

# *Résidence de Recouvrance*

86 COURS GENET 17100 SAINTES / TEL : 05 46 93 13 75

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
et pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

## **Projet d'établissement 2010 / 2014**

Août 2011

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
1.1 Création du logement foyer les Tilleuls en 1978 .....	4
1.2 Adaptation des prestations aux besoins de la population âgée .....	4
1.3 Médicalisation du logement foyer « les Tilleuls » .....	4
1.4 Emménagement à Recouvrance en octobre 2011 .....	5
1.5 Accompagnement des résidents de l'EHPAD « Les Tilleuls » dans ce changement .....	5
<b>2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT .....</b>	<b>4</b>
2.1 Situation géographique de l'établissement .....	5
2.2 Situation démographique .....	5
2.3 Taux d'équipement en structure d'hébergement .....	6
2.4 Fiche d'identification de l'établissement.....	6
2.5 Description des locaux .....	6
<b>3. POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>7</b>
3.1. Les valeurs républicaines et de service public .....	7
3.2 Les missions du CCAS .....	8
3.3 Les valeurs de l'établissement.....	8
3.4 Les ambitions et buts poursuivis .....	9
<b>4. LE PUBLIC .....</b>	<b>11</b>
4.1. Les résidents de l'EHPAD « Les Tilleuls ».....	11
4.2. Evolution de la perte d'autonomie des résidents.....	11
4.3 Participation des résidents et des familles.....	12
4.4 Participation des résidents et des familles.....	12
<b>5. POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ET POLITIQUES PUBLIQUES TERRITORIALES .....</b>	<b>14</b>
5.1. Orientations gériatriques départementales 2011 / 2016.....	14
5.2. Orientations gériatriques régionales 2011 / 2016.....	15
<b>6 LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES.....</b>	<b>17</b>
6.1. Les ressources humaines : augmentation du nombre de professionnels.....	17
6.2 Les nouveaux recrutements de la Résidence de Recouvrance .....	19

6.3 La qualification du personnel : un enjeu majeur .....	19
6.4 Le soutien aux professionnels .....	21
6.5 L'organigramme de l'établissement.....	24
6.6 L'organisation sectorielle de la résidence .....	25
6.7 Organisation des délégations .....	25
6.8 Gestion des ressources humaines .....	26
<b>7. LA NATURE DE L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION .....</b>	<b>27</b>
<b>7.1 Le projet de vie .....</b>	<b>27</b>
7.1.1 L'accueil de la personne .....	27
7.1.2 Le temps de soins auprès de la personne.....	30
7.1.4 La restauration.....	33
7.1.5 Les tâches hôtelières / restauration et entretien sur une journée à l'EHPAD.....	35
7.1.6 Les tâches hôtelières / restauration et entretien sur une journée au CANTOU .....	38
<b>7.2 Le projet d'animation .....</b>	<b>40</b>
<b>7.3 Le projet de soin.....</b>	<b>43</b>
7.3.1 La prévention.....	44
7.3.2 L'organisation des soins : Du projet de soin aux plans de soins.....	49
<b>8. OBJECTIFS DE PROGRES ET DE DEVELOPPEMENTS.....</b>	<b>56</b>
8.1 Du Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) à l'évaluation interne et externe .....	56
8.2 Le projet d'établissement décliné en « fiche action ».....	57
8.2.1 Fiche Action n°1 : Promouvoir les droits des usagers.....	58
8.2.2 Fiche Action n°2 : Maintenir et promouvoir le lien social .....	59
8.2.3 Fiche Action n°3 : Impliquer les résidents et leurs proches .....	60
8.2.4 Fiche Action n°4 : Réaliser le Plan d'Amélioration de la Qualité et de l'évaluation interne .....	61
8.2.5 Fiche Action n°5 : Partenariat et réseau de soin gériatrique .....	62
8.2.6 Fiche Action n°6 : Gestion des Ressources Humaines .....	63
8.2.7 Fiche Action n°7 : Former le personnel.....	64
8.2.8 Fiche Action n°8 : Créer les protocoles et procédures.....	65
8.2.9 Echancier des fiches actions .....	66
<b>9 CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>

# **1. Introduction**

## **1.1. Création du logement foyer les Tilleuls en 1978**

La volonté politique en direction des personnes âgées est très présente sur notre territoire et ce dès les années 1970. Les élus, en charge de la politique sociale, ont créé le premier logement foyer à Saintes en 1968 sur le quartier de la Fenêtre. Le but de cette création d'établissement était d'apporter à des personnes retraitées un logement de qualité et accessible financièrement.

L'établissement est agréé pour accueillir 50 résidents, seuls ou en couple, l'activité est constante et le taux d'occupation est de 100%.

C'est à partir de la fin des années 1990, début des années 2000, que les premiers signes de dysfonctionnements apparaissent. Les personnes valides, en âge de venir s'installer dans ce logement foyer font le choix de rester chez elles, ou d'aller dans d'autres logements foyers répondant mieux à leurs besoins (commerces de proximité, logements plus autonomes, tels que le logement foyer Soleil géré aussi par le CCAS de Saintes).

Seules des personnes dépendantes font le choix de demander un logement à Tilleuls, celui-ci ne pouvant pas répondre à la demande ou difficilement, pour des raisons de statut d'établissement.

## **1.2. Adaptation des prestations aux besoins de la population âgée**

En 2004 / 2005, le CA du CCAS décide de créer une nouvelle structure médicalisée et dépose un dossier aux autorités d'autorisation (CROSMS) pour l'ouverture d'un EHPAD et d'une unité protégée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le lieu de la nouvelle construction est défini, celle-ci se situant sur le quartier de Recouvrance.

La demande d'autorisation s'appuie sur une analyse des besoins de ces populations et sur les orientations des politiques publiques pour répondre et adapter au mieux les prestations.

Cette création d'établissement et ce changement de statut impactent directement sur la vie des résidents du foyer logement Tilleuls et par conséquent, ils sont associés dès le début aux différentes réflexions. Les familles des résidents participent aussi à ces débats pour prendre en compte leurs remarques et avis.

## **1.3. Médicalisation du logement foyer « les Tilleuls »**

Plusieurs facteurs entraînent des retards dans la création de la nouvelle structure. Les ACT (Autorités de Contrôle et de Tarification) demandent au CCAS de médicaliser le logement foyer à partir de janvier 2010. Cette décision permet à la fois aux résidents de Tilleuls, aux professionnels, d'appréhender ce changement tout en restant dans les mêmes locaux.

## **1.4. Emménagement à Recouvrance en octobre 2011**

Celui-ci est prévu en octobre 2011. 46 résidents sur 50 font le choix de venir vivre à Recouvrance. Les 4 autres personnes choisissent de partir. Une a choisi de vivre à l'EHPA Soleil, structure gérée par le CCAS de Saintes, une autre part dans sa famille pour des raisons financières et deux autres accèdent à la location privative.

## **1.5. Accompagnement des résidents de l'EHPAD « Les Tilleuls » dans ce changement**

Ce changement d'établissement est source de questionnements, d'anxiété pour les résidents. Un grand nombre d'entre eux ont habité l'établissement alors qu'il était « foyer logement ». Le déménagement, l'attribution des chambres, leurs mobiliers, l'organisation sont des thématiques sur lesquelles le résident est plus ou moins inquiet. Il s'agit bien pour les professionnels d'accompagner les résidents et les familles, de les rassurer, les informer, de recueillir leurs attentes et souhaits, et surtout d'être à l'écoute.

## **2. Présentation de l'établissement et de son environnement**

### **2.1. Situation géographique de l'établissement**

L'établissement est implanté à Saintes, dans le quartier de Recouvrance. Ce quartier péri-urbain, éloigné du Centre-ville de 2 kilomètres, est situé dans un quartier résidentiel à proximité d'un grand centre commercial et d'une zone d'activité importante. La situation de l'établissement, légèrement en retrait de la zone commerciale, offre un lieu de calme et de tranquillité avec l'avantage d'un accès facilité par les transports en commun ou à pied.

Avec plus de 28 000 habitants, Saintes est la ville-centre de la Communauté de Communes. Labélisée "Ville d'Art et d'Histoire", elle possède un patrimoine unique dans tout l'ouest de la France. Bercée par la Charente, cadre idéal pour des balades fluviales, elle vit au rythme de manifestations diverses organisées toute l'année<sup>1</sup>.

Les villes de La Rochelle et de Niort sont à 40 minutes, Bordeaux à 1 heure, ainsi qu'Angoulême.

Le système de soins est relativement développé ainsi que les services médicaux et paramédico. La proximité des commerces des différents services est un atout considérable. L'hôpital de Saintonge est à moins de 3 minutes de La Résidence.

### **2.2. Situation démographique<sup>2</sup>**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, **615 706** personnes habitent en Charente Maritime. Les personnes de 60 ans et plus représentent **29.1%** de la population totale. Les personnes de 80 ans et plus représentent **7%** de la population totale. En 2030, le pourcentage des personnes de 60 ans et plus atteindrait **37,6%** et celui des personnes de 80 ans et plus **9,4%**.

---

<sup>1</sup> Données du site internet de la CDC du Pays Santonnais

<sup>2</sup> Livre Blanc : Le Schéma départemental 2011/2016 en faveur des personnes âgées (CG17)

Le Pays de Saintonge Romane compte 79 702 habitants (recensement 2006), soit 13% de la population totale du département. 25% de sa population est âgée de plus de 60 ans<sup>3</sup>.

### 2.3. Taux d'équipement en structure d'hébergement

Au niveau régional, le ratio de lits et places concernant les personnes âgées de plus de 75 ans demeure inférieur en Charente-Maritime à celui des autres départements.

En Saintonge Romane, la capacité en EHPAD au 01/04/2010 est de 897 places contre 764 en 2004.

Pour la résidence de Recouvrance (au 1<sup>o</sup> août 2011), les places supplémentaires de l'EHPAD sont déjà pourvues, ainsi que 12 places sur 24 pour l'unité protégée dénommée le « CANTOU ».

### 2.4. Fiche d'identification de l'établissement

Raison sociale de l'établissement	Résidence de Recouvrance : Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et / ou ayant la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
Code FINESS Arrêté d'autorisation	17 002 080 4 29 mars 2006
Adresse	86 cours Genêt 17100 SAINTES
Contacts	Tel : 05 46 93 13 75 Fax : 05 46 97 88 91 Site internet : <a href="http://www.ville-saintes.fr">www.ville-saintes.fr</a> Courriel : nouvelle adresse début octobre 2011
Nature juridique de la structure	Etablissement public géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Saintes
Président du CCAS	Mr Jean ROUGER
Vice Président	Mr Thierry LEBLAN
Directeur du CCAS	Mme Elizabeth MUNOS
Responsable opérationnelle de l'établissement faisant fonction de direction	Mme Valérie MATTEI
Capacité d'accueil	90 places : 66 EHPAD et 24 Unité protégée
Habilitations	Aide sociale à 100% Aide Personnalisée au Logement
Financeurs	Conseil Général pour l'hébergement et la dépendance ARS pour la dépendance et le soin
Identification du propriétaire des locaux	SEMIS de SAINTES

### 2.5. Description des locaux

Recouvrance est constitué de deux bâtiments distincts, un EHPAD de 66 places et un CANTOU (unité protégée) composé de 2 unités de 12 places.

<sup>3</sup> Données du Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011 / 2016

L'EHPAD est un bâtiment de 4 niveaux d'une surface totale de **3360 m<sup>2</sup>**. Les parties privatives représentent 1.572 m<sup>2</sup> et les parties communes 1.788 m<sup>2</sup>. Toutes les chambres sont individuelles et ont une surface de 22 à 28 m<sup>2</sup>. Elles comprennent une pièce principale et une salle de bain avec toilettes intégrées.

Le CANTOU, de plain-pied est d'une surface de **1.254 m<sup>2</sup>**. Toutes les chambres sont individuelles et ont une surface de 20 à 21 m<sup>2</sup>. Elles comprennent une pièce principale et une salle d'eau avec toilettes intégrées. Les parties communes représentent 318 m<sup>2</sup>. L'enjeu du projet est de rassembler les différents services du pôle-senior sur un même lieu afin de mieux répondre aux besoins de la population en offrant aux professionnels la possibilité de travailler en cohérence et proximité dans des espaces communs. L'équipe des Chantiers-Verts (Chantier d'Insertion « métiers dans la ville ») sera également installée sur place.

La surface totale de l'EHPAD et du CANTOU est de **4614m<sup>2</sup>**.

Les espaces verts et jardin sont exposés plein-sud et totalement ouvert pour l'EHPAD. Le CANTOU dispose de deux jardins privatifs et sécurisés.

### **3. Politique de l'établissement**

En octobre 2011, cette nouvelle résidence va ouvrir ses portes pour proposer aux résidents de « Tilleuls » et à de nouveaux résidents un cadre environnemental adapté à leurs problématiques, à leur intimité et à leurs besoins d'aides et d'accompagnements. Cette résidence est ouverte à toutes personnes de plus de 60 ans (dérogation pour les personnes de moins de 60 ans), grâce à l'habilitation «aide sociale». La capacité d'accueil augmente de 40 places, **soit 16 places supplémentaires pour l'EHPAD et de 24 places pour l'unité protégée.**

#### **3.1. Les valeurs républicaines et de service public**

Les valeurs républicaines, de service public **Liberté, Egalité, Fraternité, respect de la laïcité**, sont un premier repère pour l'accompagnement des résidents

- ✓ Liberté de venir vivre ou non en institution
- ✓ Participer ou non à une activité
- ✓ Egalité de « traitement » entre les résidents
- ✓ Respect de la laïcité et des opinions politiques de chacun
- ✓ Fraternité entre tous pour un lieu de vie partagé et solidaire

### 3.2. Les missions du CCAS

Il est important d'énoncer les missions légales des CCAS et de l'action sociale car elles donnent aussi une orientation concrète de travail aux professionnels.

«Le CCAS anime **une action générale de prévention et de développement social** dans la commune en liaison avec les institutions publiques et privées. Il est de ce fait l'institution locale de l'action sociale par excellence. A ce titre, il développe différentes activités et missions légales ou facultatives, directement orientées vers les populations concernées : aide et accompagnement des personnes âgées, aides aux personnes handicapées, aux enfants, aux familles en difficulté, lutte contre les exclusions... (ref [www.unccas.fr](http://www.unccas.fr))»

L'article L.116-1 du CASF<sup>4</sup> définit ainsi les fondements de l'action sociale et médico-sociale : «L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, **l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets**. Elle repose sur une **évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature**».

### 3.3. Les valeurs de l'établissement

La résidence Recouvrance se veut être une structure d'accueil et d'hébergement de qualité pour les personnes âgées dépendantes, ou atteintes de la maladie d'Alzheimer, pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus adapté.

Les valeurs de l'établissement sont

- ✓ D'être au service des personnes en proposant différents lieux de vies.
  
- ✓ De respecter chaque personne, au travers de sa dignité, de son écoute, de sa compréhension, de ses habitudes de vie, de sa singularité et de ses droits.
  
- ✓ De favoriser et maintenir l'autonomie des résidents.
  
- ✓ De rechercher au quotidien une exigence de qualité, de compétences dans les activités et prestations dispensées.

---

<sup>4</sup> CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

- ✓ De faire de cet établissement un lieu de vie ouvert sur la vie du quartier, de la ville, et de participer au mieux aux moments culturels et sociaux du territoire.

Les chartes des droits et des libertés de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante sont le socle de référence pour l'ensemble de l'équipe.

### 3.4. Les ambitions et buts poursuivis

#### 3.4.1. Un véritable lieu de vie

L'ambition principale est de faire de Recouvrance **un véritable lieu de vie** à la fois collectif et individuel ou chaque personne résidente est accompagnée pour créer son espace de vie et d'intimité.

Il s'agit de proposer à chaque résident un **ensemble de services afin de répondre à ses besoins et garantir sa sécurité.**

Le **maintien et le développement du lien social** est un élément majeur de ce lieu de vie. L'établissement sera tourné vers la vie de la cité. Ainsi les résidents se verront proposer, participer à des activités socio-culturelles (film, spectacle, animations d'associations...).

La volonté est **d'associer les familles, les proches** des résidents, **des bénévoles** pour participer à la vie de l'établissement pour plus de lien social.

#### 3.4.2. Le résident au centre de ce lieu de vie

Il est essentiel que les professionnels reconnaissent **le résident comme un sujet et un acteur à part entière** dans cette dynamique de lieu de vie. Ensemble, professionnels et résidents, déterminent les projets de chaque personne résidente. Toutefois si le résident n'est pas en capacité de s'exprimer, les professionnels demanderont aux représentants ou aux proches de co- construire son projet.

Pour reconnaître le résident comme un sujet et un acteur à part entière, les professionnels doivent s'interroger sur la représentation qu'ils ont de la personne et le regard qu'ils portent sur elle. « Celle-ci n'est pas que vieille et dépendante, elle a aussi vécu, elle a une histoire, elle est une personne adulte, elle a des désirs en terme de culture, de loisirs ... ».

Ce questionnement s'inscrit dans une « **dynamique éthique de bientraitance** », recommandée par l'ANESM<sup>5</sup>.

#### 3.4.3. Principes éthiques d'intervention

La recommandation de l'ANESM sur le questionnement éthique des établissements et services médico-sociaux revêt un double enjeu ;

---

<sup>5</sup> ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux( [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr))

- ✓ Protéger les personnes vulnérables et les positionner comme acteurs dans l'accompagnement,
- ✓ Aider les professionnels à se questionner lors de situations complexes.

Si plusieurs définitions existent de l'éthique, celle que nous retenons pour l'établissement est « **L'éthique est de l'ordre de la recherche individuelle et collective : elle désigne le questionnement de l'action sous l'angle des valeurs et cherche à dépasser une logique d'action purement technique<sup>6</sup>** ».

Une réflexion s'impose quand il y a conflit entre les valeurs posées et le positionnement des professionnels ; « alcoolisation d'un résident, refus de prendre son traitement médical, refus de participer à des activités... Sans remettre en question le libre choix, l'autonomie des personnes, le questionnement s'impose pour une posture professionnelle réfléchie et partagée par tous.

Ces réflexions ont lieu lors des transmissions orales, des transmissions ciblées, des réunions d'équipe générales. Toutefois, il serait nécessaire de mettre en place des temps d'analyse de la pratique pour développer et formaliser cette orientation.

---

<sup>6</sup> ANESM « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « le questionnement éthique dans les ESMS » p15

## 4. Le public

### 4.1. Les résidents de l'EHPAD « Les Tilleuls »

Voici différentes caractéristiques sociales :

- ✓ La moyenne d'âge de l'ensemble des personnes est de 84 ans.
- ✓ La moyenne d'âge des femmes est de 85 ans et la moyenne d'âge des hommes est de 81 ans.
- ✓ Les femmes représentent 71,43 % (35 femmes) de la population et les hommes 28,57 % (14 hommes).
- ✓ Les personnes de moins de 70 ans représentent 13 %. Les personnes de plus de 90 ans représentent 27 %
  
- ✓ 38 personnes vivaient déjà dans l'établissement avant la médicalisation
- ✓ 12 personnes sont arrivées après la médicalisation

Avant leur entrée en établissement, 39 personnes habitaient principalement sur Saintes ou sur la Communauté de Communes de Saintes

La raison de leur changement d'habitation est liée à l'isolement, la perte d'autonomie, des problèmes de santé, et une habitation contraignante, ou plus adaptée.

### 4.2. Evolution de la perte d'autonomie des résidents

L'évolution du GIR Moyen Pondéré (GMP) est la suivante <sup>7</sup>: GMP de 313 en décembre 2009 et un GMP de 393 en décembre 2010. Cette augmentation est due principalement par une augmentation de la perte d'autonomie des résidents, et par l'accueil de nouveaux résidents évalué en GIR 2/3. La répartition des personnes et par GIR est la suivante :

GIR	Nombre de personnes
1	1
2	9
3	6
4	9
5	9
6	16
Total	50

Le GMP à la Résidence de Recouvrance est validé à 650 pour prendre en considération des personnes relativement dépendantes. Ce taux va être progressivement atteint, mais d'ores et déjà en milieu d'année 2011, l'infirmière coordinatrice l'a estimé à 430. Cette

---

<sup>7</sup> L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée AGGIR (Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource). Cette grille d'évaluation permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes (de 1 à 6), appelés GIR ("Groupe Iso Ressource"). Elle fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie.

augmentation est progressive car comme indiqué dans le tableau ci-dessus, 16 résidents sont autonomes.

14 personnes sur 50 ont droit à l'aide sociale, soit 28%. Ce chiffre va augmenter considérablement du fait de l'écart entre les revenus des personnes et le coût de l'hébergement.

### **4.3. Participation des résidents et des familles**

#### 4.3.1. Le Conseil de la Vie Sociale

Rappel du rôle du CVS dans les établissements sociaux et médico –sociaux (article D311-15 du CASF<sup>8</sup>) :

*«Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge ».*

Les dernières élections du Conseil de la Vie Sociale ont eu lieu le 6 Mai 2009.

Il est composé de :

- 7 résidents
- 5 familles de résidents
- 2 élus du conseil d'administration du CCAS (dont un élu en tant que conseiller municipal)
- 2 membres de l'administration (secrétaire et direction)

Les bénévoles sont aussi invités à participer aux réunions, et suivant l'ordre du jour, d'autres membres du personnel sont présents.

L'infirmière coordinatrice est présente pour répondre aux questions évoquées et rappeler l'organisation des soins, l'évolution du projet de vie et de soins.

Régulièrement, des réunions générales ont été organisées pour évoquer avec les résidents et leurs familles, et leurs proches, l'évolution du projet de Recouvrance, l'organisation et le fonctionnement, l'habilitation à l'aide sociale.

Les prochaines élections du CVS se dérouleront durant le premier trimestre 2012. Une campagne d'information sera réalisée pour informer les nouveaux résidents et leurs proches.

#### 4.3.2. Les documents contractualisés

Le «contrat de séjour» et le «règlement de fonctionnement» pour le nouvel établissement ont été validés lors du conseil d'administration du CCAS le 20 juin 2011.

---

<sup>8</sup> CASF : Code de l'Action Sociale et de Familles

**Le contrat de séjour** décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 (article L311-4 du CASF) :

- *Formalise la relation entre l'usager et l'établissement (droits et obligations)*
- *Définit les objectifs et la nature de la prise en charge.*

**Le règlement de fonctionnement** (R 311-35 du CASF) renseigne sur :

- *Les modalités concrètes d'exercice des droits énoncés dans le CASF*
- *Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement*
- *L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation.*
- *Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.*
- *Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.*
- *Les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.*

Ces documents vont être présentés au CVS le 30 août 2011 afin que les représentants émettent un avis consultatif.

#### 4.3.3. Le livret d'accueil

Il a été réalisé par le personnel administratif fin premier semestre 2011 pour intégrer les données du nouvel établissement. Il est prévu avec les résidents et leurs familles en 2012/2013, d'adapter le livret d'accueil afin de le faire correspondre à la réalité de la vie du nouvel établissement.

#### 4.3.4. La personne qualifiée

Toute personne résidente ou son représentant légal peut avoir recours gratuitement à une personne qualifiée pour faire valoir ses droits. La liste des personnes qualifiées est annexée au livret d'accueil. Cette liste est établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général.

#### 4.3.5. Les chartes de la personne âgée

Celles-ci sont un socle de référence pour les résidents et pour les professionnels. La Charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante sont annexées au livret d'accueil. Ces deux chartes tendent à garantir à la personne accueillie l'exercice de ses droits et libertés et notamment de prévenir tout risque de maltraitance.

#### 4.3.6. Le projet de vie personnalisé

La volonté de l'établissement<sup>9</sup> est que chaque résident ait un projet de vie personnalisé. Celui-ci participe à singulariser chaque personne, à prendre en considération son histoire, et ses envies. Celui-ci doit être réalisé dans les premières semaines d'arrivée de la nouvelle personne.

Un membre de l'équipe soignante se porte volontaire pour prendre le temps avec le résident pour aborder les points importants et aider la personne à se projeter dans cette nouvelle habitation, dans ce nouvel environnement. Le projet de vie personnalisé est un outil qui s'actualise en fonction de l'évolution de la personne, de ses attentes et ses besoins. Si le résident ne peut lui-même nous communiquer ces informations, les proches sont sollicités pour nous aider.

Le projet de vie personnalisé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer va être réalisé avec le soutien des familles. L'équipe soignante s'appuiera sur les habitudes de chacun des résidents pour le compléter.

## **5. Positionnement institutionnel et politiques publiques territoriales**

### **5.1. Orientations gérontologiques départementales 2011/2016**

Il est important d'aller dans le sens de ces axes d'évolution, car ces orientations tendent à améliorer la prise en charge des besoins et des attentes de la population âgée.

Le personnel médical, la direction de l'EHPAD et du CCAS, organisme gestionnaire, participeront à ces groupes de travail pilotés par le Conseil Général.

Les axes d'évolution sont les suivants :

✓ **Mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées :**

- faciliter l'accès des bénéficiaires à l'aide sociale départementale à des lits habilités à l'aide sociale. L'établissement est habilité à l'aide sociale pour l'intégralité de ses lits.

Actuellement, 14 résidents à l'EHPAD les Tilleuls sont bénéficiaires de l'aide sociale. Ce nombre va augmenter car l'écart entre les revenus des résidents et le coût du tarif hébergement à la charge de la personne est plus important.

- Développer un outil partagé de suivi des places disponibles en établissement
- Elaborer une charte relative aux tarifs des établissements en cohérence avec les besoins des personnes âgées
- Mettre en place un dossier partagé et une procédure unique de demande d'inscription
- Favoriser les solutions d'admission rapide en EHPAD

✓ **Optimiser le fonctionnement de structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenants auprès de la personne âgée :**

---

<sup>9</sup> Cette volonté est encouragée par l'ANESM

- Favoriser les mutualisations et les regroupements entre les structures pour optimiser leur fonctionnement ainsi que la qualité de prise en charge des usagers
  - Renforcer le rôle du Conseil Général en matière de coordination gérontologique locale
  - Améliorer le partage d'informations en matière d'évaluations et de suivi médico-sociaux
  - Solliciter l'ARS sur l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées en encourageant le travail en réseau
- ✓ **Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société**
- Faciliter l'action des associations œuvrant pour les personnes âgées et encourager les bénévoles des personnes âgées
  - Favoriser le maintien et le développement d'activités sportives, culturelles, de loisirs répondant aux attentes variées des personnes âgées

L'établissement s'engage à participer aux réunions animées par le Conseil Général dans le cadre de la politique départementale en faveur des personnes âgées.

## **5.2. Orientations gérontologiques régionales dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS Personnes Agées)**

La priorité du SROMS est l'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant le choix de la personne âgée pour son lieu de vie. Les objectifs généraux du SROMS sont :

- Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité.
- Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, en synergie avec un maillage territorial adapté de l'offre sanitaire.

### Contexte et enjeu :

«L'hébergement en EHPAD ne représente qu'une partie des services en faveur des personnes âgées dont le recours y est de plus en plus tardif (en 2007 l'âge moyen d'entrée est de 80 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes) avec des durées de séjours de plus en plus courtes (3 ans et 4 mois en 2007). Les entrées en institution sont moins motivées par le désir de vie collective que par les difficultés à surmonter au quotidien les obstacles à la vie individuelle. Ainsi il est régulièrement noté une aspiration très forte des personnes âgées pour rester à domicile.

Dans le cadre de la mise en œuvre du **Plan Solidarité Grand Age 2007/2012**, la totalité des places d'EHPAD a été notifiée par la CNSA à la Région Poitou-Charentes, ainsi 3 000 lits sont en cours d'installation dont 1 500 en Charente-Maritime. Les taux d'équipement départementaux sont très variables (106 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans sur le territoire de Charente-Maritime Sud à 136 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans sur le territoire des Deux Sèvres, malgré l'application depuis 2006 d'une programmation visant à réduire les écarts).

Par ailleurs, l'absence de personnel infirmier au sein de l'EHPAD en cas d'incident peut conduire à un recours aux urgences, d'où la nécessité de couvrir les amplitudes les plus larges possibles en fonction des moyens ».

#### Objectifs opérationnels :

- **Permettre au territoire de la Charente-Maritime d'atteindre le niveau d'équipement régional après avoir installé les 1 500 places autorisées.**  
**Action :** Déterminer sur les territoires de santé de la Charente-Maritime, les zones d'implantation prioritaires au vu des taux d'occupation et des places disponibles.
- **Expérimenter le concept d'EHPAD de demain.**  
**Action :** Favoriser ce type d'expérimentation. **SROMS / PA - Juin 2011**
- **Maîtriser des prix de journée hébergement compatibles avec les revenus des retraités de la région source INSEE.**  
**Action :** Faire référence à un prix de journée maximum parmi les critères du cahier des charges des appels à projet.
- **Reconnaître dans les établissements des unités pour accueillir les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.**
- **Action 1 :** Revoir les arrêtés d'autorisation eu égard à la réalité du fonctionnement des établissements, (mettre à jour FINESS).  
**Action 2** Identifier les unités Alzheimer dans les conventions tripartites.
- **Assurer une présence infirmière de 7h30 à 20H30 pour les établissements d'une capacité de plus de 60 lits et envisager des astreintes de nuit par mutualisation entre établissements.**  
**Action :** Lors du renouvellement des conventions tripartites, vérifier les plannings infirmiers.
- **Développer l'articulation entre les centres hospitaliers et les EHPAD.**  
**Action :** Rédaction de conventions relatives à l'admission dans les centres hospitaliers et au retour en EHPAD.
- **Maintenir et/ou améliorer une prise en charge de qualité dans les établissements.**  
**Action :** Lors du renouvellement des conventions tripartites, déterminer des objectifs de qualité en référence aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **Organiser un suivi mensuel des places disponibles.**  
**Action :** Mettre en place un outil de suivi des places disponibles.

Le SROMS personnes âgées est en lien avec le SROS Prévention. Ainsi il convient aux établissements de faire de la prévention dans deux domaines :

- Santé au travail plan de prévention des lombalgies.
- Promotion de la bientraitance.

Le SROS personnes âgées est en lien avec le SROS «Gestion des risques». A ce titre l'ARS va mettre en place un suivi, une analyse des dépenses de soins, ainsi que des indicateurs de qualité et d'efficacité. Le but recherché est d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD, notamment en renforçant la coordination des soins et en favorisant la diffusion des bonnes pratiques soignantes et de prescriptions. Les indicateurs de suivi sont :

- Evolution du taux d'équipement par territoire.
- Nombre d'établissements de plus de 60 lits assurant une présence infirmière de 7h30 à 20h30.

## 6. Les professionnels et les compétences mobilisées

Les différents professionnels couvrent les métiers de la restauration, du soin, de l'entretien, de l'animation, de la psychologie, de l'administratif et de la direction.

### 6.1. Les ressources humaines : augmentation du nombre de professionnels

Le personnel titulaire et contractuel de l'EHPAD « Les Tilleuls » est le suivant :

	<b>Nombre d'agents</b>	<b>Nombre d'ETP</b>
<b>Responsable opérationnel faisant fonction de directeur</b>	1	1
<b>Personnel administratif</b> (secrétariat, accueil*, et 0,8 ETP extérieur pour la comptabilité)	3	2.8
<b>Cuisine</b>	2	2
<b>Personnel d'entretien</b>	1	1
<b>Personnel d'animation</b>	1	0.5
<b>Agents de Service</b>	9	9
<b>Aides Médico-Psychologiques – Aides-Soignants diplômés (dont 2 en VAE)</b>	7	7
<b>Psychologue</b>	1	0,2
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	2	2
<b>Médecin coordonnateur</b>	1	0,2
<b>Agents de sécurité (nuit)</b>	5	3.45
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>29.15</b>

L'agent accueil est financé par le budget principal du CCAS faute de crédit suffisant sur le budget de l'EHPAD.

Une équipe de remplaçants est constituée pour les congés formations et arrêts maladie.

Pour la résidence de Recouvrance, le personnel est augmenté dans un premier temps au prorata de l'augmentation du nombre de résidents et avec le GMP de 393 (validé en décembre 2010).

Une évaluation de la dépendance sera effectuée par le médecin du Conseil Général en novembre 2011 pour adapter le ratio d'encadrement aide soignant, aide médico psychologique et infirmier. Les ETP pour les autres métiers restent inchangés dans un premier temps.

	<b>Nombre d'agents</b>	<b>Nombre d'ETP</b>
<b>Directeur</b>	1	1
<b>Personnel administratif</b> (secrétariat, accueil, et 0,8 ETP extérieur pour la comptabilité)	3	2
<b>Cuisine</b>	2	2
<b>Personnel d'entretien</b>	1	1
<b>Personnel d'animation</b>	2	1,2
<b>Agents de Service</b>	18	17,5
<b>Aides médico-psychologiques – Aides-soignants diplômés (dont 2 en VAE)</b>	16	16
<b>Psychologue</b>	1	0,6
<b>Cadre infirmier</b>	1	1
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	3	2,5
<b>Médecin coordonnateur</b>	1	0,4
<b>TOTAL</b>	49	45,2

L'effectif des professionnels évolue de 55 %. Une attention particulière va être apportée au niveau de l'accueil des nouveaux professionnels. La direction sera vigilante quant à leur intégration. Un livret d'accueil pour les professionnels va être conçu avant l'ouverture de l'établissement.

## 6.2 Les nouveaux recrutements de la Résidence de Recouvrance

- ✓ **Les aides soignants / aides médico-psychologiques :**  
Le nombre d'aides soignants et d'aides médico-psychologique passe de **7 à 16 personnes (16 ETP)**. Les recrutements sont réalisés et l'ensemble des professionnels est qualifié. Deux professionnels sont actuellement en cours de validation du diplôme AMP. L'équipe aide soignants et aides médico psychologiques pourrait être complétée au vu de la nouvelle évaluation du GMP (novembre 2011)
- ✓ **Les infirmiers :**  
Le nombre d'infirmiers passe de **2 à 4 personnes mais pour 3.5 ETP**. Le point fort de cette progression est l'identification dans l'organigramme d'une **infirmière coordinatrice à temps complet**. Le point négatif est le faible ratio infirmier/résident (seulement 2.5 ETP<sup>10</sup> pour 90 résidents) dont le rôle au quotidien est de soigner et de prendre soin des résidents. Rapporté à un planning journalier, seulement une infirmière sera présente le matin ainsi que l'après midi sur l'ensemble du site.
- ✓ **Les auxiliaires de vie sociale :**  
L'équipe d'auxiliaires de vie sociale passe de 9 à 18 personnes (17.5 ETP) et ce chiffre n'augmentera pas jusqu'à fin 2014.
- ✓ **Les professionnels de l'animation :**  
Ceux-ci seront recrutés qualifiés (ex BPJEPS<sup>11</sup> animations gérontologie) en fin d'année 2011
- ✓ **Le professionnel de la psychologie :**  
Celui-ci ou celle-ci sera recrutée aussi en fin d'année 2011

## 6.3 La qualification du personnel : un enjeu majeur

L'enjeu de la formation, de la qualification est majeur. **Le personnel aide soignant, aide médico psychologique** est recruté qualifié ou en voie de qualification par le biais de la VAE (Validation des Acquis et de l'Expérience). 4 agents sur 16 sont investis dans ce projet de qualification.

**Le personnel auxiliaire de vie sociale** est proportionnellement moins qualifié que les aides soignants, d'où l'importance d'encourager les personnes concernées à s'engager dans la VAE. L'un des objectifs de l'établissement, en fonction des crédits accordés est d'avoir du personnel qualifié.

---

<sup>10</sup> ETP : Equivalent Temps Plein

<sup>11</sup> BP JEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

	<b>Personnel qualifié ou en voie de qualification</b>	<b>Personnel non qualifié ou avec qualification spécifique</b>
<b>Responsable opérationnel faisant fonction de directeur</b>	1	
<b>Personnel administratif</b> (secrétariat, accueil*, et 0,8 ETP extérieur pour la comptabilité)	2	1 Renforcer la formation accueil
<b>Cuisine</b>	2	
<b>Personnel d'entretien</b>	1	
<b>Personnel d'animation</b>		1 personne non qualifiée
<b>Auxiliaires de vie sociale</b> <b>DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale</b> <b>BEPA SP : BEP Agricole Service aux Personnes</b> <b>AVF : Assistant de Vie aux Familles</b>	3 DEAVS 1 VAE DEAS 1 AVF 1 BEPA SP	3 professionnels non qualifiés
<b>Aides Médico-Psychologiques – Aides-Soignants diplômés</b>	5 sont qualifiés 2 VAE	
<b>Psychologue</b>	1	
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	2	
<b>Médecin coordonnateur</b>	1	
<b>Agents de sécurité (nuit)</b>	5 formations SSIAP	
<b>TOTAL : <u>85% des professionnels sont qualifiés.</u></b>	<b>28 / 33</b>	<b>5 / 33</b>

## 6.4 Le soutien aux professionnels

### ➤ Accroître la professionnalisation

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est une priorité depuis l'année 2010. 2 agents (aide soignant et auxiliaire de vie sociale) ont participé à la formation « Assistant de soins en gérontologie » (formation IFSI<sup>12</sup> et IFAS<sup>13</sup>)

D'autre part, le plan de formation du CNFPT est accessible à l'ensemble des agents titulaires ou en CDD dans la mesure des crédits disponibles et des crédits accordés par les Autorités de Contrôle et de Tarification (Conseil Général et Agence Régionale de Santé), au titre de la prise en charge des frais de mission.

Le tableau ci-dessous mentionne les formations demandées par les agents et acceptées par la direction.

Qualification des professionnels	DATES	INTITULÉ DU STAGE	DURÉE	ORGANISME
AMP (VAE)	13 au 15/04/2011	Communication et relation d'aide	3	C. N. F. P. T.
AVS (non qualifiée)	14 au 16/11/2011	Jeux de mémoire	3	C. N. F. P. T.
	19 au 20/09/2011	Atelier bien être	2	C. N. F. P. T.
AVS (non qualifiée)	4 au 6 avril	Ergonomie et Manutention de la personne âgée	3	CNFPT
		Informatique - TITAN		Interne
AMP	19 au 20/09/2011	Atelier bien être	2	C. N. F. P. T.
AS(VAE)	2 et 23 septembre et 14 octobre	Aide à l'élaboration du livret 2	3	C. N. F. P. T.
AS	18 au 20/05	Le toucher dans la relation d'aide	3	C. N. F. P. T.
	12 au 13 et 19 au 20/03	Accompagnement de la personne âgée en fin de vie	4	C. N. F. P. T.

<sup>12</sup> IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

<sup>13</sup> IFAS : Institut de Formation d'Aide Soignant

Qualification des professionnels	DATES	INTITULÉ DU STAGE	DURÉE	ORGANISME
AS	à partir de septembre	Auxiliaire de soins en gérontologie	20	IRTS/ IFSI
AS (nuit)	7 au 9/11/2011	Maladie de types Alzheimer et maladies apparentées (perfectionnement)	3	C. N. F. P. T.
	9 au 10/06 et 14 au 15/06/2011	Pathologies neurologiques	4	C. N. F. P. T.
Administratif	13/10/2011	Aide sociale	1	C. N. F. P. T.
Cuisinière	12 au 14 octobre	Réactualiser les connaissances sur la méthode HACCP (analyse des risques alimentaires)	3	C. N. F. P. T.
		Préparation des repas mixés		Interne

- Augmenter la disponibilité de l'infirmière coordinatrice pour encadrer les formations internes

Les formations internes encadrées par l'infirmière coordinatrice sont les suivantes :

- ✓ Prévention des chutes
- ✓ Prévention des escarres
- ✓ Prévention de la déshydratation
- ✓ Prévention de la dénutrition
- ✓ Gestes et postures
- ✓ Prévention de la maltraitance

- Recueillir les demandes des professionnels pour l'année 2012

Lors d'une réunion générale (juin 2011), les professionnels ont émis le souhait de formations supplémentaires, différentes pour accroître leurs compétences et leur savoir faire dans les domaines suivants :

- ✓ L'atelier mémoire, ou d'autres ateliers qui utilisent les cinq sens
- ✓ L'atelier toucher / détente
- ✓ L'atelier esthétique,

- Prioriser La « bienveillance » dans les pratiques professionnelles

L'ANESM recommande le soutien des équipes par le biais des supervisions, l'analyse de la pratique. Comme il est indiqué dans la partie (3.4.3), l'analyse de la pratique professionnelle

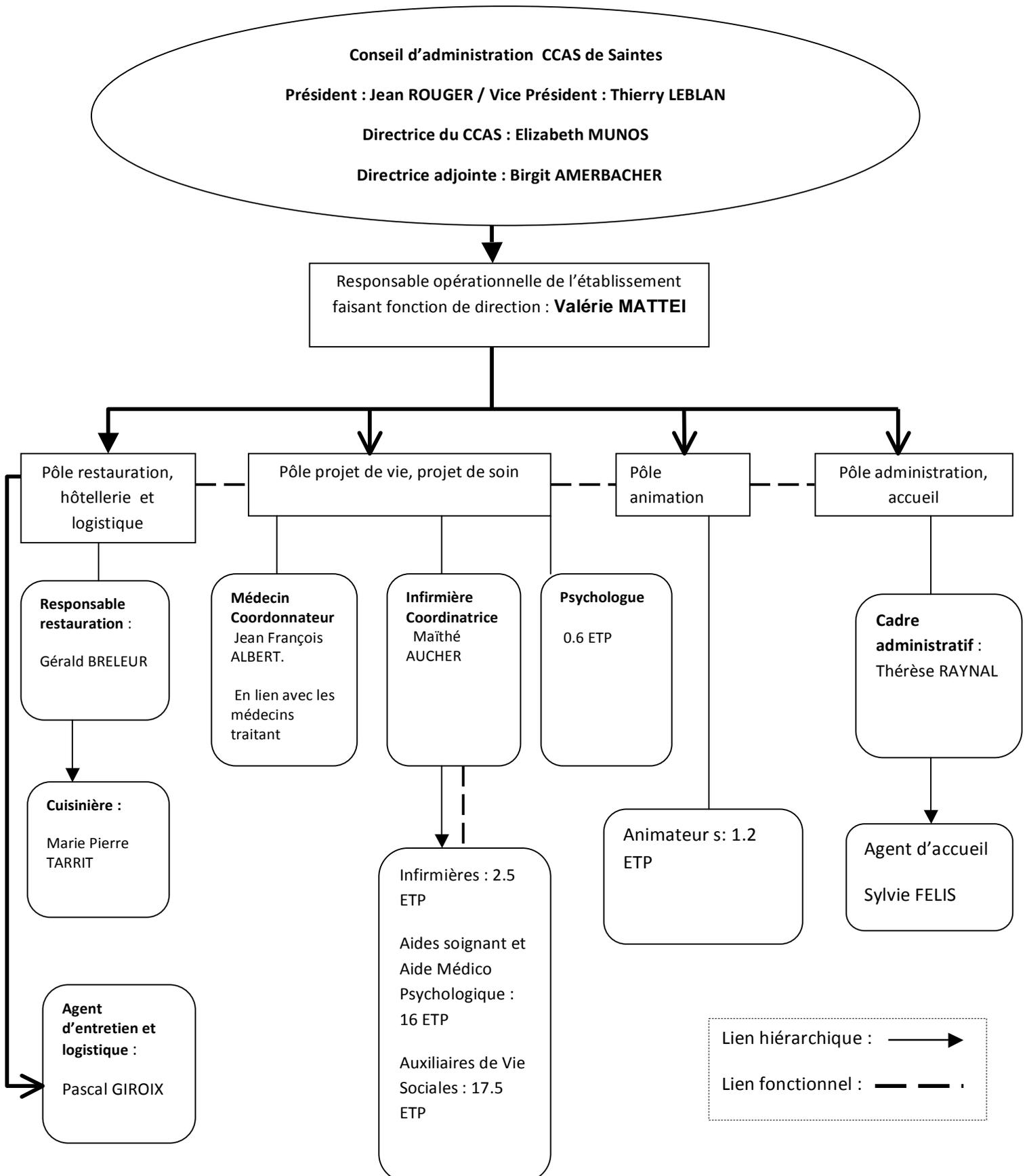
est vivement encouragée pour aider les professionnels à développer un accompagnement et des pratiques « bientraitantes ».

➤ Développer le partenariat et l'appartenance à des réseaux

L'échange de pratiques professionnelles est très apprécié par la profession médico-sociale. Les professionnels échangent entre eux quand ils sont en formation mais guère dans d'autres instances.

L'échange de pratiques professionnelles est à développer sur le territoire en lien avec d'autres structures dans le cadre d'un réseau gérontologique. Celui-ci n'existe pas mais sa création est vivement souhaitée pour cet axe là et pour anticiper les besoins de la population âgée et en situation de handicap.

## 6.5 Organigramme de l'établissement



## 6.6 L'organisation sectorielle de la résidence

Le tableau ci-dessous fait apparaître le nombre de professionnels présents dans l'établissement tout au long de la journée. Les ratios professionnels / résidents sont tendus car les tutelles ont calculé le nombre de professionnels avec un GMP validé en décembre 2010. Le nombre d'aides soignant et d'aides médico psychologique doit augmenter dès validation du nouveau GMP, en novembre 2011.

	Professionnels Aides Soignants et Aides Médico-Psychologique	Professionnels Auxiliaires de Vie Sociale	
	16 ETP AS /AMP	17,5 ETP AVS	<b>TOTAL</b>
	<b>EHPAD</b>		<b>EHPAD</b>
MATIN	2 +0,50 (1 AS pour 17 résidents)	3+ 0,5	6 ETP
SOIR	2	3 + 0,5	5.5 ETP
NUIT	1	1	2 ETP
	<b>CANTOU</b>		<b>CANTOU</b>
MATIN	2 (1 agent pour 6 résidents)	2	4 ETP
SOIR	2	2	4 ETP
NUIT	1	0	1 ETP
<b>TOTAL</b>	<b>10,5 ETP /JOUR</b>	<b>12 ETP / JOUR</b>	

## 6.7 Organisation des délégations fonctionnelles

Comme le précise l'organigramme, certaines délégations sont opérationnelles depuis la médicalisation de l'EHPAD « les Tilleuls ».

- Les projets de vie et de soin sont délégués à l'infirmière coordinatrice. Le projet médical est délégué au médecin coordonnateur
- Le projet d'animation est co-encadré par les cadres de l'établissement
- Le pôle administratif / accueil est délégué à la cadre administrative.
- Le pôle restauration / Hôtellerie est délégué au responsable de la restauration.

Ces délégations sont reprises dans les fiches de poste

Certaines tâches ou fonctions doivent être attribuées à des agents référents, sous la responsabilité d'un cadre, à savoir :

- **Suivi du linge hôtelier et du linge personnel des résidents** : sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice

- **Suivi de la gestion des produits d'entretien** : sous la responsabilité de la responsable opérationnelle de l'établissement
- **Suivi logistique et maintenance** : sous la responsabilité de la responsable opérationnelle de l'établissement. Ce suivi va se formaliser dès les premières semaines de l'ouverture de l'établissement car beaucoup d'appareils, de matériels nécessitent un contrôle régulier, voire journalier.

## 6.8 Gestion des ressources humaines

### 6.8.1 Gestion des ressources humaines au sein de l'établissement

La gestion des ressources humaines est primordiale pour différentes raisons, mais avant tout pour que chaque professionnel ait le moyen de « s'épanouir » au travail. Sous le vocable de gestion, ce sont la motivation, l'initiative, la participation, la responsabilité, la reconnaissance, la considération qui sont le socle d'une gestion qualitative ; «on ne gère pas des personnes, on travaille avec».

Pour renforcer ce cadre de référence, des tableaux de bords doivent être créés pour mieux appréhender ou observer les indicateurs suivants : absentéisme, formation, départ à la retraite prévisionnel, accidents du travail...

L'entretien annuel, les souhaits de formation, de professionnalisation ou de mobilité interne sont aussi des moyens de recueillir les attentes et remarques des professionnels.

Les entretiens professionnels sont réalisés par la responsable opérationnelle de l'établissement et avec l'infirmière coordinatrice pour le personnel soignant (AS/AMP/ AVS).

Un livret d'accueil va être réalisé avant l'ouverture de l'établissement pour chaque professionnel et stagiaire, pour faciliter l'accès à l'information, le positionnement organisationnel, hiérarchique dans l'établissement et au sein du CCAS. Le règlement intérieur doit être aussi réalisé.

### 6.8.2 Communication avec les Instances Représentatives du Personnel (IRP)

Les IRP du CCAS sont intégrées dans la ville de Saintes. Le Comité Technique Paritaire (CTP) se réunit plusieurs fois par an et évoque toutes questions liées aux conditions de travail et projets modifiant l'organisation du travail. La directrice du CCAS participe à cette instance accompagnée de la responsable opérationnelle de l'établissement si l'ordre du jour concerne l'établissement.

D'autres réunions entre le CCAS et les organisations syndicales se tiennent au cours de l'année pour aborder des thématiques liées aux conditions de travail, aux recrutements, à l'organisation...

Une coopération avec le CHSCT<sup>14</sup> se formalise de plus en plus pour améliorer, prévenir les accidents du travail ; les arrêts maladie.

### 6.8.3 La communication interne

La communication au sein d'une organisation est cruciale, mais la quantité d'information rend cette mission difficile. Le lieu principal de diffusion est la salle du personnel, sous forme

---

<sup>14</sup> CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail)

d'affichage mural et sous classeur. Il est appliqué la réglementation du code du travail pour l'affichage des informations suivantes :

- ✓ Numéros d'urgence, contacts médecine du travail, Inspection du Travail, contacts des organisations syndicales
- ✓ Planning du personnel
- ✓ Horaire de travail

Les protocoles d'urgence sont aussi à l'affichage

- ✓ Incendie,
- ✓ Ascenseur
- ✓ Pannes technique (gaz, électricité.)
- ✓ Décès de résident
- ✓ Hospitalisation de résident

Certaines informations sont envoyées directement par courriel si l'agent l'autorise (par exemple le planning). La ville de Saintes encourage la communication par la voie de l'informatique. La saisie des congés s'effectue depuis le début de l'année 2011 par l'intranet de la mairie. Chaque professionnel a un code qui lui permet de saisir et suivre la gestion de ses congés.

## **7. La nature de l'offre de service et son organisation**

Des groupes de travail ont permis d'élaborer le projet de vie, d'animation et de soins au sein de l'EHPAD « les Tilleuls ». La philosophie de ces projets est transférée à la résidence de Recouvrance.

Deux réunions d'équipe (1<sup>o</sup> semestre 2011) ont permis aux professionnels en poste de commencer à concevoir la vie et l'organisation de la résidence de Recouvrance.

### **7.1 Le projet de vie**

Il retrace l'accueil de la personne, le temps de soins auprès d'elle, la prise en charge de son environnement, l'entretien des espaces collectifs, la restauration, l'animation.

#### **7.1.1 L'accueil de la personne**

Le choix de vivre en institution relève d'une décision personnelle. L'intégration sera d'autant meilleure que cette décision aura été réfléchie, partagée et prise en dehors de situation de crise. La visite d'admission permet de mesurer la capacité de la personne à accepter cette solution, de faire le deuil de ce qui ne sera plus, d'intégrer des idées positives sur le thème du confort, de l'environnement, sensé être plus favorable à la gestion de ses handicaps, d'une qualité de vie sociale.

Les valeurs de l'accueil d'une nouvelle personne reposent sur la liberté de choisir entre rester chez soi ou venir vivre dans un cadre institutionnel, sur l'écoute, le respect, la reconnaissance de la nouvelle personne, sur un accueil chaleureux et personnalisé, sur une qualité de vie au quotidien. Le résident est acteur, sujet pensant et décidant de sa vie.

La personne doit accepter un nouveau lieu de vie en collectivité en gardant une dynamique de vie personnelle, un lieu où l'on entre et sort sans contrainte

✓ En amont de l'accueil,

L'équipe a réfléchi à plusieurs rencontres et outils qui permettent au futur résident de prendre ses marques, de prendre connaissance du fonctionnement de la résidence et de pouvoir vérifier, conforter, son choix.

• **La première rencontre :**

Organiser une écoute et un accueil personnalisé dès la première demande de renseignements. Renseigner les personnes de façon claire et précise sur le fonctionnement, l'organisation de l'établissement, la tarification, que ce soit au téléphone ou lors d'une visite sur site. Ces premiers éléments d'information sont donnés par l'agent d'accueil ou administratif.

• **La deuxième rencontre :**

Prévoir un rendez-vous avec la personne concernée et /ou avec son entourage pour écouter leurs raisons de choisir l'institution, leurs attentes, les renseigner sur le fonctionnement, l'organisation, leur remettre le livret d'accueil. Cet entretien est animé par une personne de l'encadrement et permet d'évaluer la capacité de la personne à accepter de venir vivre à l'EHPAD.

• **La visite d'admission :**

Il faut prévoir un rendez-vous, en après midi, animé par une personne de l'équipe médico-sociale. Cette rencontre a pour but de présenter les professionnels rencontrés sur le site, d'écouter ce que la personne vit à l'heure actuelle, ses habitudes de vie, ses attentes, recueillir ses besoins.

Ces différentes informations seront collectées pour le plan de soin, pour le projet de vie personnalisé.

• **La visite des locaux collectifs et privés**

Collectifs : salle à manger, salon de coiffure, cuisine, tisanerie, parc..., en expliquant au fur et à mesure, les horaires, l'organisation du linge, des repas, les temps d'animation, l'accompagnement apporté aux résidents...)

Privatifs : visite d'une chambre. Si aucune chambre n'est disponible, demander à un résident s'il veut bien faire visiter la sienne, en insistant sur le fait que chaque personne personnalise à sa façon, cet espace. Il est important de remettre à la personne le plan de surface de la chambre. Cela permet aussi aux intéressés (futur résidents et familles) de discuter de l'aménagement de celle-ci (effets et meubles souhaités) et d'évaluer ce que l'établissement doit fournir en matériel médical.

- **La conception d'une journée type :**

Il faut concevoir avec la personne une journée type en y incluant les habitudes de vie de la personne, ce que l'établissement peut proposer par rapport à l'état de santé (suivi IDE, soins au corps, régime, matériel, pharmacie, matériel médical). Il faut aussi proposer à la personne de revenir ou d'appeler si besoin pour toute question restée en suspend.

Aussi, une visite à domicile peut être envisagée (suivant le lieu d'habitation) :

- si la 1<sup>o</sup> visite des locaux est bien antérieure à l'emménagement et nécessite de refaire le point (besoins nouveaux, et moyens nouveaux à mettre en œuvre)
- si la personne ne peut plus se déplacer.

- ✓ Préparation de l'arrivée.

- **Composition d'un trousseau de linge en amont de l'arrivée de la personne**

Il est demandé à la personne de nous apporter du linge personnel une semaine avant son arrivée, afin de le faire marquer par le service de lingerie.

- **Accueil chaleureux de la personne**

Il est organisé un accueil chaleureux pour que la personne conscientise son arrivée, sente qu'elle est reconnue dans ce nouvel espace de vie.

Un membre de l'équipe médico-sociale et technique se mobilisent à l'arrivée de la personne pour lui proposer de l'aide pour son emménagement et répondre aux questions, rassurer, expliquer. Une écoute particulière est prévue aussi pour la famille, les proches dans ce même sens.

Des précautions symboliques importantes sont planifiées tels que l'étiquette du nom sur la porte de la chambre et sur la boîte aux lettres.

Aussi, les résidents élus du CVS sont informés (oralement et par écrit) de l'arrivée de la nouvelle personne.

L'ensemble du personnel suit les recommandations suivantes pour accompagner le changement et l'intégration de la personne :

- Etre à l'écoute de la personne, la rassurer, la guider, respecter son rythme perturbé par ces changements.
- Reprendre avec elle ses souhaits quant à l'heure du lever, du petit déjeuner, le coucher, l'organisation d'une journée, les différentes activités proposées.

- Proposer de revisiter les locaux collectifs,
- Présenter la nouvelle personne aux autres résidents lors du premier repas.
- Présenter les professionnels pour établir un contact rassurant et chaleureux
- Adapter le plan de soins et le projet de vie personnalisé au fur et à mesure que la personne prend ses marques et indique ses attentes et besoins

- **Organiser un goûter d'accueil**

Dans le premier mois de l'arrivée de la nouvelle personne, il est organisé un goûter d'accueil avec la famille, les représentants du Conseil de la Vie Sociale. Seront conviés par voie d'affichage les autres résidents et les bénévoles par téléphone ou courriel.

- ✓ Rôle du référent (membre de l'équipe soignante et auxiliaire de vie sociale):

Il est important que la personne ait un référent pour faciliter ce temps d'arrivée et d'adaptation et que celui-ci transmette les informations au reste de l'équipe. Son rôle est le suivant :

- Etre présent à la visite d'admission et si possible lors de l'emménagement.
- Recueillir les informations concernant l'histoire et les habitudes de vie de la personne
- Etre le référent pour le résident et l'interlocuteur avec les familles
- Faire le point régulièrement avec le résident pour savoir comment « sa vie se passe à l'EHPAD ou au CANTOU »
- Faire la synthèse des informations lors des transmissions orales à l'équipe
- Saisir les transmissions écrites : projet de vie personnalisé, plan de soins, dans TITAN
- Faire un temps de synthèse pour chaque résident

#### 7.1.2 Le temps de soins auprès de la personne

L'humain a besoin de soins toute sa vie, même en l'absence de maladie. Dans le grand âge et pour des raisons de dépendance progressive existante, ces soins doivent être assurés par une tierce personne. Le soin au résident va s'exprimer autour du "prendre soin". Ce sont des soins dits "coutumiers" ou d'entretien de la vie. Le soignant assure avec attention, vigilance, ménagement, persévérance et sollicitude, tous les actes de soins en lien avec le projet personnalisé. Ces moments participent au maintien du lien social et lutte contre la solitude.. Il n'y a pas de vie sans ces soins. Ils répondent aux besoins de la personne en prenant en compte ses désirs, ses habitudes de vie, sa dépendance. A la fin des soins, la personne doit se « sentir bien ».

Les objectifs recherchés sont le respect de la personne en écoutant ses demandes, ses attentes, le bien être physique et psychologique de la personne, en prodiguant avec son accord des soins programmés.

C'est aussi :

- ✓ Garantir l'autonomie de la personne, en respectant son rythme, ses souhaits (dans la mesure du possible) et favoriser les autos soins, c'est-à-dire accompagner le geste et ne pas faire à la place de la personne.
- ✓ Apporter un réel confort, en créant une relation de confiance et en respectant l'intimité de la personne.
- ✓ Utiliser les produits adaptés, les vêtements choisis par la personne.
- ✓ Fermer les différentes portes de l'appartement quand les soins sont en cours pour le respect de son intimité

Une attention particulière est portée sur l'entretien du linge personnel des personnes. Il est distribué 2 fois par semaine. La personne fait seule son rangement ou elle peut-être accompagnée si elle le souhaite.

L'équipe soignante utilise pour les soins chez la personne des « surblouses jetables », qui sont à disposition chez le résident.

Le rôle du professionnel est d'être disponible d'écouter, d'observer, d'organiser et d'appliquer les règles d'hygiène au cours des soins. Lors des temps de transmission, les informations utiles sont partagées et retranscrites dans le plan de soins individualisé (logiciel TITAN).

### 7.1.3 L'environnement immédiat

- ✓ La chambre : un espace intime et identitaire

**L'essentiel est que le résident se sente chez lui et qu'il participe aux décisions à prendre.** Il apporte ses affaires et objets personnels, son mobilier, pour recréer un espace intime et identitaire. La personne accède à son logement quand elle le souhaite.

Les objectifs et moyens recherchés sont de respecter l'intimité de la personne dans son lieu d'habitation. **Il faut frapper avant d'entrer et attendre la réponse.**

C'est aussi participer à ce que la personne s'approprie son chez soi, sa chambre en:

- Indiquant le nom, le prénom et le numéro de la chambre sur la porte d'entrée
  - Donnant la possibilité de personnaliser sa porte d'entrée avec photo ou dessin.
- ✓ La sécurité des résidents dans l'établissement

**C'est aussi favoriser les repères dans l'établissement,** développer les liens avec le résident, **respecter l'autonomie** de la personne, lui demander ce qu'elle souhaite, recueillir ses idées, ses réactions, l'associer à tous les actes de la vie quotidienne.

**C'est aussi participer au bien être de la personne,** en prenant soin de son logement en fonction des besoins, (entretien, cf protocole pour l'entretien du logement). Même si

l'entretien complet est planifié une fois par semaine, il faut se rendre disponible pour y intervenir à tout moment après demande implicite ou explicite du résident. Le changement des draps, du linge plat s'effectue une fois par semaine mais aussi à tout moment si nécessaire.

**C'est aussi sécuriser la personne**, avec un accès au système d'appel fixe (« appel malade ») dans chaque chambre situé à la tête du lit et dans la salle de bain. Si la personne est dans l'impossibilité d'accéder à ces systèmes d'appel, la personne peut avoir un médaillon sur elle. Celui-ci fonctionne aussi bien dans la chambre que dans l'établissement pour la sécuriser dans ses déplacements

**C'est aussi apporter un confort et une sécurité à la personne**, en utilisant le matériel médical : lits médicalisés, barrières de sécurité, fauteuils roulants, déambulateurs, cannes etc.... Ce matériel est mis en place avec l'accord de la personne.

✓ Les locaux collectifs :

Le développement d'un cadre de vie agréable est recherché pour la liberté d'aller et venir des résidents. Chaque personne accède aux locaux collectifs selon ses envies. Les personnes dépendantes sont accompagnées dans les lieux souhaités, par le personnel.

L'entretien des locaux collectifs et couloirs (hygiène et propreté) est fait tous les jours. Les salles à manger sont nettoyées après chaque repas (cf. protocole).

Les lieux de distraction, de détente repérées par la signalitique sont les tisaneries, l'espace bar, l'espace multimédia, la salle d'activité et la terrasse. Le parc est aménagé pour faciliter les promenades. Ces lieux sont propices à des rencontres entre résidents et/ou professionnels, et/ou bénévoles, et/ou famille et amis.

✓ Rôle des professionnels (temps de soins avec la personne et entretien de l'environnement)

**L'aide aux actes de la vie quotidienne s'inscrit dans le "prendre soin" de la personne dans une approche globale. De la qualité des soins (techniques et relationnels) va dépendre la qualité de vie et d'envie de vivre de la personne dans l'institution.** Le rôle du professionnel est le suivant :

- Favoriser un climat de confiance avec le résident
- Répondre aux besoins et attentes du résident
- Etre disponible
- Etre à l'écoute
- Observer
- S'organiser
- Respecter les plans de soins et leurs mise en œuvre
- Respecter l'organisation et sa mise en œuvre
- Favoriser et développer un soin relationnel au travers d'actes dits techniques
- Surveiller les attitudes, les changements de comportement, état cutané, transit, moral etc..;

- Alerter l'équipe s'il y a un problème au moment des transmissions afin de revoir, d'adapter le projet de soins en équipe
- Se « sentir à l'aise » dans sa pratique de soins et d'accompagnement, sinon le signaler (à l'infirmière coordinatrice ou à la responsable opérationnelle de l'établissement) afin d'analyser le problème et de voir comment il est possible de le résoudre. Un professionnel hésitant au moment du soin ne favorise pas un climat de confiance
- Respecter le travail des collègues et être disponible si un collègue a besoin d'aide
- S'interroger sur ses méthodes de travail, le partager en équipe pour se sentir bien dans ce que l'on fait, et y trouver du sens

#### 7.1.4 La restauration

##### ✓ L'organisation de la restauration :

Elle évolue d'un système internalisé vers un système externalisé. A la résidence Recouvrance, la production des repas sera réalisée par l'Unité Centrale de Restauration de l'hôpital de Saintonge pour être livré en liaison froide. Cette évolution a nécessité un travail d'accompagnement avec l'organisme EFIRC (Expertise Formation Ingénierie en Restauration Collective). Le responsable de la restauration, la cuisinière, l'infirmière coordinatrice, la responsable de l'établissement ont conçu la nouvelle organisation. Ce changement n'impacte pas sur la qualité et l'importance que la restauration a dans une institution.

Il est recherché à travers la restauration :

- La convivialité, le désir de manger, le goût, le plaisir des yeux,
- La qualité de la présentation, du service et de l'échange,
- La préparation de mets de qualité transformés en mixés ou lissés pour que les personnes trouvent le goût et l'envie de manger
- La préparation de plats spécifiques pour les personnes diabétiques ou avec régimes particuliers
- La participation aux animations
- Favoriser les relations amicales, familiales, autour du repas
- La fête des anniversaires, en proposant un gâteau et un verre de cidre le dernier dimanche du mois (*ce temps là est susceptible de changement*)
- La décoration avec les résidents des deux salles à manger lors des changements de saisons ou pour des événements festifs...

- Le respect et la mise en œuvre de la méthode HACCP

Il est recherché durant les repas :

- La discussion, la bonne humeur, le sourire et l'ambiance dans la convivialité
- Un service avec tabliers en couleur et service à l'assiette décorée
- L'attention et l'accompagnement des personnes qui rencontrent des difficultés pour manger seules
- Le choix de plats et de la boisson pour le résident (eau, rosé, rouge) (choix demandés à la personne en amont de son arrivée)
- Des tables de 2 à 4 personnes et la possibilité de changer de place même si au départ, il est proposé à la personne une place spécifique
- La mise en place les dimanches, jours fériés et jours de fêtes, des nappes et de la vaisselle améliorée ainsi que des sets de tables

Il est recherché à travers les menus :

- Le respect des valeurs nutritionnelles, des menus équilibrés et des régimes ( en lien avec le responsable de la cuisine, l'infirmière coordinatrice et La qualitiennne de l'UCR)
- Le choix des menus avec les résidents
- L'animation d'une « commission menu », 2 fois par mois, avec les résidents volontaires, le responsable de la restauration, ou la cuisinière et un représentant de l'établissement.

✓ L'organisation des repas

Chaque repas a son importance, et les objectifs recherchés pour chacun d'entre eux sont les suivants :

\* **Le petit déjeuner** : il est distribué à la porte de l'appartement du résident (système de sachet) pour :

- Respecter le sommeil et respecter les heures de réveil
- Respecter l'autonomie de la personne
- Laisser les résidents prendre leur déjeuner à l'heure qui leur convient. Les résidents ont équipé leur chambre de bouilloire ou de micro-ondes pour faire chauffer leurs boissons

Une aide est apportée aux personnes qui en ont besoin.

\* **Le déjeuner (12H) et le dîner (deux services proposés 18H30 et 19H30)** : il est souhaité que le résident prenne son repas en salle à manger mais s'il le souhaite il peut aussi déjeuner /diner dans sa chambre. Les objectifs sont les suivants :

- Proposer aux résidents volontaires d'aider l'équipe à mettre le couvert ainsi que la desserte à la fin des repas
- Accompagner les résidents qui sont en fauteuil roulant ou qui ont des difficultés à marcher tout seul, à l'heure du repas
- Vérifier si les personnes sont bien assises
- Créer une ambiance aimable, conviviale (sourires, échanges avec les résidents...)
- Etre très attentif aux personnes, à leurs demandes, implicites ou explicites,
- S'asseoir avec elles pour les aider à manger si nécessaire
- Prendre le temps de parler avec les personnes
- Favoriser l'entraide entre les résidents qui sont à la même table
- Faire le suivi des invitations, des absences, des plateaux (aux temps des transmissions)

**\* Le goûter ( entre 15h30 et 16h30):**

- Organiser un goûter convivial et collectif les dimanches et jours fériés
- Servir les autres jours un goûter aux personnes qui le souhaitent
- Proposer une boisson froide ou chaude et gâteau sec
- Organiser une collation avec édulcorant pour les personnes diabétiques (cuisiniers UCR)

7.1.5 Tâches hôtelières / restauration et entretien sur une journée à l'EHPAD

Ce tableau reprend l'organisation des tâches de restauration et hôtelières de l'EHPAD et du CANTOU travaillée avec le consultant. Cette organisation est à tester, évaluer dès les premières semaines, pour identifier les points positifs et ceux à améliorer.

HEURES	TACHES HOTELIERES	TACHES RESTAURATION	TACHES ENTRETIEN	QUI

5h à 6h		Préparation du petit déjeuner /		Equipe nuit AVS
6h à 6h45	Distribution du petit déjeuner			Equipe nuit AVS
A partir de 8h		Réception du pain et des repas de l'UCR sur les 2 sites tous les jours		Cuisinier
8h45 / 9h30		Présentation des entrées, des fromages, des desserts et du bouillon  Cuisson du potage		cuisinier
9h30 / 10h30			Récupérer dans les échelles la vaisselle sale des pdj, verres et pichets  Désinfection des chariots pdj  Réapprovisionnement des pichets et verres et bols dans les tisaneries	1 AVS à partir de 10h  Cuisinier  AVS
10h30			Distribuer la vaisselle propre : verre et pichet	AVS
11h15	Mise du couvert	Mise en température  Préparation des plateaux repas		Cuisinier et 2 AVS
	Pause du cuisinier (e)			

HEURES	TACHES HOTELIERES	TACHES RESTAURATION	TACHES ENTRETIEN	QUI
12h	Service du repas dans les salles de à manger et dressage des assiettes chaudes			Cuisinier et AVS
12h45		Nettoyage des salles	Acheminement de la vaisselle salle Plonge du déjeuner	
13h / 14h			Nettoyage cuisine et désinfection des chariots et chambre froide	cuisinier
	Temps de transmission avec l'équipe pour recueil de données pour réajuster si nécessaire			cuisinier
14h à 14h 30		Préparation des desserts froids et autres à disposer dans les armoires froides  Préparation des plateaux nominatifs, par étages dans chariots volants  Allotissement des chariots du dîner		cuisinier
14h30 à 15h		Préparation des bacs et des pochons du pdj		cuisinier
15h à 15h24		Mixage et mise en température du potage		cuisinier
	Goûter : préparation, stockage,		Vaisselle du goûter	AVS
17h30	Mise du couvert dans une seule salle de restaurant			AVS

HEURES	TACHES HOTELIERES	TACHES RESTAURATION	TACHES ENTRETIEN	QUI
18h30 à 19h	1° service pour <b>26</b> personnes (GIR 3 /4)  2 agents en salle  Estimation de <b>16</b> résidents (GIR 1/2) à aider à manger dans leur chambre.			AVS
19h/19h30			Entretien des tables, plonge, mise du couvert pour le 2° service	AVS
19h 30	2° service pour les personnes les plus autonomes soit <b>24</b> à servir			AVS
20h00			Plonge et nettoyage de la salle  Stocker la vaisselle propre  Entretien des chariots	AVS

#### 7.1.6 Tâches hôtelières / Restauration / entretien sur une journée au CANTOU

HEURES	TACHES HOTELIERES	TACHES RESTAURATION	TACHE ENTRETIEN	QUI
8h		Réception du pain Réception de l'UCR (2 sites) du lundi au vendredi  allotissement des chariots repas		cuisinier
8h15	Dresser les tables pour le petit déjeuner	Organisation du petit déjeuner		AVS
	Petit déjeuner collectif			AVS
			Laver les tables et les salles de restaurant	AVS

HEURES	TACHES HOTELIERES	TACHES RESTAURATION	TACHES ENTRETIEN	QUI
Avant 10h			Faire la plonge du pdj	AVS
11h15		Préparation du repas : mise en assiette, présentation dans les plats et mise en température		
11h30	Mise du couvert			AVS
12h	Repas			AS / AVS/AMP
13h			Débarrasser  Laver tables et sol des 2 salles de restaurant  Laver la vaisselle, et entretien des 2 chariots	AVS
13h45			Laver l'office et la plonge	AVS
15h30/16h		Goûter		AS/AVS /AMP
		Allotissement des chariots Préparation du repas : mise en assiette, mise en température et préparation de plateaux repas		AVS
18h	Mise du couvert			AVS
18h30	dîner			AS/AVS /AMP
19h15			Débarrasser la vaisselle, laver la vaisselle, entretien des 2 salles de restaurants	AVS
20h			Laver l'office et la plonge	

## 7.2 Le projet animation

### 7.2.1 Définition de l'animation

La définition de l'animation est de « donner de la vie ». Cette définition correspond pleinement au projet de vie. Il appartient à chaque agent de participer à donner du sens à la vie, à créer de la relation sociale, à apporter du bien-être aux résidents, quelque soit la fonction qu'il occupe.

Nous cadrons l'animation autour des loisirs, la culture, les sorties, la vie associative, le sport. Quelque soit le support de l'animation, il est recherché avant tout, de créer des liens pour vivre un moment agréable, convivial et enrichissant.

### 7.2.2 Objectifs du projet d'animation

Il est recherché au travers de l'animation les objectifs suivants :

- Être en lien avec la personne, avoir l'intention d'échanger un moment avec elle
- Vivre un moment convivial, se faire plaisir, s'enrichir culturellement, s'évader, rêver, être en relation avec la personne
- Faire, créer, participer, trouver ou retrouver l'estime de soi,
- Jouer, utiliser plus particulièrement la mémoire, les cinq sens
- S'ouvrir sur la ville et les communes environnantes, en participant à des événements
- Associer les familles et les bénévoles

### 7.2.3 Une commission « loisirs, culture, sortie »

Une commission « **loisirs, culture, sortie** » est prévue trimestriellement pour anticiper la saison à venir, pour que les résidents participent au choix et fassent des propositions. Les résidents sont invités à y participer. Par ailleurs, les professionnels recueillent les attentes et envies des personnes qui n'y participent pas.

**Le thème des saisons** est à proposer aux résidents, thème qui permet de diversifier les sujets tout au long de l'année, et de s'inscrire, de participer à des événements.

#### 7.2.4 Les thématiques des activités

Les activités supports sont **la chorale, les jeux de société, l'atelier cuisine, la lecture, le cinéma, l'entretien des plantes vertes (rempotage..), les échanges avec les enfants de la structure « la passerelle ».**

Chaque temps d'animation est réparti dans la semaine. Un affichage hebdomadaire et journalier est prévu pour informer les résidents. Les professionnels informent aussi les résidents et vont chercher les résidents dépendants qui souhaitent y participer.

Voici le tableau hebdomadaire des animations proposées :

Jours	Activités
lundi	<b>Lecture</b>
Mardi	<b>atelier cuisine et / ou commission menu (un mardi sur deux) et participation à la « Passerelle »</b>
Mercredi	<b>Mercredi : jeux de société</b>
Jeudi	<b>chorale</b>
Vendredi	<b>Le matin gymnastique et l'après-midi : cinéma, ou sortie, ou autre activité</b>
Dimanche	<b>Goûter en salle à manger</b>

✓ Le rôle de chaque professionnel est :

- De préparer l'activité entre professionnels et aussi avec les résidents, les familles, les bénévoles
- D'accompagner les résidents les plus fragiles
- D'aider sans faire à la place de la personne
- D'encourager la personne participante dans les activités pratiquées
- De faire du lien avec les autres animations

#### 7.2.5 Les événementiels

S'il existe des animations quotidiennes, **des événementiels** sont organisés pour préparer et partager des moments festifs.

La participation de l'établissement à **la semaine bleue** en est un exemple (octobre) où la chorale de l'établissement se produit avec d'autres chorales d'établissements. Des olympiades sont aussi programmées au cours de cette semaine là, où les résidents de l'atelier gymnastique participent en équipe.

Lors du **festival de musique du monde** en juillet, l'établissement accueille sur une journée un groupe de danse et musique folklorique. C'est un moment très convivial autour du déjeuner et du spectacle de l'après midi.

**Le goûter de Noël** est le moment où les résidents des deux établissements (EHPAD Tilleuls et EHPA Soleil) se rencontrent. L'animation se déroule à l'EHPA Soleil car une grande salle peut accueillir plus de 150 personnes. Cet événement sera à repenser dès que l'établissement Recouvrance sera ouvert.

Il est important de citer aussi l'accueil chaque année depuis 3 ans d'un **jeune volontaire européen au sein de l'EHPAD**. C'est en partenariat avec la mission locale de Saintonge que cet accueil a lieu. Des jeunes allemande, italienne et turque ont été accueillies chaque année durant un mois. La période d'accueil est toujours sur juin et juillet. Ce moment est très fort, à la fois pour l'équipe, les résidents et le jeune européen. Il participe à la vie de l'établissement, fait connaître son pays, participe ou crée des activités toujours très appréciées des résidents.

Deux autres événementiels traversent la vie de l'établissement ; le mois du patrimoine en septembre, et le printemps des poètes en mars.

#### 7.2.6 De nouvelles perspectives

Une réunion d'équipe (Juin 2011) a permis de se projeter sur le projet d'animation de Recouvrance. Il est souhaité de conserver ce projet tout en l'améliorant sur les aspects suivants :

- ✓ Développer d'autres ateliers individuels ou collectifs à visées thérapeutiques pour prendre en considération une population plus dépendante, démente :  
**L'Atelier mémoire ; ou d'autres ateliers qui utilisent les cinq sens ;**  
  
**L'atelier toucher / détente ;**  
  
**L'atelier esthétique,**  
  
**L'atelier jardinage**
- ✓ Se doter d'un terrain de boule,
- ✓ Se doter d'une WI
- ✓ Animer l'atelier multimédia
- ✓ Ecrire un journal sur la vie de l'établissement et le décliner sur le site internet

Le recrutement de deux professionnels de l'animation (1.2 ETP) va permettre de conforter et de consolider le projet animation. Le temps de travail sera ainsi réparti : Un professionnel sera à 0.6 ETP à l'EHPAD et un autre professionnel sera à 0.6 ETP au CANTOU.

**Il sera toujours demandé à l'ensemble des professionnels de participer à l'animation.**

## Les deux professionnels de l'animation auront à :

- Porter et développer le projet animation
- Optimiser la participation des résidents, des familles à la conception du projet d'animation
- Associer plus de bénévoles aux temps d'animation en diffusant l'information au sein du monde associatif
- Augmenter et diversifier le nombre d'événements internes et externes
- Compléter les temps d'animation (WE et les matins)
- Développer le partenariat saints et de l'arrondissement (associations socio-culturelles, autres établissements,

### 7.3 Le projet de soin

Le projet de soin s'inscrit dans le projet d'établissement tout comme le projet de vie. Toutefois le projet de soin est au service du projet de vie car un EHPAD est avant tout un lieu de vie. Le projet de soin est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement. Il est la preuve formalisé de l'adhésion de la structure à l'évaluation qualitative de ses prestations.

La philosophie du projet de soin est de **préservé et de maintenir l'autonomie de la personne**. La **prévention** joue un large rôle pour contribuer à l'autonomie de la personne, éviter la maladie et l'hospitalisation.

Le projet de soin s'inscrit dans cette notion du « prendre soin » décrite dans le projet de vie pour une prise en charge globale de la personne.

Plus concrètement, le projet de soin décrit **les modalités d'organisation des soins** en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que les modalités d'organisation de coordination des divers intervenants.

La dignité des soins, leur confidentialité, l'information du résident et de sa famille ainsi que le consentement éclairé aux soins pratiqués sont au cœur de la réflexion soignante.

Depuis la médicalisation de l'EHPAD « Les Tilleuls », il a fallu plusieurs mois pour concevoir le projet de soin.

Les « pilotes » du projet de soin sont le médecin coordonateur, l'infirmière coordonatrice sous le contrôle de la direction.

Le rôle du médecin coordonateur est de constituer **le dossier médical** de chaque résident et l'infirmière coordinatrice organise les soins et le travail de chaque soignant.

Le médecin coordonateur a rencontré chaque résident afin de recueillir les antécédents médicaux et chirurgicaux et les pathologies actuelles. Le médecin traitant a été contacté afin de compléter les informations détenues dans le dossier médical. Toutes les données sont collectées dans le dossier médical informatique (logiciel TITAN) qui contient les antécédents médicaux, chirurgicaux, pathologie en cours, traitements.

La constitution du dossier médical est indispensable pour la création du modèle PATHOS.

Les axes du projet de soin sont les suivants.

### 7.3.1 La prévention

La prévention couvre plusieurs thématiques, aussi importantes les unes que les autres. L'ensemble des professionnels soignants (aide soignants, AMP, auxiliaires de vie sociale) doivent être sensibilisés, observateurs dans leurs pratiques quotidiennes pour prévenir tout changement chez le résident ou tout trouble.

#### 7.3.1.1 La prévention des troubles nutritionnels :

Les besoins nutritionnels ne diminuent pas avec l'âge et ce serait une erreur de penser qu'en vieillissant il faut moins manger. Le maintien d'une bonne qualité de vie et de l'autonomie de la personne passe par une prévention efficace des risques nutritionnels tels que :

- La dénutrition protéino-énergétique qui est liée à un déséquilibre entre les apports alimentaires et les besoins. Elle se traduit par une fonte de la masse musculaire et donc une perte de poids
- La décalcification qui est une raréfaction du tissu osseux et une altération progressive de la structure de l'os entraînant une fragilité (risque de fractures osseuses)
- La déshydratation qui peut entraîner des complications très graves

Une réflexion de toute l'équipe est menée pour promouvoir le rôle central de l'alimentation en termes de convivialité, plaisirs, mais aussi en termes de prévention.

Néanmoins, il reste tout un travail pluridisciplinaire à formaliser pour cibler plus précisément le groupe de résidents à risque, d'y adjoindre les actions à mettre en œuvre et d'assurer la traçabilité de ce travail sur l'outil informatique au travers des **plans de soins individualisés et personnalisés**.

Objectifs	Moyens	Qui
Dépistage des résidents «à risques »	Établir une courbe pondérale Pour le moment nous possédons un pèse personne. Une plate forme de pesée est prévue afin de pouvoir peser les personnes dépendantes. Recueil de données sur les habitudes alimentaires (goût, déglutition, l'appétit), les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les préserver	Les soignants, une fois par mois  L'équipe soignante notamment l'infirmière et le soignant référent du résident
Établir le profil alimentaire de chaque résident afin d'adapter au maximum les repas (qualité, quantité, texture, hydratation) et la conduite à tenir	Au cours des réunions de synthèse : liens entre les pathologies, les médicaments, les maladies intercurrentes, les difficultés à se nourrir, les	Avec le médecin coordonnateur, l'IDE, un cuisinier et les soignants présents au cours des temps de transmissions

concernant la surveillance de la prise alimentaire et hydrique	résultats sanguins, les habitudes alimentaires, la dépendance, l'état bucco-dentaire	
Assurer la traçabilité sur les plans de soins informatisés	Utilisation de l'outil informatique TITAN	L'infirmière
Communiquer les résultats de l'évaluation au médecin traitant	Lors d'une visite à domicile, par téléphone	Médecin coordonnateur et/ou infirmière
Présenter la prise en charge à la famille proche	Par un entretien	Médecin coordonnateur, infirmière, soignant

Dans un deuxième temps, une réflexion est à poursuivre quant à une évaluation plus poussée du risque de dénutrition notamment en utilisant le MNA (Mini-Nutritional Assessment ou évaluation de l'état nutritionnel)).

Lorsque nous serons à Recouvrance, nous allons travailler avec l'Unité Centrale de Restauration où une collaboration avec une diététicienne sera possible.

Des rencontres régulières se font avec les cuisiniers pour discuter et mettre en place en interne des plats enrichis, des textures adaptées de façon à ce que les résidents puissent manger varié, les légumes et fruits de saison. Les compléments alimentaires sont gardés pour le goûter et sont donnés uniquement sur prescription médicale.

Pour les résidents présentant des signes comportementaux et psychologiques de démence, la surveillance de la prise alimentaire est importante. L'essentiel est qu'ils mangent (fractionnement, autre lieu que la salle à manger où le bruit peut être déranger, accepter que la personne puisse se lever de table et y revenir à son gré...). A Recouvrance, un secteur d'accueil spécialisé est prévu.

Pour optimiser l'évaluation de l'apport nutritionnel et hydrique au quotidien, des temps de formation sont à mettre en route pour toute l'équipe afin de mieux comprendre et assurer le suivi mis en place pour les résidents. Cette formation peut être faite en interne avec l'infirmière coordinatrice.

#### 7.3.1.2 La prévention des escarres et de la régression motrice

La prévention des escarres reste une préoccupation majeure pour l'équipe soignante. La population accueillie en EHPAD présente pour la plupart un haut risque de développer des escarres (perte de la mobilité, dénutrition, déshydratation, macération, fragilité cutanée, troubles de la sensibilité, présence de pathologies associées). Un dépistage précoce est nécessaire.

Depuis la médicalisation en janvier 2010, nous travaillons « dans l'ici et le maintenant ». Lorsqu'il y a dégradation de l'état de santé d'une personne un lit médicalisé avec le matériel anti escarre est rendu nécessaire. Nous en discutons avec le résident et sa famille pour avoir son accord en argumentant sur les notions de confort, de bien être et de prévention des escarres. Il est important de travailler avec la famille pour aider le résident à accepter sa nouvelle situation et à prendre la décision de changement de son lit personnel pour un lit

médicalisé.

L'EHPAD a investi dans du matériel spécifique (matelas, surmatelas à air, coussin anti escarre pour fauteuil, coussin de déchargement pour les talons, coussins de positionnement pour les retournements, disques de transfert,...).

Seul, le matériel n'est pas suffisant.

Le temps des soins est la base d'une bonne prévention : mobilisations, surveillance de l'état cutané, soins apportés à la peau, aide au repas, hydratation, éducation de la personne dans ses mobilisations lorsque cela est possible.

Les kinésithérapeutes libéraux interviennent sur prescription médicale cinq jours par semaine. Le résident a le choix de son intervenant libéral.

Par ailleurs, des améliorations sont à prévoir notamment dans la formalisation et la traçabilité de :

- L'évaluation,
- La mise en place des actions
- Les résultats incluant les réévaluations

✓ **Les axes d'amélioration à mettre en œuvre à Recouvrance**

Objectifs	Moyens	Qui
Créer un groupe de travail pour réaliser un protocole de soins de prévention des escarres	Temps de travail institutionnel 1. se former (médecin et infirmière coordinatrice) 2. partager les pratiques 3. écriture du protocole 4. former les autres membres de l'équipe afin que chacun s'investisse dans le quotidien de la prévention des escarres	Médecin coordonateur, infirmière coordinatrice infirmière, aide-soignante, aide médico psychologique, auxiliaire de vie sociale
Traçabilité dans le dossier de soins du résident	Meilleure connaissance de l'outil informatique en travaillant en lien avec les informaticiens de TITAN	Infirmière coordinatrice, infirmière

### 7.3.1.3 Les cinq sens

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher sont essentiels au maintien de la vie relationnelle et personnelle.

Les aides oculaires, auditives et prothèses dentaires sont souvent négligées par les personnes âgées dépendantes et par leur entourage.

Pour prévenir ces troubles, le besoin, l'actualisation et la bonne utilisation des aides sensorielles figurent au dossier de soins du résident, font l'objet d'une évaluation d'équipe et sont répercutées auprès des familles.

Si une consultation d'un médecin spécialiste est nécessaire, un rendez-vous sera pris après avis du médecin traitant (c'est lui qui établit les bons de transport professionnalisé). En fonction de l'état de dépendance, de la disponibilité de la famille, le résident sera

accompagné par un membre de l'équipe.

Quant au toucher, il a une influence sur le schéma corporel, l'estime de soi, le bien être. De sa qualité va dépendre la qualité du soin. Tout geste lors des soins doit être accompagné d'explications afin de ne pas surprendre la personne (très important dans la prise en charge des résident présentant une pathologie de type démence). De plus l'accord tacite sera recherché.

✓ **Les axes d'amélioration à mettre en œuvre à Recouvrance**

- Evaluation de l'état buccal lors de consultation infirmière afin de repérer les problèmes et de mettre en place les actions adaptées. Information et formation sur la nécessité de prendre en soin la bouche des résidents
- Sensibilisation et formation des soignants sur le toucher dans le soin afin de mettre en place un atelier détente

7.3.1.4 Les anomalies d'élimination urinaire et fécale

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre comme faciliter le repérage et l'accès aux toilettes, accompagner le résident si nécessaire.

L'utilisation des protections est adaptée aux besoins du résident, en fonction du jour et de la nuit et est revue au moment des transmissions quotidiennes quand il y a nécessité de changement.

La surveillance du transit intestinal s'effectue au quotidien. Le résultat est noté sur le diagramme d'actions de soins. L'information et l'éducation du résident sont nécessaires pour qu'il s'approprie son auto surveillance et signale quand il a un problème. Cette information sera relayée au médecin traitant.

7.3.1.5 Les chutes

A l'EHPAD Tilleuls, la prévention des chutes reste un problème majeur dans notre établissement du fait de sa vétusté. Certains couloirs ne sont pas équipés de mains courantes. Les aides techniques sont favorisées.

Cette prévention ne passe pas par de la contention. Accepter un certain risque de chute fait partie du maintien de l'autonomie locomotrice du résident. Un certain travail est fait en lien avec les familles notamment sur l'aménagement de l'appartement (pas de tapis, bon éclairage, chaussures adaptées,...)

✓ **Les axes d'amélioration à mettre en œuvre à Recouvrance**

- Sensibilisation et formation de l'équipe sur l'obligation d'établir systématiquement une fiche de signalement de chute (dans le dossier de soins du résident)
- Une analyse concernant les risques et les moyens d'y remédier est à mettre en place sachant que nous intégrons une structure neuve et nouvelle. Cette analyse et les moyens à mettre en place concernent tous les agents mais aussi les familles et tuteurs des résidents pour notamment aménager les appartements de façon à prévenir les chutes

#### 7.3.1.6 La prévention de la douleur

Chacun est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents. Lorsqu'une douleur est évaluée (douleur au repos ou induite par les soins ou la mobilisation) le lien est fait avec le médecin pour une mise en place d'un traitement adapté. Évaluation et suivi sont faits en équipe.

#### ✓ **Les axes d'amélioration à mettre en œuvre à Recouvrance**

- Protocoles d'évaluation de la douleur à écrire sachant que nous préconisons l'échelle numérique et la DOLO plus2 ; formation de l'équipe soignante
- Etudier la possibilité de passer une convention entre l'EHPAD et l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Saintes.
- Etudier la possibilité de passer une convention entre l'EHPAD et le secteur psychiatrique de l'hôpital de Saintes pour mieux accompagner les personnes en souffrance psychique.

#### 7.3.1.7 La prévention vaccinale et nosocomiale

La vaccination antigrippale ainsi que le vaccin contre le pneumocoque (campagne effectuée sur décembre 2010 et janvier, février 2011) sont effectués sur prescription médicale par les infirmières de l'établissement. Les dates de vaccination figurent sur le dossier soins du résident. Il reste un travail à faire sur la vaccination anti tétanique : recensement des personnes vaccinées, date de rappel. Ce travail est à mettre en place avec les médecins traitants et le médecin coordonnateur.

Pour l'hygiène par rapport au risque de transmission, des savons sont placés dans les appartements le nécessitant et des solutions hydro alcooliques sont mises à disposition sur les chariots de soins. Des formations à l'hygiène, notamment lavage des mains, utilisation des solutions hydro alcooliques (les protocoles sont affichés) ont été effectuées sur 2010 et sont à pérenniser chaque année.

Pour l'hygiène des locaux, les protocoles pour l'entretien de la salle à manger sont écrits, des formations à l'utilisation des produits et à l'entretien des appartements ont été réalisées. Un protocole est à écrire pour ce qui concerne l'entretien des appartements.

#### 7.3.1.8 La prévention de l'isolement relationnel

Une bonne connaissance de la personne permet d'établir un plan de soins et plus largement un projet de vie adapté et donc d'améliorer le bien-être psycho-affectif. Chaque soignant est invité à répondre à un mal être : l'évaluer, le signaler de façon à mettre en place des attitudes et des actions adaptées. L'accompagnement du résident en individuel ou en groupe au travers des animations, le travail en lien avec les familles, les bénévoles sont des facteurs aidant à rompre l'isolement de la personne.

Le recours à une protection juridique, lorsque cela est nécessaire, permet aux résidents de préserver leurs intérêts et de rester en contact avec les réalités sociales.

### 7.3.1.9 La prévention de la maltraitance

- ✓ La maltraitance est plurifactorielle.

Elle peut prendre une forme active ou passive, et son origine peut être humaine (agents, famille, résidents), environnementale ou sociale.

Elle est prise en compte dans le projet de vie du résident : respect de l'autonomie (pouvoir de décision) et projet de soins individualisé et personnalisé.

Les pratiques doivent sans cesse être mises en débat et être analysées au regard des besoins individuels des personnes. Les grandes valeurs telles que le respect de la personne en tant que sujet, la liberté de choix, préservation de l'autonomie, le respect de la dignité, de l'intimité, doivent être constamment rappelées en étant reliées aux actes de soins et autres actes courants de la vie quotidienne de manière à ce que cela ne reste pas abstrait. Les plans de soins, le partage des pratiques, sont discutés en réunion de transmissions chaque jour et lors des réunions mensuelles.

Pour les résidents et les familles, il existe un Conseil de la Vie Sociale. C'est un lieu de paroles et d'échanges qui peut aider à mettre le mot maltraitance sur certaines pratiques.

- ✓ La formation :

De nombreux champs de formations peuvent remplir un rôle dans la prévention de la maltraitance comme l'approche corporelle du soin, la qualité de l'accueil, l'alimentation de la personne, l'hygiène et la sécurité, le prendre soin d'une personne démente,...

En insistant sur les pratiques, le soignant se place dans une dynamique de "bienveillance" ; cela permet au soignant de construire une compétence. La formation se dispense au quotidien par les personnes qualifiées de l'établissement. C'est un processus d'adaptation et d'acquisition de compétences. Elle se dispense aussi au travers de formations formalisées avec la rencontre de personnes travaillant dans d'autres établissements.

Le projet d'établissement doit être connu et "porté" par tous pour une cohésion d'ensemble. Il permet à chacun de donner du sens à son travail quotidien afin de favoriser des soins adaptés et bienveillants aux personnes.

## 7.3.2 L'organisation des soins : du projet de soin aux plans de soins

### 7.3.2.1 Le Médecin traitant

Le résident a le libre choix de son médecin traitant. A son entrée dans l'E.H.P.A.D., il conserve le médecin qui le soignait à domicile. Lorsque le cabinet du médecin est trop éloigné géographiquement de l'E.H.P.A.D., le résident peut être conduit à choisir un nouveau médecin.

Le résident ou les infirmières contactent en première intention le médecin traitant pour respecter le parcours de soins. Lorsque le médecin traitant ne peut être joint ou que l'état de santé du résident le nécessite, le personnel contacte le service d'urgences (le 15) pour assurer la permanence des soins.

A la Résidence de Recouvrance, il faudra que le médecin traitant accède au dossier médical informatique situé à l'infirmerie. Cela permettrait d'assurer une traçabilité de la consultation médicale. Il en va de même pour les autres intervenants libéraux que sont les kinésithérapeutes. Il est important que l'E.H.P.A.D. justifie, notamment lors de la coupe

PATHOS, la participation de ces professionnels (infirmières libérales, kinés, psychologues).

### 7.3.2.2 Les actes sur prescription

#### ✓ Les médicaments :

Le médecin traitant intervient chez le résident en fonction de son état de santé et en fonction de la date de renouvellement de l'ordonnance. Quand l'ordonnance est prête, elle est faxée à la pharmacie du résident. Les médicaments sont livrés dans la journée.

Comme pour tout autre soin, la dispensation est adaptée à la dépendance du résident. Certains résidents sont aptes à gérer leur traitement entièrement. Pour d'autres, le pilulier est préparé par l'infirmière afin que chaque personne gère sa prise de médicaments.

Pour la plupart des résidents, l'équipe infirmière s'occupe du suivi des traitements et de la préparation des piluliers.

Les traitements mensuels sont rangés nominativement. Les piluliers sont préparés à la semaine par l'infirmière. Un local a été adapté spécifiquement pour la pharmacie. Nous avons acquis une armoire de rangement des piluliers et un chariot de distribution journalier qui se ferment à clef.

Les traitements sont distribués par l'infirmière ou par l'aide-soignant sur délégation : le matin chez le résident, le midi et le soir en salle à manger. Pour les repas pris en chambre, les médicaments sont installés sur les plateaux nominatifs. Lors des renouvellements, nous vérifions les excédents pour éviter les stocks.

#### ✓ Les soins locaux

Ils sont effectués par l'infirmière ou par l'équipe soignante selon le type de soins à effectuer. Il est demandé à chaque soignant d'interpeller l'infirmière pour toute anomalie constatée lors des soins à la personne afin d'y apposer les actions nécessaires.

#### ✓ Les consultations

Suite à la prescription médicale, les rendez-vous sont demandés et la consultation est organisée en lien avec le résident et sa famille pour que cette dernière puisse accompagner son parent. S'il y a impossibilité de leur part et que le résident nécessite un accompagnement, un bénévole peut être demandé ou quelqu'un de l'équipe est détaché.

Les résultats sont montrés au médecin coordinateur pour qu'il puisse mettre à jour le dossier médical du résident.

#### ✓ Les prélèvements biologiques

Ils sont effectués par l'infirmière et déposés au laboratoire par un agent de l'EHPAD. Les résultats sont reçus par courrier chez le résident.

Pour certains suivis spécifiques, l'infirmière téléphone au laboratoire afin de connaître les résultats. Nous n'avons pas de liens directs informatiques entre le laboratoire et l'EHPAD.

Les médecins traitants reçoivent les résultats à leur cabinet et se déplacent s'il doit y avoir un changement de traitement. Si cela n'est pas possible, nous demandons au cabinet médical de faxer une ordonnance avec le changement de posologie (en l'occurrence pour les traitements anticoagulants).

### 7.3.2.3 Les soins para médicaux

Outre le travail sur prescription, l'infirmière intervient auprès des résidents pour un suivi de leur état de santé. Elle a la charge d'évaluer les différents besoins du résident, de mettre en place le plan de soins individualisés et personnalisés, de le discuter avec l'équipe pluridisciplinaire, de le saisir sur l'ordinateur et de l'éditer. Elle fait le lien avec les familles, les accompagne en fonction de leurs besoins.

Si un problème est détecté chez un résident par un membre de l'équipe, l'infirmière en est tenue au courant et met en place les actions de soins adaptées.

Tout un travail de formations et d'informations est réalisé au quotidien pour accompagner l'équipe dans leurs soins auprès des résidents, que ce soit pour acquérir un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être.

### 7.3.2.4 L'accompagnement des personnes désorientées

A l'heure actuelle nous sommes dans un établissement non adapté pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées. Toutefois, un petit nombre de nos résidents souffre de ces pathologies. Il s'avère qu'une surveillance accrue est nécessaire notamment pour le risque de sortir seul de l'établissement. En semaine, l'accueil se situant face à l'entrée, il est facile de surveiller les entrées et les sorties. Pour ce qui est de la déambulation, les couloirs et les accès aux salons sont libres. Pour le moment ce sont des personnes qui ont vieilli dans la structure (foyer logement avant l'EHPAD) et il leur reste des habitudes (lieu de repos dans le petit salon par exemple) ; il est important de les sauvegarder.

Au moment des repas en salle à manger, si une personne quitte la table, (mal être pouvant être dû aux bruits ambiants par exemple) la suite du repas s'effectuera où elle va. L'important est de pouvoir laisser la personne déambuler et d'expliquer aux autres résidents qui parfois ne comprennent pas.

### 7.3.2.5 L'accompagnement de fin de vie

Nous nous appuyons sur le texte des recommandations sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches (conférence de consensus, ANESM, SFAP, du mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004).

Il est une continuité dans l'accompagnement au quotidien de la personne. C'est une période lourde émotionnellement pour chacun.

Elle requière des soins d'accompagnement de qualité notamment dans la recherche de confort, de bien-être et de sécurité. Il est pluridisciplinaire et a besoin des compétences de chacun. Le médecin traitant est sollicité pour aider l'équipe à prendre connaissance de l'état de santé de la personne et il est appelé dès qu'un symptôme nouveau apparaît. L'équipe de soins est plus présente auprès du résident avec une adaptation continue dans les soins en privilégiant ce que la personne souhaite. Des liens plus étroits sont établis avec l'entourage afin de leur proposer un soutien, une écoute et de ce fait favoriser leur présence auprès de leur proche.

Les temps de transmissions sont un moment clef dans la continuité de la prise en soins de la personne en fin de vie : possibilité de revoir le plan de soin pour l'adapter au mieux avec les explications médicales (aide du médecin coordinateur), évocations des problèmes

rencontrés par des soignants et de leurs difficultés dans le prendre soin et l'accompagnement de fin de vie qu'il soit au niveau du résident et/ou de son entourage. Ce temps est un moment de questionnement sur nos pratiques.

✓ **Les axes d'amélioration**

- Etablir une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Saintes pour nous aider à mettre en œuvre les bonnes pratiques et nous permettre de progresser dans la réflexion éthique de l'accompagnement de fin de vie.
- Favoriser les formations des agents aux soins palliatifs

7.3.2.6 Le dossier informatisé du résident

✓ Le dossier médical

Il est établi par le médecin coordonnateur en lien avec le résident, son entourage et le médecin traitant. Il regroupe les antécédents médicaux et chirurgicaux, le traitement, les pathologies en cours, les interlocuteurs médicaux.

✓ Le dossier de soins

Un recueil infirmier de données est rempli après un entretien avec le résident, et un plan de soins est établi avec lui. Le référent du projet de vie individualisé participe au projet de soins en collaboration avec l'infirmière. Lors d'évènements nouveaux, le plan de soins est discuté au moment des transmissions inter équipes et est réécrit par l'infirmière. Le projet de soins est en constante évolution.

Chaque plan de soins est établi pour 24 heures. Ils sont réunis dans des classeurs en fonction des secteurs d'intervention de l'équipe. Ils permettent de retracer les actions à entreprendre auprès des résidents. Un code barre est attribué à chaque soin. Avec un système de zapette, chaque soignant peut « tracer » les soins qu'il a effectué dans le dossier personnalisé du résident.

7.3.2.7 Les transmissions de l'équipe

✓ Orales

Les transmissions orales ont lieu à chaque changement d'équipe (matin, début d'après-midi, nuit). Elles permettent la continuité des soins pour l'équipe qui prend le relais, de poser les problèmes du jour.

Pour le temps du début d'après-midi les plans de soins sont revus, les pratiques partagées pour une cohésion dans le travail et une adaptation régulière des actions de l'équipe en fonction des besoins perturbés des résidents. Ces temps aident à mieux connaître les résidents, à dynamiser chaque soignant autour du projet d'établissement et des valeurs que nous souhaitons développer dans le quotidien. La parole de chacun est encouragée afin d'énoncer les points négatifs et positifs du travail réalisé.

✓ Ecrites

Suite aux transmissions orales inter équipe matin/après-midi, un écrit est réalisé sur les différentes tâches (soins, accompagnement, animation, linge à distribuer, ...) à réaliser l'après- midi.

Le soin courant est coché dans le dossier informatisé de soins du résident.

Il y a la possibilité d'effectuer des transmissions écrites lorsqu'un problème est détecté. Pour le moment les transmissions ciblées ne sont pas utilisées du fait d'un manque de formation des professionnels.

Chaque soignant a accès au dossier de soins personnalisés des résidents.

✓ **Les axes d'amélioration**

- L'outil informatique n'est pas assez bien connu de tous les soignants. Des moments d'informations et de formations sont à mettre en place (en fonction des moyens accordés) et des fiches d'utilisation sont à créer.
- Lorsque l'outil basique informatique sera connu et bien utilisé, les transmissions ciblées seront à mettre en place moyennant de l'information et de la formation.

### 7.3.3 Rôle du médecin coordonnateur

Le médecin généraliste, salarié de l'établissement, diplômé en gériatrie, intervient 6 heures par semaine (3 heures le lundi après-midi et 3 heures le mercredi matin) sous la responsabilité et l'autorité de la direction. A l'établissement Recouvrance, il interviendra 14h.

✓ Son rôle est le suivant :

- Il élabore avec l'équipe soignante le projet de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soin de l'institution.
- Il veille à la permanence des soins et la coordination des professionnels de santé salariés ou libéraux intervenant dans l'établissement.
- Il participe à l'évaluation de l'état de dépendance des résidents.
- Il veille à l'application des bonnes pratiques de soins en E.H.P.A.D., y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- Il contribue à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.

- Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information du personnel.
- Il élabore le dossier médical de chaque résident et veille à sa mise à jour.
- Il établit un rapport annuel d'activité retraçant notamment les modalités de prises en charge et l'évolution de l'état de dépendance des résidents.
- Il participe à l'élaboration de conventions entre l'établissement et le centre hospitalier afin de faciliter la continuité des soins.
- Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés.
- Le médecin coordonnateur participe aux transmissions de la mi-journée (une fois par semaine, le lundi)
- Il rencontre régulièrement les résidents, prend des nouvelles des patients hospitalisés et contacte les médecins traitants si nécessaire.

#### 7.3.4 Le rôle de l'infirmière coordinatrice

✓ Son rôle est le suivant :

- Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des personnes résidentes à l'EHPAD
- Élaborer et mettre en œuvre le projet de soins individualisé et personnalisé du résident de son accueil jusqu'à sa fin de vie
- Accompagner psychologiquement les résidents à travers des temps de présence, d'écoute et d'activités diverses
- Encadrer et animer l'équipe pour créer des conditions matérielles et psychologiques favorisant une qualité de vie pour les résidents de l'EHPAD. Animation, formation, conseils auprès de l'équipe soignante afin de favoriser une dynamique permettant un questionnement continu pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents ainsi que la qualité de vie au travail pour les soignants
- Pratiquer des soins infirmiers en application du décret de compétences du 29 juillet 2004 N°2004-802
- Recherche et contrôle de la qualité des soins
- Planifier la présence des stagiaires, assurer leur accueil, organiser les contenus de formations en lien avec les écoles et valider les évaluations
- Coordination avec les partenaires médico-sociaux extérieurs
- Évaluation des projets et des actions mis en place
- Organisation des relations avec les familles (accueil, informations, orientation, rassurer, écouter)
- Assurer le rôle sur prescription médicale
- Contribuer au maintien du tissu social et à l'intégration des familles dans l'établissement



## 8. Objectifs de progrès et de développements

### 8.1 Du Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) à l'évaluation interne et externe

Les modalités de l'évaluation interne doivent être organisées par chaque institution dans le cadre d'un rapport formalisé, prenant ainsi en compte ses spécificités. L'ensemble des personnels doit être concerné par celles-ci.

Les EHPAD s'engagent dans une démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'établissement. Celle-ci concourt à assurer la satisfaction des résidents et de leurs familles ainsi que celle du personnel, en assurant aux usagers l'autonomie sociale, physique et psychique la plus importante possible. Il convient de préciser la méthodologie, les indicateurs, références et outils utilisés pour l'analyse de la démarche qualité mise en œuvre.

#### 8.1.1 Engagements

L'évaluation interne est un objectif. Le Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) intervient en amont de l'évaluation interne. Il prépare à l'évaluation interne car il permet, par la réflexion qu'il suscite, la mise en œuvre d'actions visant à promouvoir la qualité et à procéder à des ajustements.

L'établissement souhaite donc engager un Plan d'Amélioration de la Qualité en 2012 et 2013 pour procéder à l'évaluation interne en 2014.

Ces travaux feront l'objet d'un rapport formalisé pour le renouvellement de la convention et la préparation à l'évaluation externe.

#### 8.1.2 Modalités de mise en œuvre

- ✓ **2011** : Sensibilisation et distribution à tout le personnel du questionnaire auto-évaluation ANGELIQUE et du Guide des bonnes pratiques.
- ✓ **2012-2013** : Dans le cadre d'une démarche participative, mise en place de groupes de travail par thématique (basées sur ANGELIQUE) pour réaliser le Plan d'Amélioration de la Qualité
- ✓ **2014** : Auto-évaluation ANGELIQUE selon les dispositions réglementaires en vigueur

## 8.2 Le projet d'établissement décliné en « fiche action »

Le plan d'action comporte huit fiches actions. Elles abordent différentes thématiques et concernent l'ensemble des personnes ; les résidents, les familles, les proches, les professionnels, les bénévoles. Les thématiques des fiches action sont les suivantes :

- ✓ Fiche Action n°1 : **Promouvoir les droits des usagers**  
Objectif : Rendre opérationnels les documents d'accueil et contractuels cf. Loi 2002-2
  
- ✓ Fiche Action n°2 : **Maintenir et promouvoir le lien social**  
Objectif : Faciliter l'appropriation du nouveau lieu de vie et son environnement
  
- ✓ Fiche Action n°3 : **Impliquer les résidents et leurs proches**  
Objectif : Promouvoir la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents
  
- ✓ Fiche Action n°4 : **Réaliser le Plan d'Amélioration de la Qualité et de l'évaluation interne**  
Objectif : Amélioration de la qualité pour répondre aux besoins et attentes des résidents
  
- ✓ Fiche Action n°5 : **Partenariat et réseau de soin gériatrique**  
Objectif : Ouverture de l'établissement pour favoriser le travail en réseau
  
- ✓ Fiche Action n°6 : **Gestion des Ressources Humaines**  
Objectif : Mobilisation des équipes et garantir un cadre de travail sécurisé
  
- ✓ Fiche Action n°7 : **Former le personnel**  
Objectif : Garantir la qualité du personnel exerçant dans l'établissement
  
- ✓ Fiche Action n°8 : **Créer les protocoles et procédures**  
Objectif : Donner un cadre aux pratiques professionnelles, sécuriser la prise en charge des résidents et les professionnels

Chacune de ces fiches actions comportent des indicateurs et les groupes de participants. Ceux –ci seront indiqués au fur et à mesure de l'avancée du travail.

## 8.2.1 Promouvoir les droits des usagers



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°1 PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS

Objectif principal	Rendre opérationnels les documents d'accueil et contractuels cf. Loi 2002-2
--------------------	---

Objectif 1	Informer les résidents, leurs représentants, les familles et les proches
Objectif 2	S'assurer de leur bonne compréhension
Objectif 3	Déterminer les droits et devoirs de chaque partie
Objectif 4	Répondre à la réglementation en vigueur
Objectif 5	Ecouter les besoins et co-construire les réponses

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Réaliser le contrat de séjour incluant une clause spécifique à la tarification de l'aide sociale		2011
Action 2	Réaliser le règlement de fonctionnement		2011
Action 3	Réaliser le livret d'accueil incluant les plans des bâtiments et des chambres		2011
Action 4	Inclure la charte des personnes âgées dépendantes et la charte de la personne accueillie dans le livret d'accueil		2011
Action 5	S'assurer de la bonne compréhension des documents précités par le personnel pour information aux résidents et mise en œuvre		2011
Action 6	Interroger et soumettre les documents lors des réunions du CVS, 3 à 4 fois par an, pour s'assurer notamment de la bonne compréhension de ceux-ci et pour valider les réactualisations		à partir de 2012
Action 7	Faire participer les résidents à l'évolution du projet d'établissement conformément aux recommandations de l'ANESM		2012
Action 8	Réactualisation du livret d'accueil sur le fond et la forme avec la participation des résidents et des familles pour être un document plus vivant avec des photos de résidents...		2013

## 8.2.2 Maintenir et promouvoir le lien social



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°2 MAINTENIR ET PROMOUVOIR LE LIEN SOCIAL

Objectif principal	Faciliter l'appropriation du nouveau lieu de vie et son environnement
--------------------	---

Objectif 1 Aider les résidents et se repérer à l'intérieur et à l'extérieur

Objectif 2 Promouvoir le lien social et l'autonomie grâce au projet d'animation

Groupe de travail :

Pilote/Référent :

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Mise en place d'une signalétique intérieure		2011
Action 2	Evaluation de la signalétique par des enquêtes auprès des résidents et des familles		2011
Action 3	Loger les résidents près des lieux de vie commune en fonction de leur mobilité		2011
Action 4	Fixer le maintien du lien social comme priorité du projet d'animation		2011
Action 5	Programmer des sorties de proximité (exemple, la galerie marchande...)		à partir de 2012

**Commentaires** : Certaines actions (sorties...) ne pourront être réalisées que si des crédits-transport sont accordés à l'établissement ou peuvent être dégagés par des économies qui financeraient le transport des résidents

### 8.2.3 Impliquer les résidents et leurs proches



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

## Fiche Action n°3 IMPLIQUER LES RESIDENTS ET LEURS PROCHES

Objectif principal	Promouvoir la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents
--------------------	---

Objectif 1	Promouvoir la participation des familles ou proches
Objectif 2	Recueillir la parole des résidents et de leurs proches
Objectif 3	Promouvoir l'autonomie
Objectif 4	Répondre à la réglementation cf. Loi 2002-2
Objectif 5	Ecouter les besoins et co-construire les réponses

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Mise en place d'un dispositif d'enregistrement des remarques et suggestions		2011
Action 2	Elections du CVS		2012
Action 3	Mise en œuvre d'un calendrier d'animations où la participation des familles ou proches est indispensable et recensement des personnes intéressées.		sept-11
Action 4	Création d'un site internet et d'un journal avec la participation des résidents, de familles et des proches et mise en valeur de la vie de l'établissement		janv-13
Action 5	Faire participer les résidents à l'évolution du projet d'établissement conformément aux recommandations de l'ANESM (voir fiche-action n° 1)		2012

Commentaires : Ce travail contribue à nourrir le projet d'établissement
---

## 8.2.4 Réaliser le Plan d'Amélioration de la Qualité et de l'évaluation interne



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°4 REALISER LE PAQ ET EVALUATION INTERNE

Objectif principal	Amélioration de la qualité pour répondre aux besoins et attentes des résidents
--------------------	--

Objectif 1	Mobiliser et responsabiliser les équipes
Objectif 2	Répondre à la réglementation
Objectif 3	Préparer l'évaluation interne
Objectif 4	Préparer l'évaluation externe
Objectif 5	Réévaluer régulièrement le projet de vie et projets de vie personnalisés, le projet d'animation, le projet de soin et projets de soin personnalisés

Groupe de travail :

Pilote/Référent :

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Distribution du référentiel (ANGELIQUE ou UNCCAS) au personnel		2011
Action 2	Réaliser des enquêtes de satisfaction annuelles auprès des résidents		2012
Action 3	Déterminer des groupes de travail par thème		juin-12
Action 4	Faire un état des lieux sommaire des points faibles, des points forts, de l'ensemble des thématiques, du fonctionnement et de l'organisation de l'établissement		sept-12
Action 5	Démarrage des groupes de travail		janv-13
Action 6	Validation finale des résultats		janv-14
Action 7	Evaluation interne		mai-14
Action 8	Programmer l'évaluation externe		juil-14

Commentaires : Action réalisable en fonction des crédits accordés. Le besoin est estimé à 4% annuel du temps de travail par agent  
Le PAQ est nourrit par le projet d'établissement et réciproquement

## 8.2.5 Partenariat et réseau de soin gériatrique



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°5 PARTENARIAT ET RESEAU DE SOIN GERONTOLOGIQUE

Objectif principal	Ouverture de l'établissement pour favoriser le travail en réseau
--------------------	--

Objectif 1	Garantir une qualité de soin par l'échange des pratiques
Objectif 2	Garantir une qualité de soin par l'élargissement des compétences
Objectif 3	Garantir la sécurité des résidents par l'ouverture de l'établissement

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Reconduction des partenariats		2011-2014
Action 2	Conventionnement avec les partenaires anciens et nouveaux		2011-2014
Action 3	Développer le réseau-Soin, notamment en participant au travail de création d'un Réseau Gériatrique à l'initiative du CCAS de Saintes.		2011-2014
Action 4	Formaliser le partenariat EHPAD-Hôpital (cf. page 26)		2011-2014

Commentaires :	Action 3 réalisable sous condition de financement de projet CCAS de Saintes par les autorités de tutelle (pour la partie réseau gériatrique).
----------------	---

## 8.2.6 Gestion des Ressources Humaines



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°6 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Objectif principal	Mobilisation des équipes et garantir un cadre de travail sécurisé
--------------------	---

Objectif 1	Mobiliser et responsabiliser les équipes
Objectif 2	Informier et établir une relation de confiance au sein de l'équipe
Objectif 3	Répondre à la réglementation du droit du travail
Objectif 4	Garantir la sécurité des usagers par la qualité des relations de travail

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Réaliser un livret d'accueil à destination du personnel		2011
Action 2	Diffuser l'organigramme de l'établissement		2011
Action 3	Réaliser les fiches de poste pour les nouveaux salariés		2011
Action 4	Communiquer avec les IRP de la ville de Saintes et du CCAS (CTP, réunions partenaires sociaux...) ainsi qu'avec le CHSCT		2012
Action 5	Développer les moyens d'information (affichage, intranet...)		2012-2014

## 8.2.7 Former le personnel



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°7 FORMER LE PERSONNEL

Objectif principal	Garantir la qualité du personnel exerçant dans l'établissement
--------------------	--

Objectif 1	Fédérer et mobiliser les équipes
Objectif 2	Sécuriser la prise en charge des résidents
Objectif 3	Répondre aux besoins des résidents atteints de diverses pathologies
Objectif 4	Promouvoir la bientraitance
Objectif 5	Optimiser la qualité de l'accompagnement des résidents

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Inventaire des besoins en formation		2011
Action 2	Mettre en œuvre une sensibilisation à la bientraitance		2012
Action 3	Programmation du plan de formation		2011
Action 4	Evaluation du coût de la formation et des besoins en remplacements		2011
Action 5	Validation en fonction de la faisabilité financière et organisationnelle		2011
Action 6	Mise en œuvre du plan de formation et ajustements		2012-2014

Commentaires : Action réalisable en fonction des crédits accordés pour le financement de la formation et la rémunération du personnel remplaçant. Le besoin est estimé à 4% annuel du temps de travail par agent. La formation du personnel sera inscrite dans le projet d'établissement.

## 8.2.8 Créer les protocoles et procédures



Convention Tripartite Recouvrance : 2011 - 2014

### Fiche Action n°8 CRÉER ET COMMUNIQUER LES PROTOCOLES ET PROCEDURES

Objectif principal	Donner un cadre aux pratiques professionnelles, sécuriser la prise en charge des résidents et les professionnels
--------------------	--

Objectif 1	Instaurer une dynamique d'équipe et une ligne de conduite uniforme
Objectif 2	Réaliser une exhaustivité des différents champs d'action
Objectif 3	Sécuriser les résidents et les professionnels
Objectif 4	Prévenir les risques socio-professionnels
Objectif 5	Garantir la continuité des soins cf. Plan de continuité de l'activité
Objectif 6	Participer à la prévention de la maltraitance

Groupe de travail :	
Pilote/Référent :	

#### Programmation

Actions	Intitulés	Indicateurs	Début des actions
Action 1	Faire l'inventaire de l'existant et des manques en termes de protocoles et de procédures		2011
Action 2	Créer un ou des groupes de travail pour la réflexion et l'écriture des protocoles et procédures		2011
Action 3	Evaluer régulièrement les procédures en vérifiant si elles sont appliquées et si elles fonctionnent, lors des transmissions d'équipe et de la réunion générale		à partir de 2012
Action 4	Elaborer le document unique de l'évaluation des risques socio-professionnels cf. décret 2001-1016 du 5 novembre 2001		2013-2014

## 8.2.9 Echancier des fiches actions

Convention tripartite Recouvrance 2011-2014							
CALENDRIER PLURIANNUEL DES ACTIONS							
Fiches-Actions	Actions	Intitulés	2011	2012	2013	2014	Niveau de réalisation
Fiche Action n°1 Promouvoir les droits des usagers	Action 1	Réaliser le contrat de séjour induisant une clause spécifique à la tarification de l'aide sociale					
	Action 2	Réaliser le règlement de fonctionnement					
	Action 3	Réaliser le livret d'accueil induisant les plans des bâtiments et des chambres					
	Action 4	Indure la charte des personnes âgées dépendantes et la charte de la personne accueillie dans le livret d'accueil					
	Action 5	S'assurer de la bonne compréhension des documents par le personnel					
	Action 6	Interroger et soumettre les documents lors des réunions du CVS, 3 à 4 fois par an, pour s'assurer notamment de la bonne compréhension de ceux-ci et pour valider les actualisations		Action continue : à partir de 2012			
	Action 7	Faire participer les résidents à l'évolution du projet d'établissement conformément aux recommandations de l'ANESM					
	Action 8	Réactualisation du livret d'accueil sur le fond et la forme avec la participation des résidents et des familles pour être un document plus vivant avec des photos de résidents...					
Fiche Action n°2 Maintenir et promouvoir le lien social	Action 1	Mise en place d'une signalétique intérieure					
	Action 2	Evaluation de la signalétique par des enquêtes auprès des résidents et des familles	Action continue				
	Action 3	Loger les résidents près des lieux de vie commune en fonction de leur mobilité	Action continue				
	Action 4	Programmer des sorties de proximité (exemple, la galerie marchande...)		Action continue : à partir de 2012			
Fiche Action n°3 Impliquer les résidents et leurs proches	Action 1	Mise en place d'un dispositif d'enregistrement des remarques et suggestions					
	Action 2	Elections du CVS					
	Action 3	Mise en œuvre d'un calendrier d'animations ou la participation des familles ou proches est indispensable et recensement des personnes intéressées.	sept-11				
	Action 4	Création d'un site internet et d'un journal avec la participation des résidents, de familles et des proches et mise en valeur de la vie de l'établissement.	janv-13	janv-13	janv-13	janv-13	
Fiche Action n°4 Réaliser le PAO et l'évaluation interne	Action 1	Distribution du référentiel (ANGELIQUE ou UNCAS) au personnel	2011				
	Action 2	Réaliser des enquêtes de satisfaction annuelles auprès des résidents					
	Action 3	Déterminer des groupes de travail par thème		juin-12			
	Action 4	Faire un état des lieux sommaire des points faibles, des points forts, de l'ensemble des thématiques, du fonctionnement et de l'organisation de l'établissement		sept-12			
	Action 5	Démarrage des groupes de travail			déc-13		
	Action 6	Validation finale des résultats				janv-14	
	Action 7	Evaluation interne				nov-14	
	Action 8	Programmer l'évaluation externe				déc-14	
Fiche Action n°5 Partenariat et réseau de soin gériatrique	Action 1	Reconduction des partenariats	2011-2014				
	Action 2	Conventionnement avec les partenaires anciens et nouveaux	2011-2014				
	Action 3	Développer le réseau Soins	2011-2014				
	Action 3	Formaliser le partenariat EHPAD-Hôpital (cf. page 26)	2011-2014				
Fiche Action n°6 GRH	Action 1	Réaliser un livret d'accueil à destination du personnel					
	Action 2	Diffuser l'organigramme de l'établissement					
	Action 3	Réaliser les fiches de poste pour les nouveaux salariés					
	Action 4	Communiquer avec les IRP de la ville de Saintes et du CCAS (CTP, réunions partenariales sociaux...) ainsi qu'avec le CHSCT					
	Action 5	Développer les moyens d'information (affichage, intranet...)	2012-2014				
Fiche Action n°7 Former le personnel	Action 1	Inventaire des besoins en formation					
	Action 2	Mettre en œuvre une sensibilisation à la bientraitance					
	Action 3	Programmation du plan de formation					
	Action 4	Evaluation du coût de la formation et des besoins en remplacements					
	Action 5	Validation en fonction de la faisabilité financière et organisationnelle					
	Action 6	Mise en œuvre du plan de formation et ajustements	2012-2014				
Fiche Action n°8 Créer les protocoles et procédures	Action 1	Faire l'inventaire de l'existant et des manques en termes de protocoles et de procédures					
	Action 2	Créer un ou des groupes de travail pour la réflexion et l'écriture des protocoles et procédures					
	Action 3	Evaluer régulièrement les procédures en vérifiant si elles sont appliquées et si elles fonctionnent, lors des transmissions d'équipe et de la réunion générale mensuelle		Action continue : à partir de 2012			
	Action 4	Elaborer le document unique de l'évaluation des risques socio-professionnels cf. décret 2001-1016 du 5 novembre 2001					

## 9. Conclusion

De 1969 à aujourd'hui, la volonté politique sociale locale en direction des personnes âgées a été offensive. Le pôle senior du CCAS gère et anime services et établissements pour proposer différentes prestations et répondre aux différents besoins de cette population.

La résidence de Recouvrance va accueillir et héberger 90 personnes dans un cadre architectural et environnemental de qualité.

Une équipe de professionnels, quelque soit la fonction occupée, va au quotidien accompagner dignement les résidents. L'accueil, l'entretien du bâtiment et des différents espaces, l'accompagnement des résidents dans les actes de la vie quotidienne, les soins, la restauration, l'animation, l'administratif, l'encadrement, sont des fonctions primordiales.

Recouvrance est un lieu de vie, et la volonté de l'établissement est de promouvoir la qualité de vie du résident au travers de ses droits, de son statut de citoyen, de la prise en considération de ses besoins et dans l'accompagnement de son projet personnel

Le projet de l'établissement est aussi d'associer les familles, les proches, les bénévoles à la vie de l'établissement et l'animation.

Durant les trois prochaines années, l'accent sera porté sur la formation du personnel, l'évaluation du projet de vie et de soin et le développement du partenariat médico-social et culturel.

**Un grand merci à l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD « Les Tilleuls », qui a participé à construire ce projet d'établissement.**