



Mises à jour :

Année	Contenu de la mise à jour	Échéance
2013	Réécriture réglementaire	2018
2018	Réécriture réglementaire	2023

Consultation et validation des instances :

Date	Instance
26/09/2019	Conseil de la vie sociale
27/09/2019	Comité de pilotage
04/10/2019	Comité de direction

Participants :

Le présent projet d'établissement a été rédigé avec le concours de 56 professionnels, 8 résidents, 20 familles et 6 bénévoles. Les groupes de travail se sont réunis les 17 et 18 octobre 2018 ainsi que les 21 et 22 novembre 2018.

Les thématiques suivantes ont été abordées : « le public accueilli aujourd'hui et demain : comment s'adapter », « l'admission et l'intégration des nouveaux résidents », « la place des familles dans l'institution », « l'alimentation en institution », « la vie sociale en EHPAD et en PASA », « la qualité de vie au travail, la santé et la sécurité », « réflexion sur les pratiques d'accompagnement, valeurs éthiques partagées », « le bio nettoyage et le blanchissage », « le prendre soin », « les droits, les choix, les besoins : comment y répondre ? », « la politique du médicament ».

Le Comité de pilotage a procédé ensuite lors de séances de travail à la relecture et à la formulation des propos des différents groupes et les traduire en objectifs opérationnels. Ces derniers figurent dans une synthèse par grandes thématiques.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	2
I. L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT	4
1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT	4
2. PRÉSENTATION D'UNIVI	5
3. LES EXPERTISES ET DOMAINES D'INTERVENTION D'UNIVI	5
4. « OMEG'AGE GESTION » : GESTIONNAIRE DE LA RÉSIDENCE THARREAU	6
5. SES AUTORISATIONS.....	6
6. CONTEXTE ET ENJEUX DU TERRITOIRE.....	7
7. L'ACCUEIL PERMANENT.....	9
8. L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	14
9. LES LOCAUX.....	17
10. LES COMPÉTENCES MOBILISÉES DANS NOTRE ORGANISATION	19
II. PROJET DE VIE	20
1. ACCUEIL ET ADMISSION.....	20
2. INTÉGRATION DES NOUVEAUX RÉSIDENTS	20
3. LES DROITS ET LIBERTÉS DES RÉSIDENTS	21
4. PRENDRE SOIN DES RÉSIDENTS	26
5. PRENDRE SOIN DES FAMILLES.....	27
III. PROJET DE VIE SOCIALE	29
1. LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACTIVITÉS	30
2. LES OBJECTIFS DU PROJET DE VIE SOCIALE DE THARREAU	30
3. L'ORGANISATION HÔTELIÈRE.....	34
IV. PROJET DE SOIN ET MÉDICAL	38
1. ORGANISATION DES SOINS	38
2. LES CONVENTIONS ET PARTENARIATS	40
3. LES PRISES EN SOINS SPÉCIFIQUES.....	41
4. LES SOINS PALLIATIFS.....	50
5. LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE	51
6. LA PRISE EN SOINS NON MÉDICAMENTEUSE	52
7. LA PRÉVENTION DES CHUTES	53
8. LA CONTENTION	54
V - QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	55
1. LA SANTÉ AU TRAVAIL – LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	55
2. LA FORMATION	58
VI - PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES	60
1. CONTEXTE	60
2. LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL DE LA POLITIQUE QUALITÉ UNIVI	60
LES VALEURS DE LA RÉSIDENCE THARREAU	65
SYNTHÈSE DES OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2019-2023	67

PRÉAMBULE

La formalisation du projet d'établissement de la Résidence Tharreau, intervient après deux années de fonctionnement dans les nouveaux locaux situés 19 avenue du Maréchal Leclerc à Cholet.

Le projet d'établissement a pour finalités principales de clarifier le positionnement institutionnel de la structure, d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.

Le projet d'établissement définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale. Il affiche des ambitions au-delà de 5 ans, son évaluation régulière est partagée dans le cadre du dialogue de gestion avec les différents partenaires.

La finalité essentielle du projet d'établissement est de garantir le droit des usagers, il s'inscrit dans un processus d'amélioration continue, en lien étroit avec les démarches d'évaluation et de qualité.

Le projet d'établissement est dynamique, tant par le processus de production qui associe les parties prenantes, que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes. Il repose donc sur une démarche participative. C'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. Il définit le cadre qui donne sens et organise l'activité des professionnels, définit les principes d'action et les grandes orientations et donne des repères.

La méthodologie mise en place pour la rédaction de ce projet d'établissement a été élaborée en suivant la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de la HAS « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service ».

En accord avec la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'établissement a réalisé une évaluation interne en juin 2018, et une évaluation externe en mars 2014. Ces évaluations ont conduit à la rédaction de deux rapports permettant de dresser un état des lieux sur le fonctionnement de la résidence Tharreau, en mettant en avant des points forts et des axes d'amélioration. Dans une logique de continuité des actions menées au sein de l'établissement, les objectifs du projet d'établissement sont basés sur les résultats de ces deux évaluations. Mais pas seulement.

La direction de l'établissement a souhaité que la réflexion autour du projet d'établissement se fasse de manière participative et pluridisciplinaire.

Un Comité de pilotage composé du directeur, de la référente qualité, de l'infirmière coordinatrice, du psychologue, du médecin coordonnateur et de la gouvernante a été mis en place. Il a défini le mode de contribution de chaque partie prenante : entretiens, groupes de travail et réunions des familles.

L'élaboration de notre projet d'établissement, s'est donc basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes.

Tous les professionnels ont pu, sur la base du volontariat, participer à des groupes de travail sur des thématiques ciblées et variées (l'admission, la vie sociale en EHPAD, la qualité de vie au travail, le prendre soin etc.). La pluridisciplinarité a permis la représentation et la contribution de toutes les fonctions de l'établissement.

Les usagers, ont pu s'exprimer sur leurs besoins, sur leurs attentes et sur l'ambiance générale de la résidence. Au vu de l'enthousiasme des familles pour participer et échanger sur le fonctionnement de la résidence, la direction a souhaité organiser deux réunions d'expression au cours desquelles, des pistes de progrès ont été identifiées.

1. HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

➤ **2 Mai 1974 : Ouverture de l'établissement**

La Résidence Tharreau a été créée à l'initiative d'Institutions de Retraite Complémentaire et de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Cholet.

Les caisses de retraite souhaitaient proposer à leurs ressortissants, nombreux sur le Choletais, un établissement d'accueil répondant aux besoins de l'époque. (Logements confortables, sécurité, animations en lien avec l'extérieur etc.)

L'établissement a été construit à l'emplacement d'anciennes dépendances de l'ex-caserne militaire Tharreau dont il a emprunté son nom.

➤ **En 2008 : Fonctionnement en tant qu'EHPAD**

Suite à la signature de la première convention tripartite avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil départemental de Maine et Loire, la résidence Tharreau est reconnue en tant qu'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

➤ **Entre 2009 à 2011 : Élaboration d'un nouveau programme architectural**

Après 35 ans de gestion de l'établissement Tharreau, plusieurs constats ont permis d'aboutir à la nécessité de revoir intégralement le projet architectural :

- Les locaux ne répondaient plus aux exigences réglementaires d'un fonctionnement EHPAD
- L'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution du degré de dépendance des personnes accueillies,
- L'adaptation du bâtiment aux besoins d'un EHPAD n'était pas envisageable

Il a ainsi été décidé de reconstruire l'établissement sur un autre site.

➤ **2013 : Adhésion de la résidence Tharreau à un pôle de pilotage national UNIVI (anciennement Pôle EMMAH)**

➤ **Juillet 2016 : Transformation de 4 lits d'accueil permanent en 4 lits d'hébergement temporaire**

Pour répondre aux besoins, l'établissement a souhaité augmenter sa capacité d'hébergement temporaire de 4 lits, ramenant ainsi par arrêté préfectoral, sa capacité à 6 lits d'hébergement temporaire. La capacité d'accueil permanent diminue donc de 4 lits, ramenant la capacité autorisée à 83 lits.

➤ **Décembre 2016 : Reprise de la gestion de la résidence Tharreau par le Gestionnaire OMEG'AGE Gestion de l'UNIVI**

➤ **2017 : Déménagement de l'activité de l'établissement sur le site actuel**

2. PRÉSENTATION D'UNIVI

UNIVI est le nom donné à l'Association de Pilotage et de Gestion des Etablissements Médico-Sociaux. Elle est le résultat de la fusion de deux entités de pilotage (EMMAH & APRR) et un pôle de professionnalisation des établissements médico-sociaux et sanitaires qui a pour objectifs de :

- Professionnaliser le pilotage et la gestion des établissements, permettant d'assurer une réponse durable aux besoins des résidents et futurs résidents, dans le respect de la pérennité économique des entités gestionnaires et propriétaires, et du « reste à charge » des résidents ;
- Mettre à disposition des établissements, des moyens et services nécessaires à leur fonctionnement, en spécialisant les compétences et en mutualisant les services ;
- Préparer les évolutions de demain des établissements pour faire face aux enjeux sociaux, financiers, médico-sociaux et sanitaires futurs.

Autour de cette Association sont regroupés 5 réseaux, disposant chacun de la personnalité morale, qui assurent la gestion opérationnelle des activités :

- L'Association Omeg'Age Gestion (17 établissements pour les personnes âgées, dont l'EHPAD Tharreau),
- La SAS Alph'Age Gestion (15 établissements pour les personnes âgées),
- La SCI GEMS RC (exploitation immobilière de 54 bâtiments),
- Le réseau handicap (Clos du Nid de l'Oise et CGAS)
- Le réseau sanitaire : 4 hôpitaux dont 3 hôpitaux gériatriques.

UNIVI est une structure à gouvernance paritaire qui inscrit son action dans le cadre des orientations Agirc/Arrco.

6 groupes de protection sociale : APICIL, AG2R La Mondiale, B2V, Malakoff Médéric-Humanis et Klésia siègent en son sein.

Les orientations stratégiques d'UNIVI reposent sur des valeurs fortes et représentatives de l'action sociale des régimes Agirc et Arrco autour de l'exemplarité, de l'innovation et d'un modèle original au sein de l'économie sociale et solidaire.

3. LES EXPERTISES ET DOMAINES D'INTERVENTION D'UNIVI

a) Conseils

- Aide dans le déploiement du Système d'Information,
- Assistance en droit social et conditions de travail,
- Diffusion de l'offre et des services,
- Conseils juridiques et veille réglementaire,
- Accompagnement technique dans les travaux de sécurité et de maintenance,

b) Pilotage financier et social

- Contrôle du budget, de la comptabilité, de la trésorerie et du pilotage financier,
- Gestion des risques (juridiques, économiques et patrimoniaux) et du contrôle interne,
- Prise en charge de la paie et des déclarations fiscales,
- Mise en œuvre des politiques sociales (GPEC, plan de formation, IRP...),

- Aide au pilotage de la démarche qualité,

c) Suivi dans le domaine médico-social

- Attention particulière concernant les risques des usagers (surmédicalisation, vulnérabilité, isolement des personnes),
- Optimisation des services rendus aux usagers dans l'optique de les satisfaire et pour leur bien-être,
- Innovation en matière de protection sociale et environnementale (Développement Durable, engagement solidaire, RSE),

4. « OMEG'AGE GESTION » : GESTIONNAIRE DE LA RÉSIDENCE THARREAU

Omeg'age Gestion est une Association à but non lucratif, régie par la loi du 1er juillet 1901. Elle a pour objet la gestion d'établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées, dont la résidence Tharreau. Son siège social est situé 54 Boulevard de la Liberté à Lille (59000)

5. SES AUTORISATIONS

L'EHPAD comprend 89 lits autorisés :

- 83 lits d'accueil permanent tous habilités à l'aide sociale
- 6 lits d'hébergement temporaire

5 lits non autorisés et non exploités sont réservés pour le développement d'une nouvelle offre d'hébergement novatrice et alternative à l'hébergement permanent, dans le cadre du répit des aidants, de séjours de post-hospitalisation de 30 jours maximum et de soins palliatifs

a) Les contractualisations engagées :

- Février 2009 : Extension de la capacité / Habilitation à l'aide sociale
- Juin 2014 : Signature de la deuxième convention tripartite
- Décembre 2016 : Arrêté de transfert vers Omeg'age Gestion
- Janvier 2017 : Renouvellement de l'autorisation pour 15 ans

6. CONTEXTE ET ENJEUX DU TERRITOIRE

a) Sa situation géographique

La résidence Tharreau est située à Cholet dans le département de Maine et Loire (49) en région Pays de la Loire.



La résidence est accessible :

- **En voiture** : Par l'autoroute A87 reliant Angers à la Roche-sur-Yon ou par la route nationale 249 reliant Nantes à Poitiers.
- **En Train** : La gare de Cholet est à 9 minutes à pied de la résidence et constitue les terminus des lignes TER Nantes-Cholet et Angers-Cholet.
- **En bus** : Un arrêt de bus se trouve face à la résidence

L'établissement est situé dans un quartier à forte proportion de personnes âgées et joue, à ce titre, un rôle d'accueil et d'animation de la vie sociale.

La résidence Tharreau dépend de :

- L'Agence Régionale de Santé – Pays de la Loire
- Conseil Départemental – Maine-et-Loire

Le cadre d'orientation stratégique de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire est traduit dans le Projet Régional de Santé 2018-2022, certains aspects repris ci-dessous sont à prendre en considération dans notre projection et positionnement en termes de réponses coordonnées sur le territoire, le livret sur l'EHPAD de demain, rappelle que les projets d'établissements doivent s'adapter à l'évolution des besoins du public accueilli :

- La fragilité et le risque de perte d'autonomie, conséquence des maladies chroniques des personnes âgées, compromettent la vie souhaitée à domicile et sollicitent le système de soins et les dispositifs d'accompagnement.
- Les altérations cognitives des personnes âgées sont largement sous-diagnostiquées.
- Le pourcentage de passages aux urgences des personnes âgées de plus de 90 ans est de 63 %, le taux d'hospitalisation après ces passages est de 67 %.
- Les chutes sont une source majeure de séquelles physiques, de fragilité et de perte d'autonomie au même titre que l'iatrogénie, la mauvaise nutrition et la dépression.
- La proportion régionale des personnes âgées de 90 ans et plus vivant à domicile, qui est nettement plus faible, 41 %, qu'au plan national, 58 %, s'explique par le taux d'équipement supérieur en Pays de la Loire.

Le soutien à la vie à domicile est abordé dans le sens où les EHPAD peuvent apporter une offre nouvelle et diversifiée, sont cités : l'accueil de nuit, l'accueil en urgence, l'EHPAD à domicile

Les parcours de santé ne doivent plus connaître de rupture
La vie autonome et la vie au domicile sont favorisées dans le respect du libre choix

A l'horizon 2028, parmi les 6 orientations stratégiques, 5 ont retenu particulièrement notre attention :

- L'orientation stratégique 2 dit entre autres ceci :
 - Renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et son parcours de santé et d'accompagnement
 - Faire du projet personnalisé un pilier de l'amélioration du parcours de vie
- L'orientation stratégique 3 dit entre autres ceci :
 - Soutenir les aidants et les actions innovantes en ce sens (le droit au répit est instauré par la loi ASV de 2015), un des livrets du PRS 2 traite de ce point en particulier et évoque les actions de prévention à l'attention des aidants
- L'orientation stratégique 4 dit entre autres ceci :
 - Favoriser l'accès précoce au dépistage et au diagnostic et structurer l'annonce à tous les âges de la vie
 - Optimiser la réponse aux demandes de soins non programmées
 - Adapter l'offre des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'évolution des besoins et poursuivre le rééquilibrage territorial
 - Adapter la formation, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aux enjeux d'organisations nouvelles ou innovantes
- L'orientation stratégique 5 dit entre autres ceci :
 - Repérer les fragilités et les facteurs de risques des personnes âgées
- L'orientation stratégique 6 dit entre autres ceci :
 - Favoriser l'innovation au service des enjeux de la stratégie en santé

Selon le schéma départemental de l'autonomie du Maine et Loire 2017-2021 :

- 6,5% des personnes de plus de 75 ans sont bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile en 2015 en Maine-et-Loire contre 11,9% de la population française.
- Le taux d'équipement en Pays de la Loire en hébergement (EHPAD, SSIAD, USLD, AT) dédié à des personnes âgées est nettement supérieur à la moyenne nationale (161 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans contre 127 places au niveau national).

Les grandes orientations issues du diagnostic partagé dans le schéma départemental de l'autonomie sur le département de Maine et Loire sont :

- Le renforcement et l'accompagnement des différents dispositifs d'aide aux aidants : promouvoir les initiatives de soutien aux aidants/aidés
- L'accompagnement à l'innovation en matière d'aide technique
- L'adaptation dans le cadre des CPOM de la stratégie départementale de tarification sur la section hébergement
- L'adaptation de l'offre d'accueil en établissement, ex : solutions alternatives à l'hébergement permanent
- La prévention de la perte d'autonomie
- L'étude de la faisabilité et l'impact potentiel de mesures d'habilitation partielle et encadrée à l'aide sociale, dans un cadre national potentiellement évolutif.

7. L'ACCUEIL PERMANENT

La mission globale de l'EHPAD Tharreau est d'accueillir des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, de manière permanente ou temporaire, quel que soit leur niveau de revenus.

L'accueil permanent de l'EHPAD Tharreau, a pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, l'hôtellerie dont la restauration, la vie sociale et le soin.

LES CONSTATS

L'EHPAD Tharreau a une très bonne notoriété et réputation sur le territoire. Il bénéficie d'une liste d'attente importante. Le nouvel environnement de l'établissement est un atout considérable. Depuis que l'EHPAD Tharreau a investi ses nouveaux locaux, le personnel de l'accueil souligne une augmentation des demandes d'admission en accueil permanent.

De nombreuses personnes intéressées par une place au sein de la résidence, appellent régulièrement l'établissement pour avoir une visibilité sur la disponibilité des logements.

- ⇒ Bénéficier de quelques places supplémentaires en accueil permanent, permettrait d'accueillir des résidents qui souhaitent intégrer volontairement la structure.

Par ailleurs, depuis la signature de la convention tripartite en 2008, les profils des résidents ont évolué. Malgré l'évolution des profils des résidents, l'EHPAD de 83 lits à fait le choix de ne pas localiser de lieu sécurisé et dédié pour accueillir les résidents atteints de la maladie Alzheimer ou de troubles apparentés.

En pratique, l'espace du rez-de-chaussée est organisé architecturalement pour accueillir des personnes présentant une désorientation et de ce fait, un besoin en disponibilité humaine y est plus conséquent. Cet espace n'est pourtant pas pourvu de personnel complémentaire et n'est pas « fermé ». Il est d'ailleurs arrivé que des résidents ayant des troubles cognitifs et qui « déambulent » soient retrouvés dehors.

La volonté de l'encadrement est de trouver un juste équilibre entre sécurité et liberté, la mise en place d'une unité fermée et sécurisée ne semble pas satisfaire cet équilibre à ce jour. Par ailleurs la vision de l'encadrement est à long terme. D'ici 10 ans et compte tenu de l'évolution naturelle des profils de résidents, la majorité des résidents sera désorientée et présentera des troubles cognitifs, plus ou moins sévères.

Pourtant les professionnels du « terrain » ont une autre vision : celle d'aujourd'hui et du court terme. Ils expriment les difficultés actuelles pour prendre en charge les résidents désorientés dans la configuration actuelle du bâtiment, avec l'organisation mise en place et les effectifs installés :

- Une vigilance (contrôle de présence) de tous les instants est accordée aux résidents désorientés, parfois et certainement au détriment d'autres résidents
- Les « déambulations » des personnes désorientées perturbent les autres résidents / intrusion dans les logements des résidents plus autonomes
- Les « capacités diminuées » de ces résidents (pour s'alimenter, se tenir correctement à table...) ne sont pas bien acceptées par les résidents plus autonomes
- Les rythmes de vie des résidents présentant des désorientations temporo-spatiales différents des autres résidents (cohabitation difficile)

- L'entourage des personnes désorientées (voisins, résidents, familles, professionnels) n'est parfois plus reconnu. Les autres résidents les évitent voire les rejettent, ce qui accentue leur isolement.
- Les professionnels n'ont pas toujours le temps nécessaire pour les accompagner individuellement et ainsi les rassurer (source de frustration pour eux). Les activités de vie sociale sont soit programmées soit proposées spontanément mais ce n'est pas toujours possible au moment où certains résidents en auraient le plus besoin.
- Les professionnels aimeraient accompagner la personne âgée désorientée là où elle en est et non pas là où ils voudraient qu'elle soit.
- Le personnel de nuit associe parfois ces résidents dans leur ronde de nuit...

La question des conditions d'accueil des personnes désorientées reste donc ouverte. Cet accueil doit privilégier le maintien des relations avec l'extérieur pour éviter l'isolement social des résidents tout en favorisant un environnement sécurisé et sécurisant pour les résidents.

Le choix de non sectorisation de l'accueil des résidents désorientés (secteurs diffus et interchangeables) a été pensé dans le cadre du précédent projet d'établissement. C'est un choix assumé par l'établissement et validé en Conseil de la Vie Sociale. Une communication spécifique est d'ailleurs faite à l'occasion de l'accueil des nouveaux résidents. Il s'agit aujourd'hui d'adapter l'accompagnement humain et la technologie de veille en fonction de l'évolution des profils des résidents, comme c'est le cas dans le cadre du Gîte (PASA non labellisé et non financé à ce jour) pour lequel il est prévu de passer à 24/7 l'amplitude de fonctionnement si un financement est accordé.

Objectif : Mettre en place une organisation qui permette de répondre à l'évolution du public accueilli.

Action 1 : Continuer à organiser et structurer un accompagnement adapté pour les personnes âgées désorientées (au rez-de-chaussée). Ce modèle organisationnel pourrait se répéter dans les étages en fonction de l'évolution des besoins. La structure permettant de décentraliser le service hôtelier ainsi que les soins, si nécessaire.

Action 2 : Labelliser le Gîte afin qu'il fonctionne officiellement comme un PASA de 14 places afin d'atteindre l'objectif d'ouverture 24/7 conforme au projet d'établissement

Action 3 : Améliorer la veille des personnes qui présentent des troubles de l'orientation par des moyens techniques adaptés et des attitudes professionnelles adaptées (détections de sorties à risque...).

a) L'habilitation à l'aide sociale

L'EHPAD Tharreau est habilité à l'aide sociale pour la totalité de ses logements depuis 2009. Cela implique qu'un tarif hébergement unique est fixé par le département. Le Conseil départemental paie la différence entre le montant de la facture et la contribution de la personne, voire de ses obligés alimentaires.

Ainsi, les résidents dont les ressources sont insuffisantes peuvent bénéficier de l'aide sociale départementale sans délai de carence. Ce principe répond aux *missions d'entraide et de solidarité* de la résidence Tharreau.

LES CONSTATS :

Depuis 2009, l'établissement constate :

- Le nombre de résidents à l'aide sociale, n'a pas dépassé 6 résidents en 9 ans. (CF tableau joint).
- Une volonté politique et institutionnelle de conserver l'habilitation à l'aide sociale.

Tableau sur l'évolution du nombre de résidents à l'aide sociale depuis 2009

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4	4	3	3	6	4	4	5	4	4

La direction souhaite maintenir des places habilitées à l'aide sociale dans le cadre d'un aménagement du conventionnement à l'aide sociale

L'intérêt est de bénéficier de plusieurs tarifs :

- Un tarif fixé par le département pour les résidents à l'aide sociale
- Un tarif supplémentaire dit « payants » pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale

Cette alternative permettra d'atteindre l'équilibre budgétaire et de développer de nouvelles prestations de services visant à répondre aux besoins des résidents.

Ce deuxième tarif pour les « payants » devra rester accessible cependant et dans la moyenne de ce qui se pratique sur le secteur dans le cadre d'un établissement neuf.

Objectif : Piloter les moyens financiers et atteindre l'équilibre budgétaire

Action 1 : Obtenir dans le cadre du CPOM, un aménagement de l'habilitation à l'aide sociale, de sorte que l'établissement reste habilité à l'aide sociale mais qu'un tarif « payants » puisse être proposé aux non bénéficiaires de l'aide sociale.

b) La population accueillie

La résidence THARREAU est un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dont la moyenne d'âge est de 89 ans. L'établissement accueille des résidents de GIR 1 à 6.

– Provenance des résidents (au 31/12/2018)

Département 49	72		Domicile	53
Département 79	2		Foyer logement	7
Département 85	4		Hôpital et SSR	16
Département 37	2		HD et EHPAD	4

– Répartition homme/femme (au 31/12/2018)

	Homme	Femme
Nombre	20	60
Taux	25%	75%

– Répartition GIR (au 31/12/2018)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nombre 2016	14	19	23	14	2	0
Nombre 2017	22	12	22	22	5	5
Nombre 2018	12	22	22	14	9	1

– GMP validé

	2016	2017	2018
GMP	682	682	682

LES CRITÈRES D'ADMISSION AUJOURD'HUI

- Etre âgé de 60 ans ou moins sur dérogation ou décision de la direction
- Etre idéalement ressortissant des institutions de Retraite Complémentaires copropriétaires de la résidence Tharreau
- Etre classé de 1 à 4 au sens de la grille d'autonomie AGGIR et nécessiter une aide aux actes de la vie quotidienne sauf lorsqu'il s'agit de l'accueil d'un couple, l'un des deux pouvant dans ce cas être classé en GIR 5/6
- L'ancienneté d'inscription n'est pas un critère de priorité, l'attention étant en revanche portée sur l'urgence sociale et paramédicale de la demande.
- Selon les critères d'éligibilité et de compatibilité précisés dans le règlement de la Commission d'admission
- Avoir une pathologie stabilisée nécessitant une surveillance médicale et infirmière classique pouvant être assurée dans l'établissement.

LES CRITÈRES DE NON ADMISSION ET DE RÉORIENTATION

- Les résidents ayant des pathologies nécessitant des soins techniques poussés auxquels l'EHPAD Tharreau ne peut répondre.
- Des résidents ayant des troubles du comportement sévères (pouvant ainsi relever d'un UPAD voire d'une UHR).
- Les demandeurs non membre d'un couple résident dont l'autonomie est classée en GIR 5 et 6

Admission au Pôle d'Activités de Soins Adaptés (Gîte) :

Conformément à l'article D. 312-155-0-1.-I.- le PASA (dès lors qu'il sera labellisé et financé) accueillera des résidents (hébergement définitif ou temporaire) présentant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et des autres résidents

Les troubles feront l'objet d'une évaluation NPI-ES (Inventaire Neuro Psychiatrique-version équipe soignante) et en cas d'agitation, de l'échelle Cohen-Mansfield.

Admission au sein du rez-de-chaussée.

Les critères d'entrée :

Personnes atteintes de troubles neurocognitifs nécessitant une plus grande proximité des lieux sociaux et du personnel.

Les critères de réorientation :

Une réflexion est en cours concernant le maintien ou non de la personne au rez-de-chaussée si celle-ci perdait son autonomie de manière importante ou si d'une façon plus générale, l'accompagnement spécifique du rez-de-chaussée n'était plus justifié. Les équipes sont partagées entre la légitimité d'une intervention soignante sur le lieu de vie du résident, quel que soit son état de santé et l'organisation d'un transfert afin de proposer un cadre de soin plus adapté aux besoins de la personne. Le nombre de personnes présentant des troubles neurocognitifs augmente et le rez-de-chaussée ne pourra pas, à lui seul, proposer un accompagnement adapté.

C'est bien l'ensemble de l'établissement et ainsi de l'accompagnement qui vont devoir évoluer. (Voir choix développé en page 11)

8. L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Ses missions spécifiques sont :

- **L'aide aux aidants** par un droit au répit grâce à l'hébergement temporaire. Toutefois, nous verrons dans ce Projet d'établissement, que l'accueil temporaire ne répond pas à sa mission première ;
- Le **Prendre soin** des résidents,

L'hébergement temporaire est un accueil organisé à temps complet, le cas échéant sur un mode séquentiel, limité dans le temps (90 jours continus ou discontinus qui peuvent être portés à 180 jours par dérogation du directeur) qui vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (article D 312-8 du CASF) et notamment à apporter un temps de répit aux aidants familiaux. Les proches peuvent s'absenter ponctuellement ou se reposer en passant le relais à l'établissement (soulagement familial, hospitalisation de l'aidant etc.).

LES CONSTATS :

Bien que l'occupation de l'hébergement temporaire soit optimale (Cf. évolution du taux d'occupation depuis 2009), les professionnels établissent quelques constats :

- Peu de personnes en GIR 1 et 2 sont accueillies car elles attendent en général, une place définitive.
- Les séjours temporaires des personnes en GIR 3 et 4 sont généralement suivis d'un hébergement temporaire dans une autre structure.
- L'hébergement temporaire est souvent demandé en urgence dans l'attente d'un accueil définitif.
- L'hébergement temporaire est trop souvent demandé tardivement dans le parcours de la personne.

L'hébergement temporaire classique restera pertinent s'il est proposé à des personnes qui bénéficient d'un conjoint aidant à domicile ou lors de sorties d'hôpital mal anticipées pour organiser le retour à domicile (travail avec les assistants sociaux). Voir le rapport de l'ANAP de mars 2019 sur les retours d'expériences des territoires PAERPA.

Tableau d'évolution du taux d'occupation en hébergement temporaire

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
93 %	84 %	87 %	88 %	93 %	81 %	80 %	88 %	84 %	95 %

Au-delà de l'hébergement temporaire classique, l'établissement souhaite mettre l'accent sur un accueil plus spécifique et novateur. Ce projet, appelé « accueil mixte » (non autorisé pour le moment), propose un accueil de personnes âgées pour de très courts séjours mais qui peuvent être répétés dans l'année, voir chaque semaine ou chaque mois, afin de permettre aux aidants un vrai répit. Ce modèle a pour objectif de

s'intégrer aux diverses solutions de répit des aidants existantes favorisant le soutien à domicile du couple aidant/aidé.

Ainsi, l'établissement conçoit cet accueil pouvant aller d'un jour à une semaine. Le jour ou la nuit, y seront accueillis de manière programmée, les personnes âgées en perte d'autonomie dont la pathologie est une source d'épuisement pour son proche. L'idée étant de proposer ponctuellement une aide professionnelle et spécialisée et aussi de soulager son aidant familial pour lui permettre de mieux gérer son quotidien à domicile dans la durée.

Ce projet pourra être associé à une autre solution de séjour de post-hospitalisation avant un retour à domicile et de soins palliatifs, réflexion et étude en cours avec le centre hospitalier de Cholet, en lien avec le siège UNIVI.

a) La population accueillie

– Provenance des résidents (au 31/12/2018)

Département 49	5		Domicile	3
Département 79	0		Foyer logement	0
Département 85	0		Hôpital et SSR	2
Département 37	0		HD et EHPAD	0

– Répartition homme/femme (au 31/12/2018)

	Homme	Femme
Nombre	0	5
Taux	0%	100%

– Répartition GIR (au 31/12/2018)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nombre 2018	0	0	1	2	0	2

Les professionnels constatent que les résidents accueillis arrivent de plus en plus tard. Les personnes repoussent le plus tardivement possible leur entrée en EHPAD.

Ceci s'explique par le fait que :

- les personnes expriment le souhait de rester chez elles le plus longtemps possible.

- le soutien à domicile est un axe prioritaire des politiques publiques
- les médias véhiculent une mauvaise image des EHPAD ce qui explique la réticence des personnes à y entrer.

Symptomatologie des résidents qui souhaitent intégrer l'EHPAD Tharreau :

- Des troubles du comportement : il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Les professionnels disent d'ailleurs devoir faire face de plus en plus souvent à des résidents agressifs verbalement et physiquement, ainsi que des résidents qui déambulent la nuit.
- Des troubles neurocognitifs : Formulation remplaçant le terme de « syndrome démentiel » désignant des troubles en lien avec des lésions neurologiques, allant de simples difficultés de mémoire à des troubles cognitifs majeurs.
- Des dépendances physiques : résident se déplaçant à l'aide d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant
- Des résidents atteints de polypathologie.

LES CRITÈRES D'ADMISSION AUJOURD'HUI

- Les personnes âgées de plus de 60 ans (ou de moins de 60 ans sur dérogation) en perte d'autonomie physique ou atteintes de la maladie d'Alzheimer (et/ou d'une maladie apparentée) et autres maladies neurodégénératives
- Vivant à domicile (au sens strict ou substitut de domicile) qui ne peuvent s'y maintenir momentanément ou hospitalisées, dont le projet est le retour à domicile.
- A titre exceptionnel, il peut concerner des personnes âgées autonomes isolées ayant un besoin d'accompagnement médico-social.
- Etat de santé stable ou stabilisé qui ne nécessite pas d'environnement hospitalier
- Personne qui accepte le principe du retour à domicile après la période prévue pour l'hébergement temporaire
- Selon les critères d'éligibilité et de compatibilité précisés dans le règlement de la Commission d'admission

LES CONSTATS

La difficulté que rencontre la résidence Tharreau par rapport à l'hébergement temporaire réside dans le fait que la plupart des personnes accueillies en hébergement temporaire sont dans l'attente d'une place définitive en EHPAD.

Bien qu'à l'entrée, la personne accepte le principe du retour à domicile après la période prévue pour l'hébergement temporaire, elle exprime très souvent Le souhait de rester de manière permanente (soit dans la structure ou alors dans un autre établissement). Elle fait usage dans la majorité des cas, des 90 jours d'hébergement possible.

Une fois les 90 jours d'hébergement passés, l'établissement est dans l'impasse et ne peut prolonger le séjour (en dehors d'une prolongation sur dérogation). L'établissement constate que la plupart des résidents pour qui le séjour en hébergement temporaire s'achève à la résidence, leur séjour est suivi d'un hébergement temporaire dans une autre structure.

L'établissement réfléchit à l'amélioration de ce mode d'accueil qui ne répond pas aux attentes des bénéficiaires et de leurs proches.

Il étudie plusieurs pistes :

- Des solutions d'hébergement temporaires novatrices (hébergement séquentiel court et/ou accueil jusqu'à 30 jours en post-hospitalisation).

Ces sujets seront abordés lors de la négociation du CPOM et du dialogue de gestion.

Objectif : Mettre en place une organisation qui permette de répondre aux besoins des personnes âgées sur le territoire

Action 1 : Réflexion avec l'hôpital de Cholet et l'ARS sur le lien ville-hôpital et hôpital-ville

Action 2 : Obtenir l'autorisation d'exploitation des 5 logements disponibles dans le cadre du dispositif de solution de répit pour les aidants et d'un accueil de post-hospitalisation, pour atteindre l'objectif d'exploitation à 100 % de l'établissement, soit 94 « lits »

Action 3 : Labelliser le Gîte afin qu'il fonctionne officiellement comme un PASA de 14 places et mettre en place l'ouverture 24/7 conformément au projet d'établissement

9. LES LOCAUX

La capacité d'accueil est de 89 places réparties comme suit :

- 83 logements d'hébergement permanent dont 16 communicantes pour couples
- 6 logements pour des séjours temporaires

Ces logements ont une superficie de 23 m². Chaque logement comprend une entrée, une chambre et une salle d'eau entièrement équipée et accessible aux personnes à mobilité réduite.

5 logements supplémentaires sont en attente d'agrément. (Voir objectif page 17)

La résidence est un établissement recevant du public, totalement accessible aux personnes à mobilité réduite, répartie sur 4 niveaux :

- **Le RDC**
- Une banque d'accueil dans le hall
- Bureaux administratifs (secrétariat/direction/gouvernante)
- Salle de réunions-transmissions, vestiaires et salle de pause et de repas du personnel
- Bureaux de l'infirmière coordinatrice, du psychologue et du médecin coordonnateur
- Une salle animation appelé espace bistrot
- Des salons pour les résidents et leur famille
- La salle de soin
- Une salle de bain thérapeutique
- Le restaurant de l'établissement
- Les cuisines
- La blanchisserie
- Le Gîte □ : espace conçu pour devenir un Pôle d'activités de Soins Adaptés (PASA).
- Les locaux dédiés au bien-être : salon de coiffure, salon esthétique-pédicurie ainsi que l'espace boutique
- 13 logements

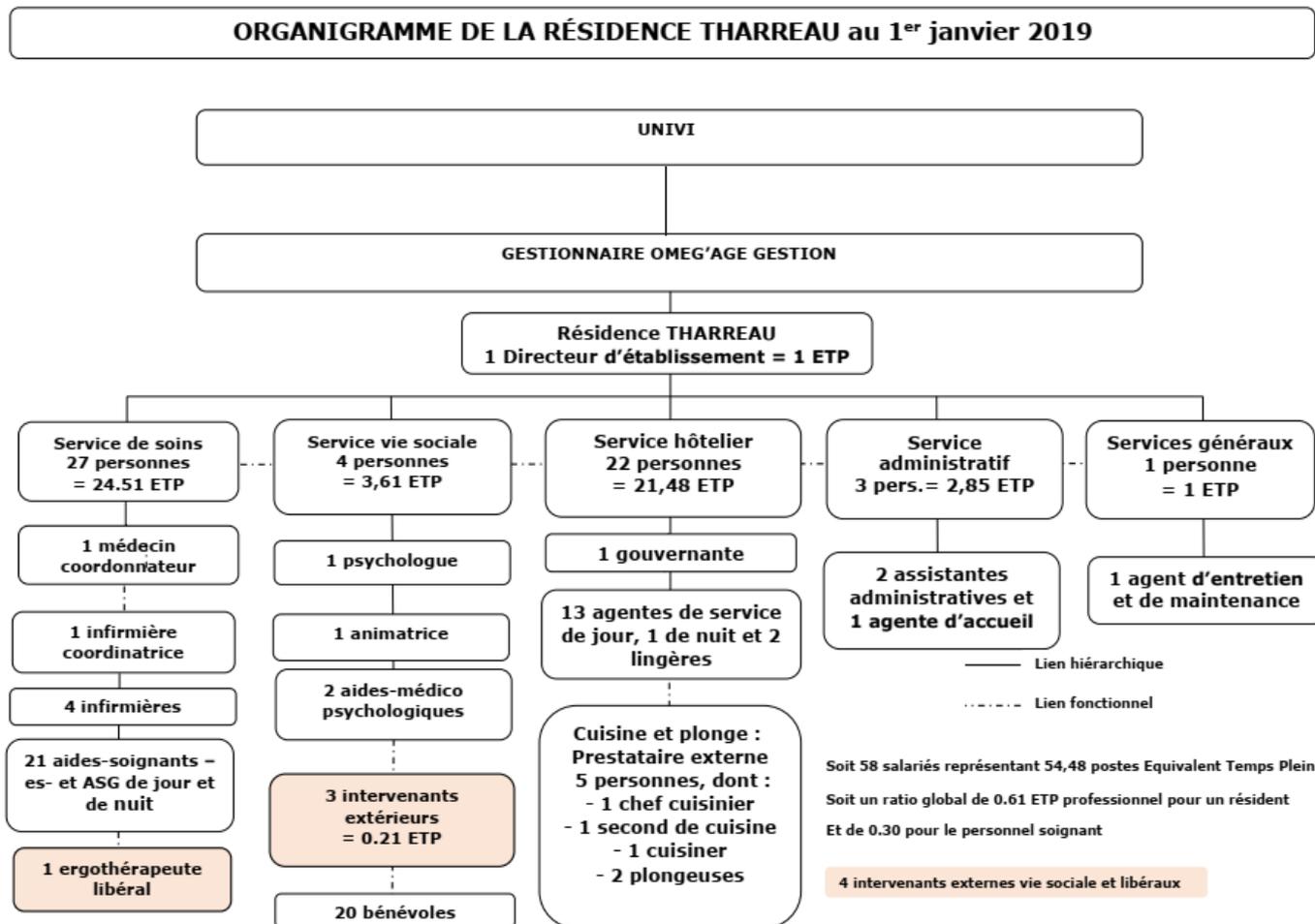
- **1^{er} étage**
- 33 logements
- Des salons pour les résidents et leur famille
- Un relais soin
- Une salle de bain balnéo

- **2^{ième} étage**
- 34 logements
- Un relais de soin
- Des salons pour les résidents et leur famille

- **3^{ième} étage**
- 14 logements
- Un relais soin
- Un salon pour les résidents et leur famille

10. LES COMPÉTENCES MOBILISÉES DANS NOTRE ORGANISATION

a) Organigramme de l'établissement



1. ACCUEIL ET ADMISSION

a) Premier contact

Depuis l'ouverture de la nouvelle Résidence Tharreau, le nombre de demandes d'admission augmente. Les agents d'accueil doivent répondre à des demandes de renseignements variées sur l'établissement et son fonctionnement. Des réponses d'ordre général sur les modalités et conditions d'admission sont apportées.

Les demandes d'admission sont maintenant effectuées exclusivement sur le site « Via trajectoire » accessible directement en ligne par les familles. Cette nouvelle modalité d'inscription accentue le nombre de demandes, les familles ayant tendance à élargir les établissements ciblés.

b) La préadmission

Les dossiers d'admission sont traités en ligne par le médecin coordonnateur et par l'infirmière coordinatrice, chacun donnant un avis selon son domaine de compétence. Le psychologue est consulté au sujet des personnes présentant des troubles neurocognitifs ou psychiatriques.

L'infirmière coordinatrice contacte ensuite la personne sélectionnée et/ou sa famille. Une rencontre est ensuite organisée avec le futur résident pour confirmer son souhait d'intégrer la résidence et s'assurer de la compatibilité entre l'état de santé réel de la personne et les capacités de soins de l'établissement.

Cette visite de préadmission permet essentiellement d'évaluer le consentement du résident pour entrer en EHPAD. Ce consentement est important et conditionnera la qualité du séjour.

Une partie des documents institutionnels sont alors remis aux résidents.

L'entrée pourra alors être validée (ou invalidée) par le directeur d'établissement.

Le jour de son admission, le résident remet ces documents complétés et signés à la direction.

« La personne de confiance pourra accompagner le résident, dans ses démarches liées à sa santé et, si un jour il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à sa place et sera son porte-parole »

2. INTÉGRATION DES NOUVEAUX RÉSIDENTS

Lorsque le résident se présente le jour de son arrivée, il est accueilli et accompagné par le responsable du service de soins ou d'hôtellerie et un des deux professionnels référents. Le personnel en poste se présente au nouveau résident. Lors du premier repas, le nouveau résident est présenté à ses voisins de table, puis après son installation, à ses voisins d'étage.

Un pot d'accueil est organisé un mois après l'arrivée d'un nouveau résident avec le directeur, l'aide-soignant et l'agent de service d'hôtellerie référents, le psychologue,

l'animatrice, l'agent d'entretien, la gouvernante et les familles. Lors de cette rencontre un rappel du fonctionnement global de l'établissement est effectué.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) : Au-delà du plan de soin, l'accompagnement personnalisé est mis en place dans les mois qui suivent l'arrivée du résident, cette démarche permettant une personnalisation de l'accompagnement conformément aux attentes et aux besoins de la personne accueillie (adaptation de l'accompagnement au regard des enseignements de cette première période et des informations fournies sur l'histoire et les habitudes de vie avant l'entrée).

La volonté d'UNIVI et de la Résidence Tharreau aurait été de généraliser les évaluations gériatriques standardisées dans les mois qui suivent l'intégration du résident. Cela permettrait d'améliorer la connaissance du résident et son état de santé, mais le temps et les moyens actuels ne permettent qu'une évaluation partielle (qui est toutefois effectuée).

« L'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré, et un suivi à long terme. »

Objectif : Réussir l'accueil des premiers jours et maintenir en permanence les liens résidents-familles-professionnels

Action 1 : Maintenir les conditions actuelles d'accueil et la recherche de personnalisation de l'accompagnement dès les premières semaines de vie dans la résidence, celles-ci étant essentielles pour la suite du séjour.

Action 2 : Améliorer les liens entre les personnels référents et les familles des résidents, l'interconnaissance n'étant pas toujours effective (usage de photos...)

3. LES DROITS ET LIBERTÉS DES RÉSIDENTS

Rappels des droits fondamentaux : au-delà de toutes chartes et guides de bonnes pratiques, la déclaration universelle des droits de l'homme s'impose à chacun et sans distinction d'âge.

L'établissement dispose d'une charte des droits et libertés des résidents. Elle est systématiquement mise à disposition du résident et de ses proches et reste disponible en continu dans le livret d'accueil et sur le site internet. L'établissement veille à ce que ces points soient constamment réinterrogés afin qu'ils puissent être respectés dans leur intégralité. Des temps d'échange réguliers en équipe (réunions de transmission, réunions éthiques...) permettent de maintenir cette vigilance sur la durée.

Principe de non-discrimination :

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son origine,

notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté :

Au sein de la résidence, la personne se voit ainsi proposer une prise en charge ou un accompagnement individualisé le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Les projets d'accompagnement personnalisés et les réunions quotidiennes favorisent cette adaptation.

Droit à l'information :

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

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi, s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative. Ainsi l'établissement propose de multiples supports d'information (site internet, courriers, affichage interne papier et sur écrans interactifs, livret d'accueil, gazette, réseau numérique internet avec un accès via la télévision...). Si besoin ces informations peuvent être relayées par le personnel.

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

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

La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge.

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

Le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti (via le personnel référent qui est l'interlocuteur privilégié ou via les différentes instances représentatives de l'établissement).

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal

après de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement.

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

Les résidents identifient naturellement le Conseil de la Vie Sociale pour s'exprimer. Les résidents qui ne siègent pas au Conseil de la vie sociale savent qu'ils peuvent relayer leurs questions au Président du CVS (ou via une boîte à questions et remarques mise à leur disposition).

Des fiches d'événement indésirables sont également mises à disposition des résidents, celles-ci faisant l'objet d'une réponse systématique.

Droit à la renonciation :

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

Droit au respect des liens familiaux :

L'accompagnement proposé par la résidence favorise le maintien des liens familiaux et tend à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé (et donc du souhait de la personne), la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne peut être proposée (dans la mesure où celle-ci n'est pas contraire aux contraintes de service).

Les familles ont largement participé à la réflexion autour du projet d'établissement. Elles ont pu exprimer leurs souhaits concernant la vie de la structure et l'accompagnement de leur proche.

L'établissement reste ainsi soucieux de favoriser cette implication et reste attentif à leur vécu concernant l'accompagnement de leur proche (voir point 5 « prendre soin des familles »).

Droit à la protection :

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

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

(les médecins traitants des résidents restant toutefois les référents en matière de soin / voir projet de soin).

Droit à l'autonomie :

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'établissement, à l'extérieur de celui-ci, sont favorisées (mise à disposition d'un véhicule adapté pour les familles). La libre circulation peut toutefois faire l'objet d'une limitation (en lien avec les sorties à risque), en accord avec la famille, s'il est avéré que celle-ci met en danger l'intégrité physique de la personne concernée. Dans ce cas particulier, une concertation avec la famille est recherchée en vue de s'accorder sur cette notion de risque.

Un courrier est communiqué au résident et à sa famille. Il explique les choix éthiques de la résidence et précise qu'un avenant au contrat de séjour peut être proposé. Ce dernier définit les conditions dans lesquelles l'intégrité physique, la sécurité du résident et la préservation de la liberté d'aller et venir sont préservés.

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

Principe de prévention et de soutien :

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement sont prises en considération. Il en est tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement (Projet d'accompagnement personnalisé).

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie est facilité avec son accord par l'établissement, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé et des décisions de justice (et dans la limite des contraintes de service).

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants. Des organismes spécialisés, en partenariat avec la résidence, peuvent être sollicités pour éclairer et/ou soutenir l'intervention.

Droit à l'exercice des droits civiques :

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

Droit à la pratique religieuse :

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

Un office religieux (catholique) est assuré chaque vendredi après-midi (présence d'un prêtre une fois par mois).

Respect de la dignité de la personne et de son intimité :

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti durant l'intégralité de l'accompagnement proposé, que ce soit en matière de soins ou d'accompagnement social.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité fait l'objet d'une attention privilégiée de l'ensemble des services (repas, toilettes, habillage, activités...).

Les logements sont équipés de sonnettes (avec système de flash adapté aux troubles auditifs) et les professionnels sont attentifs à annoncer leur passage en sonnant ou en frappant de manière audible pour le résident.

Objectif : Promouvoir les droits et libertés des résidents

Action 1 : Poursuivre toutes les initiatives pour favoriser les droits et libertés des résidents alors que l'augmentation de leur dépendance tend à les conduire à se retirer naturellement de ce type de démarches.

Partenariat dans le cadre du dispositif MONALISA

Action 2 : Recrutement d'un volontaire en service civique pour entretenir et développer le lien social et donner les moyens à chaque résident d'exercer sa citoyenneté.

Pour les professionnels, le **prendre soin** ne revêt pas une unique dimension de soin. Il concerne tous les acteurs de l'établissement.

Le prendre soin vise :

- Les résidents
- Les familles
- Les professionnels (au travers de leur qualité de vie au travail, voir point 2 « la santé au travail »).

4. PRENDRE SOIN DES RÉSIDENTS

C'est :

- Entrer en relation avec le résident
- Respecter les habitudes et rythmes de vie des résidents
- Une prise en compte globale des résidents

a) Entrer et Etre en relation avec le résident

Pour être en relation, il faut :

- Etre à l'écoute des attentes et des besoins du résident
- Etre en mesure de répondre rapidement à la demande
- Entrer dans une relation d'empathie avec la personne afin de ne pas se limiter aux besoins liés à la dépendance.
- Pouvoir rencontrer le résident dans d'autres circonstances que celles de la mission qui est confiée d'ordinaire à l'intervenant (ex : intervention en vie sociale ou à l'occasion d'une sortie).
- Avoir connaissance de l'histoire de la personne.
- Se montrer patient et bienveillant, même lorsque la personne manifeste d'une façon ou d'une autre sa frustration.
- Recourir davantage à des pratiques psychocorporelles comme le toucher relationnel et le massage (pour les personnes présentant des troubles altérant la communication comme pour les autres).
- Transformer, quand c'est possible, les soins techniques en soins de confort pour une meilleure relation.

b) Respecter les habitudes de vie et les rythmes des résidents

Compte tenu des normes, de la réglementation, des contraintes économiques et de l'évolution de la société, l'établissement reconnaît que la collectivité ne permet pas de respecter en tout point, les habitudes de vie et les rythmes de chaque résident. En revanche, les équipes cherchent à adapter et ainsi à personnaliser l'accompagnement dans ce sens, cherchant ainsi le meilleur compromis entre les contraintes institutionnelles et la singularité de chaque résident.

Cette question concerne de multiples thèmes du quotidien des résidents, leurs activités, les horaires du lever, du coucher, les repas, les soins, l'habillement...

Cette question du rythme de vie des résidents est toujours à réinterroger car les habitudes passées peuvent évoluer et celles du présent également (au gré des troubles ou de l'humeur de la personne). Les pratiques doivent favoriser cette souplesse.

c) Une prise en soin ou un accompagnement médico-social global des résidents

La politique du soutien à domicile et l'augmentation de l'âge d'entrée en maison de retraite qui en découle ont un impact immédiat sur le profil des résidents accueillis. L'augmentation de la dépendance et les poly pathologies conduisent inéluctablement à une plus grande « médicalisation » de l'accompagnement (soins techniques, traitements...), l'attention du personnel étant ainsi naturellement orienté vers cet aspect. Pour autant, la qualité de l'accompagnement ne peut et ne doit se résumer à l'aspect médical, le bien-être du résident passant par une approche certes personnalisée mais

aussi globale, c'est-à-dire intégrant de multiples aspects : Les soins, l'hébergement, la restauration, l'animation, les liens sociaux et familiaux...

Le projet d'accompagnement personnalisé, instauré depuis plusieurs années dans l'établissement, va dans ce sens en abordant et en personnalisant l'accompagnement autour de tous ces aspects.

Le temps alloué n'est pour autant pas toujours suffisant pour permettre aux membres du personnel de proposer l'accompagnement qu'ils souhaiteraient, ce constat étant souvent générateur de frustration pour les équipes. Chacun veille toutefois à favoriser ce type d'accompagnement.

- *Adapter l'aménagement des logements pour favoriser le Prendre soin des résidents et des professionnels*

L'établissement souhaite que les résidents puissent personnaliser leur logement. Ainsi, à l'exception du lit médicalisé et du téléviseur, les logements sont proposés vides et les résidents et leur famille sont invités à personnaliser ce dernier avec des meubles et objets familiers à la personne (meublier, encadrement...).

Toutefois, les meubles et l'aménagement du logement ne doivent pas gêner la mobilité et les « transferts » des résidents en cas de perte d'autonomie. L'information et la sensibilisation des familles est essentielle, le recours à un ergothérapeute est une des solutions en place.

Objectif : Promouvoir l'autonomie des résidents

Action 1 : Rester attentif à la nécessité de ne pas limiter les interventions aux soins techniques (malgré l'augmentation constante de la dépendance), c'est-à-dire continuer à créer une vraie relation d'empathie avec les résidents.

Action 2 : Sensibiliser les familles sur l'aménagement des logements qui doit être compatible avec l'autonomie du résident et les besoins du personnel en termes d'espaces.

Action 3 : Recourir aux conseils de l'ergothérapeute pour un aménagement adapté du logement.

5. PRENDRE SOIN DES FAMILLES

C'est :

- Faire en sorte que les familles soient satisfaites de l'accompagnement de leur proche,
- Réussir à établir une relation de confiance famille-professionnels
- Les aider à trouver leur place dans l'établissement

Quels moyens sont alloués à cette démarche ?

- Échanges réguliers avec les familles / explications sur la prise en charge
- Écoute sans jugement
- Soutenir dans les moments de doute et dans leur fragilité
- Aide à déculpabiliser

- Poser des limites pour ne pas qu'elles fassent à la place des professionnels.

D'une façon générale, l'établissement cherche à intégrer les familles de plusieurs manières et sur différents lieux :

- Des espaces prévus et aménagés pour favoriser les rencontres entre les familles et les résidents : L'espace Bistrot, les salons d'étage, le jardin, le salon des familles...
- Une salle à manger privative (sur réservation) pour que les résidents puissent partager un repas dans l'intimité avec leurs proches. Le Gîte peut également être réservé en dehors des temps d'ouverture.
- Outil Famileo : cet outil permet aux résidents de recevoir une gazette personnalisée avec des nouvelles de leur famille, chaque lundi (avec photos et textes).
- Les proches sont invités à participer aux activités d'animation de la vie sociale selon leur désir et leurs possibilités avec l'accord des résidents.
- L'établissement favorise la participation des familles, aux Commissions diverses et au Conseil de la vie sociale, dans le respect du projet d'accompagnement personnalisé des résidents et de leurs souhaits.

L'établissement est aussi soucieux de leur opinion et met en place tous les ans, une enquête de satisfaction à leur attention.

Conformément à leur demande, l'établissement va proposer aux familles des temps de sensibilisation et d'information

Les sujets soulevés concernent :

- La compréhension des symptômes de la maladie Alzheimer et son évolution
- La liberté et la sécurité de leur proche
- L'alimentation adaptée : les textures modifiées, les régimes...

D'autres sujets pourraient émerger dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale.

L'établissement prend soin de prévenir les familles concernant la santé de leur proche dans certaines circonstances :

- Les hospitalisations
- Les chutes de leurs parents quand elles ont occasionné des conséquences sur la santé du résident
- Tous les incidents ayant des conséquences significatives sur leur état de santé.

Malgré une demande récurrente de certaines familles, pour des questions de temps et d'organisation, l'établissement ne peut pas communiquer à toutes les familles, l'agenda des rendez-vous médicaux de leurs proches.

Objectif : Améliorer la communication entre les familles et l'établissement

Action 1 : Organiser des réunions d'informations pour et avec les familles.

Action 2 : Animer des groupes de parole pour les familles.

Action 3 : Continuer à recevoir les familles individuellement pour les entendre et leur apporter du contexte sur tout évènement qui les amène à s'interroger.

Action 4 : Selon la situation, organiser quelques mois après l'installation, un rendez-vous pour faire le point en présence du résident et de ses enfants.

III. PROJET DE VIE SOCIALE

« Animer » c'est apporter de la Vie en créant des relations et des liens. » (Formule issue d'un groupe de travail).

Le projet d'accompagnement à la vie sociale est au cœur de l'établissement.

Il est POUR les résidents et se traduit AVEC tous les acteurs de l'établissement (résidents, soignants, hôteliers, agents d'accueil, animateur, thérapeutes, bénévoles, familles, partenaires...).

Sous la supervision d'un Responsable de la Vie Sociale (le psychologue), une animatrice se charge de la programmation des activités de vie sociale et de la coordination de tous les acteurs qui y contribuent.

L'équipe vie sociale :

Le psychologue : Au-delà de ses missions habituelles, il supervise et collabore avec l'animatrice concernant l'ensemble de la vie sociale de l'établissement.

L'animatrice : L'animatrice intervient auprès des personnes âgées, qu'elles soient ou non dépendantes. Elle vise à favoriser le bien-être, l'épanouissement et l'autonomie du résident dans la structure. Elle lui permet de retrouver, de conserver ou de développer une vie sociale au sein de la structure ou dans son environnement. Elle travaille avec l'ensemble des professionnels qu'elle peut associer aux différents ateliers et projets. Elle coordonne l'action des bénévoles, des familles et des intervenants extérieurs. Elle développe et entretient un partenariat avec d'autres établissements et acteurs locaux afin de mener à bien les projets contribuant à créer du lien social. Elle met en place le programme d'animation.

Les aides médico-psychologiques : Exercent une fonction polyvalente d'accompagnement et d'aide personnalisée dans tous les actes de la vie quotidienne. Elles accompagnent le résident dans la relation à l'environnement, de manière à favoriser son autonomie physique, psychologique et sociale.

Elles participent aux animations et activités selon les besoins de l'animatrice et proposent des activités adaptées dans le cadre d'un accompagnement de proximité répondant aux attentes de chaque résident.

D'une façon générale, elles participent à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation ou à la préservation des capacités restantes des résidents. Elles peuvent être amenées à remplacer du personnel soignant.

Les bénévoles : Ils participent régulièrement à l'ensemble de la vie sociale de l'établissement, sous la responsabilité de l'animatrice et du psychologue. Leur intervention est variable en quantité et en qualité et peut être individuelle ou collective, selon ce qu'ils souhaitent proposer, selon les besoins observés par les professionnels du service de vie sociale et les attentes des résidents concernés.

Les membres du personnel aide-soignant ou auxiliaire de vie : Au-delà de leurs missions quotidiennes (de soin, d'hôtellerie ou de restauration), du temps dédié de vie sociale peut être programmé sur les plannings ou peut plus simplement être encouragé selon les disponibilités. A défaut, leurs interventions quotidiennes auprès des résidents sont autant d'occasion de créer du lien avec eux et de participer largement à la vie sociale de l'établissement.

1. LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PROGRAMME D'ACTIVITÉS

Le programme des activités est établi à partir des centres d'intérêts des résidents recueillis dans le cadre des projets d'accompagnement personnalisés.

A partir de ces derniers, l'animatrice, en lien avec les Assistantes de Soins en Gériatrie, les AMP et les bénévoles, établit un programme d'activités mensuel.

Lors des Commissions animations dans lesquelles participent les résidents et les familles, les activités leurs sont présentées. Ils peuvent également exprimer de nouveaux souhaits d'animation, des lieux de sorties ou des partenariats. Le programme en ce sens, répond aux besoins et attentes des résidents.

Un planning mensuel est établi et proposé aux résidents et aux familles sous divers formats : versions papier dans leur boîte aux lettres, affichage sur les panneaux dédiés, sur les bornes interactives et mise en ligne sur le site internet.

L'équipe d'animation se réunit mensuellement pour réévaluer le lien entre les animations et activités proposées et l'évolution des besoins des résidents.

2. LES OBJECTIFS DU PROJET DE VIE SOCIALE DE THARREAU

Ces objectifs sont les suivants :

- Se sentir bien et épanoui
- Se souvenir
- Maintenir les relations - Créer du lien
- Maintenir les capacités restantes

a) Se sentir Bien et Épanoui

Tous les acteurs de la vie sociale de la Résidence Tharreau ont pour objectif le Bien-être et l'Épanouissement des résidents.

Ces deux sentiments sont valables dans tous les actes de la vie quotidienne, dans tous les lieux, dans chaque activité et quelle que soit la personne avec laquelle le résident se trouve.

Pour atteindre cet objectif, au-delà des prestations de soins et d'hôtellerie, l'établissement propose :

- Des activités de bien-être et de confort : des massages et modelages des mains, coiffeur, épilation, soins esthétiques, relaxation...

L'établissement souhaite travailler sur l'estime de soi des résidents ; il compte ainsi développer des séances de réflexologie et d'art thérapie.

- Des activités occupationnelles ; ces activités, très variées, sont proposées quotidiennement aux résidents, pour ne pas se sentir seul et/ou isolé. Sont proposés : des jeux de société, du chant, le loto, la lecture, des sorties... *Les activités en questions font l'objet d'une réévaluation régulière afin de répondre aux besoins du plus grand nombre.*
- Les fêtes calendaires (anniversaires, Noël, Pâques, Nouvel an, fête de la musique...) pour créer de la joie et des rencontres dans l'établissement. Se pose la question de faire découvrir des fêtes religieuses d'autres confessions.

- Des interventions non médicamenteuses : Des massages ayurvédiques et aux huiles essentielles, des bains thérapeutiques, des techniques de soins relationnels... Le souhait de les développer est émis mais la limite du coût des prestations est incontournable.
- Des activités sensorielles : Une réflexion est en cours concernant les activités de « stimulation », individuelles ou collectives, pour des résidents qui ne sont plus en mesure de communiquer par les moyens habituels. Le recours à un matériel « sensoriel » pourrait leur être profitable.

L'environnement agit également sur le Bien-être des résidents.

L'établissement incite donc les résidents à personnaliser leur logement et à apporter des effets personnels (photos, décoration...) pour qu'ils se sentent bien chez eux. Les familles et les résidents apprécient cette possibilité, tout comme les professionnels qui précisent toutefois, que parfois les logements sont encombrés de meubles imposants qui ne facilitent pas les déplacements et transferts du résident et constituent un réel risque de chute.

Au rez-de-chaussée de l'établissement, se trouve le Gîte. Il s'agit d'un lieu d'accueil qui rappelle le domicile (sonnette à l'entrée, cuisine équipée, salle à manger, espaces d'activités, salon...) et sécurise les résidents ayant des troubles cognitifs. Ce lieu permet à ces derniers de réaliser des tâches courantes qu'ils faisaient chez eux : mettre et débarrasser la table, éplucher des légumes... Dans cet environnement, le résident est un acteur de la vie sociale. Les professionnels souhaitent aller plus loin dans le concept « comme à la maison ». Ils veulent diversifier les activités : aller faire les courses avec les résidents, faire à manger avec eux... pour y parvenir, l'établissement souhaite obtenir la labellisation en tant que Pôle d'Activités de Soins Adaptés.

D'autres lieux d'animation sont prévus et appropriés pour les activités. Les professionnels proposent d'investir davantage les offices d'étage, dénommés « Salons Club », plus chaleureux et confinés, pour l'organisation des activités.

Le personnel de nuit suggère également d'investir le Gîte, pour proposer aux résidents présentant des troubles du sommeil et/ou qui déambulent, des activités la nuit.

b) Se souvenir

Parce que l'établissement accorde une place importante aux souvenirs, il propose des activités qui font appel à la mémoire :

- Des activités mémoire sont organisées une fois par mois par l'animatrice. Elle fait appel aux sens des résidents tels qu'identifier des objets par le toucher, reconnaître des odeurs... ces activités sont ouvertes à tous les résidents.

Ces activités peuvent se faire grâce à des jeux faisant appel aux cinq sens, mais aussi sous forme de débats sur un sujet.

- Des témoignages de résidents volontaires permettent d'alimenter les pages de la gazette de l'établissement.

Les acteurs de la vie sociale de la Résidence Tharreau souhaiteraient également mettre en place un atelier musicothérapie pour améliorer la mémoire et d'une façon plus générale le Bien-être des résidents.

Plusieurs projets de médiation animale au sein de l'établissement ont été étudiés. A ce jour, une association spécialisée intervient chaque semaine avec un chien. Un chaton a également été introduit au Gîte et y vit à temps plein. Dans le jardin vivent également des poules et des poissons qui sont pris en charge par des résidents.

Plusieurs résidents ont eu un animal domestique par le passé (projet d'accompagnement personnalisé). Etre de nouveau en contact avec un animal leur permet de se souvenir de leur propre animal et des moments de tendresse qu'ils ont eu avec lui. [*Propos recueillis par le personnel*]

c) Maintenir les relations - Créer du lien

Tous s'accordent pour dire que : « *Les relations sociales contribuent à préserver les capacités cognitives des résidents* » (propos issu du groupe de travail).

– Avec l'extérieur

Pour créer le lien avec l'extérieur, l'établissement organise des sorties très régulièrement : théâtre, expositions photos, musée, carnaval, promenade en forêt...

Ce type de sortie peut être proposé aux personnes présentant des troubles neurocognitifs selon l'intérêt que cela revêt pour elles, ces types d'activité pouvant être perturbants pour certaines.

L'établissement s'appuie également sur de nombreux partenariats (Lycées, association animale, conférenciers, atelier canin, assistantes maternelles...) pour développer les liens et relations sociales.

– Entre les résidents

Il est de plus en plus difficile pour les résidents de tisser par eux même ce lien pour de multiples raisons, pour l'essentiel, en lien avec leur perte d'autonomie. Ainsi, les professionnels cherchent à favoriser ce lien.

Le moment du goûter et des repas d'une façon plus générale sont considérés comme des moments d'échanges entre les résidents. Tout est ainsi fait pour encourager ces échanges, le cadre lui-même du lieu et la qualité des prestations réalisées favorisant chez les personnes accueillies ce lien social.

Les diverses animations favorisent bien entendu cette socialisation.

Les moments festifs qui rythment l'année (les anniversaires, Noël, Pâques, grillades...) sont autant de moments créateurs de liens entre résidents, que l'établissement souhaite maintenir voire développer.

– Avec les professionnels

L'ensemble des professionnels fait en sorte, dans le cadre de leur travail quotidien, de favoriser un lien chaleureux avec les résidents, sur les lieux de vie comme au sein de leur hébergement.

Dans la limite du temps qui leur est alloué, les personnels soignants proposent, quand c'est possible, en plus des soins quotidiens (toilette, habillage...), des soins de confort (bain de pieds, modelage du visage...) mais le temps est malheureusement souvent trop court pour cela.

d) Maintenir les capacités restantes des résidents

– Maintenir les capacités motrices des résidents

Un partenariat avec une association permet de proposer aux résidents de la gym douce. Ces ateliers permettent, outre la création de liens sociaux entre résidents, de prolonger ou retrouver la mobilité pour une meilleure qualité de vie (prévention des chutes...).

Des soins de kiné sont également proposés aux résidents sur prescription médicale.

L'organisation des espaces intérieurs comme extérieurs favorise les déplacements des résidents. Ils ont été pensés pour les inviter à s'y rendre (lorsqu'ils en ont la capacité) et à y retrouver d'autres personnes.

– **Maintenir les capacités cognitives**

L'ensemble du personnel de l'établissement est concerné par cette nécessité de stimulation cognitive des résidents, tant par des activités thérapeutiques, que par les diverses interventions dans le quotidien des personnes accueillies (recherche d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne). Ainsi tous les actes sont concernés, qu'ils touchent à l'hygiène, à l'habillage, aux repas ou à la vie sociale.

L'animatrice et les autres acteurs de la vie sociale, mettent en place des ateliers qui contribuent aussi à la stimulation cognitive : atelier canin, jeux de société scrabble, atelier mémoire (également dans la gazette...).

Des ateliers thérapeutiques hebdomadaires de stimulation mémoire sont également proposés aux résidents rencontrant des difficultés sur ce point (ateliers animés par des professionnels formés et supervisés par le psychologue).

Objectif : Impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents

Action 1 : Selon les moyens et le temps disponible, évaluer la possibilité de laisser plus de temps à l'ensemble du personnel pour élargir leurs missions habituelles autour du « prendre soin » des résidents (activités de bien-être et de développement de la vie sociale).

Action 2 : Développer et diversifier les animations les week-ends en s'appuyant sur le réseau de bénévoles et des kits animation.

Objectif : Agir sur le bien-être et l'épanouissement des résidents grâce à des environnements et actions adaptés

Action 1 : Investir le Gîte la nuit, pour proposer des activités aux résidents ayant des troubles du sommeil et/ou qui déambulent (moyens humains complémentaires requis).

Action 2 : Recrutement d'un volontaire en service civique pour entretenir et développer le lien social et donner les moyens à chaque résident d'exercer sa citoyenneté.

Objectif : Maintenir les capacités cognitives des résidents

Action 1 : intervention d'une art thérapeute musicienne pour améliorer les fonctions cognitives (et développer d'autres ateliers : sensoriels...).

Action 2 : intervention d'une réflexologue.

3. L'ORGANISATION HÔTELIÈRE

L'hôtellerie regroupe le blanchissage du linge, le bio nettoyage et la restauration.

Les missions des Agentes de Service Hôtelier sont diversifiées. Douze d'entre elles assurent le service des repas, l'entretien des logements, l'accompagnement à la vie sociale en suivant le programme d'animation mensuel. Elles travaillent dès que possible en binôme avec les aides-soignantes, l'animatrice, les Aides Médico-Psychologiques et avec les bénévoles. Elles ont un planning partagé sur un roulement de 2 semaines.

Deux professionnelles assurent le traitement du linge de façon à ce que la lingerie fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.

Une ASH assure l'entretien quotidien de toutes les parties communes de l'établissement et prête main-forte en cas de besoin.

La gouvernante organise et planifie le travail de cette équipe. Elle coordonne les services pour différents besoins, approvisionne les secteurs en produits d'entretien, vaisselle, nappages...elle est l'interlocutrice du prestataire de restauration sur le site.

Elle est en relation avec les prestataires extérieurs pour les commandes, les demandes de stage, les formations... mais elle assure aussi la logistique des réservations des familles et des réunions de travail qui sont organisées sur la résidence.

a) La gestion du linge

L'établissement dispose d'une lingerie interne où sont traités : le linge personnel des résidents, les tenues professionnelles, le linge de table et les serviettes éponge. Le linge plat est quant à lui traité par un prestataire extérieur.

Les résidents ont le choix de faire laver leur linge sur place ou par un autre moyen. Les vêtements traités en interne sont marqués, soit par l'établissement, soit par la famille. Les procédés de marquage utilisés par les familles ne sont pas toujours efficaces (étiquettes mal collées ...).

Les lingères assurent un service de 8h30 à 18h00 du lundi au vendredi.

Tout le linge des résidents doit être marqué, il arrive que les familles apportent du linge neuf non marqué par leur soin et non transmis à l'établissement pour le marquage. Si du linge non marqué intègre le circuit, son propriétaire ne le retrouve pas systématiquement. Ces pièces « perdues » non réclamées sont adressées à une association caritative. L'établissement s'interroge sur le fait de rendre obligatoire le marquage des vêtements de tous les résidents par la lingerie à l'entrée et en cours de séjour dans le cadre du réassort du trousseau.

Le linge sale des résidents est collecté tous les jours. Un pré-tri est réalisé dans les étages avant d'être descendu en lingerie. Une fois le linge traité, les lingères remontent le linge propre chez les résidents deux fois par semaine les lundis et jeudis.

Les lingères rangent le linge dans le logement des résidents les plus dépendants.

Objectif : Optimiser l'organisation de la lingerie

Action 1 : rendre obligatoire le marquage du linge des résidents par l'établissement lorsque celui-ci n'a pas été effectué à l'entrée.

b) Le bio-nettoyage

Une équipe hôtelière formée aux techniques de bio nettoyage garantit la qualité de l'environnement. L'équipe est sous la supervision d'une gouvernante qui suit la bonne réalisation du bio nettoyage.

Le personnel de nuit a aussi en charge le bio nettoyage des parties communes et des espaces occupés par le personnel en journée.

Le bio nettoyage des parties communes (couloirs / hall, sanitaires collectifs) et des logements est organisé dans le respect des bonnes pratiques d'hygiène en EHPAD. Une personne est dédiée spécialement à l'entretien des parties communes.

Pour le bio nettoyage des logements, chaque hôtelière dispose d'un secteur. Elles assurent un ménage quotidien dans tous les logements et un ménage plus approfondi est réalisé une fois par semaine.

Le Comité pour le développement durable en santé est intervenu au sein de l'établissement et a permis de mener une vraie réflexion sur les pratiques :

- Des produits éco responsables sont maintenant utilisés
- Un nettoyeur vapeur a été acheté pour réaliser en particulier le nettoyage « à blanc » des logements
- Un travail a été réalisé sur les pictogrammes de dangerosité

L'enquête d'opinion des résidents révèle un taux de satisfaction sur la qualité de prestation du bio nettoyage élevé.

c) La restauration

L'établissement sous-traite la restauration auprès d'un prestataire externe depuis le 1^{er} octobre 2003 et depuis le 1^{er} janvier 2018 dans le cadre d'un contrat collectif UNIVI. Le prestataire prépare l'ensemble des repas et réalise la plonge dans la cuisine de l'établissement.

Les lieux des repas :

Les repas sont servis à plusieurs endroits :

- Le restaurant de la résidence situé au rez-de-chaussée doté d'une grande capacité d'accueil,
- Au sein du Gîte pour les résidents supportant moins bien la collectivité /pour les résidents les plus dépendants/pour les résidents avec des troubles cognitifs sévères et/ou avancés
- Dans le salon club du rez-de chaussée et dans les étages par la suite selon la nécessité.
- Pour des raisons médicales ou personnelles justifiées, un service de plateau en chambre est également en place. Les résidents sont identifiés par l'Infirmière, qui transmet après validation, l'information en cuisine et aux agents hôteliers via l'informatique.

La journée alimentaire :

- **Un petit déjeuner (7h30 - 9h45) :** le petit déjeuner est servi dans les salons clubs situés à chaque étage ou dans le logement du résident. L'accueil des résidents pour le petit déjeuner est échelonné de 7h30 à 9h45 voire 7h00 quand des rendez-vous sont programmés, durant lequel les résidents peuvent venir prendre leur petit déjeuner en tenue de ville ou de nuit.
L'établissement a à cœur de favoriser un fonctionnement se rapprochant de celui du domicile. Cette amplitude horaire permet aux résidents un réveil en douceur, de venir chacun à son rythme et de commencer la journée dans le calme. Les professionnels mettent en avant le large choix de composants proposés lors du petit déjeuner quotidiennement même si le recueil de leur préférence est fait à l'entrée et inscrit dans le plan de soin, puis réévalué à souhait.
Des petits déjeuners plus élaborés sont proposés aux résidents lors des jours d'anniversaire, les jours fériés et les dimanches (brioche, croissant...).
- **Un déjeuner (12h - 13h15) :** Il a lieu soit au restaurant situé au rez-de-chaussée, soit au sein du Gîte. Les résidents sont systématiquement incités à prendre leur repas en salle à manger dans un souci de maintien du lien social et de convivialité. Les résidents sont placés à table par affinité et selon leurs souhaits car le repas doit rester un moment d'échange et de convivialité. L'équipe tient à être vigilant et à respecter au mieux les souhaits du résident concernant sa place en salle à manger. Une prise en compte particulière et adaptée est apportée pour les résidents atteints de déficience visuelle. Le déjeuner est servi à l'assiette.

Il est proposé d'ouvrir un troisième lieu de restauration. Les professionnels proposent aussi de recourir à l'expertise d'un ergothérapeute pour travailler sur l'adaptation de l'environnement aux besoins des résidents.

- **Un goûter :** le goûter est intégré dans la prestation. Il est proposé à tous les résidents.
- **Un dîner (18h et 19h) :** le soir, deux horaires de service sont proposés et ouverts à tous, le dîner est servi au restaurant, au salon club du rez-de-chaussée pour les résidents supportant moins bien la collectivité ou en chambre après avis du personnel infirmier ou du médecin coordonnateur.

Les résidents qui le souhaitent et en font la demande, peuvent également bénéficier d'une collation la nuit.

Elaboration des menus :

Les menus sont proposés par le prestataire de restauration qui les soumet en Commission des menus où siègent des résidents, des professionnels et des membres des familles. A cette occasion, les résidents peuvent exprimer leurs souhaits et envies.

Cependant, les contraintes de la restauration collective, dont la gestion du risque alimentaire, ne permettent pas une prise en compte totale des envies individuelles des résidents (les viandes saignantes, les entrées et desserts à température, les fruits moins froids...).

Pour permettre aux résidents d'avoir du plaisir en mangeant, l'établissement a fait le choix de privilégier les produits frais et locaux et propose 3 plats de remplacement le midi et le soir.

Suite à des remarques des proches et du personnel, un travail d'amélioration sur les textures et la présentation est en cours.

Le recueil des habitudes alimentaires du résident : goûts, régimes, allergies... est fait par les professionnels lors de l'entrée du résident et mis à jour de façon régulière pendant les transmissions.

L'adaptation des menus aux spécificités et pathologies des résidents est un sujet important pour l'établissement. Il est souhaité de travailler davantage avec le personnel de cuisine, notamment la diététicienne, le chef, l'infirmière référente nutrition de l'établissement, le médecin coordonnateur et la gouvernante afin qu'elle puisse les aider pour une prise en charge efficace de la dénutrition et les accompagner dans la résolution des problèmes liés aux aspects nutritionnels. Une traçabilité dans le logiciel de soin sera alors possible et les résultats pourront être exploités.

Objectif : Maintenir les liens sociaux entre les résidents

Action 1 : Maintenir le goûter à l'espace « Bistrot » pour les résidents qui souhaitent se retrouver.

Action 2 : Mettre en place un goûter itinérant pour les résidents isolés ou restant chez eux.

Objectif : Concilier repas en collectivité et plaisir de manger

Action 1 : Identifier un lieu supplémentaire de repas en plus des deux lieux déjà existants.

Action 2 : Associer le prestataire de restauration pour une aide à la recherche de solution de problématiques individuelles (régime, etc.).

Action 3 : Améliorer et maintenir la qualité gustative et visuelle des plats en textures modifiées.

Objectif : préserver l'autonomie des résidents

Action 1 : S'appuyer sur l'expertise de l'ergothérapeute pour adapter l'environnement aux besoins des résidents. Porter son temps d'intervention à une demi-journée par semaine.

Action 2 : Mettre en place une application afin d'automatiser les commandes des repas par les résidents, les professionnels ainsi que les invités. Chaque « client » ayant son profil d'accès et de consommateur.

1. ORGANISATION DES SOINS

Le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, le psychologue et la gouvernante travaillent en synergie et complémentarité pour une prise en soin optimale des résidents.

Le médecin traitant reste le pivot de la prise en soin des résidents.

– **Le médecin coordonnateur (0,30 ETP) :**

L'établissement dispose à raison de deux demi-journées par semaine d'un médecin coordonnateur ayant une capacité en gérontologie. Il assure cette mission uniquement à la Résidence Tharreau. Ses interventions sont conformes à la loi.

Il est nécessaire de rappeler régulièrement ses missions aux résidents, aux familles et soignants. Cette question étant posée régulièrement, l'information figure dans un classeur disponible dans chaque logement où sont mises à disposition des fiches pratiques concernant le fonctionnement de la résidence.

– **L'infirmière coordinatrice (1 ETP) :**

- assure la coordination des soins
- participe à la commission d'admission
- participe à l'élaboration des accompagnements personnalisés
- est garante de la qualité de l'accompagnement : veille au respect des bonnes pratiques, élabore des protocoles de soins, participe à la gestion des risques, participe au Comité qualité...
- assure le management du personnel aide-soignant et infirmier : recrutement, élaboration des plannings, gestion de l'absentéisme, accueil des stagiaires (maitre de stage), prévention et gestion des conflits...
- contribue à la gestion logistique : commande de matériel...
- participe aux différents réseaux locaux.

– **Les infirmières (au nombre de 4, soit 3.07 ETP)**

- assurent une présence 7j/7 pour garantir la distribution des médicaments et dispenser les soins relevant de leurs compétences,
- coordonnent les activités de l'équipe soignante,
- coordonnent la circulation des informations médicales au sein de l'établissement,
- veillent à l'état de santé des résidents dans une démarche de prévention et de stimulation,
- participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet d'établissement, de soins, et aux animations

L'une d'elles est référente hygiène bucco-dentaire, plaie et cicatrisation, nutrition.

– **Les aides-soignants de jour (au nombre de 18, soit 18.08 ETP)**

- assurent les soins de nursing
- assistent les personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne en assurant le bien-être et le confort du résident, en l'aidant avec empathie et sympathie dans des tâches comme le lever, la toilette, l'habillage ou le coucher.
- accompagnent les personnes âgées à la salle à manger et les aident à s'alimenter. Elles peuvent également leur apporter le repas en chambre et les inciter à manger pour prévenir la dénutrition ;
- Aident le résident à assurer ses soins esthétiques et peuvent l'accompagner dans ses sorties dans le jardin de la résidence.
- Assurent également l'entretien des logements des résidents et des locaux de l'établissement. Elles sont responsables de l'entretien du matériel de soins.

Dont des assistantes de soins en gérontologie :

L'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG) est Aide-Soignant (AS) ou Aide Médico Psychologique (AMP) de formation initiale.

- accompagnent, soutiennent et dispensent une aide individualisée : prennent soin, aident et accompagnent les 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
- réalisent les soins quotidiens d'hygiène et de confort adaptés, accompagnent et aident les personnes dans les actes essentiels de la vie
- participent à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation et la stimulation des capacités,
- établissent une relation d'empathie, attentive et sécurisante, pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement.

– **Psychologue : présent 2 journées par semaine,**

- participe aux évaluations des résidents,
- coordonne le Gîte,
- effectue le suivi psychologique individuel des résidents,
- rencontre des familles,
- soutient le personnel,
- gère les Plans d'Accompagnement Personnalisé et d'une façon plus générale la vie sociale
- collabore au sein de l'équipe d'encadrement au fonctionnement global de l'établissement : projets, management...

COMMUNICATION ET TRANSMISSION :

- Transmissions journalières matin, midi et soir entre les équipes
- Transmissions IDE, transmissions AS
- Réunion hebdomadaire de synthèse et pour aborder les difficultés de prise en charge
- Projets d'accompagnement personnalisé (en présence des référents, du psychologue, de l'animatrice et selon leur disponibilité, d'une AMP et d'une infirmière).
- Utilisation de la messagerie du logiciel de soins

- Commission gériatrique
- Possibilité de rencontrer les résidents et/ou les familles
- Réunions éthiques (ou de sensibilisation sur différents thèmes)

Objectif : garantir une continuité de service

Action 1 : Mettre en place de manière opérationnelle la téléconsultation et de télémédecine.

2. LES CONVENTIONS ET PARTENARIATS

L'établissement participe à une filière de soins et d'accompagnement gériatrique dans le cadre d'un conventionnement avec :

- Le centre hospitalier de Cholet pour le plan bleu
- L'équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) de l'hôpital de Cholet,
- L'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP),
- L'Hospitalisation A Domicile Mauges Bocage Choletais,
- L'Unité Mobile Intersectorielle Géroto Psychiatrique (UMIGP).
- L'unité Cognitive Comportementale (UCC)

Dans le cadre de la convention avec l'EOH, l'établissement bénéficie d'un accompagnement de deux demi-journées par an. Dans ce cadre l'hygiéniste donne des informations aux professionnels, peut aider à l'élaboration du DARI, aider au choix des produits utilisés. Enfin, elle est une interlocutrice privilégiée en cas de questionnements.

L'EMASP peut intervenir dans l'accompagnement des personnes douloureuses ou en fin de vie. Cette équipe peut donner des conseils au personnel, aider le médecin traitant dans les décisions et les prescriptions et rencontrer le résident et son entourage. Il propose une formation pour les aides-soignantes et infirmières.

L'établissement a souvent recours à l'HAD pour les soins complexes ou l'accompagnement en fin de vie. L'HAD propose une téléconsultation pour les plaies.

L'UMIGP assure un accompagnement des personnes ayant des troubles psychiatriques à la demande du médecin traitant et/ou du médecin coordonnateur. Elle réalise des entretiens réguliers qui sont tracés dans les transmissions. Une fois par an l'équipe d'encadrement fait un point avec l'UMIGP concernant les résidents qui bénéficient d'un suivi. Cette équipe propose un accès facilité pour des hospitalisations. Dans le cadre de cette convention, les professionnels peuvent avoir accès aussi à des formations sur les troubles du comportement et les pathologies psychiatriques.

Au travers de l'URML (Union Régional des Médecins Libéraux), il est possible de bénéficier de téléconsultation en cardiologie et en néphrologie.

L'établissement entretient également des liens étroits avec différents partenaires du domicile (CLIC, MAIA, Services d'aide à domicile, plateforme d'accompagnement et de répit Relais & Présence, SSIAD, SPASAD « Chez vous autrement »...).

INTERVENANTS EXTÉRIEURS :

- Médecins libéraux
- Kinésithérapeutes
- Orthophonistes
- Ergothérapeutes
- Pédicures
- Autres prestataires extérieurs pour les prestations : pompes, oxygène etc.

L'établissement souhaiterait renforcer les partenariats autour de trois spécialités :

- la géronto psychiatrie
- la dermatologie
- les consultations dentaires.

La direction souhaiterait dans ce cadre, développer la télé consultation et la télé expertise.

Objectif : garantir une continuité de service

Action 1 : Développer et évaluer une fois par an, le partenariat avec l'EMASP, l'UMIGP, la pharmacie d'officine et les professions paramédicales et médicales dans le cadre de la Commission de coordination gériatrique.

3. LES PRISES EN SOINS SPÉCIFIQUES

a) Prévenir et gérer la douleur

La direction a la volonté que l'ensemble du personnel aide-soignant et infirmier soit formé concernant la douleur et son soulagement. Actuellement 70% du personnel est formé.

Chaque année quatre professionnels bénéficient de cette formation.

L'infirmière coordinatrice est référente « douleurs et soins palliatifs ».

La douleur est évaluée au travers d'une échelle, celle qui a été retenue par l'établissement est l'AlgoPlus pour les résidents qui ne sont pas en capacité d'évaluer leur douleur. L'EVA (Evaluation Visuel Analogique) est utilisée pour les personnes en capacité de s'autoévaluer. L'établissement commence à utiliser les tablettes pour réaliser ces évaluations, cependant la pratique n'est pas encore systématique. Jusqu'à présent était utilisée l'évaluation sur papier qui était ensuite classée dans le dossier de soins. Le remplissage de l'échelle directement sur le logiciel de soins permettrait une meilleure traçabilité.

L'adaptation du traitement est assurée par le médecin traitant à la demande du personnel infirmier.

L'établissement fait appel à l'HAD pour le soulagement de la douleur. L'HAD intervient notamment pour les pansements complexes et très douloureux et agit en complément des antidouleurs morphiniques par l'utilisation du MEOPA. Le partenariat avec l'HAD est de plus en plus développé au sein de l'établissement, car un réel bénéfice pour les résidents est constaté dans la prise en soins de la douleur et notamment dans le cadre de la fin de vie. En effet, dans le contexte de fin de vie, le médecin traitant fait appel à l'HAD pour la mise en place de pompe à morphine qui permet une délivrance en sous-cutanée 24h/24h et de faire des bolus si besoin.

Des approches non médicamenteuses pour lutter contre la douleur :

- L'utilisation de poches chaudes / froides
- Des massages ayurvédiques et autres techniques relaxantes
- Des bains thérapeutiques

Une prescription anticipée de la douleur (et autres symptômes) pour soulager les résidents se trouvant dans une situation de fin de vie.

Objectif : Prévenir et gérer la douleur

Action 1 : améliorer la traçabilité de la douleur dans le logiciel de soins.

Action 2 : Poursuivre les approches non médicamenteuses pour la gestion de la douleur chronique.

Action 3 : Développer les approches relationnelles et techniques permettant d'éviter le recours aux médicaments, ex : la réflexologie plantaire et palmaire, l'art-thérapie, la musique.

b) Prévenir et gérer les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents et liés à divers facteurs tels que l'apnée du sommeil, les effets néfastes de certains traitements sur le sommeil, l'anxiété, le manque d'activité, l'isolement social...

Lorsqu'un résident présente des troubles du sommeil, une recherche des causes est mise en place par l'équipe soignante, comme la recherche d'une infection urinaire, d'une constipation, d'une angoisse etc.

Le traitement est principalement médicamenteux, toutefois, le recours au traitement à base de plantes ou la mélatonine est de plus en plus utilisé. Par ailleurs, les soignants se servent également de spray à base d'aromathérapie qui facilite l'endormissement.

Les soignants de nuit ont une formation ASG pour une approche relationnelle des troubles du sommeil.

Une collation de nuit peut-être proposée.

Chaque jour des animations sont proposées et participent à la stimulation des résidents.

Certaines personnes ont une inversion nyctémérale et déambulent la nuit (source de nuisances pour eux même, pour les autres résidents et pour l'équipe de nuit). L'établissement souhaiterait accueillir ces personnes au Gîte afin d'adapter l'accompagnement.

Objectifs : Respecter le rythme de vie des résidents

Action 1 : Etudier une organisation pour permettre l'ouverture du Gîte la nuit.

c) Prévenir et prendre en charge les troubles digestifs

Depuis le changement de prestataire de cuisine en date du 1^{er} janvier 2018, les résidents ont systématiquement le midi : un féculent, un légume et une viande ou un poisson. Le fait d'avoir au minimum une portion de légume chaque jour contribue à la lutte contre la constipation. Par ailleurs, l'établissement a aussi recours aux compotes de pruneau, au jus d'orange et à l'huile de tournesol. Cependant le personnel fait le constat que le recours à un traitement médicamenteux est trop souvent systématique, voir même mis en place en première intention.

L'hydratation est aussi un point important pour prévenir la constipation. L'établissement propose des boissons variées (le matin : café, chocolat, thé, jus d'orange ; le midi et le soir: eau plate tempérée, eau plate fraîche, eau gazeuse, vin ; au goûter : café, chocolat, jus de fruits (orange, pomme, pamplemousse, raisin). Malgré cette variété et la stimulation effectuée par les professionnels, il est remarqué que tous les résidents n'ont pas les apports nécessaires.

Certains résidents participent aux activités réalisées par de gymnastique douce, aux sorties, se promènent autour de la résidence. Les professionnels proposent d'inciter les résidents qui en ont la capacité et qui sont à risque de constipation d'y participer. Etre actif physiquement a une influence sur les muscles abdominaux et favorise le transit intestinal.

Objectif : prévenir et prendre en charge naturellement les troubles digestifs

Action 1 : Avoir recours en 1^{ère} intention à des produits naturels.

Action 2 : Améliorer l'équilibre des repas.

Action 3 : Proposer une activité physique aux résidents à risque de constipation.

d) Prévenir et gérer les troubles du comportement

La résidence Tharreau a toujours eu à cœur de proposer aux personnes âgées accueillies un accompagnement matériel et humain bienveillant, chaleureux et adapté à leurs attentes et à leurs besoins.

Cette dynamique a connu une évolution très favorable dans le cadre du déménagement dans le nouvel établissement, tant en matière d'environnement, d'ergonomie que de matériels.

La population accueillie continue à évoluer et le nombre de personnes accueillies atteintes de troubles neurocognitifs est lui aussi en constante augmentation, avec toutes les conséquences que cela induit, pas seulement en matière de troubles du

comportement mais également en matière d'accompagnement d'une façon plus générale / bien-être moral et physique des personnes accueillies malgré des troubles pouvant parfois être perturbants pour elles : désorientation, angoisse, anxiété, agitation, incompréhension concernant le soin...

Cette évolution du public accueilli n'est toutefois pas nouvelle et l'établissement est engagé dans un désir d'adaptation, et de prévention, de longue date.

La formation :

- Une large partie du personnel, quel que soit son corps de métier, est formé à l'accompagnement des personnes présentant des troubles neurocognitifs et il est prévu que l'ensemble du personnel le soit (formations diverses selon le type de métier).
- Des réunions d'équipe hebdomadaires en présence du médecin coordonnateur et du psychologue sont dédiées aux questions en lien avec l'accompagnement de ce public.
- Des temps de sensibilisation aux diverses maladies neurologiques et à leur accompagnement, animés par le psychologue, sont proposés ponctuellement.

Une architecture adaptée :

- L'ensemble de l'établissement a été pensé pour favoriser l'orientation et le bien-être des résidents. Si la signalétique est adaptée aux diverses déficiences, elle a aussi été pensée pour palier à la désorientation (dans une certaine mesure). Les aménagements intérieurs et extérieurs ont été pensés en référence aux repères passés des résidents (choix des mobiliers familiers, présence de rideaux et tableaux, sols type parquet, objets de décoration, lampes d'appoint...). Les couleurs et aménagements d'étage ont été contrastés pour favoriser une bonne reconnaissance par les résidents. Des thèmes ont été déterminés par lieu de vie et l'ensemble de la décoration est adaptée aux thèmes retenus afin que chaque résident puisse se repérer facilement sur son lieu de vie (thèmes en lien avec l'histoire de la ville de Cholet).
- L'établissement est sécurisé (présence de codes) sans donner le sentiment d'une contention ou d'une privation de liberté aux résidents. Le matériel a lui aussi été pensé dans ce sens (montres/appels d'assistance équipés d'un système de géolocalisation et d'un système d'alerte en cas de sortie à risque).
- Les jardins sont aménagés pour permettre une certaine autonomie dans les déplacements tout en favorisant des repères (odeurs, couleurs, ergonomie...). Ils sont également sécurisés.

Des lieux dédiés :

- Si l'établissement est dans son intégralité adapté aux personnes présentant des troubles neurocognitifs, des lieux sont toutefois dédiés aux personnes plus anxieuses et nécessitant une présence humaine plus conséquente (ainsi qu'un accompagnement plus spécifique).

Ainsi le rez-de-chaussée réserve 10 logements définitifs (et trois temporaires) aux personnes désorientées et dont la désorientation peut être perturbante pour elles-mêmes ou pour les autres.

L'aménagement et la localisation de cet espace permet aux personnes de mieux se repérer (absence de conscience de la présence d'étages) et de bénéficier dans une

proximité immédiate de lieux de vie fréquentés et le personnel disponible (restaurant, accueil, espace Bistrot, pôle soin, bureau de l'animatrice, jardins extérieurs, Gîte...).

– **Le Gîte**, PASA non labellisé et non financé, baptisé ainsi car plus familial et domestique, est un lieu d'accueil situé au rez-de-chaussée. Il est aménagé de manière à refléter l'agencement naturel d'un lieu d'habitation.

- Deux entrées facilement identifiables : l'une donnant sur le patio permettant l'accès par le jardin de l'établissement et l'autre donnant sur le couloir permettant l'entrée par l'intérieur de l'établissement. Une attention toute particulière a été donnée à l'entrée puisqu'elle est l'élément de transition entre l'intérieur et l'extérieur et qu'elle se doit d'être visuellement accueillante (image d'une entrée s'apparentant à celles que l'on trouve dans les maisons individuelles avec une sonnette).
- Une cuisine accessible et ergonomique, avec four, évier lave-vaisselle adaptés (donnant sur une terrasse sécurisée) permettant la participation des résidents à la préparation des repas.
- Une salle à manger spacieuse et claire donnant sur un jardin clos.
- Deux salles d'activité : réalisation d'activités thérapeutiques de groupe ou individuelles.
- Un salon : espace de repos et de convivialité, lieu d'échange et d'intimité. Il est également possible d'y lire, d'y écouter de la musique ou d'y regarder la télévision.
- Des espaces de services (discrets). Vestiaires, locaux de linge propre...
- Deux sanitaires dont un avec douche. Ils sont situés à proximité des lieux de vie et sont ergonomiques et clairement identifiables afin de favoriser un maximum d'autonomie des résidents.
- Des espaces extérieurs : Le Gîte dispose d'un jardin sécurisé, accessible librement par la terrasse de la cuisine et par la salle à manger. Il est agencé pour être accueillant, repérant et stimulant (plantes, fleurs, quelques herbes et légumes...).
- Dans le Gîte, comme dans l'ensemble de la résidence, les aménagements, mobiliers et matériels sont choisis de sorte qu'ils ne renvoient pas une image institutionnelle mais plus l'idée d'une maison d'habitation où l'on se sent accueilli et considéré.

Ce lieu est ouvert 5 jours sur 7 et aspire à une ouverture 7 jours sur 7 et 24h sur 24, cette évolution étant toutefois conditionnée par la labélisation du lieu (demande toujours d'actualité auprès de l'Agence Régionale de Santé (1^{er} refus en mars 2015, 2^{ème} refus en juillet 2019). Les résidents sont accompagnés par un binôme composé d'une ASG/AMP et d'une ASH (en cours de formation à l'approche des troubles neurocognitifs).

2 à 14 personnes désorientées y sont accueillies à la journée et bénéficient d'un programme d'animation spécifique dont l'objectif est non seulement de leur apporter du bien-être mais également de favoriser le maintien de leurs capacités restantes (autonomie, orientation dans le temps et dans l'espace...).

Un accompagnement en soin et en vie sociale adapté :

– La formation des équipes permet d'adapter les soins aux difficultés des résidents (méthode spécifique, relayage...).

- La diversité des activités proposées et la bonne connaissance des équipes des troubles neurocognitifs permet de maintenir les personnes concernées dans un lien social riche et bienveillant, là où ce type de pathologie tend à générer de l'isolement.
- Des activités de stimulation : Différents membres du personnel animent des ateliers de stimulation mémoire, soit autour de réminiscences de leur vie passée, soit de façon plus immédiate, autour de stimulations thérapeutiques de certains aspects plus spécifiques de la mémoire (mémoire de travail, mémoire immédiate...).
- Le recours aux projets d'accompagnement personnalisés favorise une personnalisation de ces activités, afin de répondre non seulement à la spécificité des troubles neurocognitifs des uns et des autres (informations d'ordre médical), mais aussi à la spécificité de l'histoire de chacun (histoire de vie, goûts, personnalité, humeur du moment...).
- Médiation animale par la présence permanente de la chatte « Minette ».

L'ensemble de ces éléments permet d'une part d'optimiser la réponse institutionnelle aux difficultés des résidents présentant une maladie neurologique et d'autre part de prévenir et si possible de ralentir son évolution lorsque les premiers signes font leur apparition.

Un partenariat étroit est effectif avec le secteur 9 de psychiatrie de l'hôpital de Cholet et ainsi avec l'Unité Mobile de Géroto Psychiatrie (UMIGP). Des professionnels infirmiers spécialisés proposent des interventions ponctuelles afin de compléter l'accompagnement lorsque c'est nécessaire, un avis psychiatrique pouvant être sollicité le cas échéant.

Les méthodes d'accompagnement non-médicamenteuses sont systématiquement privilégiées, le recours aux psychotropes n'étant envisagés qu'en dernier recours.

Lorsque les troubles du comportement sont trop sévères pour être contenus au sein de l'établissement et sous couvert d'un avis médical et pluridisciplinaire (IDE, psychologue, médecin traitant...), une demande de prise en charge temporaire peut être faite auprès d'une unité cognitivo comportementale (UCC).

Objectif : Prévenir et gérer les troubles du comportement

Action 1 : labelliser le Gîte afin qu'il fonctionne en mode PASA 24/7 conformément au projet d'établissement et aux objectifs du CPOM. 1^{er} refus en 2015, 2^{ème} refus en 2019.

Action 2 : Etudier la faisabilité d'une ouverture 24/7 du Gîte.

Action 3 : Intervention d'un chien de médiation précédée de la formation de deux professionnels référents.

Action 4 : Collaboration avec une art-thérapeute musicienne.

Action 5 : Collaboration avec une réflexologue.

e) Garantir une hygiène buccodentaire

Une bonne hygiène bucco-dentaire doit faciliter l'alimentation, la communication et la qualité de vie au quotidien des personnes âgées. Elle est aussi importante pour l'estime de soi.

Les problèmes constatés le plus souvent sont une sécheresse buccale, une usure des dents et la perte de dents, des prothèses dentaires inadaptées. Ces troubles peuvent être responsables de difficultés à la mastication, troubles de la déglutition, voir peuvent participer à la dénutrition du sujet et toutes les complications qui peuvent se développer en cascade.

Ainsi, collectivement, l'établissement veut garantir l'hygiène bucco-dentaire des résidents pour davantage de confort et de bien-être chez les résidents.

Les soins d'hygiène bucco-dentaires sont dispensés aux résidents mais ne sont pas identifiés dans le plan de soins. L'item soins dentaires n'existe pas dans le logiciel. Il y a seulement l'item soins de bouche.

Suite au départ du référent hygiène bucco-dentaire, une autre personne a été nommée. Elle participera à une formation « correspondant santé orale » courant 2020. Suite à cette formation, ses missions seront identifiées.

La structure souhaite développer un partenariat avec un dentiste pour systématiser les rendez-vous et garantir le suivi dentaire.

Les rendez-vous chez le dentiste sont régulièrement pris par la famille. Le personnel sollicite parfois la famille pour prendre un rendez-vous lorsqu'il le juge nécessaire. Il peut arriver que les infirmières s'en chargent. Tous les résidents ne bénéficient pas d'un suivi dentaire. Pourtant un véhicule adapté est mis à la disposition de l'entourage et peut être réservé.

Objectif : Garantir et suivre l'hygiène et les soins bucco-dentaires

Action 1 : Mettre en place un partenariat avec un dentiste qui interviendrait au sein de l'établissement.

Action 2 : Garantir la continuité d'hygiène et de soins bucco-dentaires, en l'intégrant dans les PSAP des résidents qui en ont besoin.

Action 3 : Former un nouveau référent bucco-dentaire et clarifier ses missions.

f) Prendre en compte les déficiences sensorielles

Les personnes âgées sont souvent touchées par les déficiences sensorielles, elles peuvent être visuelles, auditives, gustatives, olfactives, ou concerner le toucher.

Repérer ces déficiences permet d'améliorer la qualité de vie, le confort et le bien-être des résidents. Les professionnels soulignent que certains d'entre eux ont tendance à s'isoler du fait de leur surdité et leur cécité.

Cette problématique a été étudiée lors de la construction du nouvel établissement. Ainsi, lorsque quelqu'un sonne à la porte, un boîtier émet un flash lumineux dans le logement. Un travail autour de la signalétique a été mis en œuvre pour faciliter la compréhension et sa visibilité. Les ascenseurs disposent d'un dispositif d'annonce sonore. Chaque couloir a une thématique précise qui peut aussi aider les personnes à s'orienter au sein de la structure.

Les rendez-vous ophtalmologique sont souvent organisés par l'entourage. Le personnel infirmier lorsqu'il est prévenu, note le rendez-vous dans le logiciel. Cependant il n'est régulièrement pas prévenu.

Le changement des piles des appareils auditifs pour certains est organisé par les soignants, et pour d'autres par les familles. L'équipe constate que le changement des piles n'est pas programmé dans le logiciel de soins.

Lorsqu'une personne se plaint d'une perte brutale de l'audition, le personnel demande au médecin de vérifier la présence ou non de bouchon de cérumen. Le personnel soignant a régulièrement recours à des traitements Céruménolytique et au lavage d'oreille.

Le nettoyage des appareils auditifs est délicat et partiel à cause de la crainte de la casse, de l'absence de matériel adapté pour le nettoyage. Un partenariat pourrait être envisagé pour le nettoyage et la maintenance des appareils auditifs.

Pour prévenir les déficiences gustatives, une orthophoniste peut intervenir en cas de trouble de la déglutition (dans ce cas, les textures peuvent être adaptées). L'établissement propose aussi des repas à thèmes et un travail sur la présentation des aliments et des plats est en cours. La possibilité d'un plat de substitution favorise le respect du goût. Les professionnels sollicitent les résidents pour participer à la commission « menus ». Au niveau des déficiences olfactives, les professionnels ont conçu une activité autour des senteurs.

Pour le toucher, l'établissement évite au maximum l'alitement. Le personnel alterne les temps en fauteuil et au lit. L'association Siel Bleu contribue à préserver l'autonomie en proposent des exercices même aux personnes grabataires. Quand c'est possible le kiné intervient.

Objectif : Améliorer le confort des résidents atteints de déficiences auditives et/ou visuelles

Action 1 : Assurer l'hygiène et la maintenance des appareils auditifs et visuels par un partenariat avec un audioprothésiste et un ophtalmologiste.

Action 2 : Développer le partenariat avec l'ergothérapeute sur cette thématique.

Action 3 : Sensibiliser le personnel qui ne l'a pas été sur ces deux thématiques.

g) Prévenir la dénutrition et la déshydratation

L'établissement fait appel à un prestataire de service concernant la restauration comme vu précédemment. Les régimes prescrits sont pris en compte en cuisine. Il existe une IDE référente nutrition et hydratation.

Le suivi du poids des résidents est organisé et tracé dans le logiciel de soins. Ce suivi est mensuel et plus si nécessaire. Celle-ci est réalisée depuis peu directement dans le logiciel de soins. Si besoin, le médecin sera contacté pour envisager un bilan.

Les résidents peuvent bénéficier de collations la nuit pour limiter le jeûne nocturne (yaourt, compote, gâteaux).

Lorsqu'il est constaté une perte d'appétit et/ou de poids, le personnel l'évoque en transmissions. Une surveillance de l'alimentation est mise en place pendant quelques jours.

L'établissement privilégie un enrichissement naturel de l'alimentation si nécessaire. En effet, cet enrichissement est plus apprécié et toléré des résidents. Les professionnels ont remarqué que les compléments nutritionnels oraux écœurent et rassasient davantage. Les personnes les refusent rapidement. Ils sont plutôt utilisés en dernier recours. La décision d'enrichir l'alimentation est prise par le médecin traitant, ou après échange en équipe avec le médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur sollicite les médecins traitants pour que chaque personne ait au moins un bilan biologique une fois par an.

Les troubles de la déglutition sont repérés et évalués si possible par une ergothérapeute, l'adaptation de la texture est décidée en équipe.

L'hydratation est un facteur important, car chez les personnes âgées, la sensation de soif est souvent retardée. Le sujet âgé est donc à risque de déshydratations graves.

La déshydratation peut survenir :

- Suite à des diarrhées, des vomissements ;
- En cas de prise excessive de médicaments diurétiques ou laxatifs ;
- En cas de transpiration excessive (liée à une canicule...) ;
- Lorsque l'apport en eau et sels minéraux ne compense pas les pertes....

Il est donc très important d'en connaître les causes mais aussi les premiers signes.

Comme pour la nutrition, l'hydratation est discutée lors des temps de transmissions qui sont des moments privilégiés pour identifier les résidents à risque. En effet, la détection se fait en priorité par l'observation et la surveillance clinique.

Une surveillance de l'hydratation sera mise en place de la même manière que l'alimentation. Le médecin sera contacté si besoin d'un avis ou d'un traitement spécifique. Les résidents ont tous une carafe et un verre mis à disposition dans leur logement et entretenus par l'établissement.

Plan Bleu Canicule :

La mise en œuvre des recommandations du Plan canicule a permis d'établir un protocole spécifique en cas de forte chaleur et de mettre à disposition des résidents des espaces climatisés. Ce protocole s'appuie sur une attention accrue, des tournées de boissons renforcées avec l'été un passage dans tous les logements par du personnel spécifique, la mise en place de fontaines à eau qui distribuent de l'eau plate tempérée, de l'eau plate fraîche et de l'eau gazeuse.

Le résident peut utiliser des brumisateurs et des ventilateurs fournis par les proches.

Objectif : Prévenir la dénutrition et la déshydratation

Action 1 : Systématiser l'utilisation du logiciel de soins pour les surveillances, notamment la surveillance mensuelle des poids.

Action 2 : Développer le travail de suivi et d'évaluation en lien avec le médecin coordonnateur, l'infirmière référente nutrition et la gouvernante. Réunion de sensibilisation sur la surveillance du poids et de l'hydratation lors des transmissions.

Action 3 : Poursuivre la surveillance de l'hydratation des résidents à risques.

4. LES SOINS PALLIATIFS

Les résidents accueillis sont souvent poly pathologiques, et parfois en phase terminale d'une maladie cardiaque, rénale, d'une pathologie neurocognitive ou d'un cancer.

Dans ce contexte, les directives anticipées apparaissent essentielles. Le document de recueil des directives anticipées est donné à l'entrée de la personne et est rangé dans le dossier de soins. Cependant, l'établissement n'a pas les directives pour tous les résidents. Ce document (qui n'est pas obligatoire) serait très important et aiderait à prendre les décisions dans le respect des souhaits du résident, tout comme la désignation de la personne de confiance.

Lorsque les soins curatifs semblent devenir une obstination déraisonnable, divers échanges vont être mis en œuvre pour aboutir à une décision collégiale. Dans certaines situations difficiles (ex : décision d'arrêt de dialyse, arrêt de traitements curatifs) l'EMASP peut être consultée.

L'accompagnement en soins palliatifs et de fin de vie occupe une place de plus en plus importante. En effet, il est constaté depuis quelques années une augmentation des prises en soins de fin de vie dans l'établissement par respect des souhaits des résidents.

L'équipe peut se trouver en difficulté dans l'accompagnement d'une fin de vie car elle renvoie à sa propre finitude et l'impossibilité de se la représenter.

Pour faire face du mieux possible à cet accompagnement si particulier, le personnel bénéficie d'une formation douleur et soins palliatifs (cf. point 3) a). La fin de vie fait l'objet de discussions en transmission surtout le mercredi où sont présents le médecin coordonnateur et le psychologue.

Dès que possible un échange à lieu avec la personne et son entourage concernant les volontés et notamment pour se renseigner si les proches souhaitent être prévenus la nuit ou non.

Dans ce contexte, le soulagement de la douleur et de l'angoisse, l'accompagnement psychologique et les soins de confort sont favorisés au maximum et contribuent à la qualité de l'accompagnement. De manière plus concrète, seuls les traitements qui apportent un confort à la personne sont maintenus. Quand l'alimentation est encore possible, les professionnels privilégient l'alimentation dite « plaisir », c'est-à-dire en

fonction de l'envie et des goûts de la personne. Les professionnels mettent en place une surveillance cutanée et des préventions d'escarres (massage/effleurage, changement de positions, matelas à air...).

Des prescriptions anticipées sont élaborées si le médecin traitant y adhère. Elles concernent principalement le soulagement de la douleur, de l'angoisse et de l'encombrement bronchique.

L'établissement a de plus en plus recours à l'HAD pour mettre en place une pompe à morphine et/ou un pousse-seringue d'anxiolytique.

La place de la famille est privilégiée, leur présence étant possible à tout moment pour accompagner leur proche. Des échanges avec l'infirmière coordinatrice et/ou le psychologue et/ou le médecin coordonnateur sont envisagés en fonction des besoins et des demandes formulées.

Objectif : Améliorer l'accompagnement de la fin de vie

Action 1 : Développer le partenariat avec l'EMASP.

Action 2 : Recueillir la volonté ou non d'être appelé la nuit de la personne de confiance ou du référent familial dès l'entrée.

Action 3 : Favoriser les prescriptions anticipées.

Action 4 : Mieux anticiper l'intervention de l'HAD.

5. LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Depuis le 1^{er} novembre 2011, les médicaments des résidents sont préparés par une pharmacie conventionnée avec l'établissement sous forme de doses à administrer (PDA).

La politique de prestation pharmaceutique sécurisée, proposée par l'officine et l'EHPAD Tharreau, est présentée aux résidents et leurs proches avant leur entrée. Le résident peut choisir la pharmacie de son choix lorsqu'il est encore en capacité de gérer seul son traitement. Dans le cas contraire, il signe un document stipulant son accord avec le principe de distribution et par conséquent il donne son accord sur le choix du pharmacien.

Lors des consultations des médecins traitants, si une prescription médicale est faite, il est important de la communiquer au service infirmerie de l'établissement.

Toute prescription orale à distance, est confirmée par courriel ou par fax

Les prescriptions de médicaments doivent idéalement être saisies par les médecins traitants dans les dossiers informatisés patients du logiciel NetSoins. En réalité, cette action n'est pas encore ancrée dans les pratiques des médecins traitants.

Le médecin coordonnateur, au travers de la commission gériatrique qui se réunit annuellement, incite les médecins traitants à utiliser le logiciel de soins pour la prise en charge médicamenteuse.

Cette sensibilisation est d'autant plus importante que l'établissement doit garantir la tenue du dossier médical pour garantir la continuité des soins, notamment du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU). Aucune retranscription n'est tolérée car non autorisée par la loi et trop grande source d'erreurs.

La saisie des prescriptions dans le logiciel de soins est très importante pour l'établissement car elle permet de :

- bénéficier d'un dossier résident informatisé complet
- garantir une traçabilité dans la dispensation des médicaments
- favoriser une visibilité sur les consommations de médicaments dans l'établissement

Lors des renouvellements d'ordonnance, ces dernières sont faxées à la pharmacie puis rangées dans le classeur de l'étage du résident. La pharmacie apporte les médicaments dans des sachets individualisés et nominatifs pour 7 jours.

La distribution est assurée par les infirmières matin, midi et soir. Les médicaments à donner lors des couchers sont distribués par les aides-soignantes par délégation.

La distribution des médicaments est assurée par les professionnels, toutefois, ils ne tracent pas toujours la distribution des médicaments pour l'ensemble des résidents sur le logiciel de soins.

La poly-médication (plus de 5 molécules différentes par jours) concerne la majorité des résidents

Objectif : Garantir une prise en charge médicamenteuse sécurisée

Action 1 : Inciter les médecins traitants à saisir leurs prescriptions dans le logiciel de soins. Les sensibiliser via notamment les commissions gériatriques.

Action 2 : Tracer systématiquement la distribution des médicaments.

Action 3 : Prévenir la poly-médication dès l'admission.

Action 4 : Tracer tous les plans de soins infirmiers et rendez-vous médicaux des résidents uniquement sur informatique.

Action 5 : Le pharmacien référent pourra désormais accompagner l'établissement dans le cadre des bilans de médication. Il peut informer le médecin traitant en cas d'interaction médicamenteuse et de poly-médication.

6. LA PRISE EN SOINS NON MÉDICAMENTEUSE

Au sein de l'établissement, l'accompagnement et le soin ne se résument pas au seul emploi de traitement médicamenteux. En effet le soin passe également par le relationnel et l'écoute. Cette notion est indispensable à la fois pour les résidents mais aussi pour le personnel.

- Lorsqu'il est nécessaire, le psychologue assure un suivi psychologique dans le but d'un apaisement,
- La balnéothérapie permet de faire des « massages » par des bulles, de relaxer par de l'aromathérapie, de la luminothérapie et diffuser de la musique. Les AMP font en moyenne un bain thérapeutique par jour (du lundi au vendredi). Par ailleurs, les AMP

- mettent en œuvre des bains bien être pour les résidents douloureux ou anxieux ou simplement sur demande,
- Médiation animale : chat au Gîte, atelier canin, poules, poissons rouges,
 - Massages relaxants pratiqués par certains soignants.
 - Jardin adapté à visées thérapeutiques.

La musique est aussi utilisée parfois en fin de vie dans le but d'apaiser le résident mais parfois aussi son entourage.

Objectif : Favoriser l'accompagnement non médicamenteux

Action 1 : Mettre en place l'intervention d'une art-thérapeute et d'une réflexologue.

7. LA PRÉVENTION DES CHUTES

Le nombre de résidents présentant des risques de chute compte tenu du vieillissement et de la baisse de l'autonomie est en constante augmentation.

Face à cet état de fait, l'établissement se doit de mener des actions de prévention et d'identification des risques mais aussi de recenser précisément les chutes, leur cause et de mettre en place les actions correctives dans le but d'en diminuer le nombre.

- La prévention des chutes

Les locaux ont été adaptés afin de prévenir tout risque de chute (barres d'appui, absence de barres de seuil et de tapis dans les espaces privatifs, lits surbaissés...).

Les résidents à risques sont identifiés et bénéficient de mesures spécifiques :

- prise en charge de rééducation par les kinésithérapeutes,
- intervention hebdomadaire d'une ergothérapeute,
- activité de gymnastique douce une demi-journée par semaine,
- atelier préventions de chutes réalisé par une association spécialisée,
- attention particulière apportée au choix des chaussures,
- mise à disposition de déambulateurs et de fauteuils roulants.

Les transmissions sont également des moments privilégiés pour identifier les résidents présentant des risques de chute.

- La prise en charge des chutes

Les chutes sont systématiquement prises en compte et signalées dans le logiciel de soins par la personne qui les constate. Un formulaire est renseigné et la suite donnée y est également décrite.

L'analyse de la cause et l'éventuelle action corrective sont traitées dans le logiciel de soins (ex: chaussures ou mise en place d'aide à la marche).

Toute personne découvrant un résident ayant chuté fait appel si nécessaire à une infirmière. Les chutes font l'objet d'une transmission et d'une surveillance accrue. L'intervention d'un kinésithérapeute peut être programmée

Les orientations de l'établissement au titre des chutes sont les suivantes :

Objectif : Garantir la prévention et la mise en place du suivi des chutes

Action 1 : Évaluer en permanence le risque de chute pour chaque résident.

Action 2 : Éditer le bilan des chutes.

Action 3 : Augmenter le temps d'ergothérapie ou créer un temps de psychomotricien.

Action 4 : Vérifier régulièrement que l'environnement de la personne n'est pas accidentogène.

8. LA CONTENTION

La contention n'est utilisée qu'en dernier recours et fait l'objet d'un protocole précis. Il s'agit en général de barrières de lit mais pas uniquement.

Quand cela est nécessaire, des contentions sont mises en place sur prescription médicale du médecin coordonnateur. Ces contentions sont réévaluées (ou levées selon le cas) au rythme exigé par la réglementation.

En cas de risque avéré, la décision de faire appel à une prescription pour une contention est discutée en transmission par l'équipe soignante. Il est alors fait appel au médecin coordonnateur pour accord sur la contention à mettre en place.

Le médecin coordonnateur renseigne dans le logiciel de soins, la date de début, la durée et les moyens. Les contentions sont prescrites pour une durée de 15 jours et réévaluées au terme de cette durée.

La mise en place d'une contention fait l'objet d'un dialogue avec le résident et la famille qui est prévenue. Un suivi de l'état de santé du résident, des conséquences de la contention et une réévaluation périodique sont alors mis en place.

Objectif : limiter le recours à la contention

Action 1 : Poursuivre la démarche d'accompagnement mise en place.

Action 2 : Continuer à limiter le recours à la contention chimique.

Préambule : Le projet social 2015-2019 a prévu 18 actions dont une très grande majorité ont permis d'améliorer les conditions de vie au travail

1. LA SANTÉ AU TRAVAIL – LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

« Améliorer la qualité de la vie au travail dans l'établissement, c'est contribuer efficacement à la qualité d'accompagnement des résidents » [Discours tenu par le personnel de l'établissement en groupe de travail]

Les professionnels définissent la santé au travail comme :

- « **Le Partage et la création de valeurs** : le plaisir de travailler avec les personnes âgées : « on se sent utile » - « on a leur reconnaissance » - « je me sens valorisée »
- **Le bien-être au travail grâce à de bonnes relations de travail**
- **Un cadre de travail bien traitant**, qui « prend en compte et prévient les maux »
- **Des risques professionnels** pris en compte

a) La création de valeurs communes

Au vu des changements organisationnels de ces dernières années (déménagement, nouvelles pratiques d'accompagnement), de l'évolution importante des profils des résidents et de l'accroissement des exigences des familles (perçu comme légitime), les professionnels de l'établissement réinterrogent régulièrement les valeurs partagées et aspirent à une constante amélioration de leur métier, pour répondre au plus près aux besoins des résidents. Ce projet est d'autant plus complexe que la dépendance des personnes accueillies est toujours plus importante et que le nombre de professionnels disponibles pour les résidents lui n'augmente pas.

Tous s'accordent à dire que « **la reconnaissance de leur travail est une valeur structurante de leur santé, notamment mentale** ».

La « reconnaissance » doit porter sur un travail qui a du sens et une valeur pour :

- Celui qui l'exerce (le professionnel)
- Celui qui bénéficie des résultats (le résident, l'habitant).

L'établissement met tout en œuvre pour concilier au mieux les aspirations du personnel, les valeurs partagées par ces derniers, et les moyens alloués par les tutelles pour y parvenir. Cet équilibre est à la fois complexe et fragile et nécessite une constante réinterrogation. Toutefois, la question des moyens est inhérente aux choix politiques et échappe à ce titre à l'établissement qui se trouve contraint de s'adapter dans les meilleures conditions possibles.

Dans ce contexte, le projet d'établissement doit rester pour tous, le repère et le recensement des valeurs communes, afin de proposer aux personnes accueillies le meilleur accompagnement possible, avec les moyens qui lui sont alloués.

b) Le bien-être au travail

Sous l'impulsion du siège, la résidence Tharreau a réalisé une enquête sociale fin d'année 2017, elle révèle :

- 91% des professionnels de Tharreau sont fiers de leur travail
- 90% trouvent leur cadre de travail suffisamment clair pour bien réaliser leur mission

Pour favoriser le bien-être au travail, la direction avait initié la mise en place des séances de massages ayurvédiques pour les professionnels (d'autres démarches de ce type sont en cours).

Les axes prioritaires relatifs à la politique qualité de vie au travail que souhaite développer la direction sont :

- Faire le bilan du projet social 2015-2019,
- Intégrer les actions non terminées dans le plan d'amélioration continu de la qualité

c) Le cadre de travail

Le développement durable dans les pratiques professionnelles, l'architecture, la décoration, la signalétique et les différents aménagements du nouveau bâtiment ont été pensés pour concilier au mieux le bien-être des résidents et l'ergonomie de « l'outil de travail du personnel ».

Si la surface a augmenté, le matériel et l'organisation sont optimisés. (Même si des améliorations sont toujours possibles pour prévenir l'épuisement des équipes dont le travail reste perçu comme de plus en plus difficile au fil des années).

d) La prévention des risques professionnels

L'établissement a établi son Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels. Il est mis à jour annuellement. Le directeur contrôle la réalité des points abordés et valide le DUERP.

Deux référentes santé-sécurité au travail et risques professionnels sont identifiées au sein de l'établissement et pilotent la mise à jour annuelle du DUERP.

Toutes deux ont reçu une formation spécifique au DUERP et une formation sur les risques psycho-sociaux, par la CARSAT en 2015. Une des référentes risques professionnels a également bénéficié d'une formation en décembre 2017 dans le cadre de sa participation au CHSCT. Le DUERP identifie les différentes unités de travail et les risques associés. Des actions correctives et préventives sont déclinées en fonction des risques identifiés, elles bénéficient d'une échéance de réalisation.

En 2019, le DUERP sera intégré au logiciel de pilotage de la qualité.

Le DUERP est mis à disposition des professionnels dans un classeur identifié, à proximité des locaux professionnels (vestiaires, salle de pause, salle de réunion...). Le personnel dispose d'une information sur les consignes de sécurité, en cas d'incendie, les procédures d'urgence à suivre. Des formations et exercices sont réalisés chaque année.

Les référents « risques professionnels » ont élaboré des fiches de données de sécurité simplifiées pour les produits utilisés dans l'établissement. Ces fiches se présentent sous la forme d'un recto A4 avec comme informations : Lieu d'utilisation, Protection, Stockage, Lutte contre l'incendie, Premiers secours, Informations réglementaires. Elles sont à la disposition du personnel dans différents lieux de l'établissement (chariots de ménage, salons clubs, infirmerie, salle de pause...).

Les accidents de travail et les maladies professionnelles sont analysés par les référents à l'aide d'un outil appelé « arbre des causes » et font l'objet d'actions d'amélioration intégrées au logiciel de pilotage de la qualité.

L'USURE PROFESSIONNELLE

L'usure professionnelle est considérée comme une altération progressive de la santé liée au travail. Les professionnels de la Résidence Tharreau sont concernés comme tous les salariés travaillant en EHPAD.

Ils sont également exposés :

- aux charges émotionnelles (décès, fin de vie, vieillissement, perte d'autonomie, vécu des personnes accueillies...)
- aux charges physiques (port de charges lourdes, manipulations...)
- aux tâches répétitives
- aux cadences soutenues

Chacun des thèmes cités fait l'objet d'une attention privilégiée et des solutions sont proposées dans la mesure du possible.

- Concernant la fin de vie et les décès, le psychologue de l'établissement est à disposition de ceux qui en exprimeraient le besoin et un point est fait systématiquement le mercredi suite aux décès, afin de permettre à chacun de « déposer » ses difficultés. Il en va de même pour tous les sujets inhérents au vieillissement et à la vie en EHPAD.
- Concernant les charges physiques, en prévention des troubles musculo squelettiques, au-delà du matériel mis à disposition (rails de transferts dans les logements, chariots adaptés, salle de rangement de proximité...), une réflexion est toujours en cours avec les personnels référents afin d'adapter le matériel ou l'organisation pour limiter ces contraintes.
- Concernant les tâches répétitives, un turn-over est prévu pour permettre aux équipes de ne pas rester trop longtemps sur un même étage, ce qui pourrait, selon les périodes, engendrer un travail trop lourd et/ou trop répétitif (même si les missions de chacun ont nécessairement pour une part un aspect répétitif.
- La question des cadences reste un point sensible, étroitement lié au métier et à son évolution (augmentation de la dépendance, manque de personnels...).
- L'encadrement cherche des solutions mais se trouve lui aussi confronté à des difficultés, ne serait-ce que dans le recrutement de personnels remplaçants (pour limiter le recours aux titulaires pour effectuer les remplacements).

Objectif : Renforcer le partage de valeurs communes

Action 1 : Capitaliser sur les professionnels qui ont des compétences pour mettre en place des soins spécifiques (massages, esthétiques, activités sensorielles...).

Action 2 : Poursuivre les actions engagées pour rappeler les valeurs communes : réflexion trimestrielle sur l'éthique, actualisation hebdomadaire de l'accompagnement personnalisé des résidents, réunions plénières professionnelles trimestrielles, Comités de pilotages divers.

Action 3 : Recenser et adopter en équipe pluridisciplinaire les bonnes pratiques professionnelles pour transmettre les valeurs et la culture partagée.

Objectif : Favoriser le bien-être au travail

Action 1 : Poursuivre le management participatif et de reconnaissance de chaque professionnel afin de valoriser l'implication des équipes dans la vie de l'établissement et dans l'amélioration de la qualité.

Action 2 : Faire bénéficier aux professionnels de séances de médecines douces, de type réflexologie plantaire, massage, ou tout autre approche améliorant les conditions et la motivation au travail.

Action 3 : Réfléchir en équipe pluridisciplinaire à des organisations qui permettront de trouver un meilleur équilibre vie professionnelle et vie privée. Ex : travailler 1 weekend sur 3 au lieu de 1 sur 2 et être plus attractif lors des recrutements.

Objectif : Prévention des risques professionnels (usure professionnelle).

Action 1 : Poursuivre les actions déjà entreprises (réunion fin de vie, formations PRAP 2 S etc...).

Action 2 : Poursuivre le pilotage du DUERP par les référents santé et sécurité au travail et les actions correctives ainsi que l'analyse des causes des accidents du travail.

Action 3 : Création de poste(s) selon les moyens mis à disposition par les tutelles.

2. LA FORMATION

Le recensement des besoins en formation est réalisé tous les deux ans, dans le cadre des entretiens professionnels menés par le directeur et les responsables de service. L'établissement a créé ses propres supports d'entretien professionnel. Ils incluent 4 indicateurs de qualité de vie au travail qui permettent d'évaluer le climat social et le sentiment de bien-être au travail.

Depuis l'intégration de la résidence THARREAU au sein d'Omeg'Age Gestion (Groupe UNIVI) en date du 1er Janvier 2017, des formations mutualisées sont proposées.

Deux collaborateurs de l'établissement ont participé en 2018, à la formation inter-établissements sur le « management de proximité ».

La résidence THARREAU est toutefois le seul établissement d'UNIVI présent sur la région des Pays de La Loire. Le directeur privilégie donc les organismes de formation de proximité pour limiter les déplacements; il a par ailleurs créé des synergies avec des établissements présents sur son territoire.

Dans le cadre de son projet qualité de vie au travail, le directeur met l'accent sur les formations d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG). Il souhaite que 100% des soignants soient formés au diplôme ASG. A ce jour, 65 % des AS sont formés au diplôme ASG.

Les formations réglementaires sont réalisées conformément à la réglementation (habilitation électrique, incendie, lutte contre le feu). Les équipes de nuit y sont associées.

Les professionnels disent être satisfaits de la prise en compte de leurs besoins de formation.

La formation réglementaire incendie est organisée tous les ans et voit la participation obligatoire de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Cette formation obligatoire a pour objectif :

- De donner les bases du risque d'incendie adapté à la réglementation des établissements recevant des travailleurs et du public
- Appliquer les consignes de sécurité de l'établissement
- Adapter son comportement en cas de départ de feu
- Maîtriser un feu naissant à l'aide d'un extincteur en évitant les gestes maladroits
- Maintenir un plan de formation pluriannuel à la hauteur des objectifs de développement continu des compétences.

Objectif : Poursuivre le développement des compétences

Action 1 : Poursuivre l'ensemble des formations (ASG, soins palliatifs-douleur, troubles du comportement, gestes de soins d'urgence...).

Action 2 : Former à terme l'ensemble du personnel hôtelier à la gestion des troubles du comportement ou de l'orientation.

Action 3 : Professionnaliser le personnel de nuit par la qualification du personnel de service en personnel aide-soignant.

1. CONTEXTE

La politique qualité et gestion des risques d'UNIVI découle des orientations des Fédérations AGIRC-ARRCO. Elles ont souhaité que les établissements médico-sociaux et sanitaires impulsent une gestion des risques et une culture qualité partagée et fédératrice. C'est dans ce contexte, qu'UNIVI a initié une démarche commune et a formé en janvier 2016, les directeurs et les référents qualité de tous les établissements gérontologiques.

2. LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL DE LA POLITIQUE QUALITÉ UNIVI

a) L'identification d'un « référent qualité » par établissement

L'établissement compte une référente qualité : la gouvernante, et une assistante qualité : une assistante administrative. La référente qualité centre son action sur les processus, l'audit et l'efficacité des organisations. L'assistante qualité centre son action sur la traçabilité, la GED et ses versions, la communication liée à la qualité ainsi que sur les outils.

Leurs rôles et missions sont régis par une fiche missions annexée au contrat de travail. Elles ont bénéficié d'une formation à la démarche qualité et participent régulièrement aux rencontres de la Communauté qualité d'UNIVI.

Les référents qualité constituent un réseau actif au sein d'UNIVI. Ils ont vocation à se rencontrer de manière régulière (1 à 2 fois par an en complément des formations qualité) pour œuvrer sur des sujets communs et faire progresser les pratiques professionnelles.

b) La clarification des rôles entre UNIVI / le directeur / le référent qualité

Le **Pôle UNIVI** définit la politique qualité, accompagne les établissements dans le déploiement des outils communs UNIVI, contrôle le suivi de la démarche qualité et accompagne les référents qualité dans l'exécution de leurs missions.

Le **directeur** est le « pilote » de la démarche qualité, il est le garant de l'amélioration continue de la qualité.

La référente et l'assistante qualité se répartissent les tâches suivantes :

- Actualisation du plan d'actions de progrès général (PAP) et suit la mise en œuvre des actions d'amélioration avec les référents de processus
- gestion du suivi des réclamations en interne
- réalisation des audits internes sur les processus de l'établissement
- pilotage de la gestion des risques « métiers » ou opérationnels en lien notamment avec les référents santé et sécurité au travail
- structuration de la gestion documentaire de l'établissement
- mise en place tous les ans de l'enquête de satisfaction des résidents et de celle des proches
- Co-animation du Comité qualité avec le directeur

Le comité qualité mis en place :

- Les missions du Comité qualité sont :
 - Suivre les actions du PAP et faire des arbitrages pour garantir l'amélioration continue de la démarche
 - Suivre les événements indésirables, les dysfonctionnements et les actions d'amélioration qui en découlent
 - Analyser les enquêtes de satisfaction et alimenter le PAP en conséquence
 - Présenter les audits qui vont avoir lieu, leurs résultats et alimenter le PAP en conséquence
 - Mettre en place et suivre la cartographie des risques
 - Définir les modalités de formation des professionnels à la GED

- Composition :
 - Le directeur,
 - La référente et l'assistante qualité
 - Les référents de processus et de thématiques métiers selon le besoin (20 thèmes recensés)
 - La direction de la qualité d'UNIVI peut être présente à la demande du directeur en cas de besoin.
 - La fréquence de réunion : 2 fois par an suivant l'actualité

c) L'utilisation d'un logiciel qualité commun à tous les établissements

En 2017, UNIVI a fait le choix avec la communauté qualité de s'appuyer sur un logiciel qualité commun à tous les établissements pour le pilotage de la démarche.

En 2018, les modules suivants ont été utilisés par les référents qualité :

- Le module « plan d'actions » pour gérer et suivre les actions de progrès
- Le module « déclarations » pour saisir et traiter les événements indésirables et les événements indésirables à déclaration obligatoire
- Le module « enquêtes » pour saisir et traiter les enquêtes de satisfaction résidents et proches et bénéficier d'analyses complètes

Le module « évaluations » a été utilisé uniquement par la direction qualité dans le cadre de la campagne d'évaluation interne, ce qui a permis d'éditer automatiquement les rapports finaux.

A compter de 2019, les modules suivants seront utilisés par les référents qualité :

- Le module « gestion documentaire » permettant de centraliser l'information et de la partager entre établissements
- Le module « gestion des risques » pour piloter la gestion des risques opérationnels

d) Une approche processus pour structurer la démarche

La démarche qualité impulsée par UNIVI se base sur l'approche processus.

Toute activité est considérée comme un processus. L'identification et le management méthodiques des processus utilisés, et plus particulièrement les interactions de ces processus, définissent « l'approche processus ».

UNIVI et les établissements, à partir des processus identifiés, a mis en place une cartographie des processus commune.

C'est une réelle culture qualité qui permet d'introduire une même logique sur tous les aspects de la démarche.

e) Une gestion documentaire partagée

Une gestion documentaire partagée est mise en œuvre au sein des établissements. Une base de documents de référence sert de socle.

Le pôle UNIVI propose également des documents types et un accompagnement des établissements dans la rédaction, pour enrichir leur système documentaire.

f) Une gestion des évènements indésirables (EI) et des évènements indésirables à déclaration obligatoire (EIDO)

Le terme « évènement indésirable » englobe à la fois : les réclamations, les plaintes, les doléances, les dysfonctionnements, les incidents...

- Une fiche d'évènement indésirable (FEI) commune aux établissements du Pôle UNIVI, est déployée. Elle est accessible par tous : (professionnels, résidents, familles, et partenaires, prestataires, fournisseurs...)
- Une fiche d'évènement indésirable à déclaration obligatoire (FEIDO) a été conçue par le Pôle UNIVI à partir du modèle national défini par arrêté. Son formalisme et son circuit sont cadrés dans la procédure de gestion des évènements indésirables à Déclaration Obligatoire. Les actes et maladies à déclaration obligatoire, sont cadrés dans la procédure.

Tous les évènements indésirables sont saisis et traités sur le logiciel qualité par les référents qualité en respectant l'anonymat des réclamants ou personnes concernées.

g) L'engagement de la résidence Tharreau dans une démarche écoresponsable

L'établissement a recours à des produits et matériaux respectueux de l'environnement (produits d'entretien Ecocert ou Ecolabel, établissement neuf et écoresponsable). La baisse de consommation de plastique : suppression des bouteilles d'eau en plastique au profit de fontaines à eau, mise à disposition de verres et carafes en verre dans chaque logement, achat de mugs nominatifs pour chaque salarié. L'acquisition de matériels adaptés : machine de nettoyage à vapeur...

h) Des outils communs de mesure de la satisfaction

Les établissements bénéficient d'un modèle commun d'enquête de satisfaction des résidents et d'enquête d'opinion du personnel. Il a été réalisé par un groupe de travail, sous l'impulsion de l'Agirc/Arrco.

Toutefois, pour préserver les spécificités de chaque structure, des questions ciblées et adaptées au projet d'établissement sont possibles.

- Les fréquences d'administration des enquêtes :
 - Résidents : une fois par an (au mois de juin)
 - Familles : une fois par an via un mailing

i) Les modalités de contrôle

Parmi les modalités de contrôle, on compte :

- Les contrôles internes réalisés par les équipes et référents de processus

Les contrôles internes réalisés seront consignés dans des supports ou dans le logiciel de soins. Cette traçabilité constitue dans le cadre de la gestion documentaire des éléments de « preuve ». Les résultats des contrôles pourront donner lieu à des actions d'amélioration qui viendront alimenter le PAP.

- Les audits

Des audits sont réalisés par le référent qualité et par l'expert compétent dans le domaine audité.

Des grilles d'audit sont conçues par UNIVI et mises à la disposition des établissements, Ex : grille sur le circuit du médicament, grille sur le circuit des déchets...

Les audits concernent des procédures ou des processus ciblés. Des actions correctives viennent alimenter le PAP.

Un calendrier pluriannuel d'audits communs à tous les établissements est mis en place. Il cible les sujets à risque identifiés par les référents qualité lors des rencontres périodiques de la communauté qualité.

- Les évaluations internes

Tous les 5 ans, et à partir de 2017, une évaluation interne est organisée par la direction qualité d'UNIVI.

Un référentiel d'évaluation interne a été élaboré et validé par les directeurs d'établissement. Il se base sur le décret n°2012-147. Il est construit à partir de la réglementation en vigueur (CASF) et des RBPP de l'ANESM spécifiques au secteur gériatrique. Il est adapté aux EHPAD et aux Résidences Autonomies et inclue les spécificités liées aux typologies d'accueil : accueil temporaire, accueil de jour, PASA, accueil séquentiel.

La dernière évaluation interne de la résidence Tharreau a eu lieu en 2018.

- Les évaluations externes

Tous les 7 ans, l'évaluation externe, est réalisée par un cabinet externe agréé par la HAS. Son choix relève d'UNIVI qui se charge de négocier un contrat cadre pour tous ses établissements.

La dernière évaluation externe a eu lieu en mars 2014.

– Les inspections

Pour le secteur médico-social, 3 types d'inspection et de contrôle peuvent être exercés par les ARS :

- Inspection de prévention des risques de maltraitance dans les établissements médico-sociaux
- Inspection relative à la gestion des risques sanitaires liés au bâtiment
- Inspection-contrôle des structures médico-sociales de prise en charge à domicile (SSIAD...)

D'autres inspections peuvent être exercées par la DDCSPP (sécurité de la population), l'inspection du travail et l'URSSAF.

Poursuivre la démarche d'établissement initiée en 2005 et la politique qualité globale d'UNIVI

Action 1 : Mettre en place la dématérialisation des documents au format UNIVI sur le logiciel qualité.

Action 2 : Déployer et exploiter tous les ans les enquêtes de satisfaction des résidents, des professionnels et des familles.

Action 3 : Participer aux deux séminaires qualité annuels.

Action 4 : Organiser avec le référent qualité, des audits flashes ciblés par UNIVI.

Action 5 : Définir la cartographie des risques et l'adapter à l'établissement.

Action 6 : Animer les Comités de pilotage qualité à fréquence régulière

Action 7 : Poursuivre la démarche écoresponsable initiée depuis 2015 : Développement Durable – RSE – RSO

Action 8 : Finaliser et structurer le pilotage permanent du PACQ en responsabilisant les collaborateurs sur des actions de suivi et d'amélioration ciblées.

Action 9 : Définir en Comité qualité les indicateurs de progrès mesurables et pertinents par les professionnels de l'établissement.

Action 10 : Réaliser l'évaluation externe.

Action 11 : Pérenniser et développer les actions mises en place dans le cadre du développement durable.

Action 12 : Réfléchir à la faisabilité d'une labellisation THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire Sociale et Environnementale) et à la pérennisation de cette dernière.

Pour conclure ce projet d'établissement, nous rappelons ici, les fondamentaux qui animent, tout au long des différents chapitres, notre désir d'apporter aux personnes accueillies des conditions d'existence dignes, chaleureuses et bienveillantes. Les valeurs énoncées sont portées par l'ensemble des professionnels au quotidien, elles sont issues de divers groupes de travail dans lesquels tous les services étaient représentés (soin, hôtellerie, restauration, vie sociale, logistique et administratif).

Voici les propos qui en résultent :

Culture et philosophie partagées et transmises :

- La qualité des relations humaines se tisse au fil du temps entre tous les acteurs de la résidence : résidents, professionnels et bénévoles, familles, amis et partenaires divers. Elle suppose la reconnaissance de chacun en tant qu'acteur, dans sa singularité et sa globalité.
- Les professionnels cherchent constamment à faire en sorte que le résident soit toujours replacé au centre des intérêts et des interrogations.
- Toujours garder à l'esprit que nous travaillons là où habitent les résidents et non l'inverse (ils ne vivent pas là où nous travaillons).
- Les équipes ne se limitent pas à leurs tâches techniques mais recherchent en permanence le bien-être des personnes en prenant en compte leur rythme de vie, leurs souhaits et leurs habitudes.
- Habiter un petit chez soi dans un grand chez nous, suppose de préserver l'intimité et de prévenir par exemple avant d'entrer soit en sonnant, soit en frappant à la porte.
- Chacun veille à entretenir et développer le lien social et la citoyenneté des personnes accueillies.

Des mots et des phrases qui font sens au quotidien :

- Liberté : de choisir son médecin, de refuser des soins, de participer ou non à une animation, de refuser de manger, d'aller et venir...
- Respect, écoute et empathie.
- Considérer donc traiter et traiter bien la personne.
- "Je ne fais pas ce que je ne voudrais pas que l'on me fasse". « Je veux prendre soin comme j'aimerais que l'on prenne soin de moi et de mes proches ».
- Dignité, sérénité jusqu'au terme de la vie.
- Entraide et esprit d'équipe.
- Regarder au-delà, des pertes physiques et psychiques la personne qui est face à nous.

Ses forces :

- Les professionnels aiment globalement leur métier et valorisent une bonne ambiance entre les équipes avec une bonne solidarité.
- Les ambiances domestiques et hôtelières, la convivialité, la chaleur humaine favorisent le bien-être des résidents.
- L'accompagnement individualisé mais aussi collectif prend en compte la singularité de chacun.
- L'action bénévole structurée et engagée aux côtés des professionnels améliore l'accompagnement des résidents au quotidien.
- L'organisation garantit le dialogue et la remise en question permanente des pratiques.

- Consciente des enjeux de demain, la résidence s'attache :
 - à entretenir ce qui marche bien, ce qui convient à tous et ce qu'il faut faire perdurer,
 - à inventer en permanence d'autres modes d'accompagnement des résidents et d'autres modes de management des équipes,
 - à entretenir l'esprit d'équipe et l'envie de faire bouger les choses.

La déclaration universelle des droits de l'homme est au-dessus de toutes autres chartes qui voudraient considérer les personnes âgées seulement au travers des fragilités, des vulnérabilités et des handicaps qu'elles peuvent renvoyer.

Les personnes âgées doivent rester des personnes, avec leur identité, leur histoire propre, être considérées comme des assurés sociaux, des contribuables et des électeurs sujets de droits et de devoirs, donc des citoyens de droit commun traités comme tels.

Il faut passer d'un statut de dépendant à une dynamique de citoyenneté et de présence dans la cité.

**SYNTHÈSE DES OBJECTIFS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT
2019-2023**

OBJECTIFS ET ACTIONS	2019	2020	2021	2022	2023
L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT					
L'ACCUEIL PERMANENT					
Mettre en place une organisation qui permette de répondre à l'évolution du public accueilli.					
Action 1 : Adapter en permanence l'accompagnement en fonction du public accueilli.	X	X	X	X	X
Action 2 : Labelliser le gîte afin qu'il fonctionne officiellement comme un PASA de 14 places pour atteindre l'objectif d'ouverture 24/7 conforme au projet d'établissement.		X			
Action 3 : Améliorer la veille des personnes qui présentent des troubles de l'orientation par des moyens techniques adaptés et des attitudes professionnelles adaptées (détections de sorties à risque...).	X	X			
Piloter les moyens financiers et atteindre l'équilibre budgétaire					
Action 1 : Obtenir dans le cadre du CPOM, un aménagement de l'habilitation à l'aide sociale.		X	X	X	X
L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE					
Mettre en place une organisation qui permette de répondre aux besoins des personnes âgées en interne et sur le territoire					
Action 1 : Réflexion avec l'hôpital de Cholet et l'ARS sur le lien ville-hôpital et hôpital-ville	X	X			
Action 2 : Obtenir l'autorisation d'exploitation des 5 logements disponibles dans le cadre du dispositif de solution de répit pour les aidants et d'un accueil de post-hospitalisation, pour atteindre l'exploitation à 100 % de l'établissement, soit 94 « lits ».		X			
Action 3 : Labelliser le gîte afin qu'il fonctionne officiellement comme un PASA de 14 places pour d'atteindre l'objectif d'ouverture 24/7 conforme au projet d'établissement.		X			
LE PROJET DE VIE					
INTÉGRATION DES NOUVEAUX RESIDENTS					
Réussir l'accueil des premiers jours et maintenir en permanence les liens résidents-familles-professionnels					
Action 1 : Maintenir les conditions actuelles d'accueil et la recherche de personnalisation de l'accompagnement dès les premières semaines de vie dans la résidence, celles-ci étant essentielles pour la suite du séjour.	X	X	X	X	X

Action 2 : Améliorer les liens entre les personnels référents et les familles des résidents, l'interconnaissance n'étant pas toujours effective (usage de photos...).	X	X	X	X	X
LES DROITS ET LIBERTÉS DES RÉSIDENTS					
Promouvoir les droits et libertés des résidents					
Action 1 : Poursuivre toutes les initiatives pour favoriser les droits et libertés des résidents alors que l'augmentation de leur dépendance tend à les conduire à se retirer naturellement de ce type de démarches. Partenariat dans le cadre du dispositif MONALISA.	X	X	X	X	X
Action 2 : Recrutement d'un volontaire en service civique pour entretenir et développer le lien social et donner les moyens à chaque résident d'exercer sa citoyenneté. Action à pérenniser.	X	X	X	X	X
PRENDRE SOIN DES RÉSIDENTS					
Promouvoir l'autonomie des résidents					
Action 1 : Rester attentif à la nécessité de ne pas limiter les interventions aux soins techniques (malgré l'augmentation constante de la dépendance), c'est-à-dire continuer à créer une vraie relation d'empathie avec les résidents.	X	X	X	X	X
Action 2 : Sensibiliser les familles sur l'aménagement des logements qui doit être compatible avec l'autonomie du résident et les besoins du personnel en termes d'espaces.	X	X	X	X	X
Action 3 : Recourir aux conseils de l'ergothérapeute si besoin pour un aménagement adapté du logement	X	X	X	X	X
PRENDRE SOIN DES FAMILLES					
Améliorer la communication entre les familles et l'établissement					
Action 1 : Organiser des réunions de sensibilisation et d'échanges, pour et avec les familles.	X	X	X	X	X
Action 2 : Animer des groupes de paroles pour les familles.	X	X	X	X	X
Action 3 : Continuer à recevoir les familles individuellement pour les entendre et leur apporter du contexte sur tout évènement qui les amène à s'interroger.	X	X	X	X	X
Action 4 : Selon la situation, organiser quelques mois après l'installation, un rendez-vous pour faire le point en présence du résident et de ses enfants.	X	X	X	X	X
LE PROJET DE VIE SOCIALE					
LES OBJECTIFS DU PROJET DE VIE SOCIALE					
Impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents					
Action 1 : Rechercher à développer le prendre soin des résidents (bien-être, vie sociale...).	X	X	X	X	X
Action 2 : Développer et diversifier les animations les week-ends.	X	X	X	X	X
Agir sur le bien-être et l'épanouissement des résidents grâce à des environnements et actions adaptés					

Action 1 : Investir le gîte la nuit, pour proposer des activités aux résidents ayant des troubles du sommeil et/ou qui déambulent (moyens humains complémentaires requis).		X	X	X	X
Action 2 : Recruter un volontaire en service civique pour entretenir et développer le lien social et donner les moyens à chaque résident d'exercer sa citoyenneté.	X	X	X	X	X
Maintenir les capacités cognitives des résidents en apportant des réponses non médicamenteuses					
Action 1 : Intervention d'une art thérapeute musicienne pour améliorer les fonctions cognitives (et développer d'autres ateliers : sensoriels...).	X	X	X	X	X
Action 2 : Intervention d'une réflexologue.	X	X	X	X	X
L'ORGANISATION HÔTELIÈRE					
Optimiser l'organisation de la lingerie					
Action 1 : Rendre obligatoire le marquage du linge des résidents par l'établissement lorsque celui-ci n'a pas été effectué à l'entrée.	X				
Maintenir les liens sociaux entre les résidents					
Action 1 : Maintenir le goûter à l'espace « Bistrot » pour les résidents qui souhaitent se retrouver.	X	X	X	X	X
Action 2 : Mettre en place un goûter itinérant pour les résidents isolés ou restant chez eux.		X			
Concilier repas en collectivité et plaisir de manger					
Action 1 : Identifier un lieu supplémentaire de repas en plus des deux lieux déjà existants.		X			
Action 2 : Associer le prestataire de restauration pour une aide à la recherche de solution aux problématiques alimentaires individuelles (régime, etc.).		X			
Action 3 : Améliorer et maintenir la qualité gustative et visuelle des plats en textures modifiées.	X	X	X	X	X
Préserver l'autonomie des résidents					
Action 1 : S'appuyer sur l'expertise de l'ergothérapeute pour adapter l'environnement aux besoins des résidents. Porter son temps d'intervention à une demi-journée par semaine.		X	X	X	X
Action 2 : Mettre en place une application afin d'automatiser les commandes des repas par les résidents, les professionnels ainsi que les invités. Chaque « client » ayant son profil d'accès et de consommateur.		X			
LE PROJET DE SOIN ET LE PROJET MÉDICAL					
ORGANISATION DES SOINS					
Garantir une continuité de service					
Action 1 : Mettre en place de manière opérationnelle la téléconsultation et de télémédecine.			X		

Action 2 : Développer et évaluer une fois par an, le partenariat avec l'EMASP, l'UMIGP, la pharmacie d'officine et les professions paramédicales et médicales dans le cadre de la Commission de coordination gériatrique.	X	X	X	X	X
LES PRISES EN SOINS SPÉCIFIQUES					
Prévenir et gérer la douleur					
Action 1 : Améliorer la traçabilité de la douleur dans le logiciel de soins.		X			
Action 2 : Poursuivre les approches non médicamenteuses pour la gestion de la douleur chronique.	X	X	X	X	X
Action 3 : Développer les approches relationnelles et techniques permettant d'éviter le recours aux médicaments, ex : la réflexologie plantaire et palmaire, l'art thérapie, la musique.	X	X	X	X	X
Respecter le rythme de vie des résidents					
Action 1 : Étudier une organisation pour permettre l'ouverture du Gîte la nuit.		X	X		
Prévenir et prendre en charge naturellement les troubles digestifs					
Action 1 : Améliorer le recours en 1 ^{ère} intention à des produits naturels.	X	X			
Action 2 : Améliorer l'équilibre des repas.		X	X	X	X
Action 3 : Permettre une activité physique aux résidents à risque de constipation.		X	X	X	X
Prévenir et gérer les troubles du comportement					
Action 1 : Labelliser le gîte afin qu'il fonctionne en mode PASA 24/7 conformément au projet d'établissement et aux objectifs du CPOM. Premier refus en 2015, deuxième refus en 2019.		X			
Action 2 : Étudier la faisabilité d'une ouverture 24/7 du Gîte.		X	X		
Action 3 : Intervention d'un chien de médiation précédée de la formation de deux professionnels référents.		X			
Action 4 : Collaboration avec une art thérapeute musicienne.	X	X	X	X	X
Action 5 : Collaboration avec une réflexologue.	X	X	X	X	X
Garantir et suivre l'hygiène et les soins bucco-dentaires					
Action 1 : Mettre en place un partenariat avec un dentiste qui interviendrait au sein de l'établissement.		X			
Action 2 : Garantir la continuité d'hygiène et de soins bucco-dentaires, en l'intégrant dans les PSAP des résidents qui en ont besoin une aide à l'hygiène bucco-dentaire.	X	X	X	X	X
Action 3 : Former un nouveau référent bucco-dentaire et clarifier ses missions.		X			

Améliorer le confort des résidents atteints de déficiences auditives et/ou visuelles					
Action 1 : Assurer l'hygiène et la maintenance des appareils auditifs et visuels par un partenariat avec un audioprothésiste et un ophtalmologiste.		X	X	X	X
Action 2 : Développer le partenariat avec l'ergothérapeute sur cette thématique.		X	X	X	X
Action 3 : Sensibiliser le personnel qui ne l'a pas été sur ces deux thématiques.		X	X	X	X
Prévenir la dénutrition et la déshydratation					
Action 1 : Systématiser l'utilisation du logiciel de soins pour les surveillances, notamment surveillance mensuelle des poids.		X	X	X	X
Action 2 : Développer le travail de suivi et d'évaluation en lien avec le médecin coordonnateur, l'infirmière référente nutrition et la gouvernante. Réunion de sensibilisation sur la surveillance du poids et de l'hydratation lors des transmissions.		X	X	X	X
Action 3 : Poursuivre la surveillance de l'hydratation des résidents à risques.	X	X	X	X	X
LES SOINS PALLIATIFS					
Améliorer l'accompagnement de la fin de vie					
Action 1 : Développer le partenariat avec l'EMASP		X	X	X	X
Action 2 : Recueillir la volonté ou non d'être appelé la nuit de la personne de confiance ou du référent familial dès l'entrée.	X				
Action 3 : Favoriser les prescriptions anticipées.		X	X	X	X
Action 4 : Mieux anticiper l'intervention de l'HAD.		X	X	X	X
LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE					
Garantir une prise en charge médicamenteuse sécurisée :					
Action 1 : Inciter les médecins traitants à saisir leurs prescriptions dans le logiciel de soins. Les sensibiliser via notamment les commissions gériatriques.		X	X	X	X
Action 2 : Tracer systématiquement la distribution des médicaments.	X	X	X	X	X
Action 3 : Prévenir la poly médication dès l'admission.		X	X	X	X
Action 4 : Faire évoluer l'outil informatique de sorte que l'ensemble des rendez-vous des résidents et les transports sanitaires soient tracés et suivis.		X	X	X	X
Action 5 : Le pharmacien référent doit informer le médecin traitant en cas d'interaction médicamenteuse et de poly médication à risque.		X	X	X	X
LA PRISE EN SOINS NON MÉDICAMENTEUSE					
Favoriser l'accompagnement non médicamenteux					
Action 1 : Mettre en place et évaluer l'intervention d'une art thérapeute et d'une réflexologue.	X				
LA PRÉVENTION DES CHUTES					
Garantir la prévention et la mise en place du suivi des chutes					
Action 1 : Évaluer en permanence le risque de chute pour chaque résident.		X	X	X	X

Action 2 : Éditer le bilan des chutes.		X	X	X	X
Action 3 : Augmenter le temps d'ergothérapie ou créer un temps de psychomotricien.		X			
Action 4 : Vérifier régulièrement que l'environnement de la personne n'est pas accidentogène.	X	X	X	X	X
LA CONTENTION					
Limiter le recours à la contention					
Action 1 : Poursuivre la démarche d'accompagnement mise en place.	X	X	X	X	X
Action 2 : Continuer à limiter le recours à la contention chimique.	X	X	X	X	X
LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL					
LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL					
Renforcer le partage de valeurs communes					
Action 1 : Capitaliser sur les professionnels qui ont des compétences pour mettre en place des soins spécifiques (massages, esthétiques, activités sensorielles...).		X	X	X	X
Action 2 : Poursuivre les actions engagées pour rappeler les valeurs communes : réflexion trimestrielle sur l'éthique, actualisation hebdomadaire de l'accompagnement personnalisé des résidents, réunions plénières professionnelles trimestrielles, comités de pilotages divers.	X	X	X	X	X
Action 3 : Recenser et adopter en équipe pluridisciplinaire les bonnes pratiques professionnelles pour transmettre les valeurs et la culture partagées.	X	X	X	X	X
Favoriser le bien-être au travail					
Action 1 : Poursuivre le management participatif et de reconnaissance de chaque professionnel afin de valoriser l'implication des équipes dans la vie de l'établissement et dans l'amélioration de la qualité.	X	X	X	X	X
Action 2 : Faire bénéficier aux professionnels de séances de médecines douces, de type réflexologie plantaire, massage, ou tout autre approche améliorant les conditions et la motivation au travail.	X	X	X	X	X
Action 3 : Réfléchir en équipe pluridisciplinaire à des organisations qui permettront de trouver un meilleur équilibre vie professionnelle et vie privée. Ex : travailler 1 week-end sur 3 au lieu de 1 sur 2 et être plus attractifs lors des recrutements.	X	X			
Prévention des risques professionnels (usure professionnelle)					
Action 1 : Poursuivre les actions déjà entreprises (réunion fin de vie, formations PRAP 2 S etc....).	X	X	X	X	X
Action 2 : Poursuivre le pilotage du DUERP par les référents santé et sécurité au travail et les actions correctives ainsi que l'analyse des causes des accidents du travail.	X	X	X	X	X
Action 3 : Création de poste(s) selon les moyens mis à disposition par les tutelles.		X	X		

LA FORMATION					
Poursuivre le développement des compétences					
Action 1 : Poursuivre l'ensemble des formations (ASG, soins palliatifs-douleur, troubles du comportement, gestes de soins d'urgence...).	X	X	X	X	X
Action 2 : Former à terme l'ensemble du personnel hôtelier à la gestion des troubles du comportement ou de l'orientation.	X	X	X	X	X
Action 3 : Professionnaliser le personnel de nuit par la qualification du personnel de service en personnel aide-soignant.	X	X			
LE PILOTAGE DE LA QUALITE					
LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES					
Poursuivre la démarche d'établissement initiée en 2005 et la politique qualité globale d'UNIVI					
Action 1 : Mettre en place la gestion électronique des documents au format UNIVI sur le logiciel qualité.	X	X	X		
Action 2 : Déployer et exploiter tous les ans les enquêtes de satisfaction des résidents, des professionnels et des familles.	X	X	X	X	X
Action 3 : Participer aux deux séminaires qualité annuels.	X	X	X	X	X
Action 4 : Organiser avec le référent qualité, des audits flashes selon la méthodologie UNIVI.	X	X	X	X	X
Action 5 : Participer à la définition de la cartographie des risques et l'adapter à l'établissement.		X	X		
Action 6 : Co animer les comités de pilotage qualité selon la fréquence définie en interne.	X	X	X	X	X
Action 7 : Poursuivre la démarche écoresponsable initiée depuis 2015 : Développement Durable – RSE - RSO.	X	X	X	X	X
Action 8 : Finaliser et structurer le pilotage permanent du PACQ en responsabilisant les collaborateurs sur des actions de suivi et d'amélioration ciblées.	X	X	X	X	X
Action 9 : Définir en Comité qualité les indicateurs de progrès mesurables et pertinents par les professionnels de l'établissement.		X			
Action 10 : Réaliser l'évaluation externe.			X		
Action 11 : Pérenniser et développer les actions mises en place dans le cadre du développement durable.	X	X	X	X	X
Action 12 : Réfléchir à la faisabilité d'une labellisation THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire Sociale et Environnementale) et à la pérennisation de cette dernière.			X		