l'instar des soignants, en vue de mettre à jour le projet de vie individualisé de chaque résident.

Maintenir les relations sociales en assurant une animation quotidienne et ouverte aux personnes désorientées.

L'utilisation de matériel multimédia (lecteur CD, écran télévision, appareil photo numérique) permettra de développer les activités liées à la vie de l'établissement et aux événements importants : diffusion des images via l'écran plat, films...

L'animation se poursuivra, « autour du goûter » dans la salle de vie mais également par le biais de l'aménagement de petits coins détente pour des activités de lecture, jeux d'association...

L'espace sensoriel sera un moyen spécifique de lutte contre les états de stress et d'agitation. Il sera accessible à des personnes de l'EHPAD selon les moyens humains disponibles et les résultats obtenus.

Poursuivre la réunion de la commission d'animation trimestrielle.

Enrichissement du blog de l'établissement « le journal de Léon ».

Création d'un nouvel atelier informatique basé sur la visioconférence des résidents avec leur famille.

Amélioration du suivi des résidents et mise en place de l'évaluation. Des temps de communication entre l'animation et le service de soins permettront de mettre le résident au centre du dispositif.

Enfin l'animation du weekend sera maintenue et consacrée tout particulièrement à l'accueil des familles, autour d'un café, dans une ambiance conviviale. La présence d'un animateur favorisera l'expression, la rencontre avec les familles et la discussion autour des activités.

Développer les rencontres intergénérationnelles et le partenariat avec le centre aéré et l'espace jeunes de la ville.

## 2.6. Projet de soins

Le projet général de soins précise les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants, conformément à la mise en œuvre de la convention tripartite à travers laquelle l'établissement s'engage à respecter l'ensemble des recommandations qui y sont liées.

La démarche de projet de soins s'inscrit dans un contexte législatif et réglementaire :

- L'arrêté du 26 avril 1999 relatif au cahier des charges de la convention tripartite ;
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 abrogeant le décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- Les règles de bonnes pratiques en EHPAD.

Au-delà de ces obligations réglementaires, le projet de soins répond à d'autres objectifs :

- Il est une référence pour tous les membres du service de soins dans l'exercice de leurs fonctions, pour les intervenants extérieurs et les instances de l'établissement ;
- Il est un repère et permet à chacun de se situer comme acteur de changement et d'améliorer la qualité des soins ;
- Il valorise les dimensions du soin et donne du sens aux actions en associant tous les professionnels.

Par ailleurs, si l'on suit les valeurs données dans le projet de vie, de respect, d'autonomie et d'écoute, il est nécessaire de redéfinir le soin comme un geste non seulement technique mais aussi comme un geste d'accompagnement variable et adapté à chacun. Ce type de soins nécessite du temps, du personnel qualifié et/ou formé pour l'individualisation de la prise en charge du résident.

### 2.6.1. Présentation du personnel

Selon le même mode de fonctionnement que pour l'EHPAD, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonatrice sont chargés respectivement de développer le travail en réseau et de coordonner le service de soins et l'organisation de la démarche de soins dans l'unité Alzheimer.

L'équipe intervenant **actuellement** dans l'unité est composée de deux équipes :

- Equipe de jour : 3 AS/AMP : 06H30/13H30, 7h/14H, et 10H30/20H30. Cette équipe est chargée des soins de nursing, de l'animation et plus généralement de la prise en charge globale du quotidien des résidents ;

Un des quatre infirmiers de l'EHPAD est détaché sur l'unité à raison de 2H par jour entre 8H30/9H30, 12H/12H30, 16H/16H30 et 18H/18H30 ainsi que tous les mardis et jeudis matin (réunions, coordination, etc.) ;

- Equipe de nuit : 1 AMP chargée de la sécurité nocturne, du change et du coucher des résidents.

Prévision du personnel affecté à l'unité Alzheimer après labellisation en UHR

Professionnels	<u>Totalité</u> du personnel affecté à l'unité Alzheimer
Direction/Administration	0
Services Généraux	0
ASH	0
Médecin Coordonnateur	0.20
Infirmier (e)	0.50
Aide soignant (e) dont 2 agents de nuit	2+2 (nuit)
AMP	2
Assistant de soins en gériatrie	2
Ergothérapeute	0.50
Psychologue	0.17
Animateur	0.50
<b>Total</b>	<b>8.87</b>

**Le Cadre de Santé (CS)** a un rôle de coordination de l'équipe de soins (avec position hiérarchique) ; Il est l'interlocuteur direct de la Direction. Il participe à l'évaluation préalable relative à l'admission des malades avec le médecin coordonnateur.

**Le Médecin coordonnateur** de l'établissement est le garant du projet de soins qu'il élabore, actualise et met en œuvre avec le concours de l'équipe soignante.

Il valide les admissions dans l'unité en accord avec la Direction et assure le suivi des personnes accueillies en relation avec les médecins traitants et plus généralement avec les acteurs du réseau de santé.

**L'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)** a des missions centrées sur le soin dans toutes ses composantes : curatif, préventif, palliatif ou éducatif. A ce titre, l'IDE aide la personne à préserver son autonomie, à développer son potentiel de santé ou à soulager sa souffrance. Au-delà de la réalisation des prescriptions médicales, il organise les soins et la collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux.

**L'ergothérapeute** est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne. Il intervient au cours du processus de rééducation et de réinsertion des personnes ayant des difficultés à exercer leurs activités, en raison de problèmes physiques, sensoriels ou psychologique.

A ce titre, il assure l'encadrement et l'animation de plusieurs ateliers par semaine axés sur le travail du corps et l'image de soi ainsi que sur la réalisation des gestes de la vie quotidienne au travers d'activités physiques et manuelles.

**La psychologue** a pour mission d'étudier et de traiter les rapports entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Dans ce cadre, il apporte son soutien aux professionnels, aux familles (animation de groupes de paroles, entretiens individuels) et rencontrera les résidents le cas échéant.

**L'Aide Soignant (AS)** dispense des soins d'hygiène et de confort, sous la responsabilité de l'infirmier, pour préserver la continuité de la vie et l'autonomie de la personne.

**L'Aide Médico-Psychologique (AMP)** a pour objectif d'établir une relation vouée à la l'amélioration de la qualité de vie des usagers dans les services et établissements. Il participe ainsi à l'accompagnement des personnes « dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie ».

**L'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG)** assiste dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer. Sous la responsabilité de l'infirmier, l'ASG assure la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes.

**L'animateur** élabore et coordonne les projets d'animation sociale, éducative, culturelle ou sportive. Il organise ainsi des activités ou des sorties pour faciliter la communication, l'adaptation au changement et la socialisation de son public.



### ***Ecoute du personnel***

L'instance représentative du personnel (Comité Technique d'Etablissement) existe et se réunit trois fois par an dans le cadre de ses attributions. Le Directeur organise de façon complémentaire l'information du personnel au moyen de réunions inter services ou en participant occasionnellement aux réunions d'équipes hebdomadaires.

Orientations de l'établissement au titre de **l'écoute du personnel**:

#### **INSTAURER UN CHSCT (COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL) QUI A CE JOUR N'EXISTE PAS.**

Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un expert...) et les représentants du personnel, d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement. En l'absence de CHSCT, ce sont les délégués du personnel qui exercent les attributions normalement dévolues au comité

### ***Accueil et suivi du personnel***

Les recrutements sont gérés par le Directeur : étude de la base de données interne, présélection, convocation pour entretien et entretien avec le Directeur en présence de la cadre de santé et de l'adjointe des cadres.

L'accueil des nouveaux membres du personnel donne lieu à une visite détaillée de l'établissement, une information du personnel, la remise du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil ainsi que la signature du contrat de travail.

L'évaluation annuelle du personnel est réalisée au regard des textes en vigueur, avant décembre de l'année en cours. Hormis les personnels administratifs et techniques qui sont évalués directement par le Chef d'établissement, les autres agents font l'objet d'une évaluation par la Cadre de santé, puis d'un entretien avec le Directeur qui donne lieu à une note globale et d'une appréciation. Un livret est remis à l'agent au cours de l'entretien, lequel a pour but de faire le bilan de l'année et fixer les objectifs de travail pour l'année suivante.

## Orientations de l'Établissement au titre de l'accueil et du suivi du personnel :

Actualiser les documents internes remis au personnel (livret d'accueil et règlement de fonctionnement)

### **Formation du personnel**

L'établissement déploie une politique de formation du personnel soutenue au regard des souhaits exprimés par les agents.

Le plan pluriannuel de formation s'établit comme suit :

Formation	2011	2012	2013	2014	2015	Nombre d'agents	% d'agents
<b>INTRA</b>							
Le soin dans l'Humanitude	X					15	98
Prévention de la maltraitance		X	X	X	X	30	100 (soins)
Sexualité des patients		X	X			30	100 (soins)
Accueil des résidents, comprendre et gérer les conflits avec les familles		X	X	X	X	10	38
Accompagnement de la douleur et de la fin de vie chez la personne âgée		X	X	X	X	27	90 (soins)
Le soignant face au refus de soins		X	X	X	X	20	67
ASCI (logiciel PSI)	X	X	X	X	X	30	100 (soins)
Différence entre la démence de type Alzheimer et les autres		X	X			10	43 (AS/AMP)
Les soins palliatifs	X					30	100 (soins)
Projet global d'animation	X	X				10	100 (administratif)
<b>INTER ETABLISSEMENT</b>							
Premiers secours	X	X	X	X	X	50	100
Manutention des personnes âgées	X	X	X	X	X	23	76 (soins)
Formation sécurité SSIAP (pour agents de nuit)		X	X	X	X	2	100
<b>INDIVIDUELLES</b>							
Remise à niveau (GRETA)	X						
- Prépa entrée école IDE						1	
- Prépa entrée école Aide soignante						1	
IDE	X	X				1	
<b>Sécurité/Incendie</b>	X	X	X	X	X	50	100

Il est à noter que l'ensemble du personnel en 2012 sera formé à la méthodologie de soins « humanitude® » et qu'un référent dans l'établissement a été nommé lors de la dernière session pour rappeler et observer l'application des outils acquis au cours de la formation.

### 2.6.2. Présentation des services et de l'organisation du travail

Les services de la lingerie, du ménage, de la cuisine, coiffure et techniques sont dépendants du bâtiment principal.

Enfin l'organisation des professionnels extérieurs (médecins libéraux, kiné, pédicure-podologue) reste inchangée et donc rendent visite à leurs patients à leur convenance.

Il est à noter que le personnel qui travaille dans l'unité est volontaire, qualifié et formé à la spécificité de la maladie d'Alzheimer (Assistant de soins en gérontologie).

### 2.6.3. Le projet de soins individualisé

Le projet de soins individualisé est informatisé. Le personnel est formé à l'utilisation du logiciel PSI (Projet de Soins Individualisé) et dispose de codes d'accès spécifiques pour permettre la confidentialité des données. La traçabilité des actes de nursing, des suivis physiologiques, de l'état de santé est assurée par cet outil très complet.

#### Les moyens mis en place

- Un dossier médical informatisé (logiciel PSI) : dossier infirmier, transmission, fiche de traitement, synthèse des objectifs fixés à l'entrée/moyens mis en place pour les atteindre et résultats ;
- Des protocoles relatifs à la prévention de la dénutrition, de la déshydratation, des chutes, des escarres et de la douleur ;
- Des réunions d'informations avec les familles lesquelles auront une place privilégiée dans le fonctionnement de la structure ;
- Des réunions interdisciplinaires impliquant l'ensemble du personnel (ancien et nouveau bâtiment) **afin de ne pas cloisonner les équipes ;**
- Un partenariat avec l'hôpital Gériatrique « les Magnolias » permettant d'assurer une prise en charge de qualité en cas de crise aigüe ou d'aggravation d'une pathologie ;
- Des évaluations régulières et notamment l'évaluation neuropsychiatrique, celle de la dépendance (grille AGGIR), les tests MMS, etc.

#### 2.6.4. Coordination et partenariat

L'établissement s'efforce à développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local en matière d'organisation des soins, en lien avec le médecin coordonnateur.

L'EHPAD s'inscrit donc dans un réseau de soins et s'engage à poursuivre le partenariat par la conclusion des conventions suivantes :

- Centre hospitalier Jacques Cartier, à Massy (91)
  
- Convention de coopération gériatrique avec l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias - 77, rue Perray - 91160 Ballainvilliers :
  - ⇒ Association Appoline (prise en charge bucco-dentaire des résidents)
  - ⇒ Equipe mobile Gériatrique de liaison avec les EHPAD (EMGL)
  - ⇒ Coopération sanitaire inter-établissements
  - ⇒ NEPALE (équipe mobile en soins palliatifs)
  - ⇒ Réseau HIPPOCAMPES (aide au maintien de la qualité de vie des résidents et de leurs aidants)
  
- Association Gérontologique de l'Essonne « AGE »
- Réseau de santé ville-hôpital de l'Essonne « HIPPOCAMPES »
- Hôpital GEORGES-CLEMENCEAU-Groupement hospitalier universitaire Sud, 1, rue Georges Clémenceau, 91750 CHAMPCUEIL :
  - ⇒ Association FRANCE ALZHEIMER ESSONNE

Par ailleurs, l'établissement s'inscrit dans le fonctionnement, d'un réseau gérontologique sur son secteur d'intervention, en vue notamment d'organiser l'aide et l'assistance des professionnels du réseau concernant :

Les rencontres régulières avec les autres acteurs du réseau local (C.C.A.S, club du troisième âge et EHPAD public du département comme par exemple « la pie Voleuse » à Palaiseau dans le cadre de formations communes, de gardes communes, de prêt de matériel, etc.)

#### 2.6.5. Circuit du médicament

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage interne et organise l'approvisionnement en médicaments avec une officine de ville via le système

MANREX (préparation et mise sous Blister par la pharmacie des doses à administrer le temps de la prescription).

La distribution en est rendue plus sécurisée et bien moins chronophage pour l'IDE chargée de cette tâche.

Les prescriptions médicales sont retranscrites sur le logiciel informatique « PSI » par les médecins généralistes assistés la plupart du temps d'une infirmière.

Orientations de l'établissement au titre du **circuit du médicament** :

- Faire réduire les prescriptions médicales (Rôle du médecin coordonnateur)

## 2.6. Réalisation des soins

L'**hydratation** des résidents fait l'objet d'une surveillance régulière ; les boissons sont à portée de mains des résidents. Un suivi systématique et individualisé des apports hydriques des résidents à risque est fait.

Un **suivi nutritionnel** est réalisé (prévention de la dénutrition, apport de compléments alimentaires le cas échéant, régime adapté au regard de la pathologie, suivi du poids).

Les **escarres** font l'objet d'un suivi institutionnel de qualité.

Les **chutes** font l'objet de fiches de suivi.

Des référents thématiques sont nommés, notamment pour **l'incontinence et l'humanité®** (méthodologie de soins gineste-marescotti)

L'établissement s'engage à n'utiliser la **contention physique** qu'en cas d'extrême nécessité (et sur prescription médicale).

L'EHPAD Léon Maugé prend en compte les souhaits du résident et de sa famille, relatifs au décès.

La **fin de vie** fait partie des points prioritaires de l'équipe soignante. L'objectif de la prise en charge de la fin de vie est d'apporter au résident un confort de vie en respectant sa dignité et ses convictions. Le personnel accompagne également les familles et les proches afin d'apaiser la souffrance psychique. La fin de vie dans l'établissement s'accompagne alors d'une surveillance accrue des soignants et de gestes de confort multipliés.

Notons que la plupart de ces points font l'objet d'un protocole remis à jour régulièrement par l'équipe soignante.

Par ailleurs, des formations sont organisées chaque année sur ces différents thèmes dans le but d'apporter au personnel les outils nécessaires pour faire face à ces différentes difficultés le cas échéant.

Orientations de l'établissement au titre du **projet de soins** :

*Compléter* et mettre à jour l'ensemble des protocoles existants ;

*Evaluer* les pratiques professionnelles pour permettre aux soignants de comparer leurs pratiques de soins aux références admises dans les protocoles, à l'aide de critères bien définis.

*Créer* un UHR : au regard du plan ALZHEIMER 2008/2012 prévoyant en outre le financement d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) une demande de labellisation de l'unité en tant que tel a été déposée auprès des instances de tutelle. Cette labellisation pourrait aboutir à la création de postes supplémentaires.

## 2.7. Projet social

### 2.7.1. Risques professionnels

Le document unique mentionné dans le décret 2001-1016 a été réalisé en 2005 ; il est réactualisé chaque année. Ce document identifie et évalue les risques professionnels relatifs à la protection de la santé et de la sécurité des agents et détermine les actions à prendre pour les supprimer ou les réduire. Les risques couverts sont les suivants : incendie-explosion, électricité, manutention, utilisation de produits chimiques, charge psychologique, agents infectieux, transport et trajet, chutes, organisation du travail, conditions d'environnement, outils de travail, travail sur informatique, transfert et déplacements, agressions, coactivité.

## 2.7.2. Organisation générale du travail

### Exemple d'une journée type

*Déclinaison des 24 heures : les horaires sont donnés à titre indicatif (variable en fonction du rythme des résidents)*

#### **6H30** Transmissions/téléphone/éteindre les veilleuses

Préparation du petit déjeuner sur place : chauffer eau, lait, café, etc.

Mise de la table

Préparation des résidents : accompagnement au WC, mise des chaussons, lunettes, prothèses dentaires et auditives

#### **7H30** Petit déjeuner en salle à manger et distribution des médicaments

#### **8H30** Débarrassage, vaisselle, rangement

#### **8H45** Toilettes et/ou temps d'activité kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, médecin, soins infirmiers divers, etc.

#### **10H45/12H00** Activités cognitives et physiques organisées en ateliers par petits groupes :

Activités physiques : gymnastiques douce, exercices d'éveil et de schéma corporel visant à une réappropriation du corps, jeux d'adresse et de plein air, marche

Activités cognitives : elles font appel à la mémoire, la réflexion, la logique et permettent également la stimulation du langage.

#### **12H00** Préparation du repas

Mise du couvert

Prise des médicaments

Repas pris en commun (personnel/résidents/familles)

Stimulation aux gestes d'hygiène (aller aux toilettes, se laver les mains)

Débarrassage, vaisselle, ménage (avec recherche active de la participation des résidents)

#### **13H30/14H00** Café, thé, sieste, détente musicale, conversations libres ou revue de presse

**14H00** Animations ludiques (jeux de société), sortie, jardinage, ateliers manuels, chant, danse, écoute musicale, lecture, ciné club, activités favorisant l'image de soi (soins corporels et esthétiques)

#### **15H30** Goûter

#### **16H00** Temps consacré aux familles et réunion d'équipe

#### **18H00** Préparation du repas et mise du couvert avec les résidents

#### **18H30** Prise des médicaments et repas

#### **19H30** Tisane, promenade, lecture, TV et début des couchers

#### **20H30** Changement d'équipe et transmissions et aide au coucher selon l'horaire choisi par les résidents

# CONCLUSION

## ❖ Les finalités du projet d'établissement

Le projet d'établissement est pris au sens de ce que l'on se propose d'entreprendre. Nécessairement global, il doit servir de référence permanente à la réflexion et à l'action, dans l'intérêt de nos résidents.

Ce document est donc un cadre fédérateur, tourné vers l'avenir et exprime une volonté collective, forte et précise et détermine des principes d'actions et des normes de comportement professionnel.

Ce projet vise donc à mobiliser les équipes, à orienter les décisions des responsables en vue de conduire l'action dans une direction commune largement acceptée.

L'ensemble du personnel volontaire a, à travers ce projet, participé à l'élaboration du projet de vie du nouveau bâtiment, tant dans l'organisation des conditions de travail que dans la qualité de vie des résidents et leur famille.

Il n'a pas été toujours très simple de se projeter dans l'avenir en imaginant le fonctionnement d'un nouveau bâtiment sans création de poste prévue pour cette année.

## ❖ Mise en œuvre

Fort d'être à la fois écrit, dynamique, participatif, porteur de message et mobilisateur, ce document permettra d'apporter aux résidents une qualité de vie optimale.

Il est établi pour 5 ans, soit de 2012 à 2016 ; Sa mise en œuvre sera donc progressive eu égard des contraintes financières qui s'imposent à l'établissement.

Le fonctionnement de l'unité ne pourra être calqué sur le cahier des charges d'une Unité d'Hébergement Renforcé que lorsque des moyens nouveaux le permettront.

## ❖ Suivi de la mise en œuvre

Aussi progressive qu'elle soit, la mise en œuvre du projet d'établissement fera l'objet d'une révision annuelle qui donnera lieu à un compte rendu inséré dans l'actuel document.



# ANNEXES

**1. Fiche de suivi des résidents**

**2. Grille d'observations pour remplir la fiche de suivi des résidents**

**3. Fiche métier de l'Assistant de Soins en Gériatrie**

**4. Fiche d'évaluation individuelle pour une activité ou un atelier**

**5. Fiche d'évaluation de fin de séance pour l'animateur**

**6. Fiche individuelle de recueil des données**

**Annexe 1****Fiche de suivi des résidents****Fiche d'accompagnement journalière individualisée**

<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>
<b>Chambre N° :</b>
<b>Date :</b>

		<b>Nature (de la toilette, du repas ou de l'activité)</b>	<b>Description des comportements observés</b>	<b>Cotation (A, B, C)</b>
Comportement de la matinée (7H à 12H)	LEVER			
	TOILETTE			
	ACTIVITES			
Comportement de l'après midi (12H à 18h)	DEJEUNER			
	ACTIVITE			
	GOUTER			
	ACTIVITE			
Comportement du soir et de la nuit (18H à 7H)	DINER			
	COUCHER			
	NUIT			

**Cotation :** A= normal ; B= sans réaction ; C= Agité

## Annexe 2

**Grille d'observations pour remplir la fiche de suivi des résidents**

<b>Lever</b> : Heure de réveil, comportement au réveil (gai, reposé, agité, veut rester au lit, dort, etc.
<b>Régime alimentaire</b> : sans sel, sans graisses, sans sucre, mixé, etc.
<b>Repas et alimentation</b> : Aide à mettre le couvert, ne veut pas manger ou mange de trop, mange seul ou avec les mains, sait couper sa viande, reste assis ou se lève pendant le repas, parle avec quelqu'un, met X temps pour manger, etc.
<b>Toilette/ activités / Repas</b> : Participation active, inactive, agitation, apathie, ne veux pas, ne peux pas, état de bien être ou mal être en fin d'activité, etc.
<b>Incontinence : (type) et date de début</b> : urinaire, fécale
<b>Etat des fonctions cognitives</b> : Mémoire lexicale (dictionnaire des mots), sémantique, épisodique autobiographique, procédurale du savoir faire gestuel et intellectuel, émotionnelle.  Orientation dans le temps, dans l'espace, compréhension, calcul, langage, Jugement/raisonnement, Apprentissage
<b>Stade errance</b> : Errance avec ou sans but apparent, liée aux neuroleptiques
<b>Troubles du comportement</b> : Idées délirantes/hallucinations, agitation/agressivité, anxiété/dépression, exaltation/euphorie, apathie/indifférence, impulsivité/dés inhibition, instabilité de l'humeur/irritabilité, troubles du sommeil, de l'alimentation/appétit
<b>Temps libre</b> : s'occupe seul, semble ne rien faire, se repose/dort
<b>Réaction aux visites</b> : aucune, heureux ou pas content à l'arrivée/au départ
<b>Veillée</b> : Aime regarder la télé, seul ou accompagné  Aime discuter avec la veilleuse, a besoin d'un accompagnement spécifique
<b>Coucher</b> : à quelle heure, a besoin d'un rituel, se couche calmement, avec opposition ou seul
<b>Nuit</b> : Dort toute la nuit, se réveille à plusieurs reprises, déambule, anxieux/agressif/a besoin de parler

## Annexe 3

### **Fiche Métier de l'Assistant de Soins en Gériatrie**

#### **Définition de la fonction et du contexte de l'intervention**

L'assistant de soins en gériatrie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Son intervention s'effectue dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle, sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social, soit au domicile au sein d'un SSIAD, soit en établissement, en EHPAD, notamment dans les unités spécifiques, ou éventuellement à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation cognitivo-comportementaux et les USLD

L'assistant de soins assure avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude, tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement.

L'assistant de soins en gériatrie participe à la mise en œuvre des projets individualisés associant soins quotidiens, restauration ou maintien des capacités, du lien social et lutte contre la solitude et l'ennui. Dans ce cadre, il contribue à l'évaluation des besoins, à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement et de leurs aidants. Il contribue ainsi à restaurer ou préserver leur autonomie et à maintenir ou restaurer l'image d'eux-mêmes.

L'assistant de soins en gériatrie soigne et prend soin, aide et accompagne des personnes âgées en grande difficulté dans leurs capacités d'autonomie et d'insertion sociale, dans le respect de leurs habitudes de vie, rythmes et choix.

En mobilisant les connaissances disponibles, il réalise les soins d'hygiène et de confort adaptés ; accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie, participe à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation et la stimulation des capacités, établit une relation d'empathie, attentive et sécurisante, pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement.

Les activités exercées au quotidien par l'assistant de soins en gériatrie relèvent des quatre registres suivants :

- Accompagnement, soutien et aide individualisée,
- Soins quotidiens
- Réhabilitation et stimulation des capacités,
- Communication et relation à l'environnement

### **Référentiel de compétences**

- Concourir à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet individualisé dans le respect de la personne
- Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant
- Compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie
- Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues
- Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé
- Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées

### **Référentiel de formation**

Cette formation est destinée aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La recherche de sens dans les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles, ainsi qu'une communication adaptée doivent être priorisées dans cette formation.

Celle-ci doit permettre aux professionnels d'acquérir les compétences mentionnées dans le référentiel de la fonction d'assistant de soins en gériatrie afin d'offrir aux professionnels des outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes malades et de leurs aidants.

Sa durée est de 140heures et elle s'appuie autant que possible sur l'analyse des pratiques en valorisant l'expérience professionnelle dispensée dans les différents lieux d'exercice. Les volumes horaires indiqués, pour les domaines de formation 1 et 5, peuvent donner lieu à des ajustements par les établissements de formation en fonction de l'adaptation de leur projet pédagogique aux diplômes initiaux détenus par les professionnels.

- **DF1 – Concourir à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet individualisé dans le respect de la personne (35 heures)**
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- Les droits de la personne
- Le projet individualisé
- L'importance fondamentale du travail avec la famille / L'aidant
- Connaissances des réseaux et des différentes structures et services d'accueil
- Le maintien à domicile et l'entrée en institution
- Le travail en équipe pluri-professionnelle

**DF2 – Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie (21 heures)**

- La relation d'aide
- Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'alzheimer
- L'accompagnement lors des différents moments de la journée, supports à la relation
- L'alimentation et l'état nutritionnel
- L'accompagnement lors des activités complexes

**DF3 : Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues (28 heures)**

- Vie collective
- La famille
- L'importance d'une communication adaptée
- Définition et objectifs des principales activités
- Organisation générale des activités

**DF4 – Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé (28heures)**

- Notions essentielles en anatomie ....
- Situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique de la personne
- Notion de Maladie
- Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, changement de l'état clinique, alerte et urgence
- Les signes psychologiques et comportementaux : Repérage, compréhension, éléments favorisant et conduites à tenir

**DF5 – Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées (28 heures)**

- Situation de soins
- Notions élémentaires sur les principales pathologies gériatriques associées
- Notions de pharmacologie
- Démarche de soins
- Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer
- Dimensions éthiques ( maltraitance bientraitance soins palliatifs...)
- Problèmes de fin de vie

	<b><u>ACTIVITES</u></b>	<b><u>ATELIERS PROPOSES</u></b>	<b><u>OBJECTIFS</u></b>
<b>1</b>	Physiques et sensorielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gym douce</li> <li>○ Marche/sortie</li>   <li>○ Relaxation</li> <li>○ Massages</li> <li>○ Snoezelen</li> <li>○ Soins esthétiques</li> </ul>	Maintien de l'autonomie Prévention des chutes Equilibre Souplesse et adresse Mobilité articulaire Renforcement musculaire Tonification et coordination Conscience du corps Affinement sensoriel Renouer le schéma corporel Redécouvrir le désir et le bien être
<b>2</b>	Cognitives	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mémoires</li> <li>○ Groupe de parole</li> </ul>	Maintenir le + longtemps les facultés (attention, concentration sur les objets, les visages et les actes de la vie quotidienne) Repères temps et espace
<b>3</b>	Expression et communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lecture</li> <li>○ Poésie</li> <li>○ Chant</li> <li>○ Musique</li> <li>○ Danse</li> <li>○ Jeux de société</li> <li>○ Fêtes et spectacles</li> <li>○ Rencontres intergénérationnelles</li> </ul>	Intérêt pour les autres Eviter le repli sur soi Varier les canaux de communication
<b>4</b>	Arts plastiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dessin</li> <li>○ Peinture</li> </ul>	Epanouissement personnel

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modelage</li> <li>○ Tricot</li> <li>○ Couture</li> <li>○ Art floral</li> <li>○ Photo</li> <li>○ Collage/vannerie</li> </ul>	<p>Estime de soi</p> <p>Bien-être</p>
<b>5</b>	Domestiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuisine thérapeutique</li> <li>○ Animaux</li> <li>○ Jardinage/bricolage</li> <li>○ Ecriture du menu du jour</li> <li>○ Mise du couvert</li> <li>○ Distribution du courrier</li> <li>○ Distribution du linge</li> <li>○ Marché</li> </ul>	<p>Stimuler et entretenir la mémoire procédurale</p> <p>Stimulation sensorielle</p> <p>Se sentir utile</p> <p>Estime de soi</p> <p>Se sentir « chez soi »</p>
<b>6</b>	Socioculturelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promenade</li> <li>○ Exposition</li> <li>○ Vidéo</li> <li>○ Ciné club</li> <li>○ Bar boutique</li> <li>○ Vente à domicile</li> </ul>	<p>Stimulation sensorielle</p> <p>Estime de soi</p> <p>Esprit de curiosité</p> <p>Apprendre</p> <p>Regarder</p> <p>Ecouter</p> <p>Découvrir</p>
<b>7</b>	Spirituelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Messe</li> <li>○ Rencontres diverses</li> </ul>	<p>Respect convictions</p> <p>Vie sociale, préserver ses valeurs</p>





ressenti				
Est détendu, souriant				
Est concentré				
Comprend les consignes				
Est en retrait pendant l'activité, s'ennuie				
Réalise facilement l'activité				
A des difficultés d'ordre physique pour faire l'exercice				
Est satisfait de l'activité				
A des difficultés autres				
Se sent fatigué pendant l'activité				
Se sent fatigué en fin d'activité				

## Annexe 5

### FICHE D'EVALUATION DE FIN DE SEANCE POUR L'ANIMATEUR

Activité ou atelier :

Lieu :

Date :

Heure de début :

Heure de fin :

Activité individuelle :

Activité collective :

Nombre de participants :

Résidents présents :

Résidents Absents :

Intérêt du groupe pour l'activité :

- Très bonne participation
- Bonne participation
- Peu de participation

Qu'est ce qui a plu ?

Qu'est ce qui n'a pas plu ?

Pourquoi ?

Quelles sont les améliorations à apporter à l'avenir pour cette activité ?

(durée, organisation, intérêt, etc.)

Remarques sur la sécurité et l'agencement de la salle :

A noter pour la prochaine séance :

Activité à reconduire ou non, et pourquoi :



Etes-vous abonné à des journaux ou à des revues ?

Si oui, lesquels ?

Aimez-vous regarder la télévision ?

Quels programmes, séries, jeux ?

### **JEUX DE SOCIETE**

Avez-vous envie d'y participer ?

Si oui lesquels ? (scrabble, dominos, tarot, belote, dames, échecs)

Autres :

### **ATELIERS CREATIFS**

Avez-vous envie d'y participer ?

Qu'aimeriez-vous faire ? (peinture, découpage, tricot, couture, décoration, etc.)

### **SORTIES**

Pouvez-vous et avez-vous envie de participer aux :

- Promenades
- Visites d'expositions, musées, de lieux
- Spectacles
- Sorties pour faire des achats

Qu'aimiez-vous faire avant ? Qu'est-ce que vous n'aimiez pas faire ? (tricot, pêche, jardinage, cuisine, bricolage)

Vos souhaits :

Identifier les besoins de la personne (amour, reconnaissance, fatigabilité, etc.) :

Autres remarques



