

PROJET INSTITUTIONNEL

EHPAD - SELLES SAINT DENIS



COMMUNE DE SELLES SAINT DENIS (41300)

AVRIL 2006

TEL : 02 54 96 10 17 - FAX : 02 54 88 97 38

SOMMAIRE

Préambule.	6
1. Présentation de l'établissement	7
1.1. Caractéristiques générales de l'établissement	8
1.2. Localisation	9
1.3. Bénéficiaires	10
1.4. Etude de besoins	16
2. Nécessité du projet d'établissement	16
2.1. Les évolutions récentes.	16
2.2. Les demandes nouvelles de la clientèle.	17
2.3. Les réponses des professionnels	18
2.4. La dépendance.	19
Le Projet institutionnel.	20
1. Les textes de références	20
2. Les orientations de schémas départementaux	21
3. Un projet adapté à l'établissement	30
4. Le projet institutionnel.	30
Le projet architectural.	32
1. Description générale	32
2. Spécificités	39
2.1. L'atrium	39
2.2. La salle Snoezelen	40
Le Projet hôtelier.	50
1. La restauration	50
2. L'hygiène	53
2.1. L'hygiène des locaux	53
2.2. L'entretien des sols	54
2.3. Méthode HACCP	54
3. L'hébergement	54
4. l'entretien du linge	54
5. La sécurité	55
5.1. La sécurité incendie	55
5.2. La sécurité thermique	56
5.3. La sécurité des biens des résidents	56

5.4. La sécurisation	57
5.5. La légionellose	58
5.6. La sécurité juridique	59

Le projet social.

1. L'implication des équipes	60
2. La composition des équipes	61
3. Les qualités d'une équipe	62
4. Un personnel qualifié et motivé	63
5. Nos objectifs	63
6. Formation de l'équipe	64
7. La maltraitance	65
7.1. Maltraitance et vulnérabilité	65
7.2. Les causes de la maltraitance	66
7.2.1. Causes organisationnelles	66
7.2.2. Causes psychologiques	66
7.3. Les différentes formes de maltraitance	67

Le projet de vie.

1. L'accueil	72
1.1. Implantation de l'établissement	72
1.2. L'accès	72
1.3. L'accueil du résidant	73
1.3.1. L'accueil extérieur	73
1.3.2. L'accueil intérieur	73
1.3.3. L'accueil du résidant	74
1.3.4. Encourager et faciliter les visites des familles	76
2. La vie quotidienne	78
2.1. La chambre	78
2.2. L'hygiène corporelle	78
2.3. La restauration	81
2.3.1. Les menus	81
2.3.2. L'organisation de la cuisine	82
2.3.3. Les horaires	82
3. La sécurité sanitaire des résidants	83
4. L'accompagnement personnalisé des résidants	84
4.1. En cours de vie	84
4.1.1. Le retour à la vie en communauté	84
4.1.2. L'appropriation des espaces de vie	85
4.1.3. Le respect vestimentaire	85
4.1.4. Le respect du handicap	86

4.2. En fin de vie.....	86
Droits et Libertés.....	87
1. Liberté de posséder.....	90
2. Droit à l'intimité, à la sécurité.....	90
3. La liberté de disposer de ses biens.....	91
4. La liberté de garder ses habitudes.....	92
5. La liberté médicale.....	92
6. La liberté d'aller et venir.....	92
7. La liberté de communiquer.....	92
8. La correspondance.....	93
9. La liberté confessionnelle.....	93
10. Le droit de vote.....	94
11. Le droit à l'information.....	94
12. La liberté d'expression et de communication.....	94
13. Le conseil de la vie sociale.....	94
14. L'expression individuelle.....	95
15. Les différentes commissions.....	95
16. Droits des personnes présentant des déficits cognitifs.....	95
Le projet de vie de l'unité Alzheimer.....	99
1. Les troubles liés à la maladie.....	99
2. La prise en charge des troubles du comportement.....	101
3. Réflexions autour d'une structure fermée.....	101
4. notre point de vue.....	102
5. Spécificité du projet de vie Alzheimer.....	103
5.1. Les troubles du comportement.....	104
5.2. La déambulation.....	105
5.3. Le risque de fugue.....	106
6. La structure.....	106
7. Notre conclusion.....	107
Le projet d'animation.....	108
1. Principes et objectifs de l'animation en Ehpad.....	108
1.1. Sur le plan collectif.....	109
1.2. Sur le plan individuel.....	111
2. Evaluation des besoins et des ressources.....	112
2.1. Etat des lieux.....	112
2.2. Evaluation des ressources.....	113
3. Les outils de mise en place.....	113

3.1. Formation du personnel.....	113
3.2. Budget d'animation et achat de matériel.....	114
3.3. Fiches d'animations.....	115
3.4. Fiches d'évaluation.....	115
3.5. Projet Snoezelen.....	116
3.5.1. Le concept Snoezelen.....	116
3.5.2. La salle et le matériel.....	117
4. Animation et unité Alzheimer.....	119
4.1. Principes et objectifs.....	119
4.2. Evaluation individuelle.....	121
5. Evolution et perspectives.....	121
6. Conclusion.....	123
7. Références bibliographiques.....	123
8. Annexes.....	123
Evaluation de l'établissement.....	141
1. Une double évaluation interne et externe.....	142
2. Définition et objectifs de la démarche qualité.....	143
3. Utilisation de la grille Angélique.....	144
4. ANGÉLIQUE en juin 2004.....	145
Projet de soins.....	156
Annexes.....	207
1. Le livret d'accueil.....	XXX
2. Le contrat de séjour.....	208
3. Le règlement de fonctionnement.....	219
4. les chartes.....	231
5. Les fiches de postes.....	XXX

En cours de rédaction le projet de mise en place de soins palliatifs

Préambule.

Le Château de Montifault a été repris en septembre 2003 suite à la mise en liquidation judiciaire de l'exploitant précédent. L'arrivée de Madame HOURLIER, nouveau gestionnaire, a été l'occasion de donner à la Résidence une nouvelle impulsion. Cette dynamique trouve aujourd'hui sa traduction à 2 niveaux :

Dès la reprise : par l'amélioration des conditions de prise en charge des résidants, du point de vue hôtelier (rénovations de chambres, mise en place de lits médicalisés...), mais aussi pour la vie quotidienne des résidants (animations, qualité de la restauration...).

Pour 2006 : par la mise en œuvre d'une construction, sur la commune de Selles Saint Denis, d'un bâtiment neuf et réunir dans un seul établissement, les lits autorisés du Château de Montifault et du Château de l'Epilly.

Nous commençons à rédiger le projet institutionnel en décembre 2005 car nous attendions de recruter notre médecin coordonnateur et l'équipe médicale sans laquelle la réflexion ne peut être conduite à bien.

Les 6 mois de latence ont permis de structurer l'équipe qui a pu trouver ses repères et analyser les exigences et l'orientation qu'entend donner la direction à ce projet.

Notre volonté est de pouvoir posséder une base de travail solide au moment du transfert de nos résidants dans les locaux neufs. Ce projet, s'il prend sa source sur notre travail quotidien dans le Château de Montifault, sera pensé et rédigé pour la vie de l'établissement après le transfert.

La rédaction de ce projet est désormais une obligation réglementaire. En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 relatif au contenu du cahier des charges des conventions tripartites institue une obligation pour l'établissement d'élaborer un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie. Un projet qui s'attache à favoriser les

conditions optimales d'accueil et de confort que les personnes âgées sont en droit d'attendre.

Le projet de vie est un programme élaboré en concertation avec les résidants, l'équipe soignante et non soignante, les intervenants extérieurs et les familles. Notre rythme de travail sera hebdomadaire et suivra le schéma suivant :

- ❖ Chaque réunion durera 1h30 et sera composée de ;
 - **HOURLIER Nadine (Direction)**
 - **PELUAU Jacques (Médecin coordonnateur)**
 - **WILMOTTE Audrey (Infirmière coordinatrice)**
 - **HOURLIER Jean-Michel (Gestion comptabilité – Pharmacien)**
 - **BOUCHARIN Sandrine (Aide soignante)**
 - **D'autres membres de l'équipe (selon les sujets abordés) et le planning**
- ❖ Pendant chaque session sera abordé un thème précis.
- ❖ La séance suivante permettra de valider la rédaction de la semaine précédente.
- ❖ La présentation de notre projet sera faite au Conseil de vie sociale lors de sa réunion du Mai 2006.
- ❖ Chaque réunion de travail fera l'objet de l'élaboration d'une fiche de groupe de travail.

Il est parfaitement établi que ce projet institutionnel n'est et ne sera aucunement figé et c'est l'expérience de chacun et le profil des résidants accueillis qui le feront évoluer.

1. Présentation de l'établissement

Nom actuel :	Maison de retraite « Château de Montifault »
Nom après transfert :	« Le Clos d'Emise »
Adresse :	41300 Selles Saint Denis
Statut :	Etablissement privé commercial



Le Château de Montifault accueillant l'Ehpad jusqu'en novembre 2006.

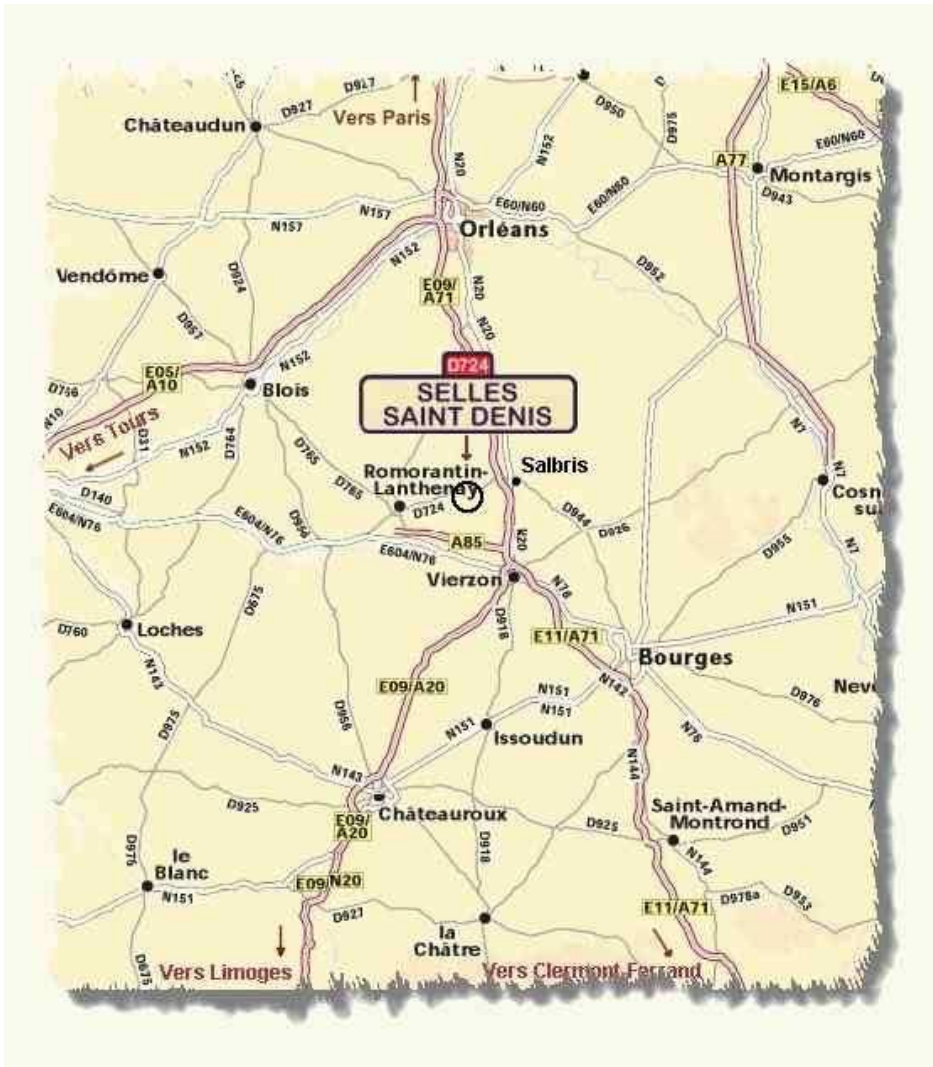
1.1. Caractéristiques générales de l'établissement.

Raison sociale	Résidence Retraite Château de Montifault SARL Les Pellois
Finess	410004881
Forme juridique	Société à Responsabilité Limitée
Capital social	37700 €
Gérante	Madame HOURLIER Nadine
Code APE	853D – Accueil des personnes âgées
N° SIRET	449 093 616 00018

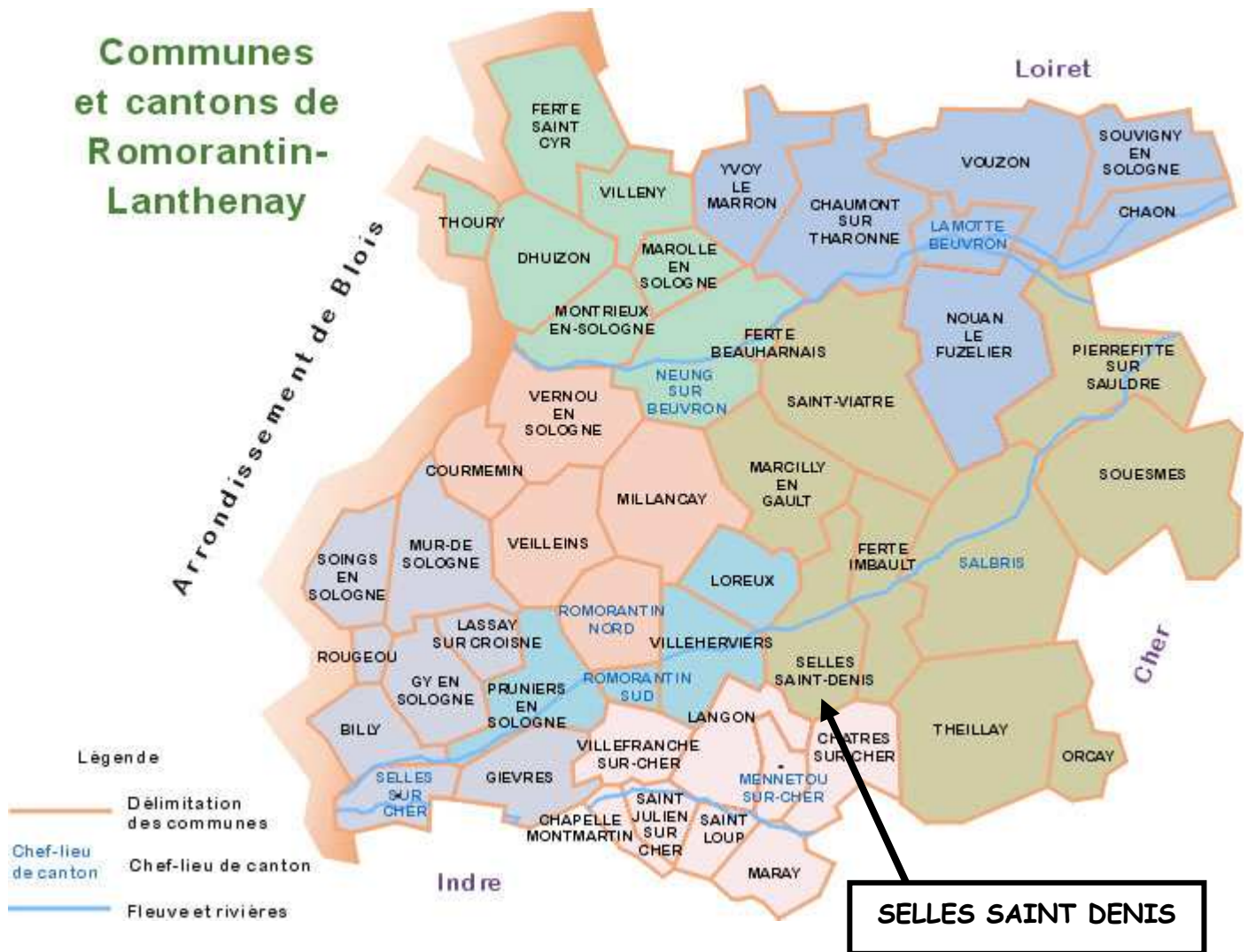
1.2. Localisation.

L'établissement sera implanté dans la commune de SELLES ST DENIS (Arrdt n°3 /

Canton n°20), qui comprend 1 216 habitants, au cœur d'une région verdoyante. Il s'agit d'une zone rurale mais facilement accessible par la route ou les transports en commun. (SNCF ou autobus)



Communes et cantons de Romorantin-Lanthenay



Le terrain, d'une surface totale d'environ **13000 m²**, est situé dans le village à une distance de 800 mètres du centre. Le bâtiment est de R+1 sur une **surface SHOB de 3600 m²** et entouré d'un parc et d'un parking de 25 places.

La convention tripartite a été signée, avec le Conseil général et la DDASS, le 1^{er} juillet 2005.

1.3. Bénéficiaires.

Nous privilégions l'accueil des personnes âgées de proximité. L'évolution de la société et l'apparition du grand âge ne permettent plus aux enfants d'assumer la garde de leurs parents et l'institutionnalisation peut devenir incontournable.

Dans le cadre de sa médicalisation, la résidence « Château de Montifault » est devenu un *Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)*. A ce titre, seront accueillies les **personnes de plus de 60 ans, plus ou moins dépendantes (GIR 1 à 6)**. Mais nous savons que l'entrée en institution se fait quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les personnes demandant l'entrée en établissement sont donc souvent très dépendantes. La demande vient souvent de la famille du futur résidant. En décembre 2005, le GMP de l'établissement est de 780. En annexe figurera un tableau permettant de suivre le GMP annuellement.

Par ailleurs, nous souhaitons accueillir, dès novembre 2006, 10 **personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**. En fait, cet accueil est déjà effectif à ce jour (décembre 2005) mais nous ne possédons pas de structure identifiée. Un des objectifs du transfert sera donc de sécuriser cet accueil. Toute la difficulté résidant dans le choix des personnes à héberger dans cette unité spécialisée.

Madame HOURLIER a visité l'Etablissement de Monsieur LACOSTE à Saint Laurent des Eaux et l'EHPAD de Salbris. Il semble indispensable de continuer dans cette voie et de s'inspirer des solutions déjà apportées dans l'accueil Alzheimer. Par contre notre projet de vie des personnes « Alzheimer » montrera que nous ne sommes pas pour une structure hermétique et les communications entre unité simple et unité Alzheimer seront réelles. Un résidant pourra être accueilli dans l'unité spécialisé tout en participant aux activités communes si son état le permet.

Actuellement (décembre 2005), trois personnes suivent une formation d'AMP. Les stages prévus devront privilégier les établissements possédant des unités Alzheimer.

Avec la reconnaissance en EHPAD, la structure poursuivra les liens avec les nombreux intervenants intéressés :

- ❖ Les médecins traitants
- ❖ Les services sociaux
- ❖ Les établissements de santé

❖ Les associations

1.4. Etude de besoins***2006-2007 : Un tournant démographique marqué par l'explosion du nombre de plus de 85 ans***

Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va connaître une croissance exceptionnelle à partir des années 2006-2007 en raison du « baby boom » qu'a connu la France au lendemain de la Première Guerre Mondiale. Ainsi, le nombre de plus de 85 ans en France va croître de 450.000 personnes (+ 43%) d'ici 2010 et de 798.000 personnes (+ 75%) d'ici 2015. Ce phénomène démographique sera certes d'inégale importance selon les départements mais tous en connaîtront les effets. Or, il s'agit là d'un phénomène que la France n'a jamais connu dans toute son histoire démographique.

C'est d'ailleurs pour cette raison que le Gouvernement a prévu, dans le cadre du plan "Vieillesse et Solidarités", la création de 10.000 places d'hébergement supplémentaires en EHPAD d'ici 2007. Un objectif certes bien inférieur aux 40.000 places que les experts recommandaient à l'horizon 2007. Mais c'est bien dans ce contexte que s'inscrit la création d'un EHPAD sur la commune de Selles Saint Denis.

Ce constat est d'autant plus marqué dans le département car la population locale est plus âgée que la moyenne française : 25,2% de la population a 60 ans ou plus, contre 20,3% sur l'ensemble du territoire.

Une projection de la population dans l'arrondissement de Romorantin montre bien une évolution des 85 ans et + en évolution négative entre 2001 et 2006 (de 2225 à 1778 soit - 447 personnes), puis une évolution positive (2447 personnes soit +222), qui est encore plus marquée pour les 75-84 ans entre 2006 et 2011 (+1593 personnes)...

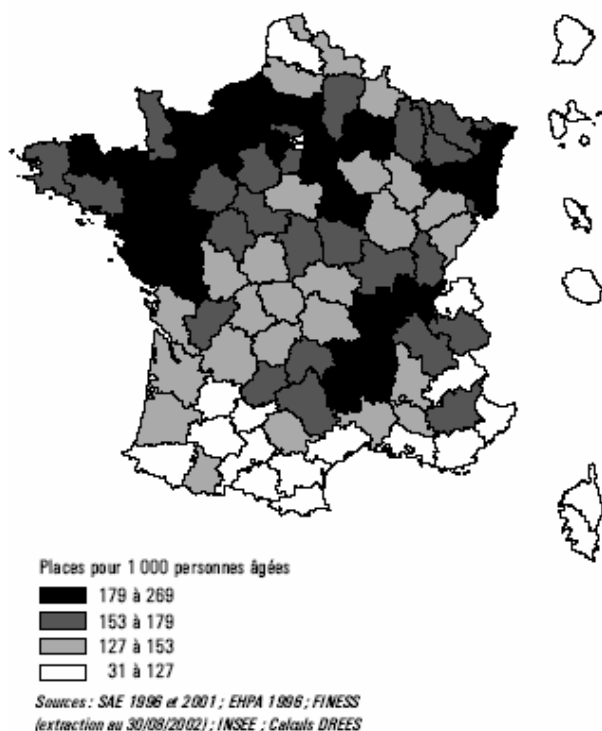
Le département du Loir et Cher est « relativement bien pourvu » aujourd’hui, avec un taux d’équipement légèrement supérieur à la moyenne française.

Le principe de la création par transfert de lits est aujourd’hui particulièrement légitime. La démarche n’ajoute pas à l’offre existante, qui semble assez bien adaptée à la demande.

Cependant, nous savons également qu’une démarche qualitative est nécessaire, non seulement pour adapter la structure à la population accueillie, mais aussi pour répondre aux besoins spécifiques de la population (pathologie Alzheimer et apparentées).

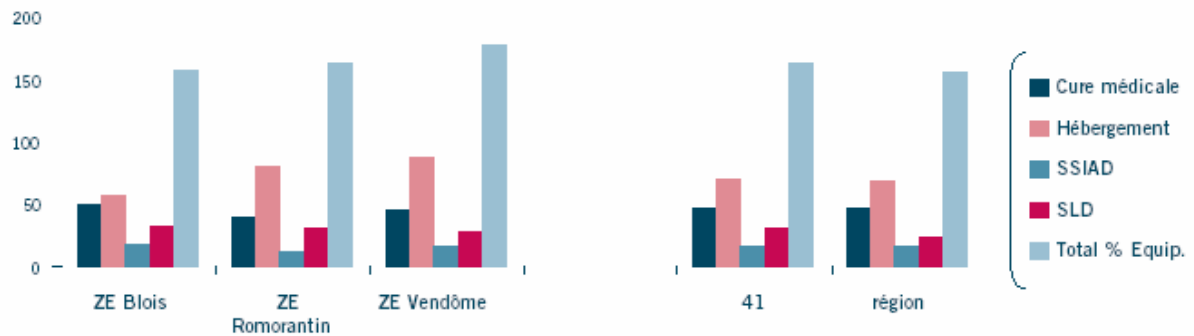
Nombre de places en EHPAD

(Pour 1000 habitants de 75 ans ou plus)



Soit 158 places pour 1 000 personnes âgées en 2001-2002 dans le département contre 151 places en France.

Taux d'équipement (maison de retraite, long séjour, SSIAD) pour 1000 hab. 75 ans et + au 31/12/2001



En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer :

(source : étude PAQUID)

Estimation du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : par extrapolation des données statistiques nationales, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer en région Centre peut être évalué en 1999 à :

Département	Population > 65 ans (1)	Malades < 75 ans		Malades > 75 ans		TOTAL (2)	% (2) / (1)
		Nombre	%	Nombre	%		
Cher	58 263	165	9%	1 760	91%	1 925	3,30%
Eure & Loir	56 508	166	9%	1 649	91%	1 815	3,21%
Indre	49 673	136	8%	1 558	92%	1 694	3,41%
Indre & Loire	83 935	241	8%	2 595	92%	2 836	3,37%
Loir & Cher	56 791	159	8%	1 780	92%	1 939	3,41%
Loiret	84 987	249	9%	2 482	91%	2 730	3,21%
Total Région Centre	390 157	1 115	9%	11 823	91%	12 938	3,31%

Les projections à l'horizon 2005 et 2010 donnent les résultats suivants :

Projections 2005

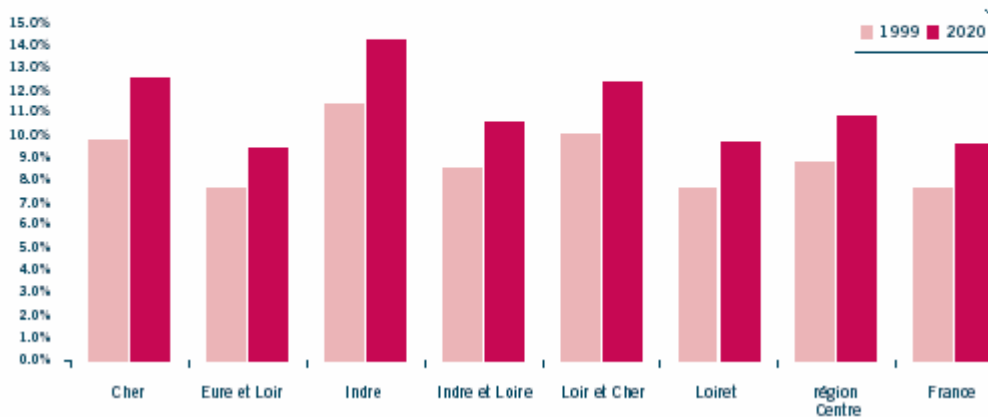
Département	Population > 65 ans (1)	Malades < 75 ans		Malades > 75 ans		TOTAL (2)	% (2) / (1)
		Nombre	%	Nombre	%		
Cher	64 790	183	9%	1 957	91%	2 141	3,30%
Eure & Loir	67 822	199	9%	1 979	91%	2 178	3,21%
Indre	53 732	147	8%	1 685	92%	1 832	3,40%
Indre & Loire	100 371	288	8%	3 103	92%	3 391	3,37%
Loir & Cher	67 509	189	8%	2 116	92%	2 305	3,41%
Loiret	106 051	311	9%	3 097	91%	3 408	3,21%
Total région Centre	460 275	1 315	9%	13 948	91%	15 263	3,31%

Projections 2010

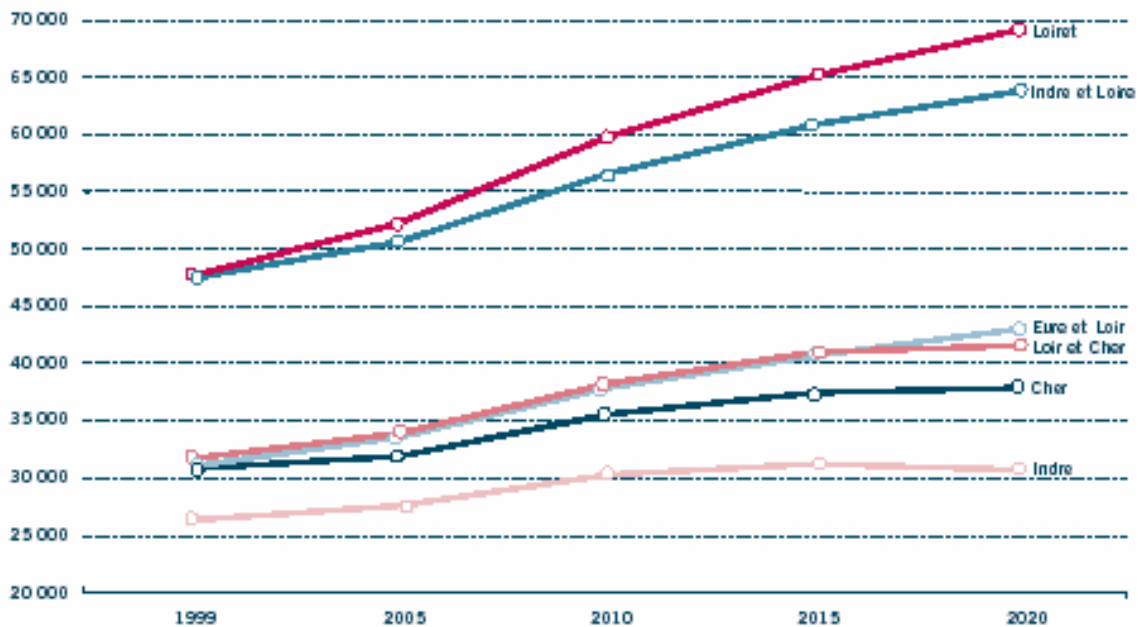
Département	Population > 65 ans (1)	Malades < 75 ans		Malades > 75 ans		TOTAL (2)	% (2) / (1)
		Nombre	%	Nombre	%		
Cher	65 947	187	9%	1 992	91%	2 179	3,30%
Eure & Loir	71 750	211	9%	2 094	91%	2 305	3,21%
Indre	53 642	147	8%	1 682	92%	1 829	3,40%
Indre & Loire	105 450	303	8%	3 260	92%	3 563	3,37%
Loir & Cher	69 307	194	8%	2 172	92%	2 366	3,41%
Loiret	113 099	331	9%	3 303	91%	3 634	3,21%
Total région Centre	479 195	1 373	9%	14 503	91%	15 876	3,31%

Nous avons aujourd'hui que le nombre de personnes âgées, et donc le nombre de personnes dépendantes, est amené à évoluer très sensiblement à la hausse dans le secteur ces prochaines années.

Evolution du taux de personnes âgées de 75 ans et plus entre 1999 et 2020 en région Centre



Evolution du nombre de personnes de 75 ans et plus entre 1999 et 2000



1.5. Capacité.

Année 2003 - 2005 : 45 places autorisées

Année 2006 : 67 places autorisées.

2. Nécessité du projet d'établissement

2.1. Les évolutions récentes.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont connu des évolutions très importantes au cours de ces dernières décennies. Ils ont désormais à assumer la

prise en charge d'une période de vie difficile pour les personnes accueillies. Il ne s'agit plus, en effet, d'aider pour leur vie quotidienne des résidents âgés mais d'assurer la plupart du temps une prise en charge importante voire totale de la personne.

L'entrée en établissement se fait généralement dans la douleur (du résident et de son entourage). La réponse de l'établissement sera de pallier au sentiment d'exclusion que ressentira obligatoirement la personne entrante. Si son émotivité reste la même, elle se retrouve dans un univers où beaucoup de ses gestes, propos, sorties, relations sociales, désirs seront « contrôlés », un des enjeux de ce projet de vie est de rendre cet encadrement le plus discret et efficace possible.

C'est également pour les résidents, le temps des renoncements. On quitte son logement, son entourage, son animal de compagnie...

Quand la dépendance s'installe, c'est le renoncement dans l'accomplissement de gestes simples de la vie courante.

La véritable difficulté de l'établissement n'est pas de rendre l'encadrement efficace mais de la faire en respectant les droits et les libertés du résident afin de lui rappeler son identité et sa dignité.

Il n'est pas simple sans une réflexion approfondie sur ce thème de toujours pouvoir se dire :

« Oui, la dignité et la liberté de la personne accueillie est respectée et valorisée. »

2.2. Les demandes nouvelles de la clientèle.

Notre société doit s'adapter pour la première fois à un phénomène nouveau qui est celui du vieillissement de la population et un allongement rapide et important de l'espérance de vie. Ce phénomène a été relativement peu anticipé par les pouvoirs politiques et la société doit désormais compter avec le grand âge. Les établissements d'accueil pour personnes âgées voient la moyenne d'âge de leurs résidents augmenter régulièrement et rapidement. Parallèlement à ce phénomène, il faut désormais compter avec une demande accrue de la qualité générale de l'établissement et de ses services. Cette demande est légitime car il ne faut pas oublier le coût de la prestation offerte car même si l'état et le département apportent leur concours financier, la partie hébergement, de loin la plus lourde, reste à la charge quasi exclusive du résident.

Quelques idées à retenir dans cette demande de qualité :

- ❖ *Courtoisie*
- ❖ *Sécurité de la prestation*
- ❖ *Compétence*
- ❖ *Allant du personnel*
- ❖ *Connaissance du résidant*
- ❖ *Honnêteté de l'équipe*
- ❖ *Confort général*
- ❖ *Encadrement médical*
- ❖ *Qualité de vie et de restauration*

Ce ne sont que quelques idées mais qu'il faudra avoir à l'esprit régulièrement pour pouvoir progresser dans la qualité globale du service rendu.

2.3. Les réponses des professionnels.

Pour répondre à ces attentes et ces besoins accrus en matière d'accueil et de dépendance, les maisons de retraite se sont professionnalisées. Les signatures des conventions tripartites ont permis d'insuffler des moyens supplémentaires en personnel qualifié. La réflexion autour de la qualité a permis de dégager des axes prioritaires à améliorer. L'accueil hôtelier est devenu essentiel et une approche psychologique dans la prise en charge des résidents est devenue indispensable. Notre établissement considère comme essentiel le rôle du psychologue dans ce type d'activité et son intervention doit se faire dans trois axes principaux.

- ❖ *Soutien et aide du résident*
- ❖ *Soutien et aide de l'entourage du résident*
- ❖ *Soutien et aide de l'équipe*

2.3.1. La dépendance.

On ne peut évoquer l'accueil de la personne âgée en passant sous silence le phénomène de dépendance. Les maisons de retraite médicalisées ne sont elles pas devenues des **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**. Les

études de l'Insee précise qu'il y a au moins 450 000 personnes âgées dépendantes en France.

Le phénomène de dépendance liée à l'âge n'est pas nouveau et les risques de dépendance liés à l'âge ne sont pas en augmentation mais on assiste, et nous en sommes au début, à un accroissement important du nombre de personnes âgées donc du nombre de personnes âgées dépendantes également.

Le GMP de notre établissement est actuellement de 786. Au moment de notre négociation de la convention tripartite, l'importance de ce chiffre a paru surprendre quelques uns de nos interlocuteurs, mais nous pensons qu'il sera difficile de baisser ce chiffre car l'accueil du résidant sera de plus en plus tardif et notre rôle sera de prendre en charge de plus en plus la dépendance

Le Projet institutionnel.

Il convient de différencier le projet institutionnel et le projet de vie. Ces deux chapitres font partie du projet d'établissement. Le projet institutionnel est le reflet de la volonté de l'établissement à tendre vers la meilleure qualité possible dans son fonctionnement quotidien. Le projet de vie implique le résidant dans son être et son bien être. Nous pouvons compléter ceci en insistant sur la démarche humaniste et philosophique du projet de vie que l'on ne va pas nécessairement retrouver dans le projet institutionnel.

1. Les textes de références.

Le projet d'établissement est élaboré par l'équipe et a pour but de définir des objectifs précis ainsi que des choix stratégiques pour répondre aux mieux aux attentes des personnes âgées accueillies. Si le projet se concrétise par un écrit à usage interne ou externe, c'est avant tout une réflexion collective d'une équipe et des usagers (résidants et familles).

*La loi du **2 janvier 2002** rappelle les grands principes qui animent le fonctionnement des EHPAD.*

*L'article **L 311-4** précise que lors de son accueil dans un EHPAD, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil et en annexe une charte des droits et libertés de la personne accueillie. Ce texte nous obligera à réfléchir sur l'amélioration du livret d'accueil afin de le joindre, en annexe, au projet d'établissement.*

*L'article **L 311-7** insiste sur le contrat de séjour conclu entre l'établissement et le résidant ou son représentant légal. Notre réflexion portera également sur ce contrat.*

L'établissement a l'obligation de mettre à disposition des résidants et des familles son règlement de fonctionnement. Ce règlement est établi après consultation du conseil de la vie sociale et définit les droits et les devoirs de la personne accueillie au sein de l'établissement.

2. Les orientations de schémas départementaux.

Le but de ce chapitre n'est pas de recopier tout le schéma départemental en place mais d'en extraire les articles nous concernant et d'en faire un rappel rapide de façon à montrer la cohérence de notre projet par rapport aux orientations locales tout en conservant notre esprit critique.

S'il est évident que les personnes âgées souhaitent majoritairement rester à domicile, l'établissement apparaît comme un mode d'hébergement légitime et complémentaire.

Dès lors, les établissements doivent pouvoir s'inscrire dans le parcours de vie de la personne âgée et répondre à ses attentes en se conformant aux prescriptions qualitatives en lien avec la réforme de la tarification mais également en développant des actions d'amélioration spécifiques au département.

Cela implique l'élaboration des projets d'établissements centrés sur les besoins des personnes accueillies et l'amélioration de l'offre architecturale garante de la reconnaissance d'un véritable domicile.

La famille jouant un rôle important dans le maintien à domicile, elle se retrouve naturellement au premier plan dans le processus d'entrée en établissement.

Les relations avec les familles des résidents et les conditions d'entrée sécurisantes en établissement constituent des actions primordiales garantes d'une bonne intégration.

La mise en œuvre des projets d'établissements et des projets individuels de vie ne peut s'affranchir d'une gestion des ressources humaines de qualité intégrant formation, organisation du travail et soutien aux équipes.

Tous les établissements loir-et-chériens accueillent à des degrés divers une population de plus en plus dépendante tant sur le plan physique que psychique.

Cette évolution suppose une transformation dans les institutions et plus particulièrement pour répondre aux problèmes posés par les personnes présentant des troubles des fonctions supérieures.

De plus, comme pour l'ensemble de la population, l'espérance de vie des personnes handicapées augmente et interroge sur la place que pourraient occuper les établissements d'accueil pour personnes âgées dans un accompagnement construit autour d'un projet de vie ouvert sur l'extérieur.

Préambule : Détermination du nombre de places en établissements sur la période 2002/2007

Constat.

La période 2002/2007 se caractérise par (cf. état des lieux) :

- Une diminution sensible du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus dans le département entre 2002 et 2005, diminution engagée dès 2001
- Une forte augmentation de cette même population en 2006 et 2007. En 2007, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus retrouvera le niveau de 2001. Cette augmentation se poursuivra au-delà de 2007.

De fait, début 2002, on recensait des places disponibles dans les établissements du département.

Parallèlement, la mise en place de l'APA tout au long de l'année 2002 tendra à développer des moyens favorisant le maintien à domicile. Un bilan devra être réalisé à ce titre en 2003.

Objectifs.

Dans ce contexte, sur la période 2003/2004, trois orientations sont avancées :

- La priorité est d'adapter l'offre actuelle aux évolutions des besoins, dans trois directions :
- la médicalisation des établissements existants, déjà engagée depuis plusieurs années ;
- l'accueil de personnes âgées présentant des pathologies particulières : personnes désorientées, personnes handicapées âgées... (cf. actions correspondantes) ;
- l'accueil de personnes âgées hors hébergement permanent : hébergement temporaire et accueil de jour (cf. action 4).
- Par conséquent, la création de nouvelles places en établissements ne sera pas prioritaire. Elle pourra être néanmoins envisagée dans des cas particuliers et sur des territoires présentant des besoins spécifiques.
- Dans le même temps, pour anticiper le "retournement" démographique de 2006 et l'augmentation prévisible de la demande au-delà de 2007, il est prévu de mettre en place

une fonction de veille (cf. actions concernant l'Observatoire et l'instance de coordination et d'évaluation).

Celle-ci permettrait de détecter au plus près l'évolution des besoins, et donc d'anticiper la programmation d'éventuelles créations de places en établissements.

Action 10 : Élaboration des projets d'établissements à partir des projets de vie et de soins de la personne âgée

Constat.

Plusieurs établissements d'hébergement du département se sont déjà dotés de projets d'établissement. Cet outil est par ailleurs une des conditions de la signature de la convention tripartite.

Objectifs.

Permettre à l'ensemble des établissements de disposer d'axes de travail définis sur 5 ans en se fondant sur les besoins en santé publique et sur les exigences de la réforme de la tarification.

Description de l'action

Élaboration des projets de vie des personnes âgées hébergées et des projets d'établissements.

Le projet de vie et de soins précise les moyens que l'établissement met en œuvre pour répondre à une prise en charge individualisée : écoute de la personne âgée et de ses besoins, respect des rythmes biologiques, du choix des loisirs, de l'indépendance...

Le projet d'établissement précise :

- Les stratégies de développement de l'établissement : filière personne âgée désorientée, hébergement temporaire...
- Le niveau de médicalisation de l'établissement
- Les moyens de sa politique en matière de recrutement, formation, financement.

Il intègre la Charte de la bientraitance (cf. action 1).

Le projet d'établissement doit être soumis au Conseil d'établissement et aux instances délibératives.

Action 11 : Adaptation de l'offre architecturale

Constat.

Le Conseil général s'est engagé dans des travaux d'humanisation, de construction et de restructuration d'établissements depuis plusieurs années qui doivent être poursuivis.

Objectifs.

- Adapter l'architecture des établissements aux normes de confort et de respect de l'intimité ;*
- Se conformer aux indicateurs du cahier des charges établi par le Conseil général et aux indicateurs de qualité nécessaires à la mise en œuvre de la convention tripartite (cf. Arrêté du 26 avril 1999).*

Description de l'action.

À partir du projet d'établissement et des projets de vie décrits précédemment, définir par établissement les priorités dans les réaménagements architecturaux, selon les orientations suivantes :

- Établissements d'une taille maximale de 80 lits.*
- S'assurer de l'existence d'une cuisine de confection des repas et d'une blanchisserie propres à chacun des établissements.*
- Selon les cas, installer un espace spécifique pour les personnes désorientées à taille humaine (10/12 personnes).*
- Réaménager des chambres pour protéger au maximum l'intimité et en respectant les normes de surfaces (cf. arrêté du 26 avril 1999).*

- *Aménager les lieux de vie communs aux handicaps sensoriels (lumière, couleur, sonorité) et moteurs.*
- *Installer des lieux d'accueil intimes pour accueillir les familles.*
- *Prévoir des hébergements pour les familles.*

Action 12 : Amélioration des conditions d'entrée en établissement

Constat.

La phase d'entrée au sein de l'établissement est trop souvent mal vécue par les personnes âgées du fait de la dégradation de l'état de santé mais aussi des conditions d'entrée : urgence, rupture dans les habitudes...

Objectifs.

- *Permettre un accueil individualisé et adapté à la personne, quel que soit le lieu de vie antérieur de la personne âgée (domicile mais aussi établissement sanitaire).*
- *Réguler les entrées en fonction de la charge de travail.*
- *Réduire le nombre d'admissions en urgence non préparées.*

Description de l'action.

- *Écriture d'une procédure d'admission qui précise :*
 - *que l'information des modalités de fonctionnement a été fournie au futur résident ou à son représentant ;*
 - *que la personne âgée a été sollicitée et que son accord a été donné ;*
 - *qu'une visite médico-sociale de pré-admission est obligatoire ;*
 - *qu'un livret d'accueil et un modèle de contrat sont donnés avant l'entrée dans l'établissement.*
- *Élaboration d'un dossier d'admission commun à tous les établissements.*

- *Étude de l'opportunité de mise en place d'une fiche de liaison de transfert facilitant la communication des informations entre les professionnels (assistante sociale, responsable de réseau, hôpital, etc.), et avec la personne âgée et sa famille.*
- *Inscription dans le règlement intérieur de ces nouvelles dispositions.*
- *Utilisation d'une grille de charge de travail précisant notamment les ratios de personnel de "sécurité".*

Action 13 : Développement de la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents

Constat.

La qualité de relation entre la personne âgée en établissement et sa famille ou son entourage est une condition de son bien-être.

Objectifs.

Prendre en compte cette relation et pourvoir au maintien ou/et au développement de sa qualité, au travers de l'élaboration des conventions tripartites.

Description de l'action.

- *Information et implication de la famille ou de l'entourage de la personne âgée :*
 - *lors de l'entrée en établissement : information précise sur les modes de fonctionnement et l'organisation des soins, existence d'un livret d'accueil précisant la place de la famille, information sur les possibilités d'hébergement dans l'établissement ou à proximité.*
 - *au cours du séjour de la personne âgée : mise à disposition d'un lieu de rencontre personne âgée/famille ou visiteurs, possibilité de participer ponctuellement à la prise de repas et à des activités, participation au Conseil de la Vie Sociale, information sur le plan administratif et financier, sur les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie et des pathologies.*

- lors du décès : procédure garantissant le respect du mort et l'accompagnement de la famille. Prise en compte de la complexité des relations familiales et de l'existence éventuelle de conflits, par la possibilité aux familles ou/et à la personne âgée d'avoir accès à un référent familial externe à la famille : membre du personnel, accompagnateur social...

Action 14 : Renforcement de la qualité des interventions des professionnels et soutien des équipes

Constat.

Plusieurs établissements d'hébergement du département se sont engagés dans des démarches qualité en s'appuyant sur les compétences des professionnels et l'organisation du travail. L'enjeu est de généraliser ces démarches dans l'ensemble des établissements.

Objectifs.

- Garantir une qualité de prise en charge des personnes âgées.
- Répondre aux critères de qualité exigés par la signature de la convention tripartite.

Description de l'action.

Plusieurs facteurs participent à l'atteinte de la qualité des interventions :

- Le recrutement** : doivent être précisés les diplômes requis, les perspectives de carrière, les possibilités de mobilité du personnel.
- La formation** : elle doit être réalisée par des prestataires extérieurs, généralement sur une durée courte mais régulière, et prendre en compte les souhaits des soignants. Son contenu porte sur une dimension technique (ergonomie, soins, animation...) et sur une dimension relationnelle (connaissance des problématiques des personnes âgées, éthique professionnelle, "bienveillance"...).
- L'organisation du travail** : elle s'appuie notamment sur : un dossier médico-social unique, des réunions de synthèse, un protocole de soins, un outil

d'évaluation de la charge de travail permettant de s'assurer de la présence d'un personnel formé suffisant.

□ **Le soutien aux équipes** se traduit par la mise en place de vacations de psychologue. Ces démarches devront être intégrées dans les projets d'établissement.

Action 15 : Mise en place d'unités d'accueil spécifiques pour les personnes âgées désorientées

Constat

Les pathologies des personnes désorientées nécessitent de prévoir des espaces et services adaptés et spécifiques.

Objectifs.

Répondre aux exigences du plan national Alzheimer, à savoir la mise à disposition sur tout le département d'une filière complète de prise en charge de patients désorientés :

- Une architecture adaptée (cf. projet d'établissement);
- Un projet de soin propre aux résidents concernés ;
- Une politique d'admission spécifique (lien avec les réseaux, prévention des entrées en urgence) ;
- Des soignants formés à cette prise en charge spécifique ;
- Des moyens de soutien psychologique nécessaire aux professionnels et familles.

Description de l'action.

□ Accès à un diagnostic de qualité par un renforcement des consultations "mémoire" en augmentant le temps de psychologue pour la réalisation des examens (cf. circulaire du 16 avril 2002).

□ Définition du nombre de lits et leur répartition sur le département, notamment à partir de l'enquête en cours menée par l'Office régional de la santé.

□ Repérage des établissements du département susceptibles d'être concernés et donc répondant à certaines conditions (disposition architecturale, situation géographique, nombre de lits, ratio de personnel, etc.)

Action 17 : Organisation de l'accueil des personnes handicapées âgées

Constat

L'accueil de personnes handicapées âgées de plus de 60 ans au sein d'établissements d'hébergement de personnes âgées se pratique de manière plus ou moins informelle aujourd'hui, sans dispositif d'accompagnement spécifique.

On estime à une trentaine le nombre de personnes handicapées concernées sur les 5 années à venir : personnes handicapées de moins de 60 ans déjà hébergées en maison de retraite (personnes handicapées vieillissantes), personnes handicapées hébergées en foyer de CAT ou foyer occupationnel et personnes âgées handicapées à domicile.

Objectifs

Assurer une continuité de prise en charge pour ces personnes handicapées, dans le respect de leur liberté de choix du mode d'hébergement, et sous réserve d'organiser et de formaliser cet accueil.

Descriptif de l'action.

L'organisation de cet accueil doit répondre aux conditions suivantes :

□ *Projet d'établissement et projet de vie intégrant la dimension d'accueil des personnes handicapées âgées, et comprenant en particulier l'adoption d'une démarche de changement d'hébergement des personnes handicapées de manière à prévenir des ruptures trop brutales.*

□ *Sensibilisation du personnel quant à la prise en charge des personnes handicapées.*

□ *Intervention d'une équipe spécialisée sous forme de vacations (au-delà des équipes habituelles en maison de retraite) : psychiatre, psychologue, équipe socio-*

éducative..., par exemple sous forme de conventionnement avec l'établissement d'hébergement précédent.

Plusieurs établissements répartis sur le département peuvent être concernés en privilégiant un nombre limité de personnes handicapées âgées dans chaque établissement.

Au préalable, devra être réalisée une étude précise des pathologies des personnes handicapées et des profils des personnes susceptibles d'intégrer des maisons de retraite.

3. Un projet adapté à l'établissement.

L'élaboration du projet d'établissement est propre à chaque établissement et doit refléter l'identité de celui-ci. Notre projet va donc comporter quelques spécificités comme l'agencement d'une salle Snoezelen ou l'importance du rôle donné au psychologue. Il faudra malgré tout rester « modeste » et pouvoir adapter notre réflexion à la vie de tous les jours. Les moyens financiers ne sont pas extensibles et il est préférable de concrétiser des projets simples que de laisser en cartons des projets élaborés mais irréalisables en matière de personnel et d'infrastructure.

4. Le projet institutionnel.

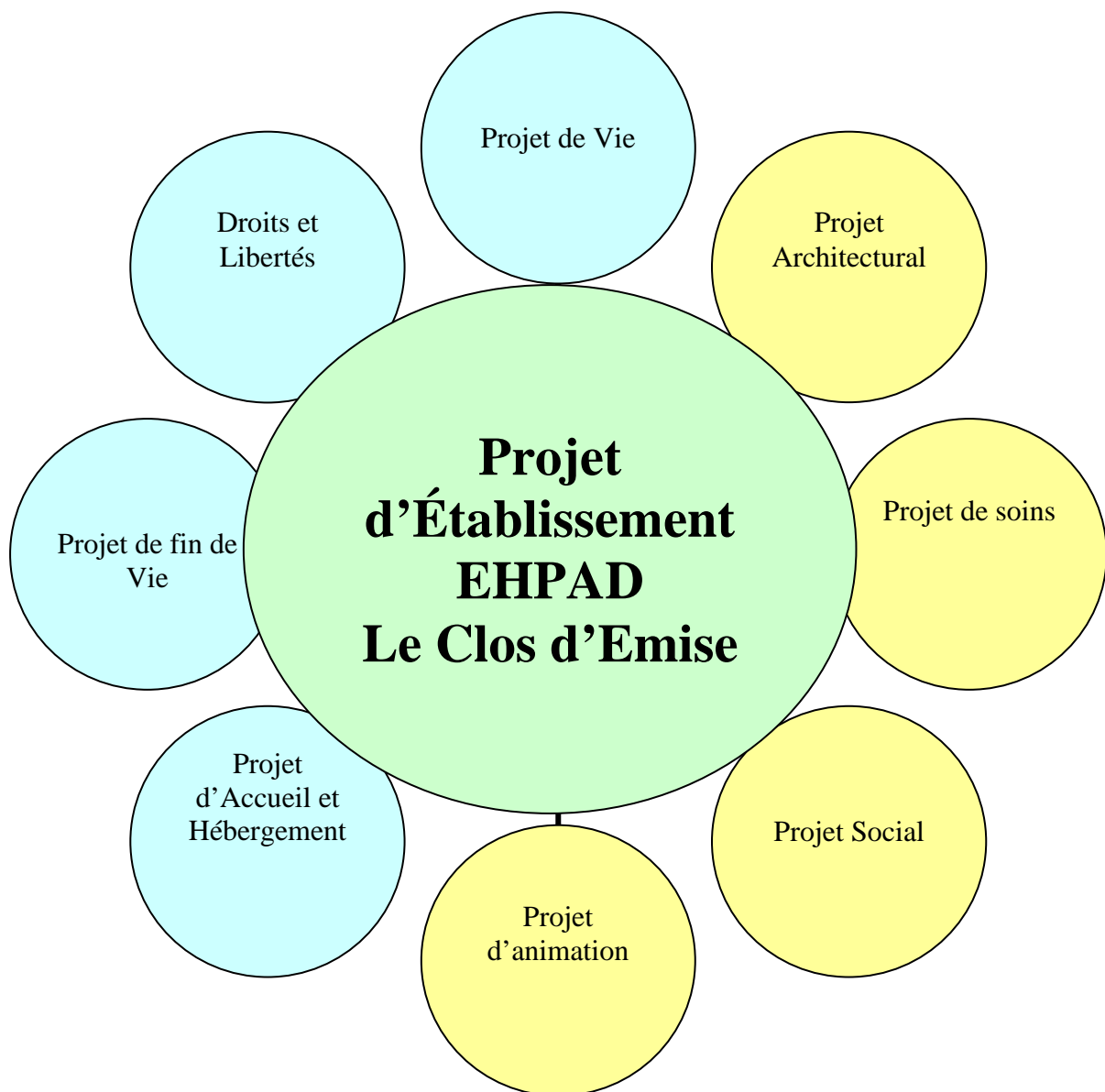
La législation est explicite et impose à l'établissement de s'engager dans une démarche qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Il est néanmoins indispensable de distinguer une hiérarchisation des trois recommandations :

- ❖ Une priorité absolue et immédiate dans la **sécurisation des locaux notamment en matière d'incendie**
- ❖ Une priorité impérative avec la mise en place d'une **démarche d'assurance qualité**. Il n'y a pas d'application immédiate mais un étalement dans le temps sans empêcher l'établissement de fonctionner.

- ❖ *Certaines recommandations plus souples laissant à l'établissement une marge d'interprétation.*

Si projet institutionnel et projet de vie répondent à des questions différentes, il existe de nombreuses corrélations qui font que l'on ne peut traiter l'un sans l'autre. Pour des raisons pratiques, nous aborderons chaque partie de façon distincte tout en sachant que le tout est indissociable. Cette façon de procéder facilitera le côté pratique et fonctionnel du projet car il ne faut pas oublier que c'est avant tout un outil de travail et de référence.



Le projet architectural.

Le projet architectural a été à la base d'une réflexion intense. En effet, nous quittons des locaux anciens dont la conception et la construction date de 1900 pour intégrer des locaux modernes et répondant aux normes actuelles en matière de sécurité active et passive.

1. Description générale.

L'idée de s'intéresser aux locaux d'un point de vue architectural vient du fait que les EHPAD hébergent une proportion de plus en plus élevée de personnes âgées ayant des troubles de comportement, orientant une prise en charge spécifique. Les personnes accueillies nécessitent des soins de nursing important et il est nécessaire de diminuer le "temps-agent" dépensé à cause des "pas perdus".

Le dilemme est de réussir à concevoir un environnement ordonné et stable, sans qu'il soit monotone et impersonnel, sécurisant sans être sécuritaire.

La stratégie architecturale a eu comme objectif de compenser si possible par des mesures d'ordre environnemental les problèmes de désorientation, de perte de mémoire, de perte de capacité au niveau social et de détérioration de l'estime de soi, typiquement associés à cette population.

La réflexion sur l'ensemble du projet a été guidée par notre volonté de privilégier la lumière naturelle, les stimuli sensoriels, la communauté, de permettre la déambulation interne et externe et de privilégier un espace de vie central, véritable cœur de notre projet de vie individualisé.

Les résidents accueillis présentent pour la plupart des symptômes de dépendances divers. Les malades porteurs de ces syndromes ne sont pas semblables et n'ont pas les mêmes besoins. La difficulté réside dans l'impossibilité de classer la population accueillie. Il faut donc se contenter de définir cette population comme «posant essentiellement un

problème de comportement" », associé à des déficiences additionnelles qui contribuent à accélérer la détérioration de l'estime de soi avec :

❖ ***Des problèmes de santé et handicaps physiques.***

- *Ce qui rend la personne plus vulnérable à son environnement et accentue la nécessité d'un milieu de vie sain, sécurisant et facilitant la mobilité.*

❖ ***Des problèmes de perception sensorielle.***

- *Qui se traduisent par des pertes d'acuité auditive et visuelle (réduction du champ de vision, sensibilité à l'éblouissement, réduction de la capacité de discriminer les couleurs, de localiser les objets, de reconnaître les personnes.)*

❖ ***Des problèmes dans la capacité à accomplir les actes la vie quotidienne.***

- *L'incapacité peut être aggravée par le milieu institutionnel lui-même selon le choix du concept de soins : aider ou faire à la place. Se substituer à l'autre est parfois responsable de l'aggravation de la maladie.*

❖ ***Des problèmes de comportements perturbateurs sociaux et territoriaux.***

- *Ils représentent une source de désagrément importante pour les personnes lucides qui cohabitent et une souffrance pour les soignants.*

Notre démarche architecturale va être basée sur le principe que plus la réceptivité d'une personne diminue, plus difficile sera l'adaptation à son environnement et plus ce sera à l'environnement d'être le plus adapté à la personne. Nous pensons qu'un environnement adapté peut avoir un aspect positif sur le comportement des personnes diminuées. L'environnement doit être conçu en fonction des lacunes intrinsèques de la personne en vue de permettre une optimalisation de ses performances. Dans le projet de soins, nous verrons que les objectifs visés sont d'améliorer le fonctionnement sensoriel, l'autonomie, les fonctions cognitives et les interactions sociales des résidents. L'architecture doit être au service de ce projet.

Nous allons exposer ce que nous avons proposé, puis ce qui a été réalisé afin de montrer qu'on ne peut pas faire toujours ce que l'on veut... car il y a de multiples contraintes administratives, financières et l'architecte traduit les demandes en fonction de ses compétences.

❖ Structures générales

- *Le bâtiment essentiellement en rez-de-jardin car l'autonomie commence par la possibilité d'ouvrir la fenêtre de sa chambre, de décider d'aller faire un tour au jardin et de pouvoir le faire sans un tiers.*
- *Les ouvertures vers l'extérieur sont grandes et permettent une luminosité naturelle importante. Pouvoir voir dehors est fondamental et oblige de réagir au « temps qu'il fait »*
- *Le bâtiment est orienté Est - Ouest. Ceci permet une luminosité optimale sans les variations thermiques Nord – Sud.*
- *De vastes ouvertures mais avec du verre athermique et à réflexion renforcée et occultables par volets roulants électriques. Le triste épisode caniculaire nous a fait réfléchir à la prévention passive pour la lutte contre la chaleur.*
- *Une entrée principale avec un vaste parking pour les visiteurs. Les livraisons se font par l'arrière du bâtiment avec également un vaste parking pour le personnel.*
- *Un rafraîchissement par le sol de la partie de vie et d'activité. Une surface de 300 m² sera ainsi traitée.*
- *Des débords de toit important pour éviter une réflexion solaire importante sur les vitres des chambres.*

❖ Aménagement intérieur

Le Hall d'entrée et l'atrium.

C'est le lieu de passage et de rencontre de l'établissement. Il est très vaste et occupe plus de 100 m² à lui seul. Il possède un éclairage naturel et sa surface et son volume lui permette de jouer ce rôle de passage et de rencontre avant de se rendre dans un salon plus intime. Ce hall doit desservir les pièces de vie principales. On accède à ce hall par une porte d'entrée libre mais à sortie pilotée. Le hall possède une deuxième porte libre en entrée et sortie pour accéder au jardin extérieur.

La salle d'activité et le restaurant

De surfaces similaires, ils jouxtent l'atrium et complètent cet espace de vie. Des claustras de séparation sont prévus pour les deux salles. Tout est vitré soit sur l'intérieur, soit sur l'extérieur. Les jardins intérieurs seront accessibles par ces deux salles. Les couleurs de ces pièces devront être chaudes et reposantes. L'équipement audio est prévu pour diffuser musique ou radio.

Les couloirs.

Ils sont indispensables pour les cheminements mais doivent passer inaperçus. Sans avoir une courbure importante, nous ne voyons pas le bout du couloir, toujours masqué par la courbure des murs. Les sols, en matériaux souples et insonorisant pour l'étage, devront être clair et bien éclairés si possible naturellement. L'allumage des couloirs se fera par détecteurs de présence afin de n'avoir jamais personne dans le noir.

Les coloris des couloirs seront chauds et différents selon les zones pour faciliter le repérage. Une main courante est située à 80 cm du sol. Les murs des couloirs seront de coloris différents des portes des chambres de façon à permettre un meilleur repérage de celle ci par les résidants.

Les chambres individuelles.

- ❖ *Les fenêtres sont orientées vers l'est et l'ouest (et non sud ou nord). Les lits sont tous électriques à hauteur variable. Toutes les chambres ont une surface de 20 m² avec un cabinet de toilette accessible en fauteuil roulant. Le cabinet de toilettes accueillera des WC et un lavabo. Ces deux appareils sont suspendus de façon à faciliter le nettoyage des sols. Une douche sans bac complètera cet équipement. De nombreuses barres d'appui sont présentes afin de minimiser les chutes. Les cabinets de toilettes sont équipés de chaises de douche. Les arrivées d'eau sont thermostatées pour éviter les risques de brûlures par les résidants. Nous répondons aux nouvelles normes en matière de légionelloses.*
 - *Séparation et isolation renforcée des arrivées d'eaux chaude et froide. (La légionelle peut se développer dans une eau dont la température varie de 25 à 45°C).*

- *Mise à disposition d'eau mitigée située de façon terminale sur le réseau (environ 1 mètre de la chambre). Il y aura donc dans les circuits de l'eau chaude, de l'eau froide mais très peu d'eau tiède.*
- ❖ *Toutes les chambres sont équipées d'appel malade performant avec un relais dans les espaces sanitaires. Un traçabilité permettra de suivre les appels et les acquis de chaque chambre.*
- ❖ *Toutes les chambres ont deux veilleuses de nuit. Une veilleuse très faible (1.5W) allumée par horloge et une autre plus puissante (7W) commandée par interrupteur et permettant de faire des soins ou un change nocturne sans trop importuner le résident endormi.*
- ❖ *Les risques en matière d'incendie sont réduits au minimum avec un bâtiment de type J et une architecture de type R+1 mais où le rez de chaussée représente 2/3 des chambres. Pour les chambres à l'étage, les fenêtres sont équipées d'un système d'ouverture permettant aux pompiers d'intervenir. Dans un même esprit, les volets des chambres du rez de chaussée ne seront pas verrouillés et pourront être facilement ouvert par les pompiers.*
- ❖ *Les rangements sont vastes avec des placards de 120 cm de large et permettent de ranger le linge personnel et les bagages du résident.*
- ❖ *L'insonorisation est la plus performante possible avec des cloisons double peau et isolation phonique par laine de roche.*

La cuisine.

Situé à proximité immédiate de la salle de restaurant mais également proche de la salle réservée aux personnes très dépendantes qu'il faut assister dans les gestes quotidiens du repas. La cuisine est vaste et bien équipée (120m²) car notre volonté est de maintenir une restauration traditionnelle réalisée sur place.

Les salles de bains collectives.

Nous réfléchissons à l'agencement de ces salles de bains. L'établissement en possède deux ce qui peut paraître insuffisant mais ces salles serviront seulement en relais des cabinets de toilettes. Nous pensons équiper la salle du rez de chaussée avec un lit douche à hauteur variable. La salle de l'étage serait équipée d'une baignoire adaptée à la personne âgée. Les deux salles possèdent un siphon central afin d'avoir une évacuation facile et un nettoyage optimal. Le sol sera anti-dérapant et un mur possèdera un grand miroir.

L'accueil

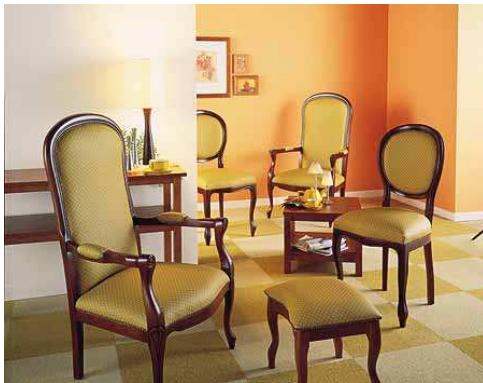
L'accueil est ouvert sur l'atrium afin d'être intégré à la vie quotidienne de l'établissement.

Les portes

La notion de couleur est importante. Les portes des chambres seront bien identifiées par rapport aux murs pour permettre un repérage facile. Les portes de services seront par contre fondues dans la teinte des couloirs pour devenir « invisibles ». Nous pensons avec ce jeu de couleurs obtenir une bien meilleure orientation des résidents. Les portes sont toutes de la même couleur par zone ceci pour permettre un meilleur entretien des peintures. La signalétique est abordée dans le projet de vie individualisé.

Le mobilier

Nous voulons un mobilier de qualité, adapté à la personne dépendante. Notre choix s'est porté sur un fabricant « Euréquip » qui permet d'obtenir un mobilier traditionnel de style mais adapté par des tissus imperméables aux désagréments liés à la dépendance. Au moment où nous rédigeons ce pré projet, le choix des coloris n'est pas arrêté mais voici quelques idées en vrac :



A ce niveau les coloris sont importants et être bien visibles.

Les jardins intérieurs.

L'établissement possède deux jardins intérieurs non couverts. Un jardin de 50 m² jouxte le restaurant. Le deuxième jardin est plus vaste (150m²) et est accolé à la salle d'activité. Ils sont :

- ❖ *accessible aux fauteuils roulants.*
- ❖ *Arboré et éclairé le soir pour l'agrément visuel*
- ❖ *Abrité du vent mais lumineux car les pentes des toits sont faibles.*
- ❖ *aménagé avec un chemin permettant éventuellement de déambuler mais également de se reposer avec des bancs de repos. La salle de kinésithérapie aura un accès direct sur le grand jardin et l'aide à la marche pourra donc se faire au grand air. Car le dehors est thérapeutique, il apporte des sensations, oblige à percevoir les variations climatiques et à adapter les vêtements.*

Le jardin extérieur

Ce jardin est complètement sécurisé par un entourage grillagé. Des cheminements sillonnent ce vaste jardin (5000 m²) avec des bancs de repos. Le petit étang de 700 m², sécurisé et empoissonné est un but de promenade. Le sens olfactif est animé par des massifs de plantes aromatiques (thym, verveine, romarin, laurier, etc.) plantées le long des chemins

Conclusion

- ❖ *Il y a toujours une différence entre ce que l'on prévoit et ce qu'on réalise en fait car des contraintes architecturales et législatives de sécurité modifient les données.*
- ❖ *Dans le cadre de la gestion une architecture adaptée diminue les coûts de fonctionnement et au point de vue thérapeutique une architecture adaptée doit permettre une meilleure intégration du résident.*
- ❖ *L'écueil à éviter est d'avoir des locaux sécuritaires alors qu'ils ne doivent être que sécurisants. Ils doivent être adaptés au handicap mais ne doivent pas être une source de création de handicap en étant sans relief. Il est évident qu'un projet architectural ne peut se faire sans être en relation avec le projet de vie.*

❖ *Nous ne pouvons réaliser le bâtiment idéal. Ce serait présomptueux de notre part mais la réflexion a été longue et espérons le résultat à la hauteur de cette réflexion. Ce sera la vie et le travail quotidien dans le bâtiment qui nous permettrons de l'adapter au plus près des buts recherchés. Quelques pistes :*

- *La musique dans le bâtiment*
- *Les cheminements extérieurs (nature de sols, droits ou sinueux...)*
- *Les salons du rez de chaussée (utilisés ou non par les résidants)*

2. Spécificités

2.1. L'atrium.

Nous voulons conserver l'esprit du château de Montifault dans les nouveaux locaux. C'est pour cela qu'une zone centrale regroupant les espaces de vie que sont :

- ❖ *La salle d'activité*
- ❖ *Le vaste hall d'entrée*
- ❖ *Le restaurant*
- ❖ *L'accueil*
- ❖ *La salle de soins*

A été pensée et sera le pôle essentiel du bâtiment. Comme nous le détaillons dans le projet de vie individualisé, nous pensons que la vie sociale est primordiale et que les échanges humains doivent rester l'objectif à atteindre. Dans la plupart des cas, nous inciterons les résidants à ne pas rester seul dans leur chambre mais à venir nous retrouver dans cet espace central et vivant.

2.2. La salle Snoezelen

LE SNOEZELEN



Le confort physique ; Il y a une vingtaine d'années, deux éducateurs Hollandais cherchaient à contrôler et éventuellement modifier le comportement souvent violent des polyhandicapés en faisant appel à la stimulation et au plaisir.

Une approche humaine et positive, plutôt que la pratique courante de la répression par sédatifs.

Ils partirent du principe que l'univers des personnes atteintes de graves problèmes d'apprentissage et de communication repose plus sur des sensations physiques que sur la réflexion intellectuelle, et donc que dans un environnement confortable, rassurant, détendu et dégagé de contraintes externes, la stimulation de leurs perceptions sensorielles par la musique, les jeux de lumières, la vibration et les sensations tactiles et olfactives, pourrait être la clef d'une toute nouvelle « Boîte à outils » thérapeutique.

Pour tester le bien fondé de leur concept qu'ils baptisèrent « SNOEZELEN » (contraction en Hollandais de deux mots somnoler et renifler). Ils créèrent la première salle d'éveil sensoriel.

Dès le début, l'aspect curatif et non directif de la méthode, fondé sur le plaisir, la décontraction et la stimulation de tous les sens, favorisa l'exploration et le développement des moyens de communication et d'interaction, avec des champs d'applications dépassant celui de l'handicap.

Le concept est maintenant appliqué dans des lieux très divers tels que les crèches, les services de maladies infectieuses (sida), salles de réanimation, maisons de retraite (secteur Alzheimer).

❖ **Quel est l'intérêt du Snoezelen auprès des personnes atteintes de démence ou de maladie d'Alzheimer ?**

Une recherche a été réalisée au centre de Long Séjour du CHR Metz-Thionville de Sierck les Bains en Moselle, et a fait l'objet d'une thèse de médecine soutenue en 2001. L'étude a porté sur les effets de la stimulation sensorielle auprès de 33 patients déments comparativement à 32 patients déments constituant un groupe témoin.

- ❖ *L'évaluation a porté sur l'observation du comportement des patients pendant les séances de stimulations sensorielles et sur l'évolution de leurs traitements psychotropes.*
- ❖ *Les résultats ont prouvés une régression de certains troubles du comportement, essentiellement dépressifs, une diminution du stress engendré par l'entourage et surtout un vécu agréable de ces séances. Les personnes âgées sont plus attentives et communicatives dans cet espace.*

La certitude aujourd'hui est que la stimulation sensorielle permet d'améliorer l'humeur et le comportement des patients pendant les séances.

Lors des toutes premières séances, l'aspect inhabituel de l'environnement peut entraîner parfois une réaction de méfiance.

Dans tous les cas, il a été constaté l'émergence du plaisir, des rires, des sourires, des mimiques d'émerveillement.

Le Snoezelen peut être aussi un lieu de jeux et d'expression (comme la danse).

Les séances ont donc un effet stimulant et calmant sur la plupart des personnes.

C'est surtout le cas des massages corporels et des vibrations, qui ont un effet relaxant, amenant une diminution du tonus musculaire et un endormissement rapide.

L'agitation, l'irritabilité, l'apathie, les troubles du sommeil et de l'appétit se modifient de façon significative.

La stimulation sensorielle permet aussi de réduire le stress de l'équipe soignante.



Tout ceci nécessite :

- ❖ Une approche globale de la personne ;
- ❖ Une démarche au niveau de l'équipe pluridisciplinaire qui doit évaluer les actions entreprises ;
- ❖ Un personnel formé, respectueux et tolérant ;
- ❖ Un lieu de parole pour le personnel intervenant dans le Snoezelen.

❖ **La salle et le matériel :**

La salle doit être :

- ❖ Accessible aux utilisateurs ;
- ❖ Appréciée par le soignant et le patient
- ❖ Aussi simple que possible ;
- ❖ Facile à entretenir ;
- ❖ Facile à modifier
- ❖ Sans danger.

L'objectif est donc d'installer au 1^{er} étage de la Résidence une salle d'environ 20 m², en respectant les orientations importantes dans le concept Snoezelen (détente-relaxation-découverte).

Les buts recherchés étant les suivants :

- ❖ *Développer le sens de la vue, créer une atmosphère de détente, de sécurité et de stimulations douces. Les effets lumineux, les lumières mobiles, les colonnes à bulles et la musique appropriée favorisent la concentration et la poursuite oculaire ;*

- ❖ *Développer le sens tactile, au toucher des revêtements : textures douces, rugueuses, molles, dures, sèches, humides, fines, épaisses... ; on peut utiliser des matelas à air, à vibrations, à eau pour favoriser ce sens ;*
- ❖ *Encourager le mouvement dans toutes les positions ;*
- ❖ *Favoriser les jeux moteurs ;*
- ❖ *Stimuler le sens olfactif en utilisant un diffuseur d'arômes, et des huiles essentielles.*

L'espace doit être chaleureux, les couleurs peuvent être vives ou pastelées ; il faut réserver un mur blanc pour la projection des hologrammes. Il est important de choisir des couleurs agréables pour l'équipement de la salle (coussins-matelas-tapis...).

Le matériel de base est le suivant :

- ❖ *Des colonnes à bulles ;*
- ❖ *Un projecteur « Solar » ;*
- ❖ *Des fibres optiques lumineuses ;*
- ❖ *Une chaîne hifi de bonne qualité ;*
- ❖ *Un diffuseur d'odeurs ;*
- ❖ *Des coussins, un fauteuil, des tapis de mousse en partie basse des murs afin d'éviter les risques de blessure en cas de chute.*

➤ *La formation du personnel :*

Le but de cette formation étant que le personnel appelé à intervenir dans le Snoezelen s'approprie l'espace et son utilisation ;

La formation est composée de deux temps :

- ❖ *Pratique* : *au sein du Snoezelen (elle sera réalisée à la résidence).*

Le but étant :

- ❖ *De s'approprier l'espace ;*
- ❖ *D'apprivoiser les différentes stimulations (ce qui rassure, ce qui fait peur ...) ;*

- ❖ *De comprendre les différents rôles de la musique (détente-relaxation-danse ...)* ;
- ❖ *D'appréhender la relation au corps (massages, proximité corporelle ...)* ;
- ❖ *De trouver toutes les astuces permettant d'aider la personne âgée démente ou Alzheimer à s'exprimer ;*
- ❖ *De connaître la spécificité et l'originalité du matériel « Snoezelen ».*

➤ **Théorique** :

Cette formation aborde les points suivants :

- ❖ *Introduction au concept, historique, partenariat avec les approches para-médicales ;*
- ❖ *Philosophie liée au concept Snoezelen ;*
- ❖ *La communication ;*
- ❖ *Les distances et leurs significations ;*
- ❖ *L'évaluation de l'action ;*
- ❖ *La charte éthique ;*
- ❖ *L'institution, relais et garante de l'activité ;*
- ❖ *Les partenaires : familles, tutelles ...*

- Public concerné :

La psychologue qui sera engagée après la signature de la convention Tripartite aura la responsabilité du Snoezelen, en partenariat avec les infirmières de la Résidence.

Nous souhaitons donc former :

- ❖ *La psychologue ;*
- ❖ *Les infirmières ;*
- ❖ *Les AMP*



<u>L'EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT MULTISENSORIEL</u>
--

Cet outil permet aux professionnels d'enregistrer l'évaluation des résidents dans l'environnement Snoezelen et d'étudier les réactions obtenues par rapport aux activités futures prévues.

➤ Composition du portefeuille :

- ❖ *Introduction et explication du produit*
- ❖ *Profit personnel de chaque résident*
- ❖ *Programme de la session d'activité, du matériel utilisé, du score obtenu*
- ❖ *Feuille d'évaluation de l'activité avec étude de la réaction par matériel ou la salle entière*
- ❖ *Evaluation personnelle sur un programme de 12 séances.*

FICHES TECHNIQUES DES DIFFERENTS ENVIRONNEMENTS
MULTI-SENSORIELS

Coût global de l'investissement en matériel : environ 20.000 euros.

➤ **PROJECTEUR A EFFETS SOLAR :**

L'image est générée par la roue à effets, montée dans un rotateur motorisé et portant des décors variés ou des dessins abstraits.

❖ Nous avons plusieurs thèmes :

- * Nuage
- * Liquide
- * Campagne
- * Forêt
- * Profondeur
- * Papillons

➤ **COLONNES A BULLES**

L'utilisateur peut choisir une couleur pour la colonne

- ❖ Le boîtier de commandes à 4 boutons-sélecteurs de couleur. Lorsqu'ils ne sont pas activés, ils brillent légèrement.
- ❖ Pousser un bouton, et il s'allume et reste ainsi pour indiquer qu'il a été activé. La colonne passe à la couleur choisie.
- ❖ Pousser un deuxième bouton, il s'allume alors que le premier s'éteint. La colonne change de couleur.
- ❖ Si 2 boutons ou plus sont poussés en même temps, les 2 sont activés et la colonne a des couleurs mélangées.
- ❖ Si les 4 boutons sont poussés, la colonne aura un cycle des couleurs de l'arc en ciel, L'effet est rehaussé par la présence de miroirs incassables derrière la colonne. Le tube vibre doucement et est extrêmement tactile.

On peut aussi la serrer très fort contre soi, et avoir ainsi certaines sensations.

➤ **LES FIBRES OPTIQUES**

Cela se compose d'une source lumineuse et d'une gerbe de fibres optiques. Les fibres sont gainées de silicone ou de PVC afin de leur donner la sécurité et la flexibilité.

Les fibres produisent un merveilleux effet grâce à des points de lumières mobiles changeant en permanence de couleur sur toute leur longueur.

Les variations des couleurs incitent la personne à fixer son attention et lui procurent une sensation calmante.

Elles apportent une stimulation visuelle, et aussi une expérience tactile.

Les fibres optiques ne transportent pas de courant électrique ou de chaleur et sont maniables en toute sécurité.

➤ **RIDEAU DE FIBRES OPTIQUES**

Rideau de 100 fibres optiques changeant continuellement de couleurs.

Dalles de plafond en fibres optiques : on recherche ici l'effet d'une nuit étoilée.

Panneau miroir à ultraviolet : composé de tubes UV et de « spaghettis » fluorescents qui brillent lorsque la lumière est allumée. L'effet visuel est augmenté grâce à un miroir.

Matelas chauffant posé sur un podium plus facile à utiliser pour les personnes âgées.

La personne se relaxe sur un matelas chauffant qui épouse les formes du corps en permettant ainsi une décontraction totale.

Il y a un élément chauffant commandé par thermostat et un inhibiteur de vagues pour éviter le mal de mer.

➤ **DES FAUTEUILS « CONFORT-SENIOR »** : ce sont des sièges fermes et confortables apportant un bon support.

➤ **TAPIS MAGIQUE**

C'est un tapis de qualité tissé finement, très coloré, avec des fils fluo cousus pour donner un motif abstrait le tapis est doux au toucher et très résistant.

Il procure un effet très stimulant grâce à une lanterne UV.

➤ **CHAMPIGNON MAGIQUE**

Il réagit au son. Chaque fois que l'on parle ou que l'on tape dans ses mains, le champignon change de couleur.

La manipulation est favorisée grâce à un matériau très tactile et doux.

Il réagit aussi à la musique.

Dans une pièce multi-sensorielle, il contribue à l'atmosphère de bien être.

➤ **MUSIQUE DE RELAXATION**

La musique renforce considérablement l'atmosphère d'un espace multi-sensoriel .

L'intérêt étant d'adapter la musique au motif projeté.

➤ **LE CARILLON TUBULAIRE**

Octave de 8 tubes de grande qualité suspendus dans un cadre de bois dure.

➤ **LE GONG**

C'est le plaisir de frapper dessus et d'obtenir un bruit spectaculaire si l'on frappe fort et mélodieux si l'on frappe doucement.

➤ **PANNEAU GALAXY**

Des tourbillons de lumières colorés intermittentes sur des textures et couleurs contrastées forment un panneau attractif.

De larges contacteurs à effleurement et une boîte de contrôle intégrale permettent une utilisation passive ou interactive suivant l'aptitude de chaque utilisateur.

Le Projet hôtelier

L'établissement a comme mission première d'accueillir les résidents et de leur faciliter la vie quotidienne en leur épargnant les tâches répétitives et astreignantes. On peut s'interroger sur la notion d'hébergement à notre avis pas bien adaptée à la réalité du terrain dans la mesure où dans le langage courant « héberger » signifie à titre gratuit or ce n'est pas le cas. Le résident paie pour le service et le terme d'hôtellerie serait plus adapté. Cette réflexion nous amène à évoquer la dépendance croissante de la population accueillie et pour relever ce défi difficile, il nous faudra nous orienter vers une qualité de type hôtelier. Dans un EHPAD, le résident doit pouvoir bénéficier de services hôteliers dans un environnement sécurisé tout en bénéficiant d'une présence humaine permanente. Le projet hôtelier est simple à concevoir et doit proposer des prestations en rapport avec le prix facturé avec :

- Une architecture de qualité
- Une conception et une décoration des chambres permettant le respect de l'intimité
 - Un service hôtelier de qualité
 - Un personnel présent et courtois
 - Un Kiosque de vente de petits articles
 - Une aide à la vie quotidienne
 - La présence d'intervenants extérieurs
 - Levée et dépose du courrier personnalisée

Voici en quelques mots les orientations du projet hôtelier. Celui-ci va évoluer en fonction de la réflexion de tous.

1. La restauration.

La salle de restaurant se trouve en rez de Chaussée. Elle est vaste, lumineuse, accessible depuis l'atrium central et possède un accès vers une cour intérieur fermée d'environ 50 m². La surface du restaurant (94m²+ 20m²) est suffisante

pour accueillir 65 résidants. Sa taille à évoluée en fonction de nos échanges avec l'architecte qui a su être réactif. En effet la surface utile dans un EHPAD est plus proche de 2m² par personne alors que dans un restaurant traditionnel, on compte 1m² par personne accueillie.

Le repas est un temps fort pour le résidant et il est nécessaire que l'établissement propose une alimentation variée, adaptée et de qualité.

L'arbitrage peut s'avérer difficile avec d'une part la vision médicale de notre infirmière et le point de vue culinaire de notre chef cuisinier. Nous estimons que le coté plaisir doit l'emporter sur le coté médical privatif. Sans pour autant négliger d'adapter les menus aux régimes de certains, nous ne céderons pas à une application draconienne de ceux-ci. Le seul paramètre important à surveiller est la glycémie mais avec une souplesse plus grande à 90 ans qu'à 30 ans.

Le repas doit être un moment de détente et de plaisir. Nous sommes très attachés à ce qu'il soit un moment de convivialité où le contact avec le personnel est privilégié. Celui-ci joue un rôle primordial pour le bien-être et l'épanouissement des résidants, en étant à leur écoute et en respectant leurs attentes.

Pour de multiples raisons, la dénutrition est fréquente chez les personnes âgées et leur appétit est variable d'un jour à l'autre. Pour que les repas soient non seulement servis mais aussi consommés et facilement digérés par les résidants, il est nécessaire de proposer des plats particulièrement appétissants et adaptés à leurs besoins.

Nous avons souhaités faire une cuisine familiale et de qualité. Pour cela, la restauration est assurée par du personnel de l'établissement.

Pour les visiteurs, il est également possible de prendre des boissons froides ou chaudes ainsi que des pâtisseries suivant la carte.

Les repas seront servis à des heures respectueuses du rythme du résidant :

08H00 - 09H00 :	<i>petit-déjeuner</i>
12H00 - 13H30 :	<i>déjeuner</i>
16H00 - 16H30:	<i>goûter</i>
19H00 - 20H00:	<i>dîner</i>

Le moment du repas peut être associé à de l'animation. Des résidants peuvent participer à des tâches culinaires ou le dressage des tables. Cela a été le cas avec un résidant accueilli en 2005 qui ne supportait pas de ne pas mettre la table. Son aide encadrée a été la bienvenue.

Les tables du restaurant seront de style et pourront être présentées sans nappes. Leur surface stratifiée les rend inaltérables aux petits chocs. Nous réserverons le nappage au moment des fêtes de façon à permettre aux résidants de constater plus facilement l'événement à fêter ce jour là.

Les repas en chambre seront également possibles, bien que nous demandons à chacun de venir nous retrouver dans le restaurant. Les plus dépendants seront dans une pièce attenante et communiquant avec le restaurant.

Nous apportons une grande attention au placement des résidants dans la salle de restaurant. La liberté est la base du placement. Nous intervenons uniquement pour le conseil.

Nous possédons des tables de deux, quatre et six places de façon à permettre une répartition harmonieuse en fonction des affinités.

Toute la cuisine est confectionnée sur place. Même les mixés pour les plus dépendants sont préparés avec le repas servi pour les autres personnes. Nous sommes conscients que le risque contaminant est légèrement supérieur à des repas tout prêt mais nous n'avons à ce jour jamais connu de problèmes liés à ce type de fonctionnement. Si la législation évolue vers une obligation de passer par un prestataire extérieur, nous le ferons à regret.

Actuellement, les cuisiniers font pratiquement tout eux-mêmes. La soupe est maison, les salades de fruits également. Quant aux omelettes, c'est encore avec de vrais œufs qu'elles sont confectionnées.

Un choix est possible et un menu de substitution est toujours proposé. La commission des menus nous permet d'avancer dans ce domaine et de mieux cerner les habitudes et les goûts de chacun. Le protocole d'accueil mis en place permet de définir les plats à éviter pour certains résidant et d'anticiper leur substitution.

2. L'hygiène

Assurer l'hygiène et la sécurité est une des missions prioritaires à mettre en place. Il s'agit de protéger des personnes âgées particulièrement fragiles et tout manquement pouvant porter atteinte à l'intégrité physique relève, pour la directrice, du domaine pénal. La rédaction de consignes est engagée de façon à pouvoir réagir rapidement aux incidents et accidents pouvant survenir dans l'établissement.

2.1. L'hygiène des locaux.

L'entretien des chambres est organisé de façon à ne rien oublier dans le nettoyage quotidien. Si dans l'esprit, nous restons proche du service hôtelier, les procédures de nettoyages des chambres se rapprochent du milieu hospitalier.

Il est, d'autre part, particulièrement difficile pour l'équipe, d'assurer cette tâche quotidienne dans la mesure où un nombre important de résidants essentiellement Alzheimer possèdent des troubles du comportement tels que le jeu avec ses excréments. Il est pas rare de devoir nettoyer complètement la chambre plusieurs fois par jour ou par nuit.

Le port de protection ne solutionne pas totalement les problèmes liés à l'incontinence. La gêne pratique et psychologique liée au port de protection entraine souvent certains résidants à les ôter, les dépouiller ou répandre des excréments

partout. Ces malades souvent Alzheimer seront accueillis principalement dans l'unité spécialisée.

2.2. L'entretien des sols

Les protocoles d'entretien des sols ne sont pas rédigés actuellement car les types de sols seront complètement différents des vieux parquets du Château. Nous demanderons à la société fabriquant le revêtement de sol de nous fournir un protocole détaillé de son entretien. Ce protocole sera annexé à ce projet.

2.3. Méthode HACCP.

Il s'agit d'une procédure mettant en œuvre l'analyse des dangers et la maîtrise des points critiques. Dans les locaux actuels, il est impossible de réaliser cette procédure. Par contre le transfert mettra à notre disposition une cuisine neuve, conforme au cahier des charges des services vétérinaires en matière de marche en avant. La configuration des locaux sera étudiée de façon à progresser du sale vers le propre sans croisement. Les salariés de la cuisine posséderont leurs propres toilettes et douche.

Le personnel de cuisine devra porter une grande attention à sa propreté et à celle de ses tenues. Le filet de tête est obligatoire.

Dès l'ouverture, nous mettrons en place, en concertation avec l'installateur de la cuisine, une procédure de nettoyage avec des produits adaptés.

3. L'hébergement.

Le chapitre relatif à l'hébergement sera détaillé dans le projet de vie individualisé.

4. L'entretien du linge.

Actuellement, l'entretien du linge est externalisé et est traité par une laverie industrielle. Nous ne pensons pas changer de type de fonctionnement dans la mesure

où la réglementation actuelle en matière de traitement de linge sale va probablement se durcir et imposer des normes que nous ne pourrions supporter en traitement interne. C'est à ce jour, la société blésoise Anett qui assure cet entretien. Il y a une collecte hebdomadaire du linge sale. Après le transfert, nous passerons à deux collectes par semaine. Le linge sale est entreposé dans des containers spéciaux placés à l'extérieur du bâtiment. La collecte du linge sale suit une procédure qui sera annexée à ce projet, de même que les procédures de nettoyage des couvertures et des rideaux.

Concernant le linge des résidants, nous traitons en interne le lavage, le séchage et le repassage moyennant un forfait mensuel. Cela permet aux familles désirant prendre en charge l'entretien de pouvoir le faire et de ne pas payer cette prestation supplémentaire. Pour des raisons pratiques, nous demandons à ce que le linge personnel soit marqué au nom du résidant.

5. La sécurité.

5.1. La sécurité incendie.

La sécurité en matière d'incendie dans une maison de retraite est un problème fondamental. A lui seul, il pourrait justifier le transfert dans des locaux neufs. Le Château de Montifault ne répond plus aux normes demandées et une mise aux normes est financièrement impossible (Plusieurs Millions d'euros).

Partant de ce constat, nous faisons notre possible pour minimiser les risques en formant le personnel, en renforçant les équipes de nuit (toujours 2 personnes), en maintenant un système de détection incendie en parfait état de marche...

Malgré tout nous avons hâte de déménager et d'intégrer un bâtiment de type J avec plus de 150 détecteurs incendie, des cloisons et portes coupe feu, un désenfumage efficace, une centrale de détection avec report d'alarme sur téléphone et surtout de nombreuses portes fenêtres. Il est certain que même si les risques ne sont jamais nuls, la sécurité passive du nouvel établissement va les minimiser au maximum. Décrire les normes imposées par le type J n'est pas le but de ce chapitre

mais il est bon de rappeler que c'est la norme la plus stricte pour un bâtiment accueillant du public.

Le matériel de détection et de lutte est maintenu en état de marche et sont soumis aux vérifications obligatoires.

La sécurité en matière d'incendie peut se résumer en quelques mots :

Prévention

Vérification et contrôle

Formation du personnel.

5.2. La sécurité thermique.

La plus grande attention a été apportée à la sécurité thermique des résidants. Un chauffage efficace assuré par deux chaudières de 240 KW fonctionnant en alternance de façon à éviter la panne. Une isolation renforcée nous protège du froid mais également de la chaleur estivale. Pour éviter une température trop élevée en été à l'intérieur du bâtiment, nous avons réfléchi sur trois axes :

- Du vitrage performant, probablement ce qui se fait de mieux actuellement.*
- Des débords de toitures évitant une exposition prolongée de la vitre aux rayons du soleil.*
- Un rafraîchissement par le sol de la partie centrale de la maison de retraite à savoir l'accueil, le restaurant et la salle d'activité du rez de chaussée soit 300 m².*

5.3. La sécurité des biens des résidants.

Le respect des biens des résidants est fondamental. Nous proposons un dépôt en coffre fort dans le bureau de la direction des biens de valeurs apportés dans la maison de retraite. Vu le GMP élevé de la population accueillie nous informons les familles de la relation du résidant avec l'argent. Notion qui peut dans certain cas complètement perdue.

Notre rôle consiste aussi à être vigilant sur les abus de certaines personnes dans un but d'escroquerie. Il n'est pas rare que nous interdisions une visite à un commercial quelconque dont le seul but est de placer des contrats d'assurance ou de forcer des achats inutiles.

5.4. La sécurisation

La sécurisation des résidants par rapport aux agressions extérieures se posent relativement peu à Selles Saint Denis. Malgré tout, le phénomène des vols en maisons de retraite est en augmentation et nous ne pouvons l'ignorer. La sécurisation du bâtiment sera assurée par une clôture complète du parc par un grillage de 1.70 mètres de hauteur. L'entrée sera sécurisée par un portail à commande électrique pilotée depuis l'accueil. Toutes les chambres des résidants seront occultables par des volets roulant électrique et les vitrages des chambre sont en verre anti effraction de 30 mm d'épaisseur. La nuit, toutes les entrées seront impossibles sans effraction. Nous envisageons un système de vidéo surveillance pour sécuriser l'entrée. Le travail de nuit sera assuré par un soignant et un non soignant reliés par des téléphones avec fonction travailleur isolé.

L'appui sur une touche ou la perte de verticalité appellera automatiquement le collègue présent puis en relais un numéro préprogrammé.

Concernant la sécurisation interne des résidants, tout l'établissement est pensé pour minimiser les risques.

Barres d'appui dans les douches

Barres de maintien dans les WC

Barres d'appui dans les couloirs

Utilisation de coloris clairs pour les couloirs

Eclairage des couloirs par détecteur de présence même la nuit pour éviter les chutes dues à l'obscurité

Veilleuse dans les chambres à allumage automatique

Mobilier adapté à la personne âgée avec peu d'angles saillants.

Le risque zéro n'existe pas mais une mobilisation de l'équipe peut éviter bien des incidents et accidents, contribuer à améliorer la sécurité et à déculpabiliser les intervenants.

De part sa localisation, la maison de retraite est facilement accessible aux équipes de pompiers et de gendarmerie et cela contribue à améliorer le sentiment de sécurité.

5.5. La légionellose.

La lutte contre la légionellose est malheureusement d'actualité. Cette bactérie, souvent mortelle, se développe dans une eau dont la température est comprise entre 25 et 45°C.

Le Clos d'Emise répondra aux nouvelles normes de distribution imposées récemment par le législateur. En effet, les réseaux de distribution d'eau chaude et d'eau froide seront isolés de façon à amener à proximité immédiate de la chambre une eau froide à moins de 20°C et une eau chaude à plus de 65°C. Pour éviter tout risque de brûlure une vanne thermostatique, implantée à proximité immédiate de la chambre, réduira la température de l'eau chaude de 65 à 35°C

L'eau ainsi refroidie ne se situera que dans la partie terminale de la canalisation (Moins de 2 mètres) et rendra le développement de la bactérie improbable.

D'autre part, le refroidissement des salles communes sera assuré par une pompe à chaleur réversible. C'est donc une circulation fermée qui assurera le rafraîchissement de l'établissement avec un risque contaminant nul.

Malgré le respect des normes actuelles en termes d'installation, il ne faudra pas négliger le nettoyage régulier de toutes les sources possibles de contamination. Il sera ajouté à la fiche de poste de l'agent d'entretien de veiller au nettoyage et détartrage des pommes de douches et de faire couler tous les jours chaque point d'eau inutilisé.

5.6. La sécurité juridique.

Nous demandons une attestation de responsabilité civile à jour au moment de l'entrée du résidant. Cette demande est renouvelée tous les ans.

PROJET SOCIAL

1. L'implication des équipes.

Il nous semble évident qu'il nous faut impliquer les personnels dans les grandes évolutions de l'établissement. Malheureusement si la théorie fonctionne bien, la pratique est un peu plus difficile à mettre en œuvre. La médicalisation du Château de Montifaut nous a confrontés à des problèmes d'identité des agents de service. En effet, ces agents avaient l'habitude de tout faire dans l'établissement, parfois bien, parfois moins bien mais toujours sans protocole ni soignants. La reprise de l'établissement par madame Hourlier a entraîné une fronde de certains intervenants libéraux qui travaillaient dans la maison de retraite dans un but uniquement lucratif et probablement abusif. A ce sujet, nous remercions les services de la DDAS contre les accusations mensongères de ces personnes. Les équipes sont aujourd'hui composées de personnel salarié. Nous devrions, en 2007, pouvoir nous passer complètement des services d'une infirmière libérale.

L'embauche des aides-soignantes et des infirmières modifie radicalement l'organisation du travail. Nous avons constaté deux attitudes selon le profil des salariés :

- Une attitude positive avec une demande de formation à laquelle nous répondons favorablement. (Il y a trois agents de service en formation d'AMP et une autre prévue pour 2007)

- Une attitude négative avec un sentiment de frustration profond.

Toutefois, la médicalisation est inéluctable avec une professionnalisation des équipes et nous aurons à terme besoin de moins en moins d'agent de service. Nous ne pourrons intégrer tous les agents de services contre leur gré. Notre démarche est de les informer des formations possibles.

2. La composition de l'équipe.

Nous sommes passés d'une équipe formée de 15 personnes non diplômées en janvier 2005 à une équipe de 26 personnes après l'embauche consécutive à la signature de la convention tripartite. Le recrutement passera dans sa phase 2 au mois de novembre pour atteindre un effectif de 35 salariés.

Les tableaux du personnel et l'organigramme de l'entreprise seront annexés et régulièrement mis à jour.

Nous détaillons les postes actuels (2006) et futurs (dès 2007)

- *Administration :*
 - *Une secrétaire temps plein*
- *Restauration :*
 - *Deux cuisiniers*
- *Entretien :*
 - *Un agent d'entretien*
- *Hébergement :*
 - *8 Agents de service*
- *Soins et dépendance*
 - *3 Elèves AMP*
 - *9 Aides Soignantes pour 7.5 ETP*
 - *1 infirmière*
 - *1 médecin coordonnateur pour 0.2 ETP*

Les fiches de postes et de fonction par type de personnel sont annexées au projet.

Le transfert et l'augmentation de la capacité va nous permettre par le biais de la dotation soins et les aides dépendances d'augmenter notre équipe et de recruter pour atteindre l'effectif suivant.

- *Administration :*
 - *Une secrétaire*
 - *Un comptable*
 - *Une secrétaire en formation par alternance*
- *Restauration :*
 - *Deux cuisiniers*
- *Entretien :*

- 0.5 poste d'agent d'entretien
- Hébergement :
 - 8 Agents de service
- Soins et dépendance :
 - 1 Elèves AMP
 - 15 Aides Soignantes ou AMP
 - 3 infirmières
 - Un médecin coordonnateur pour 0.35 ETP
 - Une psychologue pour 0.5 ETP

3. Les qualités d'une équipe.

Le travail dans un EHPAD est particulièrement difficile tant au niveau physique que psychologique. Les aides apportées aux personnes âgées dans leur quotidien entraînent souvent des efforts physiques importants. Ces efforts peuvent avoir des répercussions sur l'organisme. Nous nous devons de mettre à disposition des équipes soignantes et non soignantes le matériel adapté en vue de soulager les efforts à fournir. Tous les lits sont à hauteur variable et à commande électrique. Dès le mois de novembre, toutes les chambres seront individuelles et permettront le passage d'un lève malade électrique. Nous sommes conscients que ces appareils ont un effet négatif sur la prise en charge de la dépendance du résidant mais un équilibre devra être trouvé dans les cas difficiles.

Un comité de décision composé de la directrice, du médecin, des infirmières et de représentant des soignants et non soignants se réunira régulièrement pour débattre des décisions à prendre.

Mais les qualités physiques ne sont rien à côté des qualités humaines nécessaires à l'encadrement des personnes âgées hébergées, à savoir le respect, la patience, la bonne humeur, la confiance, la responsabilité et l'écoute.

4. Un personnel qualifié et motivé.

Nous nous sommes engagés, par la signature de la convention tripartite à organiser la formation dans l'établissement. (Le tableau est prévu en annexe).

La direction s'engage également à évaluer le personnel et organise des entretiens annuels individualisés pour chaque salarié permettant :

- *De fixer les objectifs annuels de chacun*
- *D'examiner si les objectifs de l'année précédente ont été atteints et dans la négative d'en étudier les raisons afin de pouvoir y apporter des solutions*
- *De faire le point sur les points forts et les lacunes du salarié*
- *De mettre en place des actions de formation qui auront pour but de rectifier les lacunes identifiées en commun*
- *D'écouter le salarié sur son ressenti et ses ambitions*
- *D'élaborer ensemble le plan de carrière du salarié.*

5. Nos objectifs.

L'organisation du travail repose sur un équilibre entre les droits des salariés et leurs devoirs. Le règlement intérieur des salariés précise et fixe les règles imposées à toute personne intervenant dans l'établissement. Parmi ces devoirs, on citera quelques éléments incontournables :

- *Le personnel doit par sa tenue et son comportement refléter l'image de l'établissement*
- *Le personnel utilisera le vouvoiement*
- *Il n'utilisera le prénom du résidant qu'à sa demande*
- *Il respectera les biens et les personnes*
- *Il sera au service du résidant dans le respect de sa dignité et son intimité. Tout acte de maltraitance comme décrit dans le règlement intérieur fera l'objet d'un suivi et s'il y a lieu d'une sanction. Devant la fragilité de la personne âgée dépendante, la direction ne pourra tolérer aucun débordement quel qu'il soit.*

*Il peut paraître surprenant d'aborder ce thème dans un projet de vie mais il faut être réaliste et vigilant. En effet, le travail en EHPAD est difficile, voire très difficile parfois, et notre but est que chacun puisse conserver à l'esprit que nous sommes **au service** de la personne accueillie.*

6. Formation de l'équipe.

PLAN DE FORMATION PLURIANNUEL	2005	2006	2007	2008	2009
Formation Incendie	Ensemble du personnel	Ensemble du personnel	Ensemble du personnel	Ensemble du personnel	Ensemble du personnel
Formation aux premiers gestes de survie	ASH / ASD / administration		ASH / ASD / Administration		ASH / ASD / Administration
Hygiène - Hygiène des locaux		ASH			
Hygiène en gériatrie dans la lutte des IN				IDE	
La grille AGGIR		IDE/AS			
La Maladie d'Alzheimer : mieux comprendre pour trouver une réponse			IDE / AS / ASH		
Manutention des résidents		AS	ASH	AS	
Prévention des infections nosocomiales dans les soins		IDE			
Prévention et traitement des escarres	IDE / ASD		IDE		AS
Prise en charge de la douleur			IDE AS		
Sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées	IDE/AS/ASH (1 ^{er} groupe)	IDE/AS/ASH (2 ^{ème} groupe)	IDE/AS/ASH (1 ^{er} groupe)	IDE/AS/ASH (2 ^{ème} groupe)	
Soins Palliatifs- Accompagnement de la personne en fin de vie			AS	IDE	
Logiciel de facturation		Comptable			
Logiciel de suivi médical		IDE			
Nutrition de la personne âgée		Cuisinier	AS		
Formation validante AMP	De 1 à 2 ASH		1 ASH		1 ASH

Nous nous efforcerons de suivre le plan de formation proposé au moment de la convention tripartite. Néanmoins, vu le surcroît de travail à fournir au moment du transfert, la plupart des formations sera décalée dans le temps.

Remarque :

Le travail dans un EHPAD est particulièrement difficile physiquement et psychologiquement. Si le projet de vie de l'établissement aborde le résidant sous son meilleur angle, il faut savoir faire preuve de très grandes qualités humaines pour ne pas réagir négativement aux multiples agressions subies pendant la journée de travail. Certains résidents sont agressifs et leur gestion en collectivité demande de réelles aptitudes.

Toutefois le personnel doit par sa tenue et son comportement refléter l'image de l'établissement. Le tutoiement et l'utilisation du prénom doit rester l'exception et seulement si il y a une demande insistante de la part du résident. L'équipe doit toujours se souvenir qu'elle est au service du résident dans le respect de sa dignité et de son intimité.

7. La maltraitance.

Au cours d'une journée de travail dans les institutions accueillant des personnes âgées présentant des troubles du comportement, il y a de nombreuses occasions d'être violent avec les aînés sans s'en rendre compte.

7.1. Maltraitance et vulnérabilité

On peut définir la maltraitance comme « **agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation.** » Est violent, tout acte destructif intentionnel ou non qui tend à détruire inutilement les fonctions vitales d'un être humain en lui faisant subir des peines physiques, des angoisses émotives ou des problèmes sociaux.

Cette maltraitance ne peut s'exercer que parce la personne qui la subit est **vulnérable**, car si elle était **forte** elle imposerait le **respect**. La majorité de la population accueillie dans un EHPAD est vulnérable.

Cette vulnérabilité peut résulter

- d'un **handicap physique** (mobilité réduite, besoin d'aide pour les repas, besoin d'aide pour l'entretien et l'hygiène corporelle, alitement, handicap, incontinence urinaire et fécale, faiblesse générale en raison de l'âge) ;

- d'un **handicap psychologique** (abandon social, peur des représailles, impuissance et ignorance devant les possibilités de recours, sentiment de domination projeté par l'entourage, incompatibilité de caractère en raison de conflits de génération) ;
- d'une **confusion et sénilité** (manque de jugement, perte de mémoire, comportement imprévisible).
- **l'abandon social** est souvent sous-estimé : nous remarquons que la maltraitance ne s'exerce jamais sur un résident, lorsqu'il a la visite quotidienne d'un membre de sa famille qui peut exprimer ses remarques.

7.2. Les causes de la maltraitance.

On relève des causes tenant à l'organisation du travail et des causes psychologiques.

7.2.1. Causes organisationnelles.

- **absence de projet de soins.**
- **absence d'une organisation concertée du travail** privilégiant le résident mais aussi l'autonomie et la responsabilité du soignant quant à l'accomplissement du travail dans le cadre de rôles définis.
- **absence de discussion en équipe des problèmes** rencontrés qui permet à chacun de se former au cas par cas.
- **absence de formation et de sélection.** Les plus mauvais traitements se sont produits quand les soignants étaient mal préparés ou avaient à s'occuper à regret et à contrecœur des personnes âgées.

7.2.2. Causes psychologiques.

- Le **stress** associé à la tâche de soignant, de même que les **frustrations** engendrées par les relations résidents-soignants (puisque la réponse en gériatrie est quantitativement et qualitativement telle que ce n'est jamais possible) sont des facteurs qui peuvent amener un état de fatigue physique et psychologique et ainsi contribuer à développer chez un intervenant des attitudes agressives inhabituelles dans d'autres circonstances.
- La **confrontation perpétuelle à la vieillesse, à la mort** omniprésente, à l'impossibilité par le soignant de vivre un deuil normal suite au décès d'un résident avec lequel des liens

affectifs existaient, sont également des facteurs qui peuvent contribuer aux attitudes déshumanisantes du personnel.

- Une inversion des rôles quant à la relation "parent-enfant".

7.3. Les différentes formes de maltraitance

7.3.1. Maltraitance psychologiques.

- **donner des surnoms, tutoiement.** Malgré cela, certains résidents Alzheimer ne réagissent qu'à un surnom issu de leur passé et dévoilé par un membre de la famille. Dans ce cas, avec l'accord des proches, nous pensons pouvoir utiliser ce surnom, pas dans un but maltraitant, mais comme une forme de communication. Sinon le vouvoiement est de règle dans l'établissement.
- **faire des remarques** sur les visites, les ridiculiser ou les culpabiliser dans leur recherche d'un ami, dans leur vie sexuelle ou comportementale.

- **Abus d'autorité**

Les exemples sont multiples comme décider à leur place, mettre le couche ou la bavette sans information préalable, les presser, les isoler, les oublier, les changer de chambre sans les consulter ni les avertir...

- **Assaut verbal, menace, chantage.**

- provoquer la peur en menaçant d'isolement.
- agresser verbalement, intimider, traiter la personne comme un enfant.

- **Abus social**

- caractérisé par le fait d'ignorer la présence de la personne âgée lors des soins, de la priver de toute action, de tout rôle social, sous prétexte qu'elle est vieille et faible
- tout préjugé et comportement social tendant à nier la dignité d'une personne âgée, à l'exclure socialement et à diminuer son estime de soi.

- **Maltraitance par omission :**

- ne pas tenir compte du vécu de la personne
- ne pas tenir compte des habitudes vestimentaires "pour gagner du temps"

- **Mauvais traitements matériels.**
 - **Vol d'argent, de chèques de pension.**
 - *Il faut s'assurer que les biens de valeur des résidants sont en sécurité.*
 - **Escroquerie**
 - *La vigilance sur l'escroquerie ne va concerner que les intervenants extérieurs mais aussi sur certains membres de l'équipe. Le travail en confiance est la règle de base mais la vigilance est indispensable..*
- **Mauvais traitement physique**
 - **Alimentation inadéquate**
 - *- les forcer à manger rapidement.*
 - *- mauvaise installation.;*
 - *- acharnement sur la stricte observance diététique. Comme nous l'avons déjà exprimé, le régime diététique est important mais secondaire dans le suivi médical d'un résidant. Il faudra veiller au port des prothèses dentaires.*
 - **Surveillance, soins médicaux, soins infirmiers non donnés lorsque nécessaires :**
 - *- Non respect de l'intimité lors des soins du corps ;*
 - *- Négliger de soulager une douleur exprimée.*
 - *- Négliger ou refuser des soins de première nécessité ;*
 - *- Ne pas répondre (volontairement ou non) aux besoins d'une personne handicapée, compromettant ainsi sa santé ou sa sécurité ;*
 - *- Manque d'écoute et d'attention*
 - *- Interventions basées exclusivement sur un modèle médical.*
 - **Maltraitances à l'image de soi**
 - *- Infliger sciemment ou non des souffrances corporelles ou interdire l'accès à des soins de qualité pour... gagner du temps*
 - *- Infliger sciemment ou non des souffrances psychologiques à la personne âgée et à sa famille. Les mots peuvent causer des maux.*

- **Ligotement à un lit, à une chaise.** *Tout attachement, hormis le maintien postural dans un fauteuil roulant avec une ceinture adaptée et après avis médical, est proscrit de l'établissement et ne saurait avoir lieu.*
- **Blessures infligées délibérément.**
 - - Gifle, pincement, tape, ongles longs, bagues
 - - Bousculades, rudoiments
 - - Une douleur physique, une blessure
 - - Une douleur engendrée par le port d'un vêtement serré.
- **Assaut grave.** *(coups ...)*
- **Soignant mal préparé**
 - *Un intervenant bien préparé à sa tâche aura une meilleure intégration et une plus grande résistance au stress.*
- **Soignant qui travaille à contrecœur auprès des personnes âgées.**
- **la violation des droits**
 - **Violation du droit à la liberté**
 - **Médicaments ou prothèses non fournis.**
 - - mise en place et entretien quotidien des dentiers, etc.
 - **Obligation de consommer des médicaments dans un but non thérapeutique**
- **Mauvaises conditions de l'environnement**
 - **Chauffage inadéquat.**
 - **Interdiction de personnaliser l'environnement.**
 - *L'environnement doit être adapté au résidant avec possibilité de personnalisation des chambres. Le mobilier doit être adapté aux besoins du résidant*
 - *Absence de lieu pour recevoir en privé.*
- **Mauvaises organisation des soins et/ou des services prestataires.**
 - *Mauvaise qualité de la nourriture (provenance ou utilisation).*

- *Règlement régissant les sorties : avec l'obligation pour les familles de signer une autorisation ce qui inflige angoisse, inquiétude.*
- *Règlement régissant les heures de lever, de coucher et de sortie : le lever doit être planifié en fonction du sommeil des habitudes et de la pathologie du client. ; le coucher doit avoir lieu en fonction des mêmes conditions.*
- *Absence d'intimité lors des soins intimes ;*
- *Longue attente avant de recevoir les soins essentiels ;*
- *Modèle d'intervention médicale non adapté (surmédication et surmédicalisation des soins)*
- *Absence de ressources permettant aux personnes âgées de développer leur autonomie*
- *Laisser une personne au lit toute une journée par le fait qu'il s'agit d'un dimanche ou jour férié ;*
- *Rester dans un système de routines au lieu de proposer des activités d'éveil;*
- *Absence de service de loisirs : repas pris à l'extérieur, jardinage, danse.*

Cette liste de type de maltraitance n'est pas exhaustive mais suffisamment détaillée pour permettre à chaque intervenant de prendre conscience de la complexité de la relation soignant / résidant et que beaucoup de gestes paraissant anodins peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie de la personne accueillie.

La personne âgée victime d'autres personnes âgées

Les soignants intervenant auprès de ces personnes âgées handicapées physiquement et psychologiquement sont quant à eux remis en cause dans leur pouvoir de guérir et expriment parfois un certain désarroi face aux difficultés ressenties devant une personne âgée apparaissant comme dangereuse. Le rôle de l'équipe soignante est d'observer le comportement de chaque personne accueillie dans l'établissement. S'il s'avère qu'un résidant présente des signes d'agressivité importants entraînant une nuisance ou un danger pour les autres et que nous ne pouvons apporter de réponse adaptée, nous orienterons le résidant vers un établissement plus adapté. Nous rappelons que nous fonctionnons en milieu semi ouvert où chacun doit côtoyer l'autre mais cela nécessite le respect de certaines règles de travail auxquelles nous ne pourrions déroger.

CONCLUSION.

La réponse la plus adaptée aux problèmes de maltraitance réside dans différents axes :

- *Le respect du résidant dément ou non.*
- *Une psychologie positive du soignant vis-à-vis de la vieillesse*
- *La mise en place de moyens tels que le projet de soins, de vie, d'animation où la maltraitance fait partie de la réflexion.*
- *Une évaluation de l'établissement et un engagement dans une démarche qualité.*
- *Une direction et un encadrement vigilant sur les éventuels dérapages.*

Le projet de vie.

1. l'accueil.

L'établissement et son intégration dans la vie sociale du village passe par l'implication des familles et de personnes extérieures dans la vie de l'établissement. En effet, la continuité des relations avec les proches est importante pour les résidents. Elle est souvent un facteur déterminant d'acceptation du placement en maison de retraite.

1.1. Implantation de l'établissement

La maison de retraite est facile d'accès dans la mesure où elle se situe dans le village. La commune de Selles Saint Denis totalisant 1200 habitants, il ne fait aucun doute que tout le monde pourra indiquer exactement à chaque visiteur égaré, l'implantation précise de l'établissement. Dans un rayon de 1000 mètres, nous trouvons le centre du village avec les commerces, les restaurants, le siège des associations et la Chapelle. Le stade de football est quant à lui directement accessible de l'établissement.

1.2. L'accès

L'accès à l'établissement peut se faire à pied à partir du village ou en voiture. L'établissement propose un vaste parking avec plusieurs places réservées aux personnes handicapées. L'accès peut également se faire par train. En effet le village est encore desservi par voie ferrée. Le bâtiment est entièrement neuf, de type J, donc répondant aux normes les plus récentes en matière de sécurité incendie. L'architecture sera abordée plus en détail dans le projet architectural.

1.3. L'accueil du résident.

1.3.1. Accueil extérieur

Un bon accueil commence par une bonne signalisation dans le village. Il ne fait aucun doute sur la volonté de la municipalité de tout faire pour indiquer de façon précise le lieu d'implantation de l'établissement. Si une carence dans ce domaine est décelée, nous ferons en sorte d'y remédier par un fléchage simple mais précis de l'EHPAD.

La maison de retraite, tout en étant dans le village, se trouve dans un îlot de verdure. L'accès se fait par une route large, bordée de trottoirs, et dont la vitesse sera, si la municipalité l'accepte, limitée à 30 km/h.

Les 25 places de parking permettent un stationnement facile. Les 8000 m² de pelouses et jardins sillonnés de petites allées termineront de rendre l'abord le plus joli possible.

La maison de retraite n'est pas un lieu clos de tout. Bien au contraire, notre volonté est de renforcer les liens avec les associations locales :

- ❖ *L'Eveil Sellois (Musique)*
- ❖ *L'Entraide Selloise (Aide associative à domicile)*
- ❖ *L'UNRPA (association des personnes âgées du village).*
- ❖ *L'école maternelle.*
- ❖ *Projet pour que l'établissement serve de base au SSIAD*
- ❖ *Les clubs de sport*

Et de tresser des liens nouveaux avec l'extérieur. Dans notre projet d'animation figure l'organisation de jeux de cartes ou autres organisés également pour les habitants du village. Un loto communal est envisagé. Les abords de la maison de retraite sont vastes et permettront, en accord avec la municipalité, des activités au moment du téléthon et toute autre manifestation de ce genre

1.3.2. L'accueil intérieur.

L'accueil se fait également par l'entrée physique dans le bâtiment. La propreté sera une de nos priorités. Depuis 2003, c'est un des grands axes de travail de toute l'équipe. (2006 sera l'année de la mise en place des protocoles de nettoyage des sols). Il faut également pouvoir se repérer facilement dans un établissement de 67 lits. Chaque chambre est identifiée avec :

Un repérage symbolique variant selon le résident

Un repérage numérique pour les visiteurs.

Jeu des couleurs murales et sur le revêtement de sol

Les couloirs et les différents secteurs auront des noms évocateurs pour des solognots. Nous ajoutons dans l'entrée, toujours pour les visiteurs, un tableau discret précisant les numéros de chambres et le nom de leur occupant. Il faut, bien sur, ne pas oublier les horloges à aiguilles et pourquoi pas un « coucou » pour indiquer les moments principaux de la journée. C'est également dans cet endroit, vaste et lumineux que nous afficherons les menus de la semaine et le tableau des activités.

1.3.3. L'accueil du résident

L'accueil téléphonique est personnalisé avec une présentation de l'établissement et prise des coordonnées de la personne appelant. Ceci dans un but de rappel ultérieur. Nous proposons ensuite l'envoi de livret de présentation. Nous pensons rédiger une charte simple mais personnalisée résumant les lignes essentielles de notre action. Comme nous allons le présenter dans le projet de vie individualisé, notre fonctionnement ne peut pas convenir à tous car nous continuerons dans la voie semi ouverte pour certaines personnes Alzheimer et cela peut gêner des personnes non prévenues. La charte sera annexée au livret de présentation avec une demande de réservation et un courrier de bienvenue.

Au moment de l'accueil physique du résident, un certain nombre de documents est remis au résident où à la famille.

- ❖ contrat de séjour
- ❖ règlement intérieur
- ❖ charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- ❖ livret d'accueil

L'équipe interroge le résident et sa famille sur ses habitudes de vie, ses goûts alimentaires, ses activités de loisirs afin de mettre en œuvre un projet individuel de vie qui lui permettra de continuer à pratiquer ses activités habituelles.

Dans le cadre de notre convention, il est prévu de bénéficier de la présence d'une psychologue, pour être à la disposition des résidents, des familles, mais aussi des salariés selon les besoins de l'équipe. Le psychologue sera un pilier dans la vie de l'EHPAD. Son rôle, à ce moment, est d'intervenir auprès des proches du résident pour les aider dans la démarche consistant à informer le résident sur son institutionnalisation.

Beaucoup de personnes âgées arrivent en maison de retraite sans aucune préparation sur leur vie future. Notre objectif est de faciliter au maximum le dialogue entre le résident et sa famille.

Notre rôle n'est pas de se substituer mais d'aider dans cette démarche. Cette tâche difficile mais nécessaire relève du travail du psychologue.

Les demandes faites à l'administration seront formulées de façon à bénéficier d'une mi-temps de psychologue sur l'établissement. Le psychologue aura également à diriger toute l'activité autour de la salle Snoezelen.

Une visite de l'établissement est ensuite proposée systématiquement aux familles et au résidant. Dans tous les cas où l'entrée ne relève pas de l'urgence, une visite préalable a déjà été faite avec présentation de l'équipe en place à ce moment.

La possibilité de venir passer un après-midi à la maison de retraite sera également proposée au résidant pour lui permettre de se familiariser avec son nouvel environnement.

La chambre est préparée avant l'admission par l'apport de petit mobilier personnel, d'objets de décoration dans le but de favoriser l'appropriation des lieux. Nous encourageons toujours les familles à le faire.

Une collation sera systématiquement proposée, servie en chambre ou en salon, pour le résidant et son entourage (Eau, café, jus de fruits, gâteaux, dessert du jour...)

Ensuite, nous « abandonnons » le résidant avec ses proches pour un moment d'intimité.

L'accent doit être mis sur la meilleure personnalisation possible de l'accueil.

Il paraît indispensable d'approfondir le recueil des informations concernant la biographie, l'histoire du résidant, afin de mieux le prendre en charge. Une réunion plus formelle devra être organisée avec la famille préalablement à l'entrée du résidant. Elle devra permettre de mieux connaître le nouvel arrivant afin de mieux le prendre en charge. Ce sera ainsi l'occasion de bien prendre en compte les goûts à la fois vestimentaires, alimentaires, les loisirs, les habitudes de vie de chaque résidants afin de pouvoir si possible et dans la mesure des moyens de l'établissement les respecter.

Ce sera également le moment d'expliquer le règlement de fonctionnement de l'établissement d'un point de vue hôtelier, administratif et médical.

Nous informerons sur le libre choix du médecin traitant et des fournitures de médicaments tout en présentant notre façon de travailler.

Ensuite, une réunion aura lieu un mois après l'entrée du résidant, avec la famille et les soignants pour un bilan d'intégration.

Cette rencontre pourrait être aussi l'occasion pour les familles qui ne vivent pas toujours facilement l'entrée d'un parent en institution, de mieux connaître l'équipe de l'établissement.

Voici quelques lignes du protocole d'accueil sur ce qui doit être dit au moment de l'accueil :

- ❖ *L'aménagement et le fonctionnement de la chambre*
- ❖ *Fonctionnement du linge*
- ❖ *Horaires et lieux des repas avec des repères visuels et sonores (pendules, fléchage au sol)*
- ❖ *Les toilettes*
- ❖ *Les lieux collectifs (ascenseur, WC collectifs, salles d'activité, le parc extérieur avec l'étang et ses poissons)*
- ❖ *Le service médical (rôle du médecin, des infirmières, distribution des médicaments)*
- ❖ *Sécurité de l'établissement (médicale, incendie, nuit)*

(Voir le protocole d'accueil)

1.3.4. Encourager et faciliter les visites des familles

L'accueil ne se limite pas à l'admission du résidant. C'est pour nous en effet une démarche qui trouve son sens lors des visites des familles et amis.

La famille joue un rôle important dans l'amélioration des soins et dans la qualité de vie du résidant. Ses visites ont des effets positifs. Nous avons donc souhaité proposer des endroits variés et agréables pour recevoir des visites : chambres individuelles, petits salons intimes, grande salle d'activité au sein de l'établissement facilitent les échanges. Sans oublier un terrain paysagé et clos de 12000 m². Nous avons constaté que l'entrée, quand elle est vaste et lumineuse, est également un lieu de vie et de rencontre. Si nous réussissons à reproduire dans le nouvel établissement ce que nous vivons à Montifault, alors l'atrium jouera vraiment le rôle pour lequel il a été conçu. Les visiteurs seront peut être surpris au début, mais rapidement ils pourront s'immerger dans ce lieu de vie et d'échange.

Nous impliquons aussi les familles à la vie de l'établissement en :

- ❖ *invitant les proches à partager le repas de la résidence,*
- ❖ *participant aux animations*
- ❖ *organisant au moins deux manifestations avec les résidants et leur famille (une à Noël et une l'été, avec un barbecue).*
- ❖ *Invitation d'anciens résidants partis pour des raisons de proximité ou de prix dans d'autres établissements à venir partager un goûter avec nous.*

Les repas seront bien évidemment proposés aux familles mais aussi à tous ceux qui s'impliquent dans l'établissement.

Par ailleurs, nous informons régulièrement les familles de l'état de santé et de l'autonomie du résidant au sein de l'établissement. Cela permet de les rassurer, et de mieux leur faire partager la vie de la personne âgée.

Pour l'avenir....

Dans un avenir un peu plus lointain, nous réfléchirons, quand l'équipe médicale sera complète, à proposer un service de visites à domicile de l'infirmière coordinatrice avant le placement. Ces visites peuvent être intéressantes dans le cas du placement d'un membre d'un couple afin de rassurer les deux époux.

Il faut réduire au maximum le traumatisme du placement et cela pour les deux conjoints.

Les moyens de communication évoluent rapidement. Aussi pourquoi ne pas envisager une présentation numérique de l'établissement sur un CD rom avec visite virtuelle des chambres et intervention des différents membres de l'équipe.

2. La vie quotidienne.

2.1. La chambre.

Nous avons longuement réfléchi sur l'attitude à adopter face à un résidant qui voudrait apporter tout son mobilier. Il est certain que nous nous devons de reproduire dans la chambre, une ambiance rappelant la vie de la personne accueillie. Par contre, nous avons décidé de déconseiller le mobilier personnel pour des raisons de sécurité incendie et pratiques pour

l'équipe soignante. Ceci ne concerne évidemment que le mobilier imposant. Nous mettrons dans chaque chambre des tableaux décoratifs pouvant recevoir les photos des proches. Toutes les chambres pourront disposer d'une télévision à écran plat, d'un téléphone voire d'un accès internet. Le cabinet de toilette est privatif avec une douche de sol, un WC suspendu et positionné à 50 cm du sol (Normes handicapés) et un lavabo avec mitigeur.

2.2. L'hygiène corporelle.

Les chambres sont toutes aux normes handicapées et peuvent ainsi accueillir une personne en fauteuil roulant ou fauteuil coquille. Pour les horaires de réveil, nous tenons compte du rythme de chacun. C'est à l'équipe soignante de s'adapter au lever et aux habitudes des résidents. Le réveil doit être stimulé et pas par un allumage autoritaire des lumières.

L'entrée dans la chambre commence par un bonjour. Si le réveil est difficile, les mots d'accueil, le toucher affectif seront des facteurs apaisant et de bienvenue dans le monde de l'éveil.

Le lever de la personne âgée ne devra être assisté par un lève malade que dans les cas très difficile. Les lits électriques à hauteur variable seront systématiquement mis en place.

Le rythme du coucher sera également libre et dépendra du résident. L'équipe est présente pour une aide dans le respect des habitudes culturelles et religieuses.

Toutes les chambres ont leur cabinet de toilettes suffisamment vaste pour apporter une aide au moment de la toilette des résidents. Le GMP de l'établissement est élevé (786) et actuellement (mars 2006), une seule personne âgée effectue sa toilette seule et ne nécessite qu'un peu d'aide pour l'habillage. Toutes les autres personnes sont assistées complètement ou fortement.

Nous pensons équiper toutes les chambres de chaises de douches afin de pouvoir donner des douches le plus souvent possible voire quotidiennement. Il faudra tenir compte des habitudes de vie du résident pour lequel la douche n'était peut être pas la priorité ou absente du domicile.

Dans les cas difficiles, l'établissement sera doté d'un chariot douche et la toilette se fera dans les salles de bains communes, plus spacieuses et adaptées à ce type de matériel.

Nous utiliserons pour la toilette des produits neutres, peu agressifs.

Remarque :

Pour conserver des habitudes d'achat du résident, nous pensons mettre en place un petit kiosque où seraient à vendre ces produits de toilettes entre autres

choses. Les personnes âgées sont coupées du monde commercial alors que beaucoup ont conservé le plaisir de « faire ses courses »

La toilette devra commencer par les zones neutres. Il faut être présent (à portée de voix) si l'aide n'est pas indispensable. Les salles de bains sont toutes équipées de portes. Il faut veiller à respecter l'intimité des personnes âgées en fermant systématiquement au moins la porte de la chambre. Les salles de bains sont équipées d'appel infirmière et tout soignant pourra demander de l'aide même si les portes sont fermées. Les arrivées d'eau dans les salles de bains sont mitigées, en accord avec la nouvelle réglementation sur la légionellose, ceci pour éviter tout risque de brûlure.

L'aide apportée doit être méticuleuse en veillant bien à l'hygiène des plis et leur séchage. La toilette de la bouche ainsi que le lavage des dents ou du dentier ne doit pas être oublié.

Nous demanderons aux résidents ou leur famille de faire graver les dentiers afin d'éviter les pertes ou les échanges. En effet, beaucoup de résidents enlèvent par inconfort ou jeu, leur dentier et la disparition, même momentanée de l'appareil dentaire, entraîne des problèmes alimentaires. Pour l'hygiène des ongles, l'établissement fait appel à une pédicure qui intervient en accord avec les résidents et leur famille.

Nous proposons également les services d'une coiffeuse et l'établissement est équipé d'un petit salon de coiffure. Mais la coiffure n'est pas qu'une affaire de professionnel et les soignants s'adonnent volontiers au maquillage discret et à la coiffure des résidents.

Notre volonté est de pouvoir faire découvrir aux personnes âgées qu'une douche ou un bain peut être un moment de plaisir et apporter bien être et plaisir.

Tout ce qui tourne autour de la toilette comme l'épilation, le maquillage doit être un moment privilégié pour favoriser les échanges affectifs.

La toilette devra régulièrement être évaluée de façon à constater l'évolution ou la régression du résident dans son aptitude à se laver.

L'habillement.

L'aide à l'habillement est importante et très présente dans notre établissement. Cela nécessite donc une bonne réflexion sur l'organisation du travail. Nous devons prévoir, en soirée, les vêtements du matin suivant. Le linge de corps est à changer quotidiennement et ce n'est pas toujours dans l'habitude du résident accueilli. Pour le reste des vêtements, un chevalet sera installé dans les chambres pour pouvoir poser les vêtements propres à mettre le lendemain. Le tri du sale et du propre se fera le soir avec nécessité de débarrasser la chambre rapidement. Le fait de pouvoir disposer de chambres simples va à ce niveau nous faciliter la tâche et éviter les mélanges de vêtements qui existent actuellement. Toutes les

chambres disposeront de placards privatifs avec penderie qui permettront le rangement du linge.

Le choix des vêtements, quand celui-ci est possible, va être rythmé par le jour de la semaine, les saisons, les sorties, les fêtes. L'implication de l'équipe, des résidants et des familles sera indispensable.

Pouvoir garder la traditionnelle tenue du dimanche, importante chez les personnes âgées nous imposera une formalisation précise du trousseau demandé dans le livret d'accueil. Il nous arrive en effet d'accueillir des personnes entrantes avec comme seuls vêtements ceux portés le jour de l'entrée.

Le port des sous vêtements doivent être encouragé. Malheureusement, ce n'est pas simple quand on sait qu'aujourd'hui (mars 2006) seules deux résidentes sur 45 ne sont pas incontinentes.

Concernant l'habillement, il faudra être vigilant sur quelques points précis :

- Le port des robes pour les résidentes en fauteuil coque. Pour respecter la pudeur et l'intimité de la résidente, on préférera le caleçon.
- Respecter les harmonies des couleurs
- Boutonner tous les boutons
- Penser à maintenir les bas
- Chausser la personne même si elle ne marche plus.

Nous devons guider la famille dans les achats de vêtements en fonction des critères précédents . Le marquage sera demandé aux familles. Nous envisageons de pouvoir proposer ce service aux familles.

2.3. La restauration

Avant de pouvoir aborder le sujet de la restauration, il faut penser à l'état de la dentition de la personne. Les personnes âgées sont issues d'une génération où l'hygiène dentaire en était à ses balbutiements et les soins dentaires consistaient souvent par l'extraction de la dent malade. Il faudra donc à l'entrée du résidant faire réaliser par un dentiste (Le Dr Mardon, chirurgien dentiste, visite régulièrement les pensionnaires) un bilan bucco dentaire et consigner dans le dossier de soins les résultats de ce bilan. Nous insistons sur l'importance de la gravure de l'appareil dentaire.

2.3.1. Les Menus.

Les menus sont élaborés en collaboration avec le responsable de la cuisine et l'infirmière. Chaque jour, un menu équilibré, adapté à la personne âgée et à la pathologie est proposé avec la possibilité de choisir un plat de remplacement afin de respecter les goûts de chacun.

Si le protocole d'accueil a bien été suivi, le menu de substitution devient secondaire dans la mesure où les habitudes alimentaires ont été demandées. Il devient simple au cuisinier de s'adapter et d'anticiper le remplacement de tel ou tel plat.

Nous devons relativiser cette notion de repas, dans la mesure où, actuellement peu de résidents se souviennent de leurs habitudes alimentaires. Le nouvel établissement nous amène à penser que la population accueillie sera moins dépendante et donc plus à même de nous faire part de leurs remarques.

Les menus sont affichés quotidiennement à l'entrée du restaurant. Le restaurant est vaste (près de 100m²) et permet de recevoir confortablement 50 à 60 personnes. Les tables sont de style tout en étant adaptées à un nettoyage régulier et intense. Les chaises sont en bois et revêtement imperméable.

Les nappes seront dressées uniquement le dimanche pour deux raisons :

- Le nettoyage sera plus facile
- Pour permettre de rythmer la semaine et de marquer le dimanche comme un jour particulier.

2.3.2. L'organisation de la cuisine.

Les repas sont élaborés sur place par du personnel diplômé, dans le respect des normes d'hygiène de la cuisine collective. Nous élaborons, à partir d'aliments frais, la plupart des menus. Les cuisiniers confectionnent complètement la plupart des repas proposés :

- Les soupes sont encore faites avec des légumes frais
- Les pâtisseries sont réalisées sur place
- Les repas proposés aux personnes dépendantes sont réalisés sur place, généralement à partir du menu du jour.

Nous proposons quatre repas par jour :

- Le petit déjeuner est pris actuellement en chambre en respectant le lever du résident.
- Le déjeuner et le dîner sont pris en salle pour la plupart de nos pensionnaires.
- Le goûter est pris généralement dans le salon.

Les places dans le restaurant sont choisies, dans la mesure du possible, en fonction des affinités et des connaissances des résidents. L'équipe soignante participe à la prise des repas pour les personnes en perte d'autonomie.

2.3.3. Les horaires.

<i>Petit déjeuner</i>		
<i>Déjeuner</i>		
<i>Goûter</i>		
<i>Dîner</i>		

Nous proposons aux familles et aux proches de déjeuner dans l'établissement.

3. La sécurité sanitaires des résidents

Les personnes âgées représentent une population fragilisée. Leur institutionnalisation devra permettre une gestion rationnelle et efficace en matière d'accès aux soins. Nous sommes confrontés pour la première fois à un accroissement important du nombre de personnes âgées. Cette population est naturellement plus consommatrice en matière de soins et on constate une augmentation des dépenses d'assurance maladie lié à ce phénomène.

Le rôle de la direction et de l'encadrement médical va consister à équilibrer l'exigence de soins exprimée dans le projet de l'établissement et la multiplication des actes inutiles.

Pour pouvoir limiter les hospitalisations évitables, nous devons pouvoir assurer la meilleure prise en charge sanitaire à l'intérieur de l'établissement. La présence du médecin coordonnateur, associé aux infirmières va nous permettre de nous orienter dans cette voie.

La collaboration avec les services des soins palliatifs nous permet d'accompagner les résidents dans leur fin de vie.

Notre volonté est de pouvoir s'adapter le mieux possible aux résidents que nous accueillons. Nous sommes conscients que nous ne pourrons jamais tout savoir faire et faire intervenir des professionnels extérieurs est la meilleure solution.

Si l'accès aux soins de la personne âgée hébergée reste fondamentalement le même que celui de la personne âgée qui continuerait de vivre à son domicile, notre rôle va consister à accompagner cet accès et le faciliter en cas de besoin.

La sécurisation sanitaire apporté par l'établissement permet aux résidents :

- De disposer d'une surveillance médicale régulière, par la présence dans l'établissement de deux infirmières (bientôt trois) et grâce aux vacations des médecins libéraux.*

- De disposer d'un suivi kinési thérapeutique adapté et intra muros. Le nouvel établissement possèdera un local adapté et équipé de matériel proposé par le kinésithérapeute de l'établissement.
- D'avoir à disposition de nombreuses aides soignantes formées à la gériatrie et connaissant la prise en charge de la perte d'autonomie liée à l'âge
- De disposer d'appel malade dans toutes les chambres et les salles de bains ainsi que dans les sanitaires communs de l'établissement
- D'avoir individuellement un dossier médical et de soins, interne à l'établissement, qui permet de connaître leur état physique et mental. Ce dossier de soins facilite les actions d'urgence quand elles se présentent.

Le projet de soins est détaillé dans un chapitre qui lui est dédié. Sa liaison avec le projet de vie consiste à pouvoir apporter au résidants, quand l'état de santé le nécessite, les améliorations de « confort » pour la vie quotidienne (ex : fauteuil coquille)

Nous pensons informatiser le dossier médical. Cela ne se fera qu'après une réflexion avec les utilisateurs, connaître leur motivation pour l'informatique et peser le pour et le contre d'un tel projet.

Actuellement, les ordonnances ne sont pas informatisées, les fiches de suivis non plus. Le dossier médical est entièrement géré de façon manuelle. Nous avons donc tout à entreprendre dans notre démarche vers l'informatisation.

Si nous optons pour l'informatisation, ce sera pour une solution clé en mains proposée par de nombreux éditeurs. Le choix se fera en fonction des objectifs que nous nous serons fixés.

4. L'accompagnement personnalisé des résidants.

4.1. En cours de vie.

La plupart des personnes associe la maison de retraite à un accompagnement pour la fin de la vie. Même s'il est évident que nous accueillons essentiellement des personnes âgées voire très âgées avec une moyenne d'âge de 87 ans, il faut garder à l'esprit que certains séjours, même si la tendance est à la diminution de la durée, peuvent se prolonger pendant plusieurs années. D'autre par, et le suivi des traitements médicamenteux le confirme, un grand nombre d'institutionnalisation résulte de l'apparition des troubles liés à la maladie d'Alzheimer sans qu'il y ait pour autant une altération de l'état physique du résidant. A partir de ce constat, on ne peut imaginer un projet d'établissement qui négligerait, voire privilégierait l'accompagnement en cours de vie.

4.1.1. Le retour à la vie en communauté.

Quitter son domicile pour intégrer une maison de retraite implique un changement très important dans le mode de vie. On assiste à une transition brutale entre un mode de vie souvent solitaire à une vie en communauté. Il faut donc que l'équipe s'implique dans l'intégration du nouvel arrivant dans l'ensemble des résidents déjà présents. Le suivi sera important et la mise en place de réunions entre soignants et non soignants nous permettra d'échanger les points de vue sur l'intégration. C'est également pour cette raison que nous ne pouvons statuer réellement sur un résident et l'opportunité de placement dans notre Ehpad qu'au bout d'un mois environ après son entrée.

4.1.2. L'appropriation des lieux de vie.

Le nouvel établissement va mettre à disposition des résidents des locaux sur lesquels nous devront réfléchir. En effet, par rapport au château de Montifault, les espaces de vie seront multipliés. Deux salles d'activité et deux salons seront présents. Notre réflexion sur ce thème n'est pas terminée mais les idées émises sont les suivantes :

- La salle d'activité de l'étage pourrait servir aux activités intellectuelles que sont la lecture, la musique et l'écriture. La bibliothèque sera composée d'ouvrages traditionnels et d'ouvrages destinés aux malvoyants. L'écriture sera présente dans un coin de la pièce avec bien sûr la possibilité de se faire aider par un membre de l'équipe. Cette salle sera équipée également d'un système de projection nous permettant de visionner des films sur grand écran. Nous organisons des séances cinéma.
- Les salons du rez de chaussée seront plus des salons de rencontres. Ils permettront aux familles de passer un moment tranquille avec le résident sans pour autant aller dans la chambre.

Les espaces extérieurs devront être appropriés par les résidents. Le vaste parc sillonné par les chemins permettra les promenades en famille ou avec les membres de l'équipe. Ces chemins seront arborés. Nous installerons des barres d'appui à des intervalles réguliers et de nombreux bancs seront placés sur le tracé de la balade. Les cours intérieures seront à accès libre et donneront un peu d'espace extérieur tout en restant dans le bâtiment.

4.1.3. Le respect vestimentaire.

L'aspect vestimentaire reflète bien l'état psychologique de la personne âgée et notre attention doit se porter sur cette manifestation extérieure révélatrice. Il faudra également porter une grande

attention sur le choix des vêtements. Le choix devra être conforme à la volonté du résidant même s'il n'est pas toujours exprimé. Nous constatons en effet qu'un résidant atteint de démence sénile va se déshabiller durant la journée si le choix des vêtements ne correspond pas à ce qu'il aurait voulu porter. Nous devons également veiller à la propreté des vêtements portés ainsi qu'à la propreté du résidant.

4.1.4. Le respect du handicap.

Malgré toute l'attention que nous portons à la conception et la réalisation du bâtiment, celui-ci ne remplacera jamais un domicile privé. Il nous faut par contre nous adapter au handicap et permettre à chacun de pouvoir utiliser les aides au handicap en toute sécurité et facilité.

En pratique, les fauteuils roulants devront pouvoir circuler librement dans tout l'établissement. Une aide par une signalétique colorée et avec de gros caractères permettra l'orientation dans le bâtiment. Des barres d'appui sont présentes dans tous les couloirs.

4.2. En fin de vie.

L'accompagnement en fin de vie est traité dans le projet de soins. Notre action va intervenir à différents niveaux :

- Du côté des soignants par
 - un travail technique.
 - Un travail psychologique avec notamment des groupes de parole
- Du côté des familles par
 - La possibilité de s'entretenir avec un membre de l'équipe médicale ou de la direction
 - D'avoir à disposition un lieu d'accueil spécial pour pouvoir évacuer le stress de la séparation
 - La présence d'une psychologue
 - Au moment du décès, les accompagner dans le deuil si la demande est exprimée
 - Pouvoir revenir à tout moment dans l'établissement.

Nous aimerions associer des bénévoles à cet accompagnement. Pour l'instant, tout est à faire et fera l'objet d'une réflexion collective avec les quelques bénévoles intervenant actuellement dans l'établissement.

DROITS ET LIBERTES

Ils sont assurés par :

- la pratique de la Charte des personnes âgées
- La présence de personnels que nous souhaitons en nombre et qualifiés (cf. dossier des personnels)
- La formation du personnel (plan pluriannuel)
- Le respect de la citoyenneté.

Nous reprenons les grandes lignes de notre dossier CROSMS puis nous détaillerons plus en détail l'orientation que nous voulons donner à notre projet.

La Charte des droits et libertés de la personne accueillie

La Charte annexée à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée.

Formation du personnel.

Il sera porté une très grande attention à la formation du personnel. Tous les personnels intervenant seront formés spécifiquement. Un plan de formation prévisionnel pluriannuel est élaboré en annexe.

Le respect de la citoyenneté des résidents

La tentation est grande d'agir ou de décider à la place de la personne âgée. Cependant, notre préoccupation est de garantir à la personne hébergée le respect de son intimité, de sa dignité, de ses choix, de ses biens propres et de l'accès à l'information.

Le respect de l'intimité de la personne âgée

Le respect de l'espace privatif

Le logement du résident est un lieu privé dans lequel on ne pénètre pas sans frapper et à n'importe quel moment. C'est un lieu intime où la personne peut s'isoler et conserver un espace de liberté individuelle. La notion de "chez soi" doit être une réalité.

La relation avec le personnel

La relation entre le personnel et le résident doit être courtoise et chaleureuse, excluant la familiarité et les préjugés. Nous sommes attachés à instaurer un véritable dialogue et une confiance entre le soignant et le soigné. La toilette et les soins sont effectués porte fermée.

L'établissement assure le respect de la tranquillité des résidents. De la même façon, la nuit, le personnel doit respecter le sommeil des résidents autant que possible.

Le respect de la dignité de la personne

La personne âgée (ou sa famille) a la possibilité de faire valoir son droit auprès de la Direction de l'établissement qui s'engage à prendre en compte la réclamation et s'efforce d'apporter à la personne âgée, et/ou sa famille, une réponse objective.

Par ailleurs, le personnel continuera à être attentif à l'aspect extérieur de la personne âgée dépendante. Une attention particulière doit être portée sur le choix des vêtements, leur couleur, leur état...

Tous les soins d'hygiène doivent continuer à être effectués en respectant la pudeur de la personne.

Le Droit d'expression

Nous tenons à ce que les résidents soient informés de la vie de l'établissement, pour mieux participer, et prendre en compte leurs désirs.

Toute personne âgée a le droit d'être écoutée. Il est important qu'on lui signifie que sa demande a été entendue et qu'on lui laisse la possibilité d'exprimer des choix. L'établissement rappelle systématiquement que le résident ou sa famille a le choix des intervenants extérieurs (infirmières libérales jusqu'à la convention tripartite, médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures,...).

Un Conseil de la vie sociale a été mis en place et se réunit au moins deux fois par an, ceci dans un but d'échange entre les représentants des résidents et les représentants des familles. Les comptes-rendus de ces réunions seront affichés dans le hall d'accueil. Il est composé de :

- représentants des résidents,
- représentants des familles,
- représentants du personnel
- direction

Cette institution donne son avis et pourra faire notamment des propositions sur :

- le règlement intérieur,
- l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités,
- les services thérapeutiques,
- l'animation socioculturelle,
- les projets de travaux et d'équipement,
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- l'affectation des locaux collectifs,

- *l'entretien des locaux,*

*De plus, l'établissement souhaite connaître les opinions et attentes des résidants. L'établissement réalisera une **enquête de satisfaction régulière** auprès des résidants et de leur famille. Les résultats seront affichés dans le hall d'entrée. Ils permettront d'entreprendre des actions correctives afin de mieux répondre aux attentes et besoins des résidants.*

Une Commission des menus sera constituée. Elle sera composée :

- ❖ *du chef cuisinier,*
- ❖ *de résidants et d'un représentant des familles*
- ❖ *de membres du personnel,*
- ❖ *du directeur*

Elle se réunira 3 fois par an pour aborder les souhaits et remarques des résidants et du personnel.

Le respect du rythme de vie du résidant

Malgré la nécessité d'une organisation de vie collective, le rythme de vie des résidants doit autant que possible être respecté. La fatigabilité, les handicaps des personnes âgées sont pris en compte.

Les horaires de lever, de coucher, des toilettes sont relativement modulables. Nous rappelons régulièrement à l'équipe l'importance de cette souplesse dans leur organisation de travail, afin d'apporter un mieux être au résidant, et un meilleur début de journée par exemple.

La protection des personnes et des biens des résidants

Si nécessaire, la direction peut, en concertation avec le médecin traitant, faire la demande auprès du juge des tutelles pour mettre en place une protection juridique appropriée (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

Un coffre-fort sera mis à disposition des résidants qui souhaitent y déposer des objets personnels de valeur.

Liberté et dépendance vis à vis d'un tiers.

La décision d'entrer en établissement est de plus en plus guidée par la survenue d'un handicap entraînant une dépendance physique, psychique, sociale ou relationnelle. Au fur et à mesure, l'aggravation de ces dépendances remet en question le respect des droits et des libertés fondamentales des personnes. La dépendance place la personne sous l'emprise de celui qui

l'aide, depuis la réponse à un appel sonore, au besoin de communiquer implicitement.

L'éloignement des familles augmente la demande des familles et le recours aux professionnels de l'accueil des personnes âgées dépendantes.

1. Liberté de posséder.

Si dans l'absolu, il paraît évident de proposer des chambres nues qui seront meublées par la famille du résidant avec ses propres meubles, la réalité est toute autre. Comme cité précédemment, la sécurisation des risques d'incendie nous oblige à exclure tous les matériaux inflammables. D'autre part, il est rare que les familles nous fassent cette demande car cela accroît l'organisation de l'institutionnalisation du résidant. Par contre, les chambres auront des coloris différents, des tissus différents et nous laisseront le choix de la chambre en fonction des préférences de chacun. Il sera possible de personnaliser la chambre avec des photos, des bibelots et des affaires personnelles. Il est vrai qu'à ce niveau, nous ne laissons que peu de place à la liberté du résidant mais c'est pour des raisons fonctionnelles (lit électrique...) et sécuritaires. Les photos des résidants seront vivement conseillées car en plus du lien vers le passé favorisant les échanges avec le personnel, c'est pour nous un témoin permanent que la personne âgée a été « jeune et active » auparavant.

2. Droit à l'intimité, à la sécurité.

Le premier gage de possession individuelle réside dans la détention de la clé de sa chambre, aucun personnel ne devant entrer y sans avoir été invité. Malheureusement, vu la dépendance importante de la population accueillie, nous ne pourrions respecter cet engagement que pour les personnes pouvant encore gérer l'appropriation de sa chambre. Les clés offrent la liberté et la garantie essentielle que chacun puisse se sentir chez soi, posséder, garder en toute sécurité affaires et objets personnels et profiter de son intimité et c'est important de respecter cet engagement pour les personnes aptes à le gérer.

L'appropriation des chambres reste une réelle possibilité de vie intime, sentimentale, de recevoir parents et amis chez soi, sans avoir à demander l'autorisation ni à informer quiconque. L'établissement possède plusieurs salons isolés ou non qui permettent également les réceptions des proches. Il faut avoir à l'esprit que pour beaucoup de résidant, les autres résidants et le personnel de l'établissement deviennent leur famille. C'est la raison pour laquelle les visites dans les chambres ne sont pas toujours la règle. Nous ne comptons pas imposer des horaires de visites mais simplement les conseiller. Les matinées étant essentiellement consacrées aux toilettes et au ménage des chambres

L'un des gages de la liberté de posséder réside dans l'attitude du personnel au sein des chambres et des placards.

Ne jamais ouvrir un tiroir, un placard, sans la présence et l'accord de l'usager. Laisser ce dernier ranger toutes ses affaires comme bon lui semble et le personnel n'a même pas à savoir si cela est "bien fait" ou non. Les placards sont équipés de clés. La gestion des clés des placards sera coordonnée à celles des chambres.

L'expérience démontre que le besoin de partager une certaine confidentialité de la part du Résidant s'effectue après une période de connaissance de la maison et de ses personnels estimée à environ trois mois de présence.

Les chambres des personnes hospitalisées seront condamnées jusqu'au retour de l'hôpital.

Les signatures des conventions tripartites, même si dans l'ensemble apportent beaucoup d'éléments positifs, rend l'accueil des couples difficiles dans la mesure où seules quelques chambres communicantes nous ont été autorisées. Nous n'avons aucune possibilité de mettre deux lits côte à côte et pour certains couples, la déchirure est profonde.

3. La liberté de disposer de ses biens.

Le premier des biens que possède chaque Résidant est son argent. Si par principe, il est hors de question de s'immiscer dans les biens personnels des Résidants, il faut garder à l'esprit que pour beaucoup, la gestion financière est devenue impossible. Chaque fois que cela n'est pas le cas ils doivent ouvrir des comptes bancaires ou livret de caisse d'épargne afin de suivre l'évolution de leurs finances.

Pour les personnes ne pouvant gérer leur pécule mais qui ont malgré tout conservées la notion d'achat, nous nous proposons d'imprimer des « chèques à usage interne » afin de permettre les achats courant que nous proposerons dans le kiosque de l'établissement. Nous interdisons de détenir de fortes sommes en liquide et proposons dans ce cas un dépôt. L'établissement n'est responsable que des sommes ou des biens -bijoux, valeurs- qui lui sont remis et déposés dans son coffre.

4. La liberté de garder ses habitudes

Dans les habitudes couramment rencontrées et celle de fumer. Le règlement intérieur rappelle l'interdiction de fumer. En pratique nous accueillons peu de fumeurs car l'âge et la dépendance ont un effet négatif sur le tabagisme. Toutefois, pour les quelques fumeurs, la structure du bâtiment avec ses deux cours intérieures permet un accès extérieur sécurisé.

5. La liberté choix du praticien et du soignant en Maison de Retraite

Chaque résidant peut conserver son médecin traitant. Il arrive que certaines personnes accueillies veuillent conserver leur médecin traitant et nous sommes tout à fait favorables car c'est par la diversité que nous progresserons dans notre démarche qualité. Mais les libéraux ne participent pas à la globalité de la vie institutionnelle d'où l'importance du rôle de la coordination médicale. Pour les soins bucco dentaires, c'est plus difficile car peu de dentistes acceptent de se déplacer.

6. La liberté d'aller et de venir... en fonction de l'état cognitif

Une politique d'ouverture sur le monde extérieur serait incohérente avec toute restriction de se déplacer.

- Le droit de circuler au dehors n'est pas limité pour les Résidants autonomes ?
- Il est seulement demandé aux Résidants d'informer de leurs absences..
- La cuisine : difficile de concilier la réglementation sanitaire et le rôle des Résidants
- Epluchage des légumes et ateliers pâtisserie animés par le chef de cuisine ?

7. La liberté de communiquer en fonction de l'état cognitif

Il faut permettre à chacun s'il le désire et en est capable de posséder sa propre ligne téléphonique et d'en assumer directement les charges financières. Toutes les chambres de l'établissement possèdent une prise téléphonique et une prise télévision. Le câblage des liaisons informatiques est prévu. La génération actuellement en EHPAD n'a pas été sensibilisée à la révolution informatique et les échanges de courriers électroniques avec les proches seront gérés par le secrétariat de l'établissement.

Doit on ou non installer une cabine téléphonique dans l'établissement pour les résidants ne voulant pas de lignes privatives mais désirant pouvoir téléphoner librement. Nous débattons de cette question et nous déciderons en fonction des demandes. Le réseau téléphonique interne permettra de pouvoir appeler, par numérotation abrégée, à tout moment, les responsables de l'établissement à la manière d'un hôtel.

8. La correspondance ... en fonction de l'état cognitif

Les chambres auront une signalétique multiple, par numéro, par image, par couleur d'accès et chacune possèdera sa boîte aux lettres au niveau de la porte d'entrée. L'établissement réceptionne le courrier et c'est le personnel qui dépose le courrier dans les boîtes ce qui permet, pour les résidants de posséder une boîte à leurs noms... tout en "prenant soin" des correspondances administratives d'importance majeure.

Le départ du courrier est assuré quotidiennement au moyen d'une grande boîte aux lettres "courrier départ" qui sert aussi de boîte à suggestions ?

Pour les résidants dépendants nous pensons utiliser l'aide d'un bénévole pour lire ou écrire sous la dictée. La confidentialité sera un impératif à respecter.

Le journal local pour les abonnés doit être apporté en même temps que le petit déjeuner. L'établissement va s'abonner dès son transfert à diverses revues afin de maintenir le plaisir de lire.

9. La liberté confessionnelle

Le respect des pratiques religieuses fait partie des droits fondamentaux de la personne âgée. La génération actuellement accueillie en milieu rural est essentiellement de confession catholique. L'établissement possède un lieu de culte pouvant accueillir environ 15 personnes. Nous nous proposons d'entrer en contact avec la communauté religieuse locale afin de pouvoir célébrer un office religieux quelques dimanche dans l'année.

La retransmission télévisuelle dominicale de la messe sera proposée à toutes les personnes intéressées. Les contacts avec les offices religieux se feront également dans l'accompagnement des fins de vie.

10. Le droit de vote... en fonction de l'état cognitif

Le maintien des connaissances des événements de l'actualité locale ou nationale incite les résidants à s'exprimer aux moments électoraux car ils conservent leurs opinions politiques. Les procurations seront proposées aux familles désirant faire voter leur proche. Il nous semble en effet difficile d'accompagner les résidants qui le souhaitent jusqu'à une porte du bureau de vote local.

11. Le droit à l'information

Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé. Les familles ont la possibilité d'interroger le médecin coordonnateur de l'établissement pour s'enquérir de la santé de leur proche. Pour la communication du dossier médical, nous respecterons strictement ce qu'autorise la loi.

Les dossiers de soins présents dans l'établissement seront accessibles uniquement au corps médical présent dans l'établissement. Nous devons sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la communication d'information relevant uniquement du médecin.

Les décès seront annoncés par le biais d'un affichage discret à l'accueil. Nous demanderons au Conseil de la Vie Sociale son avis sur la question.

Menacé par l'apparition des handicaps, le droit à l'information doit être préservé car c'est celui qui conditionne le maintien dans la vie active. Le droit à l'information demande de déployer de

nombreux moyens, de l'énergie et beaucoup de patience pour faire lire, faire entendre, faire comprendre et surtout répéter...et lutter ainsi contre le ralentissement intellectuel lié à l'absence de sollicitation. Nous réfléchissons à la mise en place d'une gazette interne à diffusion limitée aux familles sur la vie de l'établissement au quotidien avec un rappel des animations, des événements, des nouveaux salariés et sur nos ambitions et projets

12. Libertés d'expression et de communication

Elles sont les dernières garanties de l'identité, de la personnalité et du statut des Résidents.

13. Le Conseil de la vie Sociale

Les élections des membres du Conseil de la Vie Sociale se sont déroulées en avril 2006. Le nouveau conseil est formé de 7 membres avec voix délibératives. Une annexe précisera le nom des différents membres.

Parmi les attributions du Conseil de la vie Sociale figure la prévention de la maltraitance.

14. L'expression individuelle des Résidents

Il faut solliciter les Résidents à s'exprimer sur tous les sujets directement, lors des commissions, ou par l'intermédiaire de leur représentant au Conseil d'établissement. Dans notre Ehpad, peu de personnes sont encore capables d'exprimer clairement un avis sur quelque question qu'il soit. Nous devons être particulièrement à l'écoute des non dits (rôle du psychologue) pour analyser les désirs et souhaits des personnes accueillies.

15. Les différentes commissions

Nous mettons en place un certain nombre de commissions dont le rôle est de concevoir, analyser et faciliter l'exécution d'un travail.

Exemple :

Commission vie collective

Commission des menus

Commissions ponctuelles pour la préparation d'un événement important (fêtes de fin d'année, fête annuelle

16. Droits des Personnes présentant des déficits cognitifs

Les personnes présentant des déficits cognitifs et/ou démence ont-ils droit aux "libertés" ?

Le respect et la dignité au quotidien passe par une vigilance particulière sur l'habillement, la dentition, la coiffure, et l'esthétique ?

Il faut respecter le vouvoiement, l'appel par leur nom (seules quelques personnes demandent de les appeler par leur prénom : la demande émanant de la personne, la connotation étant affective, il n'y a pas d'inconvénient à le faire).

Notre philosophie de travail est de traiter l'espace Alzheimer comme une unité intégrée à l'EHPAD. Les malades pourront donc bénéficier des animations et activités d'éveil en place dans les parties de l'établissement. L'espace Alzheimer est pour nous un espace architectural sécurisé mais il n'est pas question d'y enfermer les malades sans possibilité de sortie. Nous ne tenons aucune personne attachée ou sous camisole chimique et nous continuerons de le faire

Le droit à la compagnie est primordial et nous ne laisserons en chambre que les résidents le désirant ou dont la santé exige un isolement. Nous travaillons actuellement de cette façon et cela a permis de créer un espace de vie autour de l'accueil et un lieu de rencontre pour les familles.

Droit à revendiquer, à manifester

Reconnaître le droit à revendiquer, à manifester leur désaccord. Compte tenu de leur difficulté à utiliser la médiation de la parole, le personnel doit apprendre à décoder

Il s'agit d'admettre, par une sorte de parti pris éthique, leur droit d'échapper aux verdicts "guillotine" d'incurabilité.

Un rythme respectueux de la personne âgée

Le rythme de vie proposé aux personnes âgées s'organise à partir du désir, des habitudes sociales et du besoin d'aide.

Le petit déjeuner personnalisé, selon les demandes des résidents, est servi sur un plateau en chambre par les agents de service hôtelier entre 7h00 et 9h00.

La matinée est en partie consacrée à la prise en charge des soins de nursing, de kinésithérapie.

Cela n'exclut pas pour autant la possibilité de participer à des activités qui peuvent avoir lieu en fin de matinée (lecture du courrier, du journal, sortie et marche dans le parc,...)

Le déjeuner est servi en salle à manger à 12h00. La présence constante d'un agent de service hôtelier et du personnel soignant durant le repas favorise le climat d'échanges et d'attention aux besoins d'aide des résidents.

L'après-midi est un temps propice aux activités. Il nous apparaît important que le résident participe au minimum à une activité mensuelle, qu'elle soit participative ou occupationnelle.

Un goûter est servi vers 16h00.

Les entrées et sorties de l'établissement sont libre tout en veillant à la sécurité des personnes âgées désorientées.

Les heures de visite sont également libres tout en respectant l'intimité du résidant et le travail des équipes.

Le dîner a lieu à 19h00. Il est également servi en salle à manger ou sur plateau suivant indication médicale. Il est préférable que le repas du soir puisse être pris en salle à manger pour préserver un rythme nuit/jour cohérent et proche de la vie à domicile.

Vient ensuite le temps de la soirée et du repos.

Durant la nuit le personnel présent contribue par sa présence à répondre aux besoins des résidants et à instaurer un climat de quiétude propice au repos.

LE PROJET DE VIE

DE

L'UNITE ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés ont été longtemps complètement ignorés de la population et des décideurs politiques. Les troubles démentiels de la personne âgée concernent aujourd'hui 600 000 personnes en France et les projections démographiques ne sont guère optimistes sauf avancée thérapeutique importante.

En 2006, les choses ont évoluées et les politiques sociales et sanitaires ont pris conscience du phénomène et la recherche de solutions adaptée est une priorité.

Les solutions envisageables sont :

- *Le maintien à domicile pour respecter au plus près la volonté des malades et de leur entourage.*
- *Les hébergements temporaires et les accueils de jour.*
- *L'institutionnalisation en EHPAD.*

1. Les troubles liés à la maladie d'Alzheimer et aux démences apparentées.

La maladie d'Alzheimer n'est pas la seule maladie apparentées aux démences que l'on va retrouver dans notre établissement.

Le terme de démence est selon l'OMS une altération acquise progressive de la mémoire et d'au moins une autre fonction supérieure, suffisamment marqué pour handicaper les activités quotidiennes, apparue depuis au moins 6 mois.

Il s'agit, en fait, d'un syndrome qui peut apparaître lors de l'évolution d'un assez grand nombre de maladies qui entraînent des lésions du cerveau. (À différencier du vieillissement cérébral physiologique).

Ces maladies se différencient par leur mécanisme, leur âge de survenue, leurs symptômes et leur évolution. Leur point commun est d'affecter le fonctionnement mental de la personne concernée (mémoire, orientation, attention, concentration, langage, pensée et jugement...), mais aussi d'entraîner des perturbations du comportement et de l'humeur.

Pour ces maladies, il n'existe pas de traitement préventif ou curatif. Les médicaments utilisés ont une action palliative sur certains neuromédiateurs mais ne traite pas la maladie.

Les maladies rencontrées dans notre établissement sont :

- La Maladie d'Alzheimer
- Les démences vasculaires
- La démence à corps de Lewy

L'objet de notre projet de vie, sans vouloir ignorer les structures mises en place à domicile est d'exposer notre politique d'accueil dans notre établissement.

Le poids de la démence dans les EHPAD aujourd'hui est un phénomène que nous ne pouvons ignorer. C'est la première raison d'entrée en maison de retraite actuellement.

Si on étudie la population accueillie actuellement au Château de Montifault, on peut considérer que plus de 85 % des résidents présentent une démence à un stade plus ou moins avancé.

Nous pensons que le phénomène va s'amplifier avec l'allongement de la durée de vie. Statistiquement le phénomène de démence s'amplifie avec l'âge.

La volonté des personnes âgées dépendantes est de rester à domicile, de pouvoir continuer à vivre dans son environnement avec une aide extérieure et de finir ses jours chez soi. Au début de la maladie, l'entourage généralement ne souhaite pas confier leur malade à une institution car se considère capable de les comprendre et de leur offrir une vie digne et respectueuse et se culpabiliserait à l'idée du placement.

Ce phénomène de maintien à domicile a plusieurs conséquences :

- Malgré toute l'attention de l'entourage et les compétences des services d'aide à domicile, la survenue de complications médicales graves entraîne des hospitalisations d'urgence.
- Une aggravation de l'état de démence lors d'une hospitalisation dans des services de médecine non formés à la démence.
- le refus des services hospitaliers d'autoriser le retour à domicile.
- L'institutionnalisation en urgence et l'accueil de personnes démentes à des stades très avancés.
- Pour maintenir une personne Alzheimer à domicile, il faut une personne présente 24h/24h, des moyens financiers importants et une adaptation du logement. Et malgré tout cela, la prise en charge médicale sera moins bien assurée qu'en Ehpad

2. La prise en charge des troubles du comportement.

La construction d'une unité fermée type Alzheimer est pour nous une nouveauté dans la mesure où aucune structure de ce type n'existe au château de Montifault alors qu'une partie importante de nos résidents présente une démence avancée.

Au début de notre négociation avec le conseil général, il nous était clairement apparu que cette unité serait de type fermée et sécurisée et prévue pour accueillir des malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

C'est d'ailleurs ce type de structure qui était encouragée dans le cadre du conventionnement des maisons de retraite.

L'expérience et une réflexion de groupe nous fait envisager notre accueil de façon différente.

3. Reflexion autour d'une structure fermée.

Les avantages de ces structures fermées sont d'après nous :

- *Offrir un environnement sécurisé afin d'éviter les fugues. Au château de Montifault, le risque de fugue est élevé et nécessite une vigilance importante de la part de tous les salariés.*
- *Offrir des chambres individuelles à proximité du lieu de vie*
- *Offrir une espace de petite taille (10 chambres) et un repérage plus facile*
- *Offrir des activités sur place et une restauration in situ.*
- *Offrir une structure humaine sécurisante avec du personnel dédié à l'unité. (constance humaine)*

Nous avons, dans un premier temps, été décontenancé par l'absence de normes et de règles régissant le fonctionnement de ces unités Alzheimer. Avec le recul, nous nous en félicitons et pourrons personnaliser l'accueil en fonction de notre ressenti.

4. Notre point de vue.

Comme nous l'exprimons dans le chapitre précédent, nous accueillons déjà une proportion importante de personnes démentes pour de multiples raisons que nous ne détaillerons pas mais liées à l'historique du Château de Montifault.

Nous avons appris à vivre avec ce type de résidents et ne pouvons envisager de les enfermer pour le restant de leurs jours dans une structure de 400 m².

Notre structure sera de type ouverte mais sécurisée. Nous nous expliquons :

- La structure Alzheimer, au niveau architectural, sera sécurisé avec un jardin clos et privatif sans possibilités de fugue.
- L'espace intérieur permettra un accès facile vers ce jardin mais interdira toute sortie non autorisée vers la partie « NON ALZHEIMER » du bâtiment.
- Notre ouverture consistera :
 - Une commission d'évaluation composée de soignants et non soignants (Direction, médecin, infirmières, membres de l'équipe) se réunira tous les mois au minimum pour déterminer la prise en charge adaptée à chacun
 - Notre décision aboutira à tous les choix possibles. Cela pourra varier de la sécurisation complète dans l'unité jusqu'à une liberté de déambuler dans tous l'établissement.
 - Les activités dédiées aux Alzheimer ne leur interdiront pas l'accès aux activités communes.
 - Etant donné que nous avons pensé le bâtiment de façon sécurisée, les risques de fugues seront faibles.
 - Encadrer mais si possible ne pas enfermer.
 - A un stade avancé de la maladie, un résidant ne nécessitera probablement plus d'être dans la structure spécialisée. Un accueil dans un espace dédié aux personnes très dépendantes sera plus adapté

Pour nous résumer « **Pas de choix arbitraire en fonction de la maladie mais une réflexion collective pour s'adapter au plus près du malade et de sa famille** »

Nous sommes conscients de la difficulté de mettre en place de type d'hébergement et cela passera par une explication détaillée de notre projet de vie auprès des familles en leur faisant comprendre l'intérêt de notre type d'accueil mais que le risque zéro du principe sécuritaire n'existera pas et que nous aurons besoin de leur assentiment et de leur collaboration.

Notre expérience montre que l'accueil des personnes démentes est très hétérogène et peut varier du sujet jeune atteint d'une forme sévère et évolutive de la maladie aboutissant à un état de dépendance tel qu'il ne nécessite pas forcément l'accueil en unité sécurisée type Alzheimer.

A l'opposé, nous accueillons des personnes âgées de 80 – 90 ans présentant des formes « mineures » et peu évolutives de la maladie. Il serait dommageable de les priver de la convivialité de l'équipe et des autres résidents.

Remarque : Ceci implique, pour l'équipe soignante, une gestion de la maladie adaptée au malade. Au quotidien, c'est beaucoup plus compliqué car ce sont les malades atteints de ces formes mineures qui font le plus de « bêtises » et il faut savoir les gérer. De plus il faut expliquer aux familles la philosophie de notre projet. Pour éviter une trop grande gêne que pourrait entraîner cette mixité, nous réserverons l'étage aux personnes plus valides. Nous allons adapter notre règlement de fonctionnement expliquant notre démarche.

5. Spécificité du projet de vie « Alzheimer ».

Le projet de vie individuel général s'applique aux malades Alzheimer avec quelques spécificités.

Les troubles du comportement sont les plus souvent invoqués pour justifier la prise en charge en secteur fermé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Ils peuvent représenter une source de désagrément importante pour les personnes lucides qui cohabitent, une souffrance pour les soignants et une prise de risque augmentée pour les professionnels et les familles.

Sans aborder une description clinique précise de la maladie d'Alzheimer qui dépasse le cadre de notre projet, il convient d'en préciser les grandes lignes pour pouvoir en déduire une conduite adaptée. Les symptômes généraux rencontrés sont :

- Les troubles de la mémoire immédiate sont les premiers signes à apparaître.
- Les troubles de la mémoire ancienne apparaissent ensuite
- Les troubles du langage et de l'élocution s'ajouteront progressivement.
- Les troubles moteurs comme l'incapacité de se servir d'un objet courant apparaîtront de façon concomitante suivie d'une perte d'autonomie et un trouble de la reconnaissance des formes pouvant conduire à ne plus reconnaître un visage familier.
- Enfin s'ajoutent des troubles psycho-comportementaux, agressivité, agitation, dépression, anxiété...

Devant tous ces troubles, à un stade inaugural ou avancé, se pose la question essentielle du degré de conscience des malades eux-mêmes devant une régression lente et inexorable de leurs facultés intellectuelles.

On ne peut rien déduire des troubles de la mémoire. Par contre, les attitudes agressives plaideraient en faveur d'un certain degré de conscience, même à un stade avancé de la maladie.

Nous ne pouvons nous prononcer sur cette question et poseront comme postulat : Pour le respect fondamental du malade, nous estimeront que pendant toute la maladie, le résident sera conscient, au moins partiellement, de la réalité de ses troubles.

5.1. Les troubles du comportement.

Les troubles du comportement sont les plus souvent invoqués pour justifier la prise en charge en secteur fermé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Ils peuvent représenter une source de désagrément importante pour les personnes lucides qui cohabitent, une souffrance pour les soignants et une prise de risque augmentée pour les professionnels et les familles.

Les troubles du comportement perturbateur chez la personne âgée dépendante et démente (cris, opposition aux soins...) doivent impérativement faire rechercher une cause médicale, infectieuse ou iatrogène.

Sans vouloir ignorer la pathologie de la personne et les recommandations de l'unité gériatrique hospitalière, nous privilégierons notre propre opinion qui résultera :

- *De notre observation du malade*
- *De son intégration dans notre établissement*
- *De nos propres limites*

Beaucoup de structures fonctionnent avec un entretien préalable avant l'entrée dans l'établissement. Cet entretien permettant de déterminer si le malade peut être accueilli par l'établissement. Nous aimerions fonctionner différemment. Sans exclure l'entretien préalable, nous accueillerons le malade dans tous les cas et nous ne nous prononcerons qu'au bout d'un mois après l'avis de la commission d'observation composée du médecin, de la directrice, des infirmières et des équipes soignantes et non soignantes.

A ce jour, nous n'avons jamais eu à nous prononcer défavorablement sur un malade malgré la diversité des pathologies. Nous ne pouvons imaginer qu'il n'y ait plus d'espoir pour un malade.

5.2. La déambulation.

L'errance est un problème particulièrement fréquent dans la maladie d'Alzheimer mais existe aussi dans certains autres types de démences. Que la déambulation soit motivée par un but ou non, elle concerne une proportion importante des malades hébergées. A un stade très avancée de la maladie, la déambulation devient impossible par manque de force et de coordination musculaire.

Une personne déambulant peut marcher pendant des heures et des heures avec pour conséquences des risques de chutes, de phlyctènes aux pieds et également d'égarement.

La structure fermée est un milieu bien adapté à ce type de comportement dans la mesure où la conception du bâtiment a été prévue en conséquence.

Le couloir de déambulation doit être large, sans obstacles majeurs. En pratique, on ne va pas enlever tous les obstacles potentiels mais s'organiser pour les ranger et les disposer le long des murs pour ne pas gêner et diminuer le risque de chutes.

Initialement prévu de façon circulaire autour d'une cour intérieure, la zone de déambulation de l'espace Alzheimer est désormais rectiligne, traverse les espaces de vie que sont le coin repas, la zone de soins et la zone d'activité mais permet également un accès à l'extérieur dans un jardin fermé sur lequel nous devons encore réfléchir quant à sa forme et sa décoration.

Nous pensons y créer des repères constitués d'arbres, d'arbustes, de fleurs qui permettront de réduire le risque de désorientation ; ils seront complétés par une signalétique familière, identique à celle utilisée à l'intérieur de l'établissement, afin d'assurer la continuité entre les repères intérieurs et extérieurs.

Les éléments végétaux sont disposés de manière à reconstituer un paysage familier. Le jardin est alors perçu comme faisant partie du paysage extérieur où l'on a vécu avant. Le mobilier de jardin sera de type domestique et non professionnel.

Des allées, des cheminements permettront de déambuler suivant un tracé choisi en disposant des zones d'ombre et d'ensoleillement. Tous les chemins mèneront au point de départ. Des bancs seront disposés pour les haltes.

La zone de déambulation intérieure sera le plus clair possible avec un éclairage naturel et harmoniser dans des tons bleus. La décoration murale donnera un aspect agréable et vivant.

Pourquoi prévoir une zone en couloir et non circulaire qui serait plus facile à contrôler. Nous n'avons pas la réponse dans la mesure où nous ne savons pas ce que ressentent les malades et reporter sur soi ce que pourrait ressentir le malade n'est probablement pas la solution.

En réalité, la seule chose dont nous sommes à ce jour à peu près sûr de part notre expérience au château de Montifault, c'est qu'une zone de déambulation est indispensable. Elle doit être sécurisée et comporter le moins d'obstacles potentiellement dangereux possibles.

Cette zone de déambulation peut elle s'intégrer dans un espace ouvert. Nous avons clairement fait ce choix pour certains malades dont le comportement n'est pas dangereux pour lui ou pour autrui. Si nous pensons réellement que ce malade peut déambuler dans tout l'établissement sans risques, c'est la position que nous adopterons quitte à équiper l'établissement d'un système anti fugue

5.3. Le risque de fugue.

Le risque de fugue dans le secteur sécurisé est impossible. Mais il est de notre devoir de limiter au maximum ce risque de fugue. Tous les malades atteints de la maladie d'Alzheimer ne cherche pas à fuguer.

Il ne faut pas non plus ignorer ce phénomène. La principale difficulté sera la notion de risque acceptable par la personne malade, la famille, l'équipe soignante et la direction.

L'espace Alzheimer est sécurisé par un espace clos impossible à franchir. Les seules sorties seront intérieures et sécurisées par digicodes ou badges.

Il ne faut pas non plus se voiler la face et réaliser qu'une unité Alzheimer se rapproche par certains points d'un monde semi carcéral même si le but est de préserver la santé et le bien être de la personne. Comme nous le disions plus haut. Dans la mesure du possible et le comportement du malade, notre structure Alzheimer fonctionnera de façon semi ouverte la journée. L'accès aux activités communes sera possible. Notre réflexion globale sur le bâtiment nous a permis de le sécuriser suffisamment de telle sorte que les fugues seront toujours possibles quoique réduites mais pas dans un espace ouvert sur l'extérieur.

6. La structure.

Sans reprendre le projet architectural dans son détail, voici quelques réflexions :

- *Utiliser la lumière naturelle*
- *Utiliser des coloris clairs pour les murs et les sols (tons bleus et jaunes)*
- *Eviter une acoustique bruyante*
- *Préférer les sols souples*
- *Utiliser une signalétique claire et colorée.*
- *Faire un repérage temporel avec une horloge à aiguille.*
- *Créer, dans la zone centrale, un centre de vie et d'intérêt pour mobiliser les esprits. Cette unité doit être une véritable communauté : lieu privilégié de vie, les différents membres du groupe participent à la mesure de leurs moyens et avec l'aide des proches aux tâches familières et faciles qu'impose à tous la vie de tous les jours.*

7. Notre conclusion.

Il est important d'être à l'écoute de la personne pour repérer ses plaintes, ses besoins afin de répondre de manière la plus adéquate possible (réflexion collective au cours des réunions hebdomadaires).

La relation est un soin à part entière. Elle est thérapeutique dans tous ses aspects (activités en commun, le toucher ...).

Notre volonté est d'améliorer les conditions de vie de la personne âgée dépendante C'est pourquoi nous avons réfléchi à plusieurs types d'activités spécifiques :

- *Les soins relationnels*

Nous avons détaillé le concept et la façon dont fonctionnera la salle Snoezelen. Sa localisation en dehors de la zone Alzheimer est volontaire et permettra une sortie supplémentaire de la zone sécurisée.

- *L'atelier thérapeutique*

La psychologue y aura un rôle pédagogique et psychothérapeutique. Elle doit obtenir, mobiliser une coopération pour que les personnes participent pleinement à leur propre réhabilitation, et instaurer un climat chaleureux, gai, optimiste.

- *L'atelier mémoire*

Les dysmnésies marquent très souvent l'entrée dans le processus démentiel. La personne a des difficultés à fixer et à retenir les informations de tous les jours.

Le rôle de la psychologue sera de quantifier la perte mnémonique et de préciser quel est le type de mémoire ou la partie de la fonction qui est la plus altérée. Elle proposera alors des techniques de stimulation et de rééducation de la mémoire (fixation, conservation, évocation) ayant pour ambition l'amélioration ou le maintien de la fonction.

LE PROJET D'ANIMATION

Introduction :

Le projet d'animation autrement nommé projet « social et culturel » fait partie intégrante du projet d'établissement. Ce projet met en œuvre les potentialités humaines et matérielles de l'institution au service des résidants. Ce projet prend en compte les droits et libertés des personnes âgées relatifs à la charte du même nom et se construit autour des projets de vie individuels des résidants.

L'animation en maison de retraite est souvent vécue comme un accessoire. Elle n'en est pas moins un outil de médiation pour permettre à la personne âgée de préserver un certain sentiment d'utilité et d'identité.

L'animation c'est distraire un peu, occuper, éviter l'ennui, mettre la vie mais plus encore...

1. Principes et objectifs de l'animation en EHPAD :

Par définition l'animation est la médiation par laquelle la vie se transmet, se développe et se mûrit. C'est donc une manifestation concrète du sujet en tant qu'être vivant.

Ce projet d'animation :

- vise en premier lieu l'animation sociale. Il prend en compte les ressources et les contraintes de l'environnement local, mais également le milieu d'appartenance ou d'origine de la population accueillie, les valeurs et rôles qui lui sont liés.

- il entre dans le cadre des activités de la structure. C'est un élément du projet institutionnel qui vise à satisfaire les besoins occupationnels, d'estime de soi, d'épanouissement, participant ainsi à une bonne adaptation.

- il définit les objectifs du projet d'équipe et s'alimente des projets de soins personnalisés ainsi que des évaluations pluridisciplinaires pouvant être établies.

- il fait l'objet de l'élaboration d'une documentation diverse et variée sur les différents supports utilisables, les différents types d'activités pouvant être pratiquées auprès d'un public âgé notamment présentant une pathologie démentielle. Ceci sous la forme de fiches extraites de deux ouvrages (cf. Références Bibliographiques). Nous retrouvons donc les différentes sphères de l'animation : dimension cognitive, dimension physique, sensorielle et dimension occupationnelle.

L'animation, en maison de retraite, a pour objectif de créer une dynamique sociale afin de permettre aux personnes de s'adapter à leur réalité. L'entrée en institution est généralement mal vécue, d'une part parce qu'elle est la conséquence d'une perte d'autonomie, et deuxièmement, parce qu'elle est le fait de la perte des repères de vie. Ce mélange provoque une perte de l'estime de soi, un sentiment d'inutilité accompagné d'une altération de son image. « C'est sur ce concept de savoir d'où on vient pour savoir qui on est et vouloir qui on sera, que l'animation a bâti sa mission. »

En fonction du besoin du résidant, l'animateur peut jouer un rôle social, un rôle de médiateur face aux problèmes de la vie quotidienne ; il est aussi un auditeur privilégié. L'animation s'est faite obstacle en maison de retraite au préjugé que la personne est ici pour mourir, mais plutôt que la personne accueillie est encore capable de s'épanouir et de faire épanouir autrui. L'animation est à la fois une distraction (visée psychologique) mais aussi une occupation (visée sociale).

Les objectifs de l'animation en institution gériatrique sont doubles : à la fois ils s'expriment sur un plan individuel et personnel mais également sur un plan collectif.

1.1. Sur le plan collectif

→ Premier objectif :

Créer des groupes sociaux aux motivations différentes.

Notre projet s'attachera à créer des petits groupes d'intérêt (partage de loisirs communs) plutôt que de s'axer sur la quantité, en suivant les lieux et les affinités. L'animation s'inscrit donc dans une démarche qualité. Si on stimule la création de groupe de lecture, de mémoire, de gym douce, de chant, de cuisine, de jeux et des sorties, etc., on multiplie les chances de permettre à un nouveau résidant de trouver sa place et de ce fait de trouver un rôle social. D'où l'importance de l'histoire et des habitudes de vie.

Ces groupes doivent faire l'objet d'une attention toute particulière : ils doivent être harmonisés de façon à ce qu'il y ait une certaine dynamique, afin de favoriser l'épanouissement de la personne et notamment éviter le sentiment d'échec, pouvant être lourd de conséquences.

→ Second objectif :

Veiller à l'ouverture des groupes d'animation.

Le groupe est un outil d'intégration. Le travail de l'animateur est, à travers les activités, de promouvoir l'acceptation de la différence et du handicap. C'est le groupe qui va renvoyer l'image sociale de la personne, qui va lui donner sa place en son sein. Toute cette dynamique participe à l'épanouissement du soi de la personne, à l'établissement de liens divers offrant à la personne un étayage social, physique et psychique nécessaire à la qualité de vie promulguée au sein de l'établissement. Il s'agit également d'ouvrir par ailleurs le groupe vers la ville et ses citoyens par des actions d'informations, par des activités faisant appel à tous...

→ Troisième objectif :

Veiller et favoriser l'intégration des familles à la vie institutionnelle.

L'intégration des familles et autres bénévoles au cœur même des activités est un des objectifs permettant la circulation des projets, l'évolution de ces derniers en apportant de nouvelles idées. Cela contribue également à reconsolider les liens sociaux et familiaux de la personne âgée dont on sait qu'ils sont gageurs d'une meilleure acceptation du placement. Cette intégration suggère par ailleurs la participation de tout à chacun à la vie de l'institution.

1.2. Sur le plan individuel :

→ Premier objectif :

Etablir un rapport actif entre les personnes et leur environnement, et ce afin de rompre l'isolement, le repli sur soi et le sentiment de solitude des personnes accueillies. La personne âgée est alors actrice de son existence et non plus spectatrice, dans le sens où elle retrouve par le biais des animations proposées un sentiment de contrôle, par l'expression de ses choix ou non-choix et de ses désirs. La personne âgée retrouve de ce fait une part de son identité par la prise en compte de ses racines, de son histoire et de ses besoins.

→ Second objectif :

Restaurer la communication, les échanges et les relations entre personnes âgées et le personnel de l'institution.

→ **Troisième objectif :**

Favoriser l'émergence de nouveaux plaisirs, désirs en développant les relations inter et intra individuelles. De même, permettre l'intégration des personnes désorientées dans les activités et favoriser leur acceptation par les autres résidants.

→ **Quatrième objectif :**

Aider au maintien des acquis, permettre l'accomplissement de soi et des rôles sociaux (faire recouvrir ou ré instaurer l'identité propre de la personne), en consentant l'intégration des personnes désorientées dans les activités.

L'animation c'est offrir à la personne un cadre rassurant où sa parole est écoutée et où ses compétences et potentialités sont reconnues. Afin que les activités ne conduisent pas au sentiment d'échec, il est primordial d'établir le profil de la personne en tenant compte à la fois de ses désirs, de son histoire (niveau de scolarité, profession etc.) mais également de ses capacités, d'où une évaluation des fonctions exécutives (mémoire, praxies, langage, attention, orientation et cohérence, gnosies etc.) pour cibler les activités adaptées à la personne.

2. Evaluation des besoins et des ressources :

2.1. Etat des lieux :

Quand la nouvelle direction est arrivée au Château de Montifault, l'animation n'était même pas envisageable dans la mesure où le principal indicateur était la survie de la population accueillie. Une ASH avait malgré tout débuté une formation d'animateur. Dans un premier temps, l'objectif a été de finaliser la formation entreprise par la salariée afin d'avoir une personne formée et responsable des animations dans l'établissement.

Depuis, notre position a évolué. Le départ de la personne en formation nous a obligés à réfléchir sur l'embauche d'une animatrice ou nous orienter dans une autre direction.

Nous nous sommes investis dans une tout autre direction. Partant du principe que chaque salarié peut participer à l'animation selon ses possibilités et compétences, nous avons préféré :

- Ne pas embaucher d'animateur.
- Former trois salariés au diplôme d'AMP.
- Favoriser les idées de chacun et leur donner la responsabilité de leur animation.
- Favoriser les activités exceptionnelles.

- *Privilégier les animations simples mais susceptibles d'être suivie par plusieurs résidants. Il faut rappeler notre GMP élevé avec une proportion de personnes démentes élevée.*

Par ailleurs, il existe peu de lieux dédiés à l'animation et aux activités notamment pour la conduite et la gestion de petits groupes. A ce jour les animations se réalisent dans la pièce principale. Nous tentons actuellement de disperser les lieux d'animation afin de proposer une animation dans le salon et des petites animations en petits groupes dans la salle à manger, plus propice à la concentration du résidant et offrant aux familles des espaces plus privés et peu bruyants. Le transfert va révolutionner les lieux d'animation dans la mesure où nous disposerons :

- *D'une salle d'activité climatisée en rez de chaussée.*
- *De deux salons de 20 m².*
- *D'une salle d'activité à l'étage où nous privilégierons les activités reposantes.*
- *De deux cours intérieures closes et abritées du vent et du soleil.*
- *La salle d'activité de l'étage nous permettra de projeter des films sur grand écran.*

Actuellement, l'établissement accueille les enfants de l'école communale pour des rencontres autour du chant et les vendredi après-midi sont consacrés à la chorale présentée à l'école. D'autres animations extérieures viennent ponctuer les journées des résidants.

2.2. Evaluation des ressources :

La création des dossiers de vie individualisés permet le recueil de données personnelles concernant la personne résidante notamment sur les habitudes de vie et les loisirs. Ces données nous permettent d'une part de proposer des activités aimées du résidant et d'autre part d'adapter l'activité selon ses potentialités. Il s'agit donc d'une ressource inestimable.

Pour les résidants, une évaluation cognitive de chacun a permis de mettre en exergue différents profils de personnes dont la prise en compte dans l'animation n'est pas négligeable (adaptation des activités). Un entretien concernant leur histoire de vie a offert aux personnes d'exprimer leurs souhaits, attentes et désirs.

Par la suite nous avons procédé à un recensement des moyens matériels et humains dont l'établissement pouvait disposer.

Un questionnaire a été remis à l'équipe concernant ses désirs sur l'animation (Cf. Annexe 1).

Un soignant qui encadre une animation sans être formé, à contre cœur ou par obligation ne participe pas à la démarche qualité recherchée. Ce questionnaire a permis d'identifier les centres

d'intérêt, de mesurer les motivations et les disponibilités afin de proposer l'idée de référents d'animation.

3. Les outils mis en place.

3.1. Formation du personnel.

Une animation nécessite la présence d'un tiers susceptible de pouvoir encadrer une activité. Cela requiert donc certaines qualités comme la patience, la créativité, le dynamisme pour n'en citer que quelques unes.

N'importe quel professionnel soignant ne possède pas toutes les qualités requises à la gestion du pôle animation.

Animer en institution demande de pouvoir :

- Analyser le fonctionnement de son groupe et de chaque participant ;
- Evaluer le niveau de motivation des participants ;
- Susciter l'intérêt et la participation de chacun ;
- Concentrer l'attention des personnes et du groupe vers des objectifs communs ;
- Gérer la dynamique du groupe,
- Faciliter l'expression du groupe et des individus,
- Adapter la situation aux attentes et/ou aux besoins,
- Favoriser la communication à l'intérieur du groupe,
- Développer les rôles de chacun à l'intérieur du groupe,
- Valoriser la participation de chacun,
- Favoriser l'autonomie des groupes et des personnes,
- Donner des règles spécifiques de fonctionnement,
- Réguler les relations interpersonnelles,
- Gérer les conflits

Ce n'est pas une tâche facile. Néanmoins, nous avons pu faire état de l'investissement et des efforts fournis par certains membres de l'équipe qui contribuent au développement de ce projet d'animation.

Afin de pouvoir encadrer ces activités, plusieurs initiatives ont permis l'information du personnel sur l'accompagnement de la personne âgée notamment « démente » : groupes de travail,

réunion du personnel, informations sur papier, proposition d'encadrement, de consultation et de conseil par le psychologue et l'infirmière etc....

3.2. Budget d'animation et achat de matériel

Concernant l'achat de matériel nous avons donc privilégié des supports d'activités adaptés aux personnes âgées notamment de façon à pallier les handicaps sensoriels tels les problèmes de vue et de préhension. Toutefois, au préalable nous avons fait état des matériels à disposition. Nous avons fait le constat que peu de supports étaient adaptés à un public âgé. Les prochaines acquisitions viseront les :

- Activités de cartes : tapis de jeu, support pour tenir les cartes, cartes à gros caractères.
- Activités loto : cartes à gros caractères, pions, roulette et numéros
- Activités gym : ballon mousse, cerceaux, quilles, balles de couleurs différentes
- Activités sensorielles : jeu des senteurs, jeu tactile
- Activités manuelles : plusieurs matériels variés (création d'une liste de commande voir Annexe 7)

3.3. Fiches d'animation

Des fiches d'animation ont été proposées comme outil de guidance pour les soignants souhaitant entreprendre des activités d'animation.

Ces fiches sont extraites de deux ouvrages spécialisés dans l'animation auprès de personnes âgées (cf. Références bibliographiques).

Ces fiches sont classées selon le type d'activité visée : activité de stimulation cognitive, activité sensorielle, activité physique, ludique, d'éveil ou encore manuelle etc....(Cf. Annexe 6)

Elles précisent notamment :

- la population pour laquelle l'activité est adaptée,
- le matériel nécessaire,
- les principes de l'activité (fonctionnement, consignes, variantes, encadrement/accompagnement etc...) et
- les axes d'évaluation.

Par ailleurs, une fiche de création d'activité a été mise en place afin d'inciter la création de nouvelles animations chez les soignants intervenant dans l'animation. Cette fiche permet également à d'autres acteurs de reproduire l'activité en question (Cf. Annexe 2).

3.4. Fiches d'évaluation

Afin de pouvoir suivre l'évolution des animations ainsi que l'investissement des résidants, des fiches d'évaluation ont été créées.

Ces fiches sont de deux types :

- *Une fiche d'évaluation globale (Cf. Annexe 3):*

Cette dernière est remplie à chaque fin d'activité par le soignant-animateur. Elle identifie le nombre de personnes présentes à l'animation. Une évaluation de la participation du résidant est intégrée selon une graduation de 1 à 9 (d'une participation nulle à un fort investissement). Les refus sont également spécifiés de même que les ressentis (enthousiasme, ennui, désintérêt etc...).

Cette fiche permet ainsi d'observer la récurrence et la régularité des activités ainsi que des résinés participants.

- *Une fiche d'évaluation individuelle (Cf. Annexe 4):*

Cette fiche est remplie une fois par mois et est répertoriée dans le dossier de vie du résidant correspondant. Elle a pour principe de répertorier pour chaque résidant l'ensemble des activités auxquelles ce dernier participe. Ainsi, elle permet d'identifier les investissements mais aussi la variété, l'adaptation des activités proposées à la personne.

Une évaluation dans les six mois va permettre de dégager à moyen terme des objectifs d'animation à la fois collectifs mais également individuels.

Des groupes d'activité ont par ailleurs été créés selon le profil de personne afin que les animations touchent l'ensemble des résidants.

Les critères retenus ont été :

- *Le degré de dépendance,*
- *Les capacités cognitives résiduelles*
- *Les potentialités*
- *Et les désirs des résidants.*

Un programme d'animation a été mis en place à la semaine combinant deux activités dans l'idéal, au minimum une activité par jour en fonction des effectifs (Cf. Annexe 9).

3.5. Projet Snoezelen.

3.5.1. Le concept Snoezelen.

Au stade de prémices, ce projet s'inscrit dans une démarche de qualité auprès d'un public particulier au travers de l'approche principalement sensorielle.

Ce projet a pour objectif d'aider la personne âgée à SENTIR, SE CONSTRUIRE, CREER et COMMUNIQUER. Il vise en conséquence une population dépendante ou atteinte de syndrome démentiel.

Le principe de cette approche consiste à pouvoir laisser émerger chez le sujet, une relation au monde différente, faite d'éprouvés et de sensations corporels, d'émois, de communication et de créativité, sans qu'il soit question d'enjeux d'apprentissage ou de performances.

SNOEZELLEN est une approche privilégiant la qualité d'accompagnement, et aide globalement la personne à vivre au mieux son handicap.

Nous tendons donc :

- *Vers une communication multimodale (visuelle, acoustique, kinesthésique, olfactive) en y associant une approche sur le toucher et le massage, et des techniques de "validation" qui concourent au développement des potentialités.*
- *Vers l'utilisation de techniques psycho-musicales, corporelles et de la musicothérapie, la musique créant le "liant" nécessaire à la relation et faisant office de "bain sensoriel et sonore". Ces techniques seront inspirées et en adhésion avec l'origine de la population (monde rural).*
- *Vers des référentiels associant aussi la/les famille(s) afin de redécouvrir le proche sous une autre dimension.*
- *enfin, convaincus que "le sujet ne peut pas ne pas communiquer", nous tendrons à développer les démarches de créativité.*

Ce projet SNOEZELLEN consiste en la proposition d'expériences sensorielles variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente, favorisant la stimulation des sens primaires. Il s'agit également d'un lieu de convivialité, de respect mutuel et d'écoute.

3.5.2. La salle et le matériel :

Nous disposerons donc d'une salle snoezelen dont le cadre devra rassembler à la fois une

qualité (sérénité) mais également tenant compte des caractéristiques de la population accueillie au sein de la structure.

« Pour les sujets les plus démunis, nous nous situons sur le plan instinctivo-moteur dans la recherche de modalités de communication par exemple. Mais nous sommes également soucieux de développer les aspects vestibulaires (sensori-moteur) et vibratoires qui sont les deux éléments à partir desquels nous pouvons tenter un étayage du sujet ».

L'observation nous conduit au constat que les attitudes ou comportements compulsifs peuvent trouver dans l'espace snoezelen des effets minoratifs. L'hyperactivité semble s'auto réguler ; l'agressivité (hétéro et auto), la mutilation semblent s'estomper au bénéfice de l'interrelation, de l'intersubjectivité et de la coprésence. »

Il s'agira donc :

- D'aménager un espace harmonieux, où chacun puisse être installé le plus confortablement possible et créer une certaine ambiance visuelle et sonore, qui soit en rupture avec l'espace de vie quotidien, institutionnel. L'espace doit pouvoir être modulable afin d'être adaptable au fur et à mesure de la dynamique du "travail".

- D'assurer une régularité des séances, dans "l'unité de temps" déterminée au niveau de l'équipe, d'une durée également modulable en fonction du projet défini.

- De veiller à la composition de groupes très restreints (de deux à quatre personnes).

- De s'assurer éventuellement de la présence d'une personne "tiers", observateur "effacé" du vécu avec le/les résident(s).

- De veiller à construire les séances afin de proposer à la fois un cadre ritualisé et structurant tout en ayant le souci de la créativité.

- De veiller particulièrement aux transitions en préparant l'arrivée, l'accueil, le départ et le retour vers les groupes (usage des effets lumineux, ouverture des volets ou allumage progressif de la lumière, choix des musiques, sonorités vocales, attitudes corporelles etc...)

- D'assurer une grande discrétion concernant ce qui se passe dans cet espace, afin de ne pas trahir le vécu émotionnel et la libre expression de chacun.

- D'articuler cette démarche avec les équipes en lien avec le projet d'accompagnement individualisé du résident.

- Enfin de favoriser un climat de confiance, afin que chaque résidant et intervenant puisse s'approprier réellement un vécu partagé dans une certaine intimité.

Cela suppose donc au préalable la formation des équipes à cette approche notamment dans la définition des objectifs et l'utilisation des matériels et plus spécifiquement à l'approche psycho-relationnelle et sensorielle auprès d'un public âgé.

4. Animation et Unité Alzheimer.

4.1. Principes et objectifs.

La personne âgée démente aura besoin de plus d'attention, d'affection dont l'objectif est de stabiliser les facultés cognitives ou faire faire des progrès au participant, lui apporter une source de bien être par la revalorisation narcissique.

Beaucoup d'établissements sont confrontés au casse tête de la prise en charge des résidents déments. Pendant longtemps la majorité des opinions faisait de l'animation la spécificité d'une population apte à créer une relation sociale. C'est avec l'évolution des apports théoriques sur les pathologies démentielles et notamment maladie d'Alzheimer que ce primat a été ébranlé. Pour notre part, nous considérons les personnes dites « démentes » comme tout à fait susceptibles de créer du lien social ou autre tant est qu'on leur accorde un statut d'être unique pensant au fonctionnement psychique propre. L'un des objectifs de l'animation est de favoriser la relation et non de la créer.

Ainsi nous envisageons que notre projet d'animation puisse intégrer une population âgée « démente » à visée thérapeutique, occupationnelle voire ré-éducative afin de réinscrire la personne âgée démente dans ses droits et libertés d'être vivant.

Notre rôle est de veiller à ce que l'environnement, aussi bien social que matériel soit propice à la confiance en soi, à l'identité et à tous les sentiments qui aideront les gens à exister par ce qu'ils sont et donc communiquer. C'est donc à nous professionnels de soins et d'accompagnement d'adapter nos supports à la réalité du résidant.

Certes le problème majeur des personnes démentes en institution est l'inadaptation à leur environnement. Dans le cas de déments, il faut adapter ce climat à leur perception, exclure toute agressivité, l'objectif est que le résidant ressente la sérénité, le bien-être et favorise l'apaisement. C'est pourquoi il est indispensable que les activités proposées dans le cadre de l'unité Alzheimer fassent référence au monde sensoriel principalement (d'où l'intérêt d'une salle Snoezelen) et aux actes de la vie quotidienne (bricolage, jardinage, cuisine etc...). Par exemple, un dément de type Alzheimer ne réagit pas de la même façon aux stimulations qu'un dément de type frontal. Si pour

l'un, la stimulation est source de maintien des capacités (Alzheimer) pour l'autre, la stimulation est une forme d'agression générant un comportement perturbé. Cette constatation induit une connaissance parfaite de la personne, de son histoire et de sa pathologie.

Pour instaurer un climat sensoriel il faut parler aux émotions. Or deux types de mémoire restent intacts malgré la « démence » :

- la mémoire procédurale*
- la mémoire émotionnelle.*

La mémoire procédurale est la mémoire des gestes habituels, de la routine. Les déments éprouvent des difficultés en mémoire d'apprentissage mais ils peuvent acquérir des routines avec les connaissances qu'ils leur restent. Ces routines doivent se travailler au quotidien, dans les gestes de tous les jours, lors du lever, de la toilette, du repas, du coucher, etc. Cette mémoire procédurale s'estompe malgré tout avec l'avancée de la maladie.

La mémoire limbique est la mémoire des émotions, la mémoire de l'ambiance affective. Depuis notre plus tendre enfance, des évènements ont suscité des émotions. Les évènements sont oubliés mais les émotions sont ancrées au plus profond de nous. La douleur d'une gifle, la douceur d'une caresse, la peur du noir, le plaisir d'une voix, mais d'autres évènements et d'autres émotions encore qui appartiennent à chacun.

Cette mémoire persiste tant que la vie persiste. On peut facilement en conclure que si cette mémoire émotionnelle est intacte, c'est par elle que nous entrerons en communication, notamment en diffusant le plaisir à travers les cinq sens.

La douceur du regard, la douceur de la voix, la douceur du toucher sont aussi des attitudes permanentes et donc du rôle de chacun. Ces principes sont à définir dans le projet de soin, la stimulation agréable de l'odorat et du goût sont des situations particulières. Bien évidemment le temps du repas est un moment important. Mais l'espace privilégié que propose l'animation peut décupler les stimulations sensorielles telles la musique, un atelier cuisine, le chant etc.

Lors des ateliers les objectifs ne doivent pas être en attente d'un résultat de production. Seul l'état de plénitude doit être espéré. Il faut donc préférer les petits groupes. La parole est importante, non dans le sens des mots, mais dans leur musique. Cela ne veut pas dire que le sens n'a pas d'importance, mais la mémoire émotionnelle aura retenue la douceur, l'intonation, la chanson (Cf. Annexe 8)...

Le problème que posent ces animations est qu'elles ne sont pas une solution mais une partie de solution. Elles ne trouvent leur intérêt qu'en étant intégrées dans un projet de soins.

L'animation ne propose que des instants émotionnels, le bénéfice de ces instants durera tant qu'il n'y aura pas de sensation agressive.

4.2. Evaluation individuelle.

Le but de l'évaluation au sein de l'unité Alzheimer est en premier lieu d'apprécier l'impact-satisfaction chez la personne, sa demande d'investissement ou son renoncement. Cette évaluation a également pour but de suivre l'évolution de chaque résidant dans ses facultés et capacités et d'adapter régulièrement les activités (fixer des objectifs de soins globaux).

Chaque activité est évaluée de façon collective puis de façon individuelle : ainsi chaque résidant possède ses fiches d'évaluation et les bilans sont plus facilement réalisables (Cf. Annexe 5).

Ces évaluations se réalisent en équipe pluridisciplinaire à raison d'une fois par mois où chaque dossier de résidant est revu et où sont discutés les axes d'accompagnement.

5. Evolution et perspectives.

Depuis la mise en place du cadre, on peut remarquer une multiplication des projets, mais persiste le besoin de réassurance de l'équipe.

De part notre conception de l'animation, il faut laisser le temps à chaque membre de l'équipe de trouver sa voie. Certains seront plus axés sur le cinéma, d'autres sur l'expression corporelle...

A terme, nous espérons que la présence de lieux adaptés aux différents types d'activités (bibliothèque, salle snoezelen etc..) permettra un meilleur encadrement et une meilleure dynamique et gestion de l'animation.

Par ailleurs, à long terme nous envisageons de mettre en œuvre une action d'animation en vue du développement de l'expression et de la relation sociale notamment par la participation à des lotos, aux carnivals, favorisant ainsi les liens intergénérationnels.

Trois projets d'animation sont en cours de réalisation (présentation de deux projets Cf. Annexes 10 et 11). Ces projets s'inscrivent dans le transfert de l'actuel établissement vers la nouvelle structure afin de permettre aux résidents de mentaliser ce transfert, de pouvoir en parler et favoriser le déménagement. Nous avons donc choisi de travailler autour du lien par la symbolique des mains (peinture) et autour de la temporalité par la symbolique des saisons (Cf. Annexe). Le troisième projet quant à lui consiste en la construction d'un abri pour oiseau pour la nouvelle structure. On retrouve

donc dans ces projets la considération de l'animation comme évolutive, adaptée aux désirs mais également dans l'optique de la prise de repères de vie.

Enfin, il nous semble indispensable de faire appel aux nombreux bénévoles des associations avoisinantes afin de permettre aux personnes plus solitaires de préserver un lien social.

Actuellement nous proposons, malgré l'étroitesse des locaux et leur inadéquation de nombreuses animations simples mais variées telles que :

- Cinéma avec entracte gaufres
- Chorale
- Anniversaires
- Lotos
- Jeux de mémoires
- Jeux de sociétés

Nous aimerions étoffer ces activités par :

- Atelier des sens en relais avec la salle Snoezelen
- Atelier lecture
- Atelier correspondance
- Boutique
- Sorties dans le village
- Compléter les spectacles à l'occasion des fêtes
- Réaliser un « terrain de pétanque » dans le parc pour les résidents et les familles
- Quelques jeux d'enfants dans le parc
- Tout ce qui pourra donner de la vie dans l'établissement

6. Conclusion

L'animation est selon nous une rencontre avec l'autre, un instant privilégié.

Il s'agit de Vivre et/ou de Partager un moment de présence.

L'objectif premier de notre établissement est de proposer une ANIMATION PERSONNALISEE en tenant compte des désirs et attentes du résident accueilli. Cette animation allie une attitude empathique et bienveillante à des valeurs culturelles et personnelles partagées par l'ensemble des acteurs de soins et intervenants.

7. Références bibliographiques

Lairez-Soiewicz N. :

*** Peindre et communiquer avec des personnes âgées désorientées*

*** Vivre l'animation auprès des personnes âgées.*

8. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation auprès des soignants

Annexe 2 : Fiche de création d'activité

Annexe 3 : Fiche d'évaluation globale

Annexe 4 : Fiche d'évaluation individuelle

Annexe 5 : Fiche d'évaluation par atelier

Annexe 6 : Exemple de fiche d'activité

Annexe 7 : Fiche de commande de matériel

Annexe 8 : Fiche de commande de matériel pour unité Alzheimer

Annexe 9 : Programme des activités

Annexe 10 : Projet des mains liées

Annexe 11 : Projet des saisons

(Personnel et confidentiel !)

NOM : PRENOM : FONCTION

ATTENTES :

.....
.....

CELA M'INTERESSERAIT DE PRENDRE EN CHARGE UN ATELIER D'ANIMATION :

OUI NON

LES ANIMATIONS POUR LESQUELLES JE ME SENS A L'AISE :

■ Travailler avec des matériaux :

Peinture	<input type="checkbox"/>	Poterie / Sculpture	<input type="checkbox"/>
Ecriture	<input type="checkbox"/>	Collage / découpage	<input type="checkbox"/>
Dessin (crayon feutre, couleurs, cire, craie etc.)	<input type="checkbox"/>	Mettre la table	<input type="checkbox"/>

■ Travailler avec les sens :

Ouïe (sons, musique, chants)	<input type="checkbox"/>	Odorat (reconnaissance de différents senteurs)	<input type="checkbox"/>
Vue (objet, image, description...)	<input type="checkbox"/>	Goût	<input type="checkbox"/>
Toucher (reconnaissance d'objet)	<input type="checkbox"/>		

■ Travailler la psychomotricité :

Mouvements de relaxation	<input type="checkbox"/>	Mouvements de marche	<input type="checkbox"/>
Stimulation précise avec objets	<input type="checkbox"/>		

■ Travailler avec la parole :

Discussion thématique	<input type="checkbox"/>	Discussion	<input type="checkbox"/>	Atelier Lecture	<input type="checkbox"/>
Discussion au travers d'images	<input type="checkbox"/>	Souvenirs	<input type="checkbox"/>		

■ Travailler la mémoire :

Loto	<input type="checkbox"/>	Jeux de mémoire	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-----------------	--------------------------

■ Travailler l'estime de soi :

Esthétique	<input type="checkbox"/>	Accompagnements / sorties	<input type="checkbox"/>	Massage	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------	--------------------------

IDEEES D'ANIMATIONS (elles sont les bienvenues !)

.....
.....

LES ANIMATIONS QUE JE NE SOUHAITE ABSOLUMENT PAS REALISER :

.....
.....

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

Intitulé :

.....

Buts :

.....

Principes et fonctionnement :

Principe :

.....

Matériel :

.....

L'activité en question peut-elle être incluse dans une autre animation (couplage d'activités) ?

OUI

NON

Date :

Menée par :

Nombre de résidants :

NOMS	PARTICIPATION	RESSENTIS

Type d'activité :

.....
.....

Menée par :

Date :

Nombre de personnes :

NOMS DES RESIDENTS	PARTICIPATION*	RESSENTIS**

* Participation (1à 9): nulle, faible, forte, très forte

** Ressentis : enthousiasme, ennui, colère, peine, joie.....(perçu par le soignant, et dit par le résident)

Mois :

NOM : **PRENOM :**

Activité	Date	Evaluation de 1 à 9*	Evolution	Ressentis

* Evaluation : 1 = le plus faible 9= le plus fort

** Ressentis : enthousiasme, ennui, colère, peine, joie.....(perçu par le soignant, et dit par le résident)

ANNEXE 5 **FICHES D’EVALUATION DES ATELIERS**

Activité discussion

Thème :
Menée par :

Date : / / **Nom :** **Prénom :**

La situation

Acceptation :

- Spontanée oui non
- Sur sollicitations (après insistance) oui non
- Refus oui non

Raisons du refus :

.....

Intérêt pour le thème proposé : oui non

Participation globale :

Nulle Faible Moyenne Forte Très forte

OUI NON

- Evocations spontanées
- Evocations sur sollicitations
- Ecoute les interlocuteurs
- Echanges avec les autres
- Echanges avec les soignants
- Suivi du fil conducteur de discussion
- Morcellement des idées (coq à l'âne, oublis, persévérations...)

Discours :

	OUI	NON		OUI	NON
Fluide			<input type="checkbox"/>	A recadrer	
Morcelé			<input type="checkbox"/>	Relatif à l'expérience personnelle	
Cohérent			<input type="checkbox"/>	Relatif à l'actualité, au quotidien	
Glissements permanents			<input type="checkbox"/>		

Attitudes :

globale	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	par rapport aux interlocuteurs	OUI	NON
Endormi(e)			<input type="checkbox"/>	Attentif (ve)		
Figé(e)			<input type="checkbox"/>	Aidant(e)		
Triste			<input type="checkbox"/>	Cadrant(e)		
Agressif (ve)			<input type="checkbox"/>	Pas ou peu d'échanges		
Indifférent(e)			<input type="checkbox"/>	Rassurant(e)		
Plutôt joyeux (se)			<input type="checkbox"/>	Stimulant(e)		
Impatient(e)			<input type="checkbox"/>	Valorisant(e)		
Revendicatif (ve)			<input type="checkbox"/>	Dévalorisant(e)		
En colère			<input type="checkbox"/>			
Autre			<input type="checkbox"/>			

Commentaires généraux :

.....

Activité Repas

Date : Nom : Prénom :

Mise en place du couvert : oui non

Débarrasse la table : oui non

Prise du traitement médicamenteux : oui non

Le connaît oui non L'ingère oui non

Le demande oui non Le refuse oui non

Accepte de manger : oui non

Accepte de prendre le repas en groupe : oui non

Si non, pourquoi ?

.....

Appétit : Pas Peu Normal Beaucoup

Grignotage pendant la matinée ou au cours de la journée :
Pas Peu Normal Beaucoup

Mange :

Seule(e) et sur initiative oui non

Seul(e) avec sollicitation oui non

Avec aide partielle oui non

Avec aide totale oui non

Ne mange pas oui non

Régime : oui non

Type de régime :

Diabétique oui non

Sans sel strict oui non

Sans sel ajouté oui non

Sans fibres oui non

Autres :

Types d'aide :

Apprêter les aliments oui non

Tapis antidérapant oui non

Couverts ergo oui non

Ebauche de participation et présence d'un tiers oui non

Encouragement verbaux oui non

Aide totale oui non

Participation au service du repas

Oui seul(e) et sur initiative

- Oui, seul(e) et sur sollicitations
- Oui, encadré(e) et sur sollicitations
- Non

Relations interpersonnelles

Echanges Spontanés

Avec les autres personnes oui non

Avec les soignants oui non

Echanges sur stimulation

Avec les autres personnes oui non

Avec les soignants oui non

Cohérence du discours :

oui non

En retrait dans la situation de groupe oui non

Agressivité oui non

Après le repas :

S'isole oui non

Fait la sieste oui non

Au lit oui non

Au fauteuil oui non

Temps de TV oui non

Temps d'échange

Avec les autres personnes oui non

Avec les soignants oui non

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

Activité Stimulation Cognitive

Thème :

Menée par :

Date :

Nom :

Prénom :

La situation

Acceptation :

- Spontanée oui non
- Sur sollicitations (après insistance) oui non
- Refus oui non

Raisons du refus :

.....

Intérêt pour le thème proposé : oui non

Participation globale

Nulle Faible Moyenne Forte Très forte

Comprend la consigne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Retient la consigne à court terme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Retient la consigne à long terme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Réalise correctement la consigne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Besoin d'un support écrit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Capable de critiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Capable d'autocorrection	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Semble attentif (ve)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Semble intéressé(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Somnolent(e), fatigué(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Echanges avec le groupe

Spontanés	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sur sollicitations	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avec les autres personnes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avec les soignants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Attitudes globales :

Endormi(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Indifférent(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Figé(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Plutôt joyeux (se)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Triste	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Impatient(e)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agressif (ve)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Revendicatif (ve)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
En colère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Autre :

Attitudes par rapport aux interlocuteurs :

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Attentif (ve) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Aidant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Cadrant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Pas ou peu d'échanges | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Rassurant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Stimulant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Valorisant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Dévalorisant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Commentaires généraux :

.....

.....

.....

Activité Travail Manuel

Thème : Menée par :

Date : Nom : Prénom :

Descriptif de l'activité :

La situation

Acceptation :

- Spontanée oui non
- Sur sollicitations (après insistance) oui non
- Refus oui non

Raisons du refus :

.....

Intérêt pour le thème proposé : oui non

Participation globale

Nulle Faible Moyenne Forte Très forte

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Comprend la consigne | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Retient la consigne à court terme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Retient la consigne à long terme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Réalise correctement la consigne | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Besoin d'un support écrit | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Capable de critiques | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Capable d'autocorrection | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Semble attentif (ve) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Semble intéressé(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Somnolent(e), fatigué(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Echanges avec le groupe

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Spontanés | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Sur sollicitations | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avec les autres personnes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avec les soignants | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Attitudes globales :

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Endormi(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Indifférent(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Figé(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Plutôt joyeux (se) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Triste | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Impatient(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Agressif (ve) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Revendicatif (ve) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| En colère | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Autre :

Attitudes par rapport aux interlocuteurs :

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Attentif (ve) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Aidant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Cadrant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Pas ou peu d'échanges | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Rassurant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Stimulant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Valorisant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Dévalorisant(e) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Commentaires généraux :

.....
.....
.....

Reconnaissance d'odeurs
Activité mémoire-expression

Public concerné

Tous publics
En institution : groupe de 8 à 10 personnes
En club ou foyer logement : comme en institution
A domicile : oui, avec l'animateur

Temps de préparation :

1 heure environ

Durée de l'activité :

1h30 environ

Matériel :

Essences olfactives ou feuilles de menthe, grains de café, curry, thé etc...

Objectifs de l'activité :

Maintien de la mémoire olfactive des participants
Stimulation de la mémoire en générale
Eviter l'agnosie
Favoriser l'expression, la communication

Points d'attention :

Ne pas utiliser de poivre ou d'épices irritantes pour les muqueuses
Surveiller que les déments ne mangent pas les échantillons
Les odeurs peuvent se mélanger si elles sont présentées trop proches l'une de l'autre, laisser un temps de réflexion.

Description :

Les participants sont regroupés autour de l'animateur
Ce dernier fait sentir à chaque participant un échantillon olfactif, sans vraiment le faire voir
Les participants doivent deviner la nature de l'essence
Ils s'expriment ensuite sur les possibilités d'utilisation (cuisine, médicaments etc...)

Expérience vécue :

(Description d'une situation d'animation en club)

MATERIEL	COULEUR	PRECISIONS (type, matière ...)	QUANTITE	PRIX
Ciseaux				<i>ANNEXE 7 FICHE DE COMMANDE DE MATERIEL D'ANIMATION</i>
Cutters				
Perforatrice				
Agrafeuse				
Agrafes				
Trombones				
Attaches				
Scotch				
Colles				
Patafix				
Punaises				
Papier A4				
Papier A3				
Autres formats				
Papier canson				
Carton				
Bois				
Peinture				
Pinceaux				
Tissus				
Crayons papier				
Crayons couleur				
Feutres				
weledas				
Gomme				
Craie				
Pochoirs				
Perles				
Bobines de fil				
Pâte à modeler				
Fleurs séchées				
Coton				
Confettis				
Autres				
TOTAL				
MOIS/ANNEE :				


ANNEXE 8	MATERIEL D'ANIMATION POUR UNITE
-----------------	--

MATERIEL	CATALOGUE	QUANTITE	PRIX à l'unité (euros)	PRIX TOTAL
Cartes à jouer (54)	VPC Présence	1 JEU	2,75	2,75
Support de cartes	VPC Présence	4	4,50	13,50
Dominos Géants	VPC Présence	1 JEU	14,50	14,50
Pétanque duo	VPC Présence	1 JEU	25	25
Jeu de quilles	VPC Présence	1 JEU	26	26
Jeu des anneaux	VPC Présence	1 JEU	12,50	12,50
Jeu du parachute*	VPC Présence	1 JEU	27	27
Coloriage pour adultes	VPC Présence	2	7,50	15
TOTAL				136,25
Ensemble d'instruments *	Passé simple	1	83	83
Loto de 96 cartons*	Passé simple	1	29	29
100 pions*	Passé simple	1	2	2
Cerceaux	Passé simple	1	34	34
Ballon	Passé simple	3	6	18
6 balles	Passé simple	1	4	4
Anneaux de couleurs	Passé simple	2	7	14
Vidéos *				
Les métiers d'autrefois	Passé simple	1	42	42
Le journal du siècle	Passé simple	1	42	42
Livres *				
Contes et récits tome 4	Passé simple	1	24	24
Fêtes et traditions de France	Passé simple	1	15,50	15,50
Ambiance **				
CD Concerts au fil de l'eau	Passé simple	1	17	17
CD Concerts de l'été	Passé simple	1	17	17
TOTAL				341,50

ALZHEIMER

* → Matériel d'activité d'animation pour l'ensemble de l'établissement

** → Matériel d'activité pour la salle Snoezelen

LUNDI	 	Atelier lecture/histoires/mémoire (discussion et jeux de mémoire) Ou Promenade
MARDI	 	Actualités/lecture du journal (30 minutes) 10 personnes Jeux de société (type baccalauréat) Ou Promenade
MERCREDI	 	Activités manuelles (peinture, dessin etc...) Ou Pâtisserie (groupe de 6) Ou Crêpes party
JEUDI	 	Soins esthétiques/massages Jeux de société Ou Promenade
VENDREDI	 	Gym douce (6 personnes par soignant) Ou Chants
SAMEDI	 	Actualités/journal Atelier au choix des résidents Cinéma le 2 ^e samedi du mois Ou Promenade
	 	Temps de parole Promenade

« L'ART PERMET A L'ETRE HUMAIN, QU'IL SOIT ACTEUR OU SPECTATEUR, DE RENTRER EN COMMUNION AVEC SON MONDE INTERIEUR, ET DE COMMUNIQUER AVEC CELUI DE L'AUTRE, D'AUTRES » (Dictionnaire Larousse)

1. Principe du projet :

Ce projet consiste à réaliser une toile sur laquelle les résidents apposent leurs mains en signifiant ainsi leur « communauté » au sein de la maison de retraite, toile qui fera le lien entre l'ancienne structure et la nouvelle pour établir la continuité d'existence entre ces deux établissements.

Ainsi ce projet prend en compte l'histoire et le parcours de chaque résident en l'intégrant.

Ce projet a pour vocation de créer un espace de rencontre et d'échanges où chacun est entendu dans ses appréhensions concernant le transfert, il s'agit d'un véritable travail de médiation.

L'art permet d'établir un lien qui peut répondre à l'angoisse d'exister. La toile de part sa délimitation offre un espace contenant est sécurisant dans lequel peuvent s'exprimer sur le mode figuratif toutes les diversités et les facettes de nos aînés.

2. Objectifs :

Les objectifs se déclinent sur deux plans :

→ Sur un plan individuel

- Lutter contre l'isolement et le repli sur soi
- Restaurer ou alimenter une communication par les échanges entre personnes âgées d'une part, et d'autre part avec les membres de l'équipe soignante,
- Favoriser l'émergence de nouveaux plaisirs et alimenter l'estime de soi (implication de la personne dans le projet sous forme d'empreinte)
- Favoriser le maintien des acquis, l'accomplissement de rôles sociaux
- Permettre un ancrage spatio temporel
- Favoriser le cheminement psychologique du changement de structure par un objet concret qu'ils retrouveront à leur entrée (idée de familiarité)

→ Sur un plan collectif

- Favoriser le sentiment d'appartenance et d'identité groupale (idée de partage, de construction commune)
- Favoriser le sentiment de continuité par le jeu de la symbolique des mains
- Favoriser le travail psychique groupal autour de l'adaptation vis-à-vis du transfert

Plus qu'un outil d'animation et de communication, ce projet se veut comme véritable acte de présence et d'appropriation de nos aînés.

Pour conclure P. Klee : « L'art ne rend pas le visible, il rend visible ».

EVALUATION

DE

L'ETABLISSEMENT

Pour la préparation de la convention tripartite, nous avons effectué une analyse à l'aide de l'outil ANGELIQUE.

Nous souhaitons mettre en place le plan d'action du « rapport d'audit », qui nous permet d'identifier les points forts et les points faibles de l'établissement.

Un comité de pilotage pluridisciplinaire sera mis en place afin de procéder à l'auto-évaluation régulière de l'établissement (tous les semestres).

*Au-delà de cet outil, et dans le cadre de l'article L.312-8 du Code de l'action sociale (article 22 de la loi du 2 janvier 2002 sur l'évaluation de l'activité et la qualité des prestations), il est souhaitable d'engager une **véritable démarche d'amélioration continue de la qualité**, au sens de la note d'information DGAS du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.*

*Dans un deuxième temps, l'établissement s'engagera dans la démarche qualité à partir du **référentiel Qualicert**. C'est une démarche volontaire qui nous permettra de vérifier que l'établissement respecte les caractéristiques des services sur lesquels elle s'est engagée. Elle répond au besoin de confiance de nos résidents. Elle est un gage de transparence, de qualité et de régularité des prestations offertes.*

1. UNE DOUBLE EVALUATION : INTERNE ET EXTERNE.

L'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 (article L. 312-8 du CASF) pose le principe de la double évaluation que doivent réaliser les établissements :

❖ L'évaluation interne ou auto-évaluation

Les établissements doivent procéder à l'évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations.

Les résultats de cette évaluation devront, tous les 5 ans, être communiqués au Conseil général et à la DDASS.

Cette évaluation se fera au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques validées (ou à défaut, élaborées) par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

NB : Cette évaluation interne correspondra pour les EHPAD au renouvellement quinquennal de la convention tripartite. Mais pour les EHPA qui n'ont pas signé la convention tripartite, cette évaluation interne est également obligatoire.

❖ L'évaluation externe

Par ailleurs, tous les 7 ans, les établissements doivent faire procéder à une évaluation par un organisme extérieur.

Les organismes habilités à y procéder devront respecter un cahier des charges (non paru à ce jour). Leur liste sera fixée par arrêté ministériel, après avis du CNESMS.

Cette évaluation externe doit être réalisée au cours des 7 années suivant la date de l'autorisation ou de son renouvellement puis au moins deux ans avant la date de la fin de l'autorisation. Soit la 7^{ème} année et la 13^{ème} année.

Les résultats de ces évaluations devront être communiqués à la DDASS et au Conseil général.

Les résultats de la seconde évaluation (celle qui sera effectuée la 14^{ème} année) seront cruciaux pour le renouvellement de l'autorisation.

À noter que l'organisme extérieur ne pourra procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques auront été validées (à défaut élaborées) par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

2. Définition et objectifs de la démarche qualité.

La qualité, c'est l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des personnes accueillies.

C'est également la recherche de normes, de modèles, de références pouvant être atteintes en interne ou qui sont imposés par l'extérieur et dont les objectifs sont de conduire à la satisfaction du client.

Elle nécessite de se référer à des standards, à des critères et d'exercer un contrôle afin de détecter les événements indésirables et de les corriger. C'est en quelque sorte le désir et l'aptitude à bien faire.

Un établissement doit s'inscrire dans cette démarche, en se préoccupant de la satisfaction de ses résidents. Les principes sont simples :

Pas de démarche qualité sans évaluation

Pas de démarche qualité sans éthique

Pas de démarche qualité sans compétence.

Leur mise en place nécessite des préalables avec

Un engagement affirmé de la direction

Une connaissance approfondie de l'outil de travail

Pouvoir accepter des évolutions dans son management

Opérer progressivement.

3. Utilisation de la Grille ANGELIQUE.

Pour la signature de la convention tripartite, nous avons procédé en interne à une évaluation de l'établissement dont voici les conclusions.

L'amélioration de la qualité suppose au préalable une mesure de l'existant, plus précisément une évaluation. Cette évaluation est en quelque sorte un état des lieux permettant à l'établissement d'identifier ses points forts et ses points à améliorer. Sur cette base, des actions d'amélioration nécessaires seront engagées.

*L'établissement a choisi de faire une **auto-évaluation** en interne, **à l'aide de l'outil ANGELIQUE**, pour ses 4 parties :*

1^{ère} partie : Attentes et satisfaction des résidents et familles

2^{ème} partie : Besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées

3^{ème} partie : L'établissement et son environnement

4^{ème} partie : La démarche qualité

Le rapport s'articule autour de deux parties :

1) Les résultats thème par thème

2) Les conclusions

Ensuite, au vu des points faibles qui ont été relevés dans le cadre de l'auto-évaluation, l'établissement se propose de mettre en œuvre un certain nombre d'actions d'amélioration.

ANGELIQUE AU JUIN 2004

1. LES RESULTATS THEME PAR THEME

1^{ère} partie : Attentes et satisfactions des résidents et familles

La première partie est composée de quatre thèmes :

- Accueil et admission,
- Droits et libertés,
- Restauration,
- Vie sociale.

A- L'accueil – l'admission

Les points forts

L'établissement offre un accueil chaleureux et de qualité.

La journée, une personne est toujours disponible pour l'accueil.

Toute demande de renseignements extérieurs reçoit une réponse. Le personnel connaît l'organisation et le fonctionnement de la maison de retraite, tous les résidents et leur famille proche.

L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement et d'un contrat de séjour. Une plaquette d'informations a également été créée.

Ces documents précisent les tarifs applicables dans la résidence. Ils présentent également les prestations proposées dans l'établissement.

Une visite de l'établissement est proposée par la direction à la famille et au résident, avant l'admission.

Un dossier administratif est établi à chaque admission.

Si la personne arrive seule ou avec sa famille, elle est accueillie par la direction. Cette dernière rappelle le fonctionnement et l'organisation de l'établissement et procède aux formalités administratives.

La personne est conduite jusqu'à sa chambre. Une présentation de la chambre est faite. Le fonctionnement de l'appel-résidents est expliqué au nouvel arrivant.

La résidence propose un cadre de vie très satisfaisant. Les couleurs sont agréables et conviviales ; les locaux sont propres.

Il existe un registre des entrées et sorties ; il est actualisé à chaque admission et à chaque sortie.

Un référent familial est inscrit sur le dossier du résidant. Ses coordonnées sont tenues à jour et sont accessibles, jour et nuit.

Les points faibles

L'établissement n'a pas mis en place de procédure formalisée précisant :

- *Les délais de réponse ;*
- *Le suivi.*

B- Les Droits et libertés de la personne âgée

Les points forts

Les principes de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante sont globalement connus et appliqués. La résidence prévoit de la distribuer aux résidants avec la plaquette d'information. La charte est affichée dans l'établissement.

Une attention particulière est apportée à la personne âgée. Les résidants portent une tenue de ville la journée.

En effet, le respect de la personne est essentiel pour l'équipe.

La pudeur, l'intimité du résidant sont respectées autant que possible ; la toilette et les soins sont effectués porte fermée.

Le personnel frappe à la porte et attend la réponse avant de pénétrer dans la chambre d'un résidant.

Les expressions de familiarité ne sont pas acceptées.

Les personnes bénéficient d'un espace privatif, respecté par les équipes.

Les résidants peuvent disposer d'une ligne téléphonique 24H/24 et peuvent brancher une télévision. Les résidants et leur famille sont réellement incités à personnaliser la chambre. Ils peuvent apporter des meubles et objets personnels.

De plus, plusieurs lieux permettent aux résidants de recevoir leur famille en toute tranquillité.

Les résidants peuvent accéder librement à leur chambre, la journée. Chacun possède la clef de sa chambre. Les résidants autonomes sont libres de sortir de la résidence lorsqu'ils le souhaitent. Cependant, les résidants et leur famille sont invités à informer le personnel de leur départ (pour la journée, week-end..).

Les résidants sont systématiquement informés des soins qui leur sont prodigués.

L'établissement respecte les croyances de chacun des résidants.

La confidentialité des informations concernant les personnes hébergées est garantie dans l'établissement. Le personnel a été sensibilisé au respect du secret professionnel.

Les résidents sont informés des activités de la journée.

Les points faibles

L'établissement n'a pas mis en place d'enquête de satisfaction régulière.

Les réunions du conseil de la vie sociale ne sont pas assez fréquentes.

C- La restauration

Les repas de la résidence sont préparés sur le site par le personnel de l'établissement.

Les points forts

Les menus de la semaine sont affichés.

Une place est attribuée à chaque résident. Les résidents sont libres de choisir leur place.

Après le repas du soir, les personnes qui le souhaitent, peuvent bénéficier d'une « collation ».

L'hygiène alimentaire est respectée.

Points faibles

- *Les personnes ne sont pas pesées régulièrement. Il conviendra d'organiser une pesée régulière et de mettre en place une fiche de suivi du poids.*
- *Une fiche de goût doit être établie à l'admission*
- *Une commission des menus doit être mise en place*

D - La vie sociale dans l'établissement

Une maison de retraite doit être un lieu de vie chaleureux et accueillant. Elle doit permettre aux résidents de conserver le plus longtemps possible son autonomie physique et psychique, en stimulant et en entretenant les fonctions cognitives à travers des activités adaptées, diverses et variées.

Les points forts

De nombreuses activités sont mises en place dans l'établissement :

- *Jeux de société*
- *Sorties extérieures*
- *Ateliers manuels*
- *Les anniversaires*
- *Goûters à thème*
- *Spectacles avec intervenants extérieurs*

Les anniversaires sont célébrés chaque mois pour toutes les personnes nées le même mois.

Les résidents qui le souhaitent participent aux activités de la vie quotidienne.

Une coiffeuse et une pédicure interviennent sur l'établissement régulièrement.

2^{ème} Partie : Réponses apportées en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins

La deuxième partie est composée de cinq thèmes :

- *Maintien de l'autonomie,*
- *Organisation des soins,*
- *Aides et soins spécifiques,*
- *Hôtellerie,*
- *Personnel.*

A - Maintien de l'autonomie

Les points forts

Les personnes en fauteuil roulant peuvent facilement circuler dans l'établissement.

Les couloirs sont équipés de nombreuses barres d'appui pour prévenir les chutes. Dans le hall d'entrée, plusieurs sièges sont disposés permettant aux personnes de se reposer.

Les espaces de circulation bénéficient d'éclairages adaptés et permanents.

Les points faibles

- L'établissement n'a pas mis en place de projets de vie individualisés.

B - Organisation des soins

Les points forts

Les résidents choisissent librement leurs intervenants extérieurs (médecin, infirmière, kinésithérapeute).

En cas d'urgence et en l'absence du médecin traitant, l'établissement fait appel au Centre 15.

Un cahier de transmissions entre les différentes équipes est mis en place. Y figurent les informations essentielles concernant les résidents.

Les médicaments sont rendus inaccessibles aux résidents et professionnels non concernés. Ils sont stockés dans un local fermant à clef.

Chaque résident possède son propre dossier médical. Les dossiers sont actuellement classés.

Il existe une liste type des médicaments ainsi qu'une liste de génériques.

Le suivi de l'efficacité et des effets secondaires des médicaments est réalisé.

Points faibles

- *Les éléments du dossier médical doivent être améliorés*

C - Aides et soins spécifiques

Points forts

Incontinence

Les personnes nécessitant un système absorbant sont incitées à se rendre aux toilettes. Une liste des résidents nécessitant un système absorbant et le type de systèmes absorbants nécessaires est établie et mise à jour.

La douleur

La lutte contre la douleur est une priorité de l'établissement. L'équipe soignante est sensibilisée à la prise en charge de la douleur. Cette prise en charge est effectuée en coordination avec les médecins libéraux.

Le Docteur HIRSCH (Hôpital de Blois), de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs, a donné son accord pour intervenir sur l'établissement, à notre demande.

Les escarres

L'équipe est compétente sur la prévention des escarres. Le personnel est très vigilant quant à la prévention des escarres.

La contention physique

L'équipe a recours au maintien en fauteuil pour prévenir les chutes des personnes âgées dépendantes. La décision est prise avec accord du médecin.

Le résidant est informé de la mesure prise.

Le décès

L'établissement prend en compte les souhaits des résidants et de la famille.

La détérioration intellectuelle

Les personnes atteintes de détérioration intellectuelle ne bénéficient pas systématiquement de bilan cognitif.

La résidence ne comporte pas réellement d'espaces spécifiques pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle. Les espaces de circulation permettent néanmoins la déambulation des personnes désorientées.

Cependant, par choix, il n'a pas été souhaité accueillir cette population jusqu'à présent. Il est prévu dans le projet de transfert de définir une unité spécifique pour cette population. Par ailleurs, la convention tripartite devrait permettre d'avoir le personnel nécessaire, et donc accueillir, selon les besoins et les possibilités, ces résidants.

Points faibles

- *L'établissement n'a pas formalisé de protocoles de soins*
- *Des protocoles de prévention (chutes, escarres...) doivent être mis en place.*

D - Hôtellerie

Points forts

Les chambres sont bien entretenues.

Linge

Le circuit du linge propre/sale est à améliorer.

Le linge souillé ou contaminé fait l'objet d'une prise en charge particulière.

Sols et surfaces

Le nettoyage des espaces communs, comme le nettoyage quotidien des chambres, est assuré par le personnel de l'établissement.

L'élimination des déchets

Les déchets de soins sont récupérés par une société extérieure qui en assure l'élimination et la traçabilité.

*Les **autres déchets** (papiers,...) sont éliminés dans des sacs poubelle placés dans des containers, ramassés par les services de la commune.*

Points faibles

- *L'établissement n'a pas rédigé de procédure d'élimination des déchets.*

E - Le personnel

Les points forts

Le personnel soignant a été formé aux gestes de survie, dans le cadre de sa formation initiale. Les personnels de service ont reçu une formation simple concernant l'hygiène des sols et du linge. Elle devra cependant être approfondie.

Les personnels d'aides et de soins ont bénéficié d'une formation dans le cadre de leurs études concernant le lavage des mains et l'hygiène générale des soins.

Les points faibles

- *La résidence n'a pas encore mis en place de plan de formation pluriannuel. Il est proposé avec la convention tripartite.*
- *L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation des pratiques professionnelles.*
- *Il n'existe pas réellement de soutien psychologique du personnel. La psychologue est prévue dans la convention.*
- *L'avis des professionnels sur l'amélioration de la vie quotidienne des résidents n'est recueilli que de façon informelle.*
- *Aucune visite de l'établissement, ni échange n'est prévu avec d'autres institutions ou services gérontologiques pour l'instant.*

3^{ème} partie : L'établissement et son environnement

A - Ouverture sur l'extérieur

Les points forts

L'établissement propose des séjours de courte durée.

Les points faibles

L'établissement n'a établi aucune convention avec un établissement de santé public ou privé prévoyant les modalités d'accueil et de prise en charge en service de médecine ou de chirurgie et du retour dans l'institution d'origine.

Il n'existe pas de collaboration avec un quelconque établissement de santé.

Il n'existe pas de collaborations spécifiques avec des établissements sociaux ou médico-sociaux.

B - Sécurité et maintenance

Points forts

L'établissement a reçu un avis favorable de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité.

Les consignes de sécurité sont affichées dans l'établissement ainsi que les plans d'accès. Les numéros d'urgence sont affichés.

Les produits de désinfection et les produits dangereux sont systématiquement stockés dans des locaux inaccessibles aux résidents et personnels non concernés.

Les locaux techniques sont signalés et rendus inaccessibles.

Chaque chambre et cabinet de toilette dispose d'un dispositif d'appel-résidents. La direction veille à ce que les délais de réponse soient courts.

Les points faibles

L'établissement n'a pas mis en œuvre de plan d'action globale destiné à la prévention des accidents..

4^{ème} partie : La démarche qualité

Les points forts

Les anomalies sont mentionnées dans le cahier de transmissions et font l'objet d'un suivi.

Les points faibles

- *Aucune enquête de satisfaction régulière n'a été mise en place au sein de la structure. Mais la direction discute avec les résidants et les familles et se tient à leur disposition.*
- *Il n'existe pas de référent formé aux principes de la démarche d'amélioration continue de la qualité*
- *L'établissement n'a pas encore mis en place de groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité.*
- *L'établissement doit mettre en place un système de communication interne quant à l'amélioration de la qualité et au suivi de l'état d'avancement.*

2 - CONCLUSION

Au vu des points faibles relevés dans l'auto-évaluation, le Château de Montifault a prévu des actions d'amélioration de la qualité pour les cinq années à venir

Concernant la vie dans l'établissement

Accueil

Afin d'améliorer l'accueil, il conviendra d'élaborer une procédure d'accueil

Prise en charge des résidants

L'établissement propose de :

- *Mettre en place un dossier individuel pour chaque résidant le plus complet possible*
- *Rédiger un projet de vie et de soins pour chaque résidant*
- *Rédiger des protocoles de soins*
- *Recruter des IDE et AS-AMP pour améliorer la prise en charge des soins et de l'autonomie*

L'hygiène

- *Formaliser des procédures sur le linge*
- *Formaliser protocoles d'élimination des déchets*

La sécurité

- *Un plan d'actions de prévention des accidents sera rédigé*

- Une procédure de dépôt des biens sera élaborée

Améliorer l'intégration des résidents et familles

- Organiser régulièrement des enquêtes de satisfaction
- Prévoir une réunion formelle quelque temps après l'arrivée d'un nouveau résident, avec la famille, et plus largement de les associer plus fortement à la vie de l'établissement.
- Mettre en place le conseil de la vie sociale et la commission des menus

Concernant le personnel

Des formations seront prévues, notamment sur l'hygiène et l'accompagnement de la personne âgée.

Il conviendra de réévaluer la connaissance des gestes de survie.

Le médecin coordonnateur contribuera à la formation gériatrique continue du personnel salarié.

Il conviendra de recruter un psychologue qui assumera, entre autres, un soutien psychologique du personnel qui en fait la demande.

Des fiches de poste seront élaborées ainsi qu'un organigramme du personnel.

Le directeur s'engage à suivre un cycle de formation pour assurer la mise en place des actions évoquées.

Concernant l'environnement de l'établissement

Il conviendra :

- De mettre en place des conventions avec un ou des établissement(s) de santé.
- D'inscrire plus fortement l'établissement dans le réseau gériatrique local.

Nous possédons ainsi une base de travail fiable sur laquelle nous allons nous appuyer pour développer nos points faibles.

Une analyse ANGELIQUE sera faite régulièrement en fin d'année pour vérifier le bien fondé de nos démarches et les conclusions seront annexées au projet afin de pouvoir visualiser progrès. Nous analyserons également notre progression avec un outil informatique édité par la CRAM intitulé VERONIQUE.

Mais au delà de l'outil ANGELIQUE, c'est le référentiel Qualicert qui sera notre base de travail dès la réalisation du transfert.



PROJET DE SOINS



**Maison de retraite
Le Clos d'Emise**
Selles Saint Denis (41)

Directrice : Mme N. Hourlier

Médecin coordonnateur : Dr Pelau

Infirmière coordinatrice : Mme A. Wilmotte

Consultante : Mlle A. Cambin – psychologue stagiaire

SOMMAIRE

PREAMBULE

I/ ADMISSION

II/ AXES DE PREVENTION

2.1 La prévention de la douleur

2.1.1 Définition

2.1.2 Evaluation

2.1.3 Protocoles

2.1.4 Formation

2.2 La prévention de la maltraitance

2.2.1 Définition

2.2.2 Evaluation

2.2.3 Formation

2.2.4 La question de la contention

2.3 La prévention des chutes

2.3.1 Introduction

2.3.2 Evaluation

2.3.3 Démarche éducative

2.4 La prévention de la dénutrition et des troubles alimentaires

2.4.1 Introduction

2.4.2 Evaluation

2.4.3 En cas de canicule

2.4.4 Prise en charge

2.5 La prévention des escarres

2.6 La prévention de l'autonomie

2.6.1 Définition

2.6.2 Evaluation

2.6.3 Prise en charge

2.7 La prévention des troubles de l'élimination

2.7.1 Introduction

2.7.2 Prise en charge

2.8 La prévention de la vaccination

2.9 La prévention des troubles sensoriels

2.9.1 Introduction

2.9.2 Prise en charge

2.10 La prévention de l'isolement

2.10.1 Introduction

2.10.2 Prise en charge

III/ UNITE ALZHEIMER

3.1 Admission

3.2 Objectifs

3.3 Organisation des soins

IV/ ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

4.1 Définition

4.2 Accompagnement

4.2.1 Objectifs

4.2.2 Axes d'accompagnement

4.3 Le décès

V/ ORGANISATION DES SOINS

5.1 Les acteurs de soins et leurs missions

5.1.1 Le médecin coordonnateur**5.1.2 Le pôle infirmier***A/ Généralités**B/ Le projet infirmier**C/ L'IDE**D/ L'IDE coordinatrice ou référente***5.1.3 Le psychologue***A/ Intervention auprès des résidents de l'établissement**B/ Intervention auprès de l'entourage familiale**C/ Intervention auprès du personnel soignant***5.1.4 Les aides médico psychologiques****5.1.5 Les aides soignant(e)s****5.1.6 Les agents de service hospitalier****5.1.7 Les prestataires de soins externes à l'établissement****5.2 Dispensation médicamenteuse****VI/ URGENCES MEDICALES ET CONTINUITE DES SOINS****6.1 Actions****6.2 Continuité des soins****VII/ DEMARCHE EDUCATIVE****7.1 Formations internes****7.2 Formations externes****VIII/ EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS****8.1 Généralités****8.2 Méthodes d'évaluation****IX/ CONCLUSION**

X/ ANNEXES

Annexe 1 : Echelle DOLOPLUS-2

Annexe 2 : Protocole et ordonnance de contention

Annexe 3 : Fiche de signalisation de chute

Annexe 4 : Fiche de Test Moteur Minimum et Epreuve de Tinetti

Annexe 5 : Outil « Perkichute »

Annexe 6 : Fiche de prévention d'escarres

Annexe 7 : Fiches de fonction

Annexe 8 : Proposition de formation 2006 : Soins et plaies d'escarres

Annexe 9 : Proposition de formation 2006 : Ethique et personne âgée en institution

Annexe 10 : Proposition de formation 2006 : Démences et accompagnement

Annexe 11 : Registres des stupéfiants

PREAMBULE

Le projet de soins est un document consensuel auquel devront adhérer tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement. S'appuyant sur les besoins identifiés lors de la signature de la convention tripartite, les propositions d'amélioration apparaîtront dans ce présent projet. Il prendra en compte l'organisation du nouvel établissement, l'acquisition de nouveaux matériels et l'arrivée de nouveaux agents.

Il sert de référence à la réflexion soignante en terme d'évolutivité des méthodes et des conceptions (prises en charge spécifiques, sectorisation des soins). Il est la preuve formalisée de l'adhésion de la structure à une évaluation qualitative de ses prestations.

Le projet de soins vise à :

- *Apporter bien être, confort, qualité de vie,*
- *Favoriser, restaurer, maintenir l'autonomie psychique et physique,*
- *Favoriser l'accompagnement et la prise en considération en premier lieu puis la prise en soins et en charge.*

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

Ce projet s'appuiera sur :

- *Les besoins des résidents relatifs à leur état de santé et leur état de dépendance physique, mentale et sociale,*
- *Les moyens humains et techniques mis à disposition par la direction de l'EHPAD,*
- *Le projet de vie mis en place dans la nouvelle structure.*

Il nécessitera :

- *L'implication de tous les acteurs de soin, de l'administration et des services techniques,*
- *De s'adapter au changement dû à l'évolution dans le temps des établissements gériatriques et à l'évolution du public accueilli.*

Les axes du projet de soins se définissent comme suit :

- *L'admission*
- *La prévention*

- *L'organisation*
- *L'éducation*
- *L'évaluation*

La mission principale de l'EHPAD est d'accueillir en pension complète des personnes âgées de 60 ans révolus (sauf dérogation), seules ou en couple, afin de leur assurer, en complémentarité avec leurs proches, un accompagnement adapté à leurs besoins en matière de santé. De plus, l'EHPAD s'engage à prendre en compte et défendre la qualité de vie et le bien être de la personne âgée.

Actuellement, la maison de retraite « Château de Montifault » accueille 45 résidents. Lors du transfert, L'EHPAD « Le Clos d'Emise » sera habilité à recevoir 67 lits dont 12 lits Alzheimer et 10 lits consacrés aux urgences sociales.

Le présent Projet de soins concerne l'ensemble des résidents de la structure.

Actuellement la structure dispose :

- *d'un médecin coordonnateur,*
- *d'une infirmière diplômée et coordinatrice,*
- *d'une secrétaire,*
- *de neuf Aides Soignants,*
- *de huit Agents de Service Hospitalier dont trois en formation d'Aide Médico Psychologique*
- *d'un agent d'entretien*
- *de deux postes de cuisinier.*

L'établissement fait également appel aux intervenants libéraux extérieurs comme les médecins traitants (au nombre de six), aux infirmières libérales, kinésithérapeute, pédicure, coiffeuse etc..

I/ ADMISSION

Il a donc été établi les décisions suivantes :

- *Pas de visites de pré admission pour les résidents,*
- *Une première visite pour les familles avec visite des lieux, présentation du personnel et information sur le fonctionnement de la structure et les aides susceptibles d'être obtenues ainsi que les démarches à réaliser,*

- Une seconde visite des familles accompagnées de préférence du futur résident afin de procéder à l'élaboration du dossier administratif.

L'entrée du résident est réalisée :

- pour la partie administrative par la secrétaire et la direction,
- pour la partie médicale par l'Idc coordinatrice,
- pour la partie intendance par les agents.

➤ A son arrivée, le résident conserve son médecin traitant habituel mais peut néanmoins porter son choix sur un autre praticien. Dans ce cas, une nouvelle déclaration de médecin traitant devra être réalisée auprès de la sécurité sociale, et ce changement devra être signalée auprès de l'établissement d'accueil.

➤ La famille du résident, le résident lui-même ou son représentant légal se devra de fournir un dossier médical complet comportant des données sur son état de santé (vaccins à jour avec attestation etc...), les divers bilans effectués et les comptes-rendus ainsi que les coordonnées des différents spécialistes rencontrés afin d'assurer au mieux une continuité des soins. Par ailleurs, les volontés en cas d'hospitalisation ou de décès devront être spécifiées.

➤ Au terme d'un mois de séjour, un bilan concernant le résident sera effectué et ce en équipe pluridisciplinaire, sous la supervision du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordinatrice. Cette équipe pluridisciplinaire regroupe les soignants intervenant auprès de la personne (ASH, AMP, AS, IDE), les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, pédicure...), le psychologue, le médecin coordonnateur... Au préalable chaque acteur de l'équipe aura recueilli le maximum d'informations concernant l'autonomie du résident, son adaptation à la vie institutionnelle, ses besoins et attentes. Le résident fera également l'objet d'une évaluation neuropsychologique et d'une investigation des éventuels troubles de l'humeur.

➤ Par ailleurs, le contrat de séjour stipulera son caractère définitif au bout d'un mois. L'établissement se réservant le droit de mettre fin au contrat de séjour sous conditions particulières (non respect du règlement, non paiement, perturbation ou mise en danger des personnes au sein de l'établissement).

L'établissement privilégiera le placement définitif mais sera susceptible d'accueillir temporairement une population en demande pour des contextes précis tels les vacances scolaires (été, hiver) assurant ainsi un relais auprès des aidants familiaux, mais également une sécurité pour la population

âgée. Cette perspective a pour objectif d'ouvrir l'établissement au plus grand public afin de favoriser une meilleure connaissance de la vie en institution.

II/ AXES DE PREVENTION

Du fait du vieillissement de la population en institution gériatrique, les résidents présentent tous à des degrés différents, une fragilité. La prévention est donc un axe de réflexion primordial dans ce projet de soin.

2.1 LA PREVENTION DE LA DOULEUR :

2.1.1 Définition :

Gardons à l'esprit que la douleur est en tout premier lieu la somatisation d'une souffrance.

La douleur est une expérience sensitive et émotionnelle désagréable, survenant après une lésion tissulaire aiguë ou potentielle, et qui peut avoir pour origine une souffrance psychique plus profonde (dépression, solitude, ennui, peur ...).

C'est pourquoi les stratégies thérapeutiques face à la douleur ne doivent pas négliger la part du psychique et du psychosocial.

Par ailleurs, on distingue :

- la douleur aiguë d'apparition récente,*
- et la douleur chronique.*

Notre projet de soins s'attachera à prendre en charge ces deux types de douleur notamment dans l'objectif d'apporter à la personne douloureuse un soulagement (tant physique que psychologique), un bien être et un confort de vie.

2.1.2 Evaluation :

Peut-on mesurer quantitativement un phénomène aussi subjectif et multifactoriel que la douleur d'autrui ? Reconnaître l'existence d'une douleur est déjà très important mais l'évaluer est une étape essentielle et indispensable pour une prise en charge efficace.

➤ *L'évaluation de la douleur physique d'un résident fera l'objet d'un recueil de données à la fois quantitatif et qualitatif notamment:*

- par le repérage des signes comportementaux de douleur (grimaces, tension du corps au toucher...)*
- par le recueil du ressenti de la personne via un entretien précisant où ? quand ? comment ? offrant ainsi à la personne un temps d'écoute et de parole.*

- par l'investigation médicale opérée par un médecin (examen neurologique) et par un travail pluridisciplinaire (évaluation psychosociale).

➤ La douleur morale sera quant à elle appréciée par le recueil de données issues des observations relevées par l'ensemble de l'équipe, et par un entretien plus approfondi avec le psychologue.

➤ Ne seront pas retenues comme outils d'évaluation :

- L'Echelle Verbale Simple (E.V.S.), très peu utilisable dans notre établissement : la plupart des résidents ayant pour diagnostic infirmier l'altération des opérations de pensée.

- L'Echelle Numérique (E.N.) notant la douleur de 0 à 10, pour les mêmes raisons que précédemment car elle nécessite une capacité de réflexion trop importante.

- La présentation écrite de l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.).

La douleur n'étant pas un phénomène simple mais une intégration de facteurs multidimensionnels, nous nous appuierons sur une échelle multidimensionnelle d'évaluation : l'Echelle DOLOPLUS-2 (Cf. Annexe 1)

2.1.3 Protocoles :

La mise en place de protocoles spécifiques fera l'objet d'une concertation pluridisciplinaire suite à l'évaluation. Ces protocoles visent à soulager la personne en lui apportant le maximum de confort et a fortiori une rémission éventuelle.

Notre établissement s'engage donc à mettre en place un protocole de type 1 avec prescription de paracétamol (douleurs légères à modérées).

Concernant les douleurs complexes (modérées à sévères) et de fin de vie, les protocoles de prise en charge seront décidés et prescrits par le médecin traitant, à défaut par le médecin coordonnateur. Par ailleurs, l'établissement fera appel le cas échéant aux équipes mobiles de soins palliatifs.

La prise en charge de la douleur s'attachera à associer à la fois :

- Des soins de confort organisés et suivis,
- Des traitements médicamenteux adaptés,
- Une psychothérapie de soutien ou d'autre ordre au besoin,
- La prescription de séances de kinésithérapie.

2.1.4 Formation :

Face à la douleur, phénomène inéluctable, le personnel soignant se trouve parfois désarmé. Ainsi, il nous paraît indispensable que le maximum de personnel soignant soit formé sur la douleur dans ses différentes modalités, conséquences et accompagnement, afin d'avoir une prise en charge adaptée, et d'évoluer dans la pratique de notre profession.

2.2 LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE :

2.2.1 Définition :

La maltraitance est un terme générique qui regroupe en son sein de multiples facettes : on peut parler de violences, de négligences, d'abus etc... Autant de termes pour qualifier la diversité de ses manifestations.

Parfois sur le mode conscient, plus généralement inconsciente, il n'en reste pas moins que la maltraitance apparaît dès lors qu'une atteinte est portée à l'intégrité de la personne (sécurité, dignité, intimité etc...). Il est alors indispensable de repérer le contexte de survenue, les facteurs déclenchant, les facteurs de risque, d'évaluer enfin les conséquences afin de pouvoir anticiper et prévenir toute déviance.

2.2.2 Evaluation :

Evaluer la maltraitance est presque mission impossible car souvent la parole se délie dans l'après coup. Néanmoins, il est possible de recueillir la parole de la victime (qu'elle soit le résident, le soignant ou la famille) par la conduite d'entretiens et par la vérification des données (croisement des données).

De plus, l'équipe sera principalement vigilante au repérage des facteurs de risque tels les signes d'épuisement, les représentations erronées sur les capacités de chacun, les antécédents, les addictions etc...

- Pour les atteintes physiques (blessures, manque de soins...)

En cas de maltraitements physiques ou de suspicion une investigation médicale sera effectuée par le médecin traitant ou à défaut le médecin coordonnateur en collaboration de l'Idc coordinatrice.

- Pour les atteintes psychologiques (atteinte à l'identité, menaces ...)

L'intervention du psychologue ciblera la reconnaissance de la parole de la victime, le soutien face aux éventuels traumatismes subis et en référera à la direction.

- Pour les atteintes matérielles (vols...), la direction avisera des suites à donner à la plainte.

2.2.3 Formation :

Afin de lutter contre les actes de maltraitance aussi divers soient-ils, la prévention par la formation sur l'éthique de la personne âgée en institution nous semble un outil indispensable (Cf. Démarche éducative). Il s'agit d'un objectif à moyen terme.

2.2.4 La question de la contention :

L'utilisation de la contention est souvent nécessaire en pratique gériatrique. Néanmoins, l'humanisation des soins et le respect des droits individuels contribuent à la mise en question de cette pratique.

Par conséquent, ce projet de soin s'engage à fournir une justification de toute mesure de contention. Cette dernière ne devra s'appliquer que pour une approche bénéfique pour la santé et la sécurité de la personne, ou celles d'autrui.

Ces mesures font l'objet d'une discussion et d'un consensus pluridisciplinaire quant à la nécessité d'une telle mesure.

Nous avons de ce fait mis en place un protocole de contention ainsi que des ordonnances de contention qui sont remplies par le médecin traitant, à défaut par le médecin coordonnateur et réévaluables tous les ans minimum (Cf. Annexe 2). De même, toute mesure fait l'objet d'une information et d'une explicitation aux familles, au représentant légal et/ou au résident.

2.3 LA PREVENTION DES CHUTES :

2.3.1 Introduction

La chute du sujet âgé est un des symptômes gériatriques qui amènent de nombreux questionnements, tant par sa fréquence que par ses conséquences physiques et/ou psychologiques. Les actions préventives sont dès lors primordiales.

2.3.2 Evaluation :

Notre établissement s'engage à fournir aux résidents un espace de vie limitant au maximum les risques de chutes (obstacles, matières anti-dérapantes...).

Des fiches de signalisation de chutes ont été élaborées et précisent à la fois les circonstances, les intervenants, les contextes et les conséquences de la chute (Cf. Annexe 3).

Ces fiches font l'objet par la suite d'un bilan mensuel de chutes en repérant la fréquence des incidents et les personnes à risques, puis d'un bilan annuel.

Ces fiches ont pour objectifs de repérer les facteurs de risques, les personnes à risque et de pouvoir mettre en place des actions ciblées évitant toute récurrence de chute.

Une prise en charge psychologique peut être mise en place notamment dans la prévention du syndrome post chute et le repérage des facteurs de risque (maladies, causes médicamenteuses, causes extrinsèques...).

2.3.3 Démarche éducative :

Il a été également envisagé la réalisation d'un Test Moteur Minimum (Cf. Annexe 4) pour chaque résident afin d'évaluer le risque de chute ainsi que l'Epreuve de Tinetti (Cf. Annexe 4) . Ces bilans seront réalisés par le kinésithérapeute.

De plus, l'éducation du patient ou la rééducation seront assurées également par le kinésithérapeute sur prescription médicale.

Afin de limiter les risques de chutes, il nous semble important que tous (famille, résident, soignant) soyons formés sur les chutes, leurs causes et leurs conséquences. Nous avons donc privilégié ici une démarche à la fois ludique et éducative par l'éventuelle acquisition de l'outil « PERKICHUTE » élaboré par une équipe pluridisciplinaire (Cf. Annexe 5). Ce jeu très bien conçu permet à la fois de réfléchir, de s'investir, de se divertir mais d'intégrer les différents aspects de la chute. Cet outil ouvre par ailleurs la voie vers une prévention mixte en population. En effet, cet outil peut rassembler dans une même formation des membres de famille, des soignants et des résidents afin de pouvoir créer des liens solides d'accompagnement et créer des échanges autour de la prise en charge.

2.4 LA PREVENTION DE LA DENUTRITION ET DES TROUBLES ALIMENTAIRES :

2.4.1 Introduction :

Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée par les agents volontaires sous la forme de groupes de travail supervisés par le psychologue. Ces groupes ont pour but de promouvoir le rôle central de l'alimentation en termes de convivialité et de prévention (dénutrition, déshydratation, escarres, grabatisation etc...).

2.4.2 Evaluation :

L'établissement s'engage à une surveillance mensuelle du poids de chaque résident. Pour les résidents dont la manipulation est difficile, l'établissement s'engage à avoir à disposition un matériel adéquat au bon suivi des pesées (chariot douche de pesée).

La surveillance des éventuels troubles de dénutrition (déshydratation etc...) alertera les intervenants si le poids du résident subit une perte d'au moins trois kilos dans le mois. Le médecin sera en conséquence averti et procédera à des bilans complémentaires et approfondis afin de préciser l'origine de cette perte de poids.

Par ailleurs, sont actuellement mises en place des fiches de suivi de l'hydratation et de nutrition concernant les personnes à risques. Ces fiches sont remplies quotidiennement (matin, midi, soir, nuit) par l'ensemble de l'équipe.

2.4.3 En cas de canicule :

Par ailleurs, en cas de canicule, des mesures de prévention seront mises en place et concerneront les axes suivants :

- La lutte contre la température ambiante
- La lutte contre la déshydratation corporelle
- La lutte contre l'hyperthermie corporelle.

La nouvelle structure propose un ensemble de mesures architecturales visant la régulation de la température ambiante :

- Orientation Est-Ouest (afin de pallier les variations thermiques Nord-SUD),
- Débord de toit d'un mètre,
- Fenêtres en verre athermique et à réflexion renforcée
- Volets roulants électriques
- Rafraîchissement par le sol du réfectoire, de l'atrium et de la salle d'activité du rez-de-chaussée soit 300m²

D'autre part, les mesures au quotidien viseront l'apport suffisant en liquides par la boisson et l'alimentation, à réduire les facteurs de déshydratation, à surveiller les poids, la température, l'état cutané etc.. Ces mesures concerneront également l'information des résidents, des familles et des soignants sur les risques et l'aide à apporter.

L'équipe soignante établira un recensement des personnes à risques avec l'établissement de listes de niveaux de surveillance (bleu, orange et rouge).

2.4.4 Prise en charge :

Pour les personnes éprouvant des difficultés de déglutition ou refusant toute alimentation normale, l'établissement s'engage à proposer des compléments alimentaires hyper protéinés et hypercaloriques afin de pallier les manques en apport nutritionnel. Ces compléments sont prescrits par le médecin traitant ou à défaut par le médecin coordonnateur et font l'objet d'une réévaluation régulière.

Par ailleurs si la situation du résident demande l'établissement d'une prise en charge particulière, le médecin suite à concertation proposera et prescrira un protocole individuel et pourra le cas échéant, prescrire le recours aux perfusions sous-cutanées.

De plus, une vigilance toute particulière sera accordée au bon suivi des différents régimes rencontrés auprès de la population résidente. A ce jour sont réalisés un suivi quotidien de la glycémie capillaire pour les personnes diabétiques ainsi qu'une réflexion quant à la constitution du repas, réflexion associant à la fois et au mieux une perspective diététique et la conservation des goûts et plaisirs du résident.

En effet, nous avons la chance de disposer au sein de notre établissement d'une cuisine traditionnelle alliant savoir-faire et savoir être. Cet atout recueille nombreux succès et contentements, notamment de la part des résidents et des familles (une attention particulière est également accordée sur la fabrication des repas mixés à base d'aliments frais et variés).

Les troubles alimentaires ou de dénutrition doivent faire l'objet au préalable d'une investigation afin de pouvoir déterminer les facteurs à l'origine de ce comportement. Ainsi, l'équipe veillera à identifier les facteurs environnementaux, sociaux, psychologiques et physiques.

Par ailleurs, un travail auprès des équipes soignantes a été entamé concernant le moment du repas dans ses différentes dimensions afin d'engager une réflexion, une prise de recul et de nouvelles perspectives d'accompagnement. Un protocole de référence sera établi à la clôture de ces groupes de travail.

L'aide au repas fera l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et aura pour objectif de maintenir au maximum et au mieux l'autonomie du résident et le respect de sa personne.

Il nous semble important de préciser ici notre volonté que chaque résident puisse bénéficier des mêmes prestations notamment concernant les personnes dépendantes requérant une aide totale aux repas.

L'établissement s'engage donc à proposer un menu identique aux différents services, menu adapté aux capacités des personnes (entrée, plat, fromage, dessert).

De plus, le repérage des goûts, préférences et habitudes alimentaires nous permettront d'ajuster notre accompagnement au résident afin de lui proposer un accueil et un accompagnement au plus près de ses attentes. L'enquête de goût sera réalisée, dans un futur proche, à l'entrée du résident.

2.5 LA PREVENTION DES ESCARRES :

Les escarres sont des lésions cutanées ischémiques et compressives. Elles sont sources de douleurs chroniques et ont des conséquences psychiques importantes (image du corps, estime de soi, dépression ...).

A ce jour nous évaluons à un seul cas d'escarres en cours de soin au sein de l'établissement, ce qui indique une bonne qualité des soins de plaies et de la pratique de prévention d'escarres.

Il existe déjà :

- *Du matériel adapté dans l'établissement (matelas, coussin, talonnette ...)*
- *Un protocole en cas d'alitement réalisé en 2006 par l'IDE et les soignants, validé par le médecin coordonnateur (Cf. Annexe 6).*
- *L'intervention d'un kiné dans l'établissement par prescription médicale à raison de deux séances par semaine, ce qui permet un maintien de la station debout et une mobilisation de qualité,*
- *Un créneau d'animation gym douce visant à limiter la régression locomotrice.*

Par ailleurs, un programme de rééducation douce effectué par le kiné et l'IDE coordinatrice est en cours de réalisation. Ce programme sera par la suite repris par l'équipe soignante faisant l'animation. L'intérêt de ce programme réside dans l'optique de maintenir la mobilité (aide à la marche et aux transferts, favoriser les changements de position et le maintien des gestes de la vie quotidienne).

Il est également prévu trois changes minimum par jour avec toilette à chaque charge et prévention d'escarres avec massage et technique de séchage, une obligation de signalement à l'IDE pour le médecin de tout signe d'altération de la peau.

Le projet prévoit une formation avec l'IDE, le médecin et un laboratoire sur les escarres pour l'ensemble des soignants afin de repérer rapidement les personnes à risque et favoriser l'apport de compléments protéinés au besoin.

2.6 LA PREVENTION DE L'AUTONOMIE :

2.6.1 Définition :

On distingue plusieurs types d'autonomie :

- *l'autonomie physique qui caractérise la liberté de nos mouvements qu'elle soit mécanique ou intentionnelle,*
- *l'autonomie psychique qui regroupe la liberté de choix, la prise d'initiative, et qui a recours aux processus cognitifs et conatifs de la pensée.*

Ce sentiment d'autonomie permet à la personne de s'épanouir, d'avoir un certain sentiment de contrôle sur son existence.

2.6.2 Evaluation :

- *Grille AGGIR (« girage » effectué au bout de quinze jours de séjour)*
- *Observation des capacités et potentialités*

- Evaluation thymique
- Evaluation de l'environnement

2.6.3 Prise en charge :

- Activités physiques régulières (exercices d'endurance et de résistance adaptés à une population âgée)
- Si nécessaire séances kiné + massages
- Favoriser la station debout et la marche
- Participation aux tâches quotidiennes : mise de la table, pliage de linge etc...
- Favoriser le pouvoir de décision : choix des vêtements, des animations
- Maintien des acquis par les gestes quotidiens (toilette, élimination..)

2.7 LA PREVENTION DES TROUBLES DE L'ELIMINATION :

2.7.1 Introduction :

Les troubles de l'élimination (constipation, incontinence urinaire et fécale, comportements fécaux...) outre leurs conséquences physiques induisent également des enjeux psychiques notamment en matière de dépendance et d'estime de soi (sentiments de honte, de culpabilité, régression), d'où l'importance d'une prise en charge alliant soins et soutien psychologique.

2.7.2 Prise en charge :

- Gestion de l'incontinence au quotidien (nombre de changes, accompagnements réguliers, repérage du rythme...),
- Favoriser et faciliter le repérage des lieux adaptés et des accès,
- Veiller au bon transit et surveiller la régularité des selles. Au bout de deux jours sans élimination : alerte et mise en place d'une stratégie pour favoriser l'élimination. Le cas échéant, l'intervention du médecin traitant ou coordonnateur sera entreprise. Une feuille de suivi individuelle est à ce jour mise en place.
- Concernant les personnes présentant un syndrome démentiel, il sera essayer la réalisation d'un rituel horaire, l'objectif étant de favoriser l'autonomie physique et psychique et de redonner une certaine estime de soi.
- Réaliser le bon choix de protection adaptée au profil de la personne.

2.8 LA PREVENTION DE LA VACCINATION :

Le résident sera sujet d'une attention particulière à la mise à jour régulière de son carnet de vaccination notamment tétanique et grippal. A l'entrée dans l'établissement une attestation devra être fournie ainsi qu'une IDR à la tuberculine. En cas d'absence de preuves ou de doute, une vaccination d'office sera réalisée par les soins de l'infirmière sur prescription du médecin.

Vaccin anti-grippal : tous les ans dans la période du 1^{er} Octobre au 30 Novembre de l'année en cours,

Vaccin anti-tétanos : tous les dix ans

Vaccin contre pneumocoques (pneumo 23) : tous les cinq ans. Une réflexion est en cours mais aucune décision n'a encore été prise.

De plus, chaque résident aura en sa possession un certificat de vaccination.

2.9 LA PREVENTION DES TROUBLES SENSORIELS :

2.9.1 Introduction

Les cinq sens que sont la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût sont les bases de l'existence au monde de toute personne.

Ils nous permettent d'intégrer l'ensemble des informations et de pouvoir s'adapter et de s'épanouir dans cet environnement.

Les déficits sensoriels modifient très sensiblement l'image de soi et les rapports à l'autre. Ils peuvent être pourvoyeurs d'états dépressifs etc.. Ils jouent également un rôle dans la perte d'autonomie physique, psychique et sociale, et précipitent le plus souvent l'entrée en institution.

2.9.2 Prise en charge

- Repérage des baisses auditives par l'équipe et information transmise au médecin*
- Examens ORL réguliers avec appareillage si nécessaire*
- Observations de l'évolution du résident dans diverses activités*
- Examens ophtalmologiques si possibles*
- Bilan audiométrique avec contrôle de l'hypertension artérielle*
- Conseils et informations aux familles, aux résidents et aux soignants*
- Repérer les antécédents*
- Proposer des médiations*
- Favoriser le maintien d'une activité sociale (animation)*

2.10 LA PREVENTION DE L'ISOLEMENT :

2.10.1 Introduction :

Du fait de l'avancée en âge, les liens sociaux et familiaux tendent à s'amenuiser, les conséquences physiques de part la désafférentation sensorielle favorise l'isolement. Ce contexte déjà présent à domicile le plus souvent, peut se renforcer lors du placement en institution gériatrique. La solitude douloureusement ressentie malgré la tentative de maintenir un environnement social stimulant concourt au sentiment d'abandon.

2.10.2 Prise en charge :

Les objectifs de la lutte contre l'isolement visent à :

- Maintenir et favoriser les liens familiaux et amicaux*
- Favoriser la dynamique relationnelle : penser l'environnement et l'animation*
- Créer des rythmes de vie*
- Maintenir les relations sociales existantes et en créer d'autres (intervention de bénévoles, parrainage etc..)*
- Maintenir des activités intellectuelles et de stimulation*
- Repérer les troubles de l'humeur tels la dépression.*

III/ UNITE ALZHEIMER

3.1 ADMISSION.

L'unité Alzheimer accueillera douze résidents et assurera une prise en charge ainsi qu'un accompagnement spécifique et individualisé.

Chaque résident aura au préalable, été diagnostiqué sous la terminologie « démence de type Alzheimer » par la réalisation d'un bilan (effectué ou prévu dans les trois mois suivants l'entrée) avec réalisation d'un scanner cérébral, d'un bilan biologique et d'une consultation mémoire.

Cette unité est dédiée aux personnes présentant un syndrome de type Alzheimer avéré avec comme caractéristique comportementale la déambulation, et qui encourent un risque vital (mise en danger) ou qui sont susceptibles de mettre en danger autrui.

Ainsi, l'admission et le maintien au sein de cette unité sera le fruit d'une décision consensuelle et pluridisciplinaire. L'évaluation des soins et de la qualité de l'accompagnement sera effectuée de façon régulière (à raison de deux fois par an minimum).

3.2 OBJECTIFS.

L'accompagnement au quotidien visera la création de rituels quotidiens, le maintien de l'autonomie physique et psychique, en conservant une place particulière aux désirs et attentes des personnes accueillies.

Cet accompagnement s'axe autour de deux dimensions :

- *Une dimension collective notamment au travers d'ateliers pédagogiques (jeux, promenade, musique etc...), de groupes de paroles (stimulation de la mémoire autobiographique, sémantique, de la communication orale), de médiations sensorielles (communication non verbale avec l'approche snoezelen, les soins de beauté et d'esthétique).*
- *Une dimension individuelle autour de l'élaboration d'un projet individualisé ayant pour objectif premier le soutien psychologique et de permettre la conservation, la réhabilitation de l'identité de la personne.*

3.3 ORGANISATION DES SOINS.

Les résidents de l'unité bénéficieront au même titre que l'ensemble de l'établissement de l'accès aux soins qui leur sont adaptés et spécifiques.

Le personnel encadrant l'unité sera référent et fixe afin que les résidents puissent conserver des repères stables et sécurisants. L'accompagnement visera le maintien ou la réhabilitation des gestes de la vie quotidienne (toilette, repas) dans une dimension de guidance plus que de stimulation forcée. Par ailleurs, la stimulation d'ordre cognitive est un complément primordial des traitements médicamenteux car permettant de sauvegarder les fonctions encore préservées.

Le suivi des soins sera assuré par l'infirmière référente.

Quoique qu'il s'agisse d'un milieu clos, nous envisageons d'amener les résidents à sortir de cette unité de façon occasionnelle afin de pouvoir leur faire bénéficier d'un environnement social élargi.

L'équipement de l'unité n'est pas encore complètement défini : une réflexion a été engagée sur l'acquisition de lits « alzheimer » sur l'aménagement de l'unité et les bénéfices d'un ergothérapeute.

Notre objectif est d'expliquer le fonctionnement et le but de l'unité tant aux familles qu'aux résidents notamment par le biais d'une formation-information.

4.1 DEFINITION.

L'aide aux mourants, depuis quelques années, ne se limite plus à des prescriptions sédatives. On s'intéresse notamment aux étapes psychiques du mourir et à l'accompagnement psychologique de la famille et de la personne qui sont devenus une priorité.

La fin de vie est difficile à définir. Toute personne pour laquelle une menace sur sa vie est avérée, est considérée en fin de vie. L'accompagnement de fin de vie c'est prendre soin de la personne dans sa globalité. Différentes dimensions sont donc prises en compte :

- *La dimension physique notamment par l'anticipation, la prévention et le soulagement de la douleur,*
- *La dimension psychologique*
- *La dimension relationnelle*
- *La dimension sociale*
- *La dimension spirituelle.*

4.2 ACCOMPAGNEMENT.

4.2.1 Objectifs :

Les objectifs de l'accompagnement des personnes en fin de vie visent à permettre à la personne âgée de terminer sa vie à la maison de retraite sans souffrance et en bénéficiant d'un entourage familial et professionnel (si les soins le permettent et si c'est un souhait de la famille et/ou du résident).

4.2.2 Axes d'accompagnement :

Les axes d'accompagnement visent :

- *La reconnaissance de la souffrance morale et des besoins (rites, croyances) du résident par une prise en charge psychologique de l'angoisse, l'accompagnement des différents processus du mourir,*
- *L'accompagnement de la famille autour du décès imminent du proche en proposant des moyens de veille du proche (lit d'appoint par exemple),*
- *La mise en place d'un traitement médicamenteux anti douleur en collaboration du médecin traitant ou coordonnateur. Chaque médecin s'engage à entendre la demande et les plaintes du résident. Si l'état de santé du résident ne permet plus la prise de la médication, cette dernière sera suspendue.*
- *L'apport et la disposition des soins de nursing et de confort (hydratation, soins de bouche, prévention des escarres, kiné),*

- La proposition de l'intervention des soins palliatifs aux résidents, aux familles, à l'équipe soignante. Cette intervention sera envisagée lorsque tous les moyens mis en œuvre n'apportent plus aucun bénéfice, soutien ou soulagement à la personne.
- L'aménagement de l'environnement afin de procurer un sentiment de sérénité : chambre seule, lumière, horaires de ménage etc..
- La proposition de l'intervention de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie (association JALMALV),
- L'accompagnement et le soutien psychologique aux soignants (espaces d'écoute et de parole).

4.3 LE DECES.

- L'annonce du décès à la famille est réalisée par la direction, l'Idc ou le médecin.
- Le décès est constaté par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant, et avisé auprès de la mairie par la direction de l'EHPAD.
- Les agents veilleront à ce que les dernières volontés soient respectées.
- La toilette mortuaire, dernier soin de respect à l'individu, est effectuée par deux agents dont au moins l'un est diplômé et sera référent. Le cas échéant, l'appel à une autre personne volontaire sur place sera envisagé.

V/ ORGANISATION DES SOINS

5.1 LES ACTEURS DE SOINS ET LEURS MISSIONS.

5.1.1 Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur joue un rôle primordial au sein de l'établissement.

Ses fonctions s'axent :

- Autour d'une meilleure qualité de prise en charge gériatrique qu'il assure,
- Autour de sa participation au projet d'établissement (projet de vie et projet de soin),
- Autour de la coordination avec les prestataires de soins externes à l'établissement.
- Il contribue également à la formation continue du personnel

- Il peut donner son avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins,
- Il participe enfin à l'élaboration du rapport d'activités médicales annuel, rapport ciblant l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques médicales.

5.1.2 Le pôle infirmier

A/ Généralités :

Le nouvel établissement bénéficiera de quatre postes infirmiers dont un poste de coordination.

L'action des infirmières diplômées d'état se déroulera auprès de trois types de public :

- Les résidents
- Les familles/aidants
- Les soignants

Leur travail sera pluridisciplinaire. Elles interviendront en collaboration avec tous les acteurs intervenant dans l'établissement afin d'assurer des soins en continu. Le rôle propre de chaque acteur de soin est spécifié dans les fiches de fonction (Cf. Annexe 7)

L'ide anime l'équipe, veille à l'implication des agents, choisit des référents pour les objectifs déterminés et veille à ce que la lisibilité des actions entreprises soit claire, de façon à en faciliter l'évaluation.

B/ Le projet infirmier :

Le projet infirmier se fonde sur trois cibles :

a) La composition et l'informatisation du dossier de soin

Le dossier du résident contient les données ayant trait à la dépendance, aux antécédents (histoire de vie, médicaux etc...), aux troubles actuels et aux moyens mis en oeuvre pour y remédier. Il s'agit d'un élément fondamental pour la cohérence et la continuité des soins.

Ce dossier de soins a pour intérêts :

- une meilleure connaissance du patient pour une prise en charge globale,
- une recherche en soins infirmiers,
- une évaluation de l'activité en soins infirmiers,
- une organisation et une planification des soins (travail d'équipe)
- une sécurité des soins

- la formation de stagiaires
- l'évaluation de l'efficacité des soins.

Actuellement sous forme papier, il est susceptible d'être informatisé.

b) La démarche de soins infirmier

(collecte des données, analyse/interprétation, planification des soins, fixation d'objectifs de soin, exécution/surveillance des soins et évaluation).

Cette démarche de soin s'axe autour de trois niveaux d'intervention :

- Les soins de prévention primaire (maintien et promotion de la santé, prévention de la maladie auprès des résidents et de leur famille),
- Les soins de prévention secondaire (interventions curatives)
- Les soins de prévention tertiaire (réhabilitation par soutien au résident et soutien de l'entourage).

c) Les transmissions et la formation aux transmissions ciblées.

Les transmissions entre membres de l'équipe soignante relèvent, comme pour les médecins, du secret médical vis-à-vis de l'extérieur, et du secret partagé en interne.

C/ L'IDE

Le travail de l'IDE consiste à :

- Appliquer les soins et procédés visant à assurer l'hygiène physique et psychologique de la personne et de son environnement,
- Mettre en place et appliquer les prescriptions médicales,
- Assurer les différentes surveillances (médicaments, élimination, alimentation, état cutané etc..),
- Conserver les potentiels de vie de la personne âgée (prévention, conservation de l'autonomie, animation et évaluation),
- Encadrer et de guider l'équipe soignante et d'éventuel(le)s stagiaires en collaboration avec l'IDE coordinatrice,
- Participer à la mise en place de protocole, à des ateliers de réflexions.

D/ L'IDE coordinatrice ou référente

Elle possède toutes les responsabilités de l'IDE et sa fonction s'élargit aux attributions suivantes :

- *Organisation des entrées et sorties des résidents,*
- *Etablissement des dossiers de soins,*
- *Evaluation et amélioration des préventions avec mise en place des protocoles (formulation d'objectifs et évaluation de résultats),*
- *Evaluation et amélioration de la qualité des soins (élaboration de fiches de postes, de fonction, mise en place d'entretiens de suivi).*

Sa mission est donc d'harmoniser le travail des infirmières (choix et arrêt des décisions de travail), de créer des liens et une complémentarité entre tous les soignants (intérieurs et extérieurs) et les familles ainsi que de mettre en place des groupes de réflexion et de participer à des formations pour le personnel et les familles.

5.1.3 Le psychologue

La structure bénéficiera de l'intervention d'un psychologue (temps alloué de 0.20)

Son action ciblera trois types de public :

- *les résidents*
- *l'entourage familial*
- *le personnel soignant*

Le psychologue s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire et apporte sa réflexion et son savoir-faire dans les diverses situations rencontrées.

A/ Intervention auprès des résidents de l'établissement :

Le psychologue s'attachera à :

- *Proposer un accompagnement du résident dans sa problématique du vieillir (estime de soi, image du corps, handicap etc...),*
- *Proposer un accompagnement des gestes de la vie quotidienne en favorisant l'autonomie de la personne et son respect (repas, toilette etc...).*
- *Proposer un accompagnement du résident dans son processus d'adptation principalement vis-à-vis de l'entrée en institution : préparation, accueil, accompagnement et suivi.*

- *Proposer un accompagnement individualisé de la personne notamment par la réalisation d'un bilan neuropsychologique (évaluation des fonctions exécutives, fonctions supérieures etc...) au bout d'un mois de séjour.*
- *Proposer un accompagnement et un soutien du résident au cours d'évènements de vie pénibles : maladies graves, conflits familiaux, deuils etc...*
- *Proposer un accompagnement de fin de vie (soutien psychologique) avec un travail en relais avec les différents acteurs de soins.*

B/ Intervention auprès de l'entourage familial :

- *Proposer un soutien des familles confrontées à la fin de vie de son proche et d'un soutien après le décès sur demande.*
- *Favoriser l'information et la prévention sur les pathologies du vieillissement ou d'autres problématiques par la mise en place de groupes de réflexion, à terme de groupes de parole.*
- *Proposer un accompagnement des différents membres de la famille dans le processus d'institutionnalisation du parent.*

C/ Intervention auprès du personnel soignant :

- *Participation aux transmissions ciblées favorisant l'échange d'informations, l'élaboration et la mise en place d'axes d'accompagnement et de prise en charge (travail pluridisciplinaire),*
- *Création de groupes de travail sur différentes thématiques (à ce jour trois groupes de travail ont été mis en place : un groupe sur le repas, un groupe sur l'unité Alzheimer, un groupe sur l'accueil). Ces groupes visent à favoriser la communication entre les différents membres de l'équipe (création d'une dynamique), la libre expression. A terme proposer des groupes de parole axés sur l'analyse des pratiques.*
- *Encadrement des animations : soutien, conseils, évaluation des activités.*

- Proposition d'un soutien (sous mode formel ou non) sous forme d'entretiens individuels à la demande du soignant,
- Information et formation du personnel concernant le processus du vieillissement , les pathologies, les notions d'éthique afin de sensibiliser l'ensemble des équipes à l'accompagnement spécifique de la personne âgée,
- Proposition d'un soutien dans l'accompagnement de fin de vie sous forme de groupe d'expression (en prévision),

Le psychologue intervient à la demande des équipes soignantes et du médecin dans les situations d'urgence mais également dans les suivis au long cours des résidents et familles.

5.1.4 Les agents de service hospitalier

Outre leur mission d'entretien des locaux, du linge et leur participation au service de restauration, les agents de service hospitalier peuvent être amené(e)s à réaliser des soins d'hygiène, de confort, de maintien de l'autonomie et de l'animation auprès de la personne âgée, et travailler en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante.

5.1.5 Les aides soignants

Selon la circulaire du 19 Janvier 1996, le rôle des aides-soignant(e)s s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée.

Les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne peuvent être assurés par les aides soignants sous la supervision de l'infirmière.

Les missions spécifiques de l'aide soignant relèvent :

- de la collaboration dans les soins d'hygiène et de confort,
- de la collaboration dans la surveillance des personnes sur la base d'observations transmises à l'IDE,
- de la collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive.

L'ensemble de ces missions comporte outre leur caractère technique, une dimension relationnelle très importante. Les aides soignant(e)s ont un devoir d'informations auprès de leur

collègues, il leur appartient de consigner dans le dossier de soins les observations qu'ils/elles ont réalisées.

Par ailleurs, elles font partie intégrante, au même titre que les autres fonctions soignantes, de la réflexion collective et de la participation aux différents projets (amélioration des conditions de travail, projet de service, projet de soins)

5.1.6 Les aides médico psychologiques

La tâche des aides médico psychologiques oscille entre le soin, l'éducation et l'accompagnement social de personnes dont l'état physique et/ou psychique, nécessite une éducation spécialisée ou un accompagnement de proximité dans les actes de la vie quotidienne.

L'aide médico psychologique met en avant ses compétences pour accompagner et aider dans leur vie, des personnes nécessitant une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social (nursing, animation, distribution des traitements, repas). Il travaille en équipe pluridisciplinaire en attachant un rôle essentiel à l'observation et l'analyse de comportement afin de mettre en place des objectifs de soins et un projet individualisé.

5.1.7 Les prestataires de soins externes à l'établissement

L'établissement fait appel pour certains soins :

- au kinésithérapeute sur prescription médicale afin d'entretenir la verticalisation et la marche, d'assurer une rééducation au besoin et d'assurer des massages de confort en palliatif.
- au podologue/pédicure afin d'assurer les soins des pieds et au besoin les semelles orthopédiques.
- à l'ergothérapeute pour le bon choix du matériel spécifique à la dépendance (fauteuil, animation etc...).

L'équipe infirmière une fois au complet, les infirmières libérales ne devraient plus à long terme intervenir dans l'établissement.

5.2 DISPENSATION MEDICAMENTEUSE.

Les traitements médicamenteux sont préparés par l'Idc et le pharmacien seulement.

Les médicaments sont délivrés par la pharmacie de Montlivault, à défaut de la Ferté Imbault. En cas d'urgence, la direction de l'établissement s'engage à fournir l'autorisation de sortie pour un agent afin d'alimenter les manquements.

Les médicaments sont administrés principalement par l'Ide, à défaut par un(e) aide-soignant(e) ou toute autre personne du service. Aucun médicament n'est stocké en chambre (collyres, patchs).

Les soins spécifiques (injections, prélèvements..) sur prescription médicale sont effectués par l'Ide. Les pansements sont réalisés également par l'Ide sauf les petites plaies (existence de protocole).

La législation actuelle s'oriente vers une contractualisation des relations entre une officine de ville et la maison de retraite de façon à optimiser la gestion médicamenteuse dans l'établissement.

Notre établissement a la particularité, bien qu'il ne possède pas de pharmacie à usage interne, d'avoir dans son effectif un pharmacien. Son rôle consiste à préparer en collaboration avec les infirmières les semainiers tout en contrôlant les prescriptions médicales. Il intervient également dans la gestion des génériques qui représentent aujourd'hui 20% des prescriptions et facilite la mise en place des traitements d'urgence.

La gestion et la comptabilité des stupéfiants est assurée également par le pharmacien.

VI/ URGENCES MEDICALES ET CONTINUITÉ DES SOINS

Le présent projet garantit à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité.

6.1 ACTIONS

- Les soins médicaux sont assurés par le médecin traitant choisi par le résident et/ou sa famille/son représentant.

En cas d'absence de ce dernier, prend le relais:

→ soit son remplaçant désigné ou son associé

→ soit un de ses confrères intervenant au sein de l'EHPAD

En cas de souci majeur, il est possible de contacter pour les urgences le Docteur PELUAU (médecin coordonnateur).

- L'appel au 15 sera :

→ soit demandé par le médecin

→ soit composé directement.

En cas de difficultés pour joindre un médecin ou le 15, l'équipe peut faire appel aux ambulance et hospitaliser aux urgences la personne.

- *Tout numéro d'urgence est affiché à chaque poste téléphonique*
- *Pour les urgences médicales, il est envisagé l'acquisition d'un sac à dos d'urgence. Par ailleurs, la dotation d'un électrocardiographe, d'un oxymètre de pouls, d'un tensiomètre et d'un thermomètre frontal est en cours d'étude.*
- *Il existe déjà un protocole en cas d'urgence auquel chaque agent peut se référer. Ce protocole comporte une fiche type bilan, une fiche d'organisation des actions par agent, deux fiches informatives pour les urgences.*
- *L'hôpital de référence sera celui de Romorantin (41) sauf si demande particulière du résident, de la famille ou du médecin.*

6.2 CONTINUITE DES SOINS

La continuité des soins sera assurée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (Ide, kiné, psychologue, AS, AMP, ASH, cuisiniers, podologue etc...). Elle s'appuiera sur des diagrammes d'activités programmés concernant les soins quotidiens et les animations.

VII / DEMARCHE EDUCATIVE

7.1 FORMATIONS INTERNES

L'établissement s'engage à proposer un certain de nombre de formations ciblant des problématiques particulières d'accompagnement. Ces formations s'adressent en premier lieu aux équipes soignantes. A long terme, nous souhaitons proposer des actions d'information et de prévention auprès des familles et collectivités.

Les formations à ce jour identifiées comme indispensables visent :

- *La manutention et à l'ergonomie concernant la prévention des accidents de travail (dos...) → Les modalités restent à définir*

- *L'accompagnement de fin de vie et soins palliatifs (prise en charge de la douleur) pour l'ensemble du personnel et les familles → Les modalités restent à définir.*
- *La prise en charge du diabète*
- *Les règles d'hygiène*
- *La prise en charge des plaies et escarres (Cf. Annexe 8)*
- *L'éthique de la personne âgée en établissement gériatrique pour le personnel → Projet présenté (Cf. Annexe 9)*
- *L'accompagnement des syndromes démentiels → Projet présenté (Cf. Annexe 10)*
- *La restauration au sein d'un établissement gériatrique → Projet présenté à la direction*
- *Formation à l'AFPS pour l'ensemble de l'équipe (à prévoir)*
- *Formation à la sécurité incendie pour l'ensemble des acteurs de l'établissement*

7.2 FORMATIONS EXTERNES

- *Ecole d'aide soignante*
- *Formation à la profession d'aide médico psychologique (à ce jour trois membres du personnel s'y préparent).*
- *Demande d'un D.U. gérontologie pour l'Ide (projet à long terme)*
- *Capacité du médecin coordonnateur*

VIII / EVALUATION DE LA DEMARCHE DE QUALITE DES SOINS

8.1 GENERALITES

L'objectif de la démarche de la qualité des soins est de tendre et de promouvoir la notion de « bienveillance » c'est-à-dire cette approche d' « humanité » de prendre soin.

La « bienveillance » est une attitude bienveillante qui prône :

- *le respect de l'intimité*

- le respect de la dignité
- le respect de l'intégrité physique et psychologique
- le respect de l'identité
- le respect du rythme de vie
- le maintien et l'accompagnement de l'autonomie
- l'accès aux soins pour tous
- le maintien des contacts sociaux.

8.2 METHODES D'EVALUATION

Création d'une grille d'évaluation interne de la qualité des soins au sein de l'établissement mesurant :

- Des indicateurs de santé

→ Le pourcentage de chutes annuel

→ Le pourcentage d'escarre

→ Le pourcentage d'hospitalisation

→ L'utilisation des transmissions ciblées

A ce jour, les transmissions sont quotidiennes sous forme écrite et orale.

→ L'utilisation des protocoles de soins

→ Le maintien de l'autonomie

- Des indicateurs relatifs à l'équipe soignante

→ L'investissement du personnel dans les projets et réunions

→ Le taux d'arrêt maladie/ absences

→ L'étude de la charge de travail par rapport à la dépendance des résidents.

Par ailleurs, ce projet de soin projette la réalisation d'enquêtes de satisfaction :

- auprès des familles (questionnaire annuel)

- auprès des résidents (entretiens individuels ou questionnaire).

Il propose par ailleurs :

- La réalisation d'entretiens annuels du staff soignant afin de fixer des objectifs pour chaque soignant et de réaliser un bilan professionnel sur sa pratique.

- La réalisation d'une réunion du staff soignant tous les trois mois (direction, médecin, IDE, psychologue, délégués de la vie sociale et des familles).

IX/ CONCLUSION

Le projet de soins est un document de base et de réflexion pour la nouvelle structure. Ce document est basé sur l'expérience de la maison de retraite du Château de Montifault, mais se projette déjà dans le nouvel établissement.

Il est le reflet des réflexions et des interventions des équipes soignantes et médicales.

Ce document peut être amené à être modifié en fonction de la population accueillie, du législateur et de l'expérience acquise au fil des ans dans ces nouveaux locaux.

Le but de ce document est d'assurer un certain confort de vie en maintenant ou restituant un équilibre psychologique et physique et le plus d'autonomie possible.

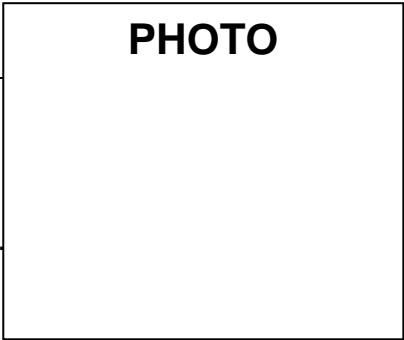
Par ailleurs, nos objectifs visent également à accompagner au mieux les personnes dans le respect et la dignité, en s'appuyant toujours sur le principe qu'une personne âgée est un être avec un histoire, des émotions, des désirs et des attentes.

Associé à une démarche participative constante de l'ensemble du personnel et de la direction ce projet de soin est un engagement de qualité de la maison de retraite du Clos d'Emise.

X/ ANNEXES



IDENTITE



Chambre n°

NOM : Nom de naissance :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : .../.../..... LIEU DE NAISSANCE :

STATUT MARITAL :

DATE D'ENTREE :/...../.....

Accueil de jour

ENTREE A L'UNITE ALZHEIMER :/...../.....

SEJOUR :

Définitif

Temporaire

Accueil de jour

Durée/...../.....

MESURE DE PROTECTION:

CURATELLE

TUTELLE

SAUVEGARDE DE JUSTICE

Organisme :

PERSONNE DE CONFIANCE :

PERSONNE(S) A JOINDRE :

Noms	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

N° DE SECURITE SOCIALE :

SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE :

AIDE SOCIALE : oui non Type :

ADRESSE DE FACTURATION :

.....



BIOGRAPHIE

→ HISTOIRE DE VIE :

(Enfance, frères/sœurs, professions, mariages, parents, enfants, descendance, nature des relations, déménagements, guerre...)

A large rectangular area containing horizontal dotted lines for writing, intended for the student's biography.



ARBRE GENEALOGIQUE :

Indiquer le nom et prénoms des parents de la personne, des nom et prénom du conjoint, prénoms des enfants +dates de naissance et de décès éventuels, prénoms des petits enfants et arrières petits enfants et toutes personnes proches



CONTEXTE PSYCHOSOCIAL

→ TYPE D'HABITAT :

- Appartement Maison de plein pied Maison à étages
- Membre de la famille
- Hôpital Préciser ville+nom :
- Foyer logement/MAPA Préciser ville+nom :
- Maison de retraite Préciser ville+nom :
- Famille d'accueil Préciser ville+nom :
- Animal de compagnie :** Oui Non Devenir de l'animal :

→ HABITUDES DE VIE :

- Horaire de LEVER :
- Horaire de COUCHER :
- Horaire de SIESTE :
- Horaire de PETIT DEJEUNER :
- Horaire de DEJEUNER :
- Horaire de DINER :
- Horaire de COLLATION :



ENTREE EN EHPAD

Personne(s) accompagnatrice(s) :

.....

→ MOTIF D'ENTREE :

.....

→ MOTIVATIONS POUR L'ENTREE :

.....

→ PERSONNALISATION DE LA CHAMBRE :

Oui Non



SOUHAITS DE FIN DE VIE

Contrat obsèques : Oui Non

Si oui :
Coordonnées :.....
.....
.....

PERSONNES A PREVENIR :

- 1.
- 2.....
- 3.....

Croyances et Valeurs :

Culte :

Pratiquant(e) : OUI NON

Rites et usages religieux :

.....
.....
.....
.....
.....

Don d'organes : Oui Non

Choix des vêtements :

.....
.....
.....

Dernières volontés (voir une personne en particulier, ne pas aller à l'hôpital...) :

.....
.....
.....
.....
.....



REFERENTS FAMILIAUX

La famille accepte-t-elle d'accompagner le résident aux consultations ?

Oui Non

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :

La famille accepte-t-elle de participer aux animations ?

Oui Non

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :

La famille accepte-t-elle de participer à la vie associative de l'établissement ?

Oui Non

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :

NOM :

Téléphone : Portable :



REFERENTS MEDICAUX

→ MEDECIN TRAITANT avant l'entrée :

DOCTEUR

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ MEDECIN CHOISI SI DIFFERENT :

DOCTEUR

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ DENTISTE :

DOCTEUR

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ KINESITHERAPEUTE :

M., MME

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ ORTHOPHONISTE:

M., MME

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ OPHTALMOLOGISTE :

DOCTEUR

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

→ SPECIALISTE :

DOCTEUR

ADRESSE :

Téléphone : Portable :

EN CAS D'HOSPITALISATION :

Centre Hospitalier de

Téléphone :

→ ANTECEDENTS

<i>ANTECEDENTS FAMILIAUX</i>
<i>ALLERGIES</i>
<i>VACCINS</i>	<input type="checkbox"/> Vaccin Anti Tétanique Date du dernier : .../.../... <input type="checkbox"/> Vaccin Anti Grippe Date du dernier : .../.../...
<i>FACTEURS DE RISQUE</i>
ANTECEDENTS PSYCHOSOCIAUX
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES
ANTECEDENTS MEDICAUX CHIRURGICAUX

→ TRAITEMENTS A L'ENTREE :

D ^r	Nom Médicament	MATIN	MIDI	SOIR	NUIT



BILAN D'AUTONOMIE

DATE :	OUI	NON	OBSERVATIONS/PRECISIONS
Troubles de la mémoire			
Troubles de l'orientation (temps, espace...)			
Troubles de la cohérence (raisonnement, prise de décision...)			
Troubles du langage			
Troubles de la communication (se faire comprendre et comprendre autrui)			
Troubles de l'humeur (anxiété, dépression...)			
Troubles de personnalité (phobies, violences...)			
Troubles du comportement			
Troubles du comportement alimentaire			
Troubles du sommeil			
Rituels du coucher			
Traitement pour dormir			
<i>Troubles de la vue</i>			
Instruments de correction			
Troubles de l'audition			
Appareillage			

DEPLACEMENTS ET TRANSFERTS	OUI	NON	OBSERVATIONS/PRECISIONS
La personne se mobilise seule			
Aide humaine			
Aide matérielle			<input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> autre
La personne bénéficie de séances kiné			
La personne bénéficie de séance ergo			

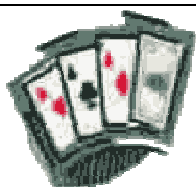
HYGIENE DE VIE	OUI	NON	OBSERVATIONS/PRECISIONS
La personne est autonome pour l'hygiène du corps			
La personne nécessite de l'aide			<input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Toilette intime <input type="checkbox"/> Sollicitations <input type="checkbox"/> Stimulations <input type="checkbox"/> Préparation
La personne est autonome pour l'habillage et le déshabillage			
La personne nécessite de l'aide			<input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Toilette intime <input type="checkbox"/> Sollicitations <input type="checkbox"/> Stimulations <input type="checkbox"/> Préparation

ELIMINATION	OUI	NON	OBSERVATIONS/PRECISIONS
Continence urinaire			
Continence fécale			
Stomies			

ALIMENTATION	OUI	NON	OBSERVATIONS/PRECISIONS
			POIDS de références :kg
La personne porte un appareillage dentaire			
La personne est-elle autonome pour les repas (se servir, utiliser les couverts, manger, boire ...)			
La personne nécessite de l'aide			<input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Sollicitations <input type="checkbox"/> Stimulations
Régime			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans sucre <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Sans fibres <input type="checkbox"/> Hyper protéiné <input type="checkbox"/> Autre
Texture			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Haché <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Autre :

Goûts et préférences alimentaires :

La personne aime :	La personne n'aime pas :



ACTIVITES

→ OCCUPATIONS A DOMICILE :

Activités CULTURELLES (danse, lecture, radio, télévison, cinéma, spectacle ...)

Préciser :

Activités ARTISTIQUES (peinture, dessin, musique, chant/chorale...)

Préciser :

Activités SPORTIVES (gym, natation, marche, vélo, foot, pétanque ..)

Préciser :

Activités de PLEIN AIR (jardinage, pêche, chasse, promenade...)

Préciser :

Activités LUDIQUES (jeux de société, jeux de cartes...)

Préciser :

Activités MANUELLES (cuisine, broderie, tricot, crochet, mécanique...)

Préciser :

Activités SOCIALES (vie associative, club, pratique religieuse, marché...)

Préciser :

→ ACTIVITES SOUHAITEES DANS L'ETABLISSEMENT

Activités CULTURELLES (danse, lecture, radio, télévision, cinéma, spectacle ...)

Préciser :

Activités ARTISTIQUES (peinture, dessin, musique, chant/chorale...)

Préciser :

Activités SPORTIVES (gym, natation, marche, vélo, foot, pétanque..)

Préciser :

Activités de PLEIN AIR (jardinage, pêche, chasse, promenade...)

Préciser :

Activités LUDIQUES (jeux de société, jeux de cartes...)

Préciser :

Activités MANUELLES (cuisine, broderie, tricot, crochet, mécanique...)

Préciser :

Activités SOCIALES (vie associative, club, pratique religieuse, marché...)

Préciser :

Activités ESTIME DE SOI (massage, coiffure, esthétique..)

Préciser :

→ PLAN PERSONNALISE D'ACTIVITES

ACTIVITES A PROPOSER	ACTIVITES A REJETER	FREQUENCE

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUIVI CLINIQUE PSYCHOLOGUE**NOM :****PRENOMS :****DATE DE NAISSANCE :** / /**CHAMBRE N°:**.....

Dates	Observations / Bilan de séance	Signature

SUIVI KINESITHERAPEUTE

NOM :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : / /

CHAMBRE N°:

Dates	Observations / Bilan de séance	Signature

SUIVI ESTHETIQUE/COIFFURE

NOM : **PRENOMS :**.....
DATE DE NAISSANCE : / / **CHAMBRE N°:**.....
Fréquence :

Dates	Intervenant	Observations / Soins réalisés	Signature

SUIVI MEDICAL

NOM :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : / /

CHAMBRE N°:

Dates	Médecin	Observations / Prescriptions	Signature

EVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE**NOM :****PRENOMS :****DATE DE NAISSANCE :** / /**CHAMBRE N°:**.....

Dates	Tests	Résultats	Observations	Signature

PROPOSITION DE FORMATION 2007

DEMENCES ET ACCOMPAGNEMENT**Objectifs de cette formation :**

- Permettre au personnel soignant de mener ensemble une réflexion sur l'identité et le parcours des personnes âgées démentes accueillies.
- Acquérir une motivation commune qui questionne leurs comportements et leurs pratiques dans la prise en considération et l'accompagnement de ces personnes.
- Permettre à chacun une libre expression par l'organisation en petits groupes.

Contenu de la formation :**VOLET 1 : QU'EST-CE QUE LA DEMENCE ? :**

- A quoi reconnaît-on un « dément » ?
- Eléments de définition (OMS) : démence ou démences ?
- Les origines de la démence

VOLET 2 : LES PRINCIPAUX SYNDROMES DEMENTIELS :

- **Démence et polyopathie**
- **La maladie d'Alzheimer**
- a) Diagnostic b) Troubles associés c) Traitements d) Evolution
- **La maladie de Parkinson**
- a) Diagnostic b) Troubles associés c) Traitements d) Evolution
- **La maladie à Corps de Lewy**
- a) Diagnostic b) Troubles associés c) Traitements d) Evolution
- **La démence Fronto Temporale**
- a) Diagnostic b) Troubles associés c) Traitements d) Evolution
- **La démence vasculaire**
- a) Diagnostic b) Troubles associés c) Traitements d) Evolution

VOLET 3 : LES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE :

- Les lieux d'accueil et les aides
- Les principes de l'accompagnement

VOLET 4 : FAMILLES, SOIGNANTS : A QUOI SONT-ILS CONFRONTES ?

- Première épreuve : Quand la maladie survient....
- Seconde épreuve : Quand la maladie s'installe
- Troisième épreuve : Quand la maladie progresse....
- Quatrième épreuve : Quand tout semble perdu

VOLET 5 : LE « DEMENT », UN MALADE PAS COMME LES AUTRES MAIS UNE PERSONNE AVANT TOUT :

- L'accompagnement psychologique
- L'accompagnement relationnel
- La prise en charge des troubles
- Le maintien et le respect de l'individu selon les 6 axes de prise en considération de tout accompagnement

Outils :

- Photographies de personnes âgées
- Jeux de rôles
- Etude de cas
- Tour de table et débats
- Plaquettes d'informations

Organisation**Références bibliographiques :**

PROPOSITION DE FORMATION 2007 ETHIQUE ET PERSONNE AGEE EN INSTITUTION**Objectifs de cette formation :**

- Permettre au personnel soignant de mener ensemble une réflexion sur l'identité et le parcours des personnes âgées accueillies.
- Acquérir une motivation commune qui questionne leurs comportements et leurs pratiques dans la prise en considération et l'accompagnement de ces personnes âgées.
- Permettre à chacun une libre expression par l'organisation en petits groupes.

Contenu de la formation :**VOLET 1 : LA PERSONNE AGEE EST AVANT TOUT UNE PERSONNE :**

- Un être unique porteur d'une histoire
- Un être pensant avec des désirs, des souhaits
- Un être avec des besoins

VOLET 2 : LE VIEILLISSEMENT :

- Les représentations sociales du vieillissement
- L'apport des sciences à la compréhension du vieillissement

VOLET 3 : LES PERTES :

- Quand la maladie survient...
- Les épreuves de la vie
- Quand l'autre devient indispensable...

VOLET 4 : L'ENTREE EN INSTITUTION :

- Les causes
- Les enjeux et facteurs décisifs
- Les familles
- Le « traumatisme » de l'entrée
- Les conséquences

VOLET 5 : LES MISSIONS DES EHPAD ET COMPETENCES DE L'ACCOMPAGNEMENT :

- Qu'est ce que l'institution ?
- Missions de l'institution gériatrique
- Du côté des lois : Loi 2 Janvier 2002, La charte des droits et libertés de la personne accueillie, droits de la personne âgée en institution

VOLET 6 : REFLEXIONS SUR LA MALTRAITANCE :

- Définition : entre négligence, abus, violences et maltraitance
- Les facteurs de maltraitance
- Le non respect de l'intimité
- Le non respect de la pudeur
- Le tutoiement : pour ou contre ?
- Le non respect de la personne en tant qu'adulte
- Le surinvestissement affectif

Outils :

- Photographies de visages de personnes âgées
- Questionnaire pour connaître la représentation du vieillissement qui prédomine (distribué et analysé au préalable)
- Jeux de rôles
- Etude de cas
- Vignette sur la maltraitance de Y. Gineste (site CEC formation gérontologie)
- Tour de table et débats

Organisation :**Références bibliographiques :**



LE CLOS D'EMISE

Chemin du Pairet 41300 SELLES SAINT DENIS

☎ 02 54 96 10 17

📠 02 54 88 97 38

VISITE STANDARDISEE

Nom : RESIDANT

Prénom : Résidant

Date d'entrée : 1er septembre 2006

Médecin : Dr Médecin

FICHES D'OBJECTIFS DE SOINS INDIVIDUALISES.

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi(e) par le Dr Médecin

Observations du 1er septembre 2006

Toilette du haut	oui	non	partielle	Autre :
Toilette du bas	oui	non	partielle	Autre :
Contenance urinaire	oui	non	partielle	Autre :
Contenance fécale	oui	non	partielle	Autre :
Habillage du haut	oui	non	Partiel	Autre :
Habillage du bas	oui	non	Partiel	Autre :
Locomotion	oui	non	partielle	Autre :
Risque de chute	oui	non	possible	Autre :
Animations / loisirs	oui	non	possible	Autre :

Objectifs de soins :

Toilette	<input type="checkbox"/> à guider et stimuler pour <input type="checkbox"/> le haut <input type="checkbox"/> le bas <input type="checkbox"/> stimulation impossible <input type="checkbox"/> faire faire et surveiller
Contenance	<input type="checkbox"/> favoriser la demande et la mise aux WC (anatomique si besoin) <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> stimulation impossible
Habillage	<input type="checkbox"/> à guider et stimuler pour <input type="checkbox"/> le haut <input type="checkbox"/> le bas <input type="checkbox"/> stimulation impossible <input type="checkbox"/> faire faire et surveiller
Locomotion	<input type="checkbox"/> stimulation à la marche impossible (fauteuil roulant) <input type="checkbox"/> favoriser la marche <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> avec une personne
Risque de chute	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> important
Animations / loisirs	<input type="checkbox"/> participe de son plein gré <input type="checkbox"/> lui proposer <input type="checkbox"/> à stimuler ++

EVALUATIONS OJECTIFS DE SOINS

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi(e) par le Dr Médecin

	1^{ère} évaluation le :	2^{ème} évaluation le :	3^{ème} évaluation le :	4^{ème} évaluation le :
Toilette du haut				
Toilette du bas				
Continence urinaire				
Continence fécale				
Habillage du haut				
Habillage du bas				
Locomotion				
Risque de chute				

Echelle Norton

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Condition physique :

- Bonne : 4
- Moyenne : 3
- Mauvaise : 2
- Très mauvaise : 1

Score

Conscience :

- Normale : 4
- Apathie : 3
- Confusion : 2
- Inconscience : 1

Score

Activité :

- Déambule normalement : 4
- Marche avec aide : 3
- Confiné au fauteuil : 2
- Confiné au lit : 1

Score

Incontinence :

- Non : 4
- Occasionnelle : 3
- Habituelle : 2
- Urinaire et fécale : 1

Score

Coopération :

- Totale : 4
- Diminuée : 3
- Très limitée : 2
- Aucune : 1

Score

Age :

- -10 : 4
- -30 : 3
- -60 : 2
- + 60 : 1

Score

Peau :

- Normale : 4
- Ecailleuse ou sèche : 3
- Moite : 2
- Allergie / plaie / crevasse : 1

Score

Maladie concomitante :

- Aucune : 4
- Diabète / déficit immunologique / fièvre / anémie : 3
- SEP ou obésité : 2
- Artériopathie oblitérante : 1

Score

Plus le score est bas plus le risque est élevé
Score inférieure ou égale à 25 = patient à risque

TOTAL =

EPREUVE DE TINETTI

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

L'EQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la marche		
1	Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> • <i>S'incline ou glisse sur la chaise</i> • <i>Stable, sûr</i> 	0	
			1	
2	Lever	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incapable sans aide</i> • <i>Capable mais utilise les bras pour s'aider</i> • <i>Capable sans utiliser les bras</i> 	0	
			1	
			2	
3	Essaie de se relever	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incapable sans aide</i> • <i>Capable mais nécessite plus d'une tentative</i> • <i>Capable de se lever après une seule tentative</i> 	0	
			1	
			2	
4	Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc)</i> • <i>Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support</i> • <i>Stable en l'absence d'un déambulateur, d'une canne ou d'un autre support</i> 	0	
			1	
			2	
5	Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instable</i> • <i>Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise un déambulateur, une canne ou un autre support</i> • <i>Polygone de sustentation étroit sans support</i> 	0	
			1	
			2	
6	Au cours d'une poussée <i>Sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible. Pousser trois fois légèrement sur le sternum du patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Commence à tomber</i> • <i>Chancelle, s'agrippe mais maintient son équilibre</i> • <i>Stable</i> 	0	
			1	
			2	
7	Les yeux fermés	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instable</i> • <i>Stable</i> 	0	
			1	
8	Rotation 360°	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pas discontinus</i> • <i>Pas continus</i> 	0	
			1	
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instable (s'agrippe, chancelle)</i> • <i>Stable</i> 	0	
			1	
9	S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hésitant (erreur de distance, tombe dans la chaise)</i> • <i>Utilise les bras, ou mouvement brusque</i> • <i>Stable, mouvement régulier</i> 	0	
			1	
			2	

Score de l'équilibre /16

EPREUVE DE TINETTI

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

LA MARCHÉ		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la marche	
10	Initiation de la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<i>Hésitations ou tentatives multiples</i>	0
		<i>Sans hésitation</i>	1
11	balancement du pied droit	<i>Le pas ne dépasse pas le pied d'appui opposé</i>	0
		<i>Le pas dépasse le pied d'appui opposé</i>	1
		<i>le pied droit ne quitte pas complètement le plancher</i>	0
		<i>le pied droit quitte complètement le plancher</i>	1
	balancement du pied gauche	<i>Le pas ne dépasse pas le pied d'appui opposé</i>	1
		<i>Le pas dépasse le pied d'appui opposé</i>	2
		<i>le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher.</i>	0
		<i>le pied gauche quitte complètement le plancher</i>	1
12	symétrie des pas	<i>Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche.</i>	2
		<i>Egalité du pas du pied droit et gauche</i>	0
13	continuité des pas	<i>Arrêt ou discontinuité des pas</i>	1
		<i>Continuité des pas</i>	2
14	Trajectoire (sur trois mètres de trajet)	<i>Déviaton marquée</i>	0
		<i>Déviaton modérée ou légère, ou utilise un déambulateur.</i>	1
		<i>Marche droit sans aide</i>	2
15	Tronc	<i>Balancement marqué, ou utilisation d'un déambulateur.</i>	0
		<i>Pas de balancement, mais flexion des genoux ou du dos, ou élargit les bras pendant la marche</i>	1
		<i>Sans balancement, sans flexion, sans utilisation</i>	0
16	Attitude pendant la marche	<i>Talons séparés</i>	1
		<i>Talons presque se touchant pendant la marche</i>	0

Score de la marche /12

Score Total¹ / 18

¹ Plus le score est bas, plus le trouble est sévère. Un score total < 26 indique habituellement un problème et si < 19, le risque de chutes est multiplié par 5.

EPREUVE DES 5 MOTS²

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Étape d'apprentissage (rappel immédiat)

1. « Lisez cette liste de mots à voix haute et essayez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure ».
2. « Pouvez-vous me dire, tout en regardant la liste, quel est le nom de la boisson, l'ustensile de cuisine, le véhicule, le bâtiment, l'insecte ? ».
3. Cacher la liste des 5 mots.
« Pouvez vous me redonner les mots que vous venez de lire ? » (rappel immédiat)
4. Pour chaque mot non rappelé, donner l'indice correspondant : « Quel est le nom ... ? »
5. Compter le nombre de bonnes réponses fournies (avec ou sans indice)

Mot	Restitution spontanée	Restitution avec indicage	Point
Bâtiment : Musée			/1
Boisson : Limonade			/1
Insecte : Sauterelle			/1
Ustensile de cuisine : Passoire			/1
Véhicule : Camion			/1
Score 1			/5

Si score = 5, passer au point 6. Si score < 5 :

Remontrer la liste et indiquer du doigt les mots non rappelés. Retourner à nouveau la liste et redemander les mots non rappelés en réponse à leurs indices.

6. Épreuve interférente : Détourner l'attention du patient pendant quelques minutes en lui faisant passer la mini-GDS. (page 8)

² Les 5 mots : Une épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

ÉPREUVE DES 5 MOTS³

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Étape de mémoire (rappel différé)

7. Interroger à nouveau le patient :

« Pouvez-vous me redonner les 5 mots que vous avez lus tout à l'heure ? ».

8. Compter le nombre de bonnes réponses (avec ou sans indice)

Mot	Restitution spontanée	Restitution avec indice	Point
Bâtiment : Musée			/1
Boisson : Limonade			/1
Insecte : Sauterelle			/1
Ustensile de cuisine : Passoire			/1
Véhicule : Camion			/1
Score 2			/5

Score total
(Score 1 + score 2) = / 10

Normal : Score = 10

Pathologique : Score < 10

SCORE TOTAL

/ 10

³ Les 5 mots : Une épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Mini-GDS

Échelle de dépression gériatrique

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Questions

	OUI	NON
<i>Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?</i>	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
<i>Êtes-vous heureux la plupart du temps ?</i>	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
<i>Vous sentez-vous découragé et triste ?</i>	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
<i>Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?</i>	<input type="checkbox"/> = 1	<input type="checkbox"/> = 0
	Score total	<input type="checkbox"/>

Score = 0 :
Forte probabilité d'absence de dépression

Score > ou = 1 :
Forte probabilité de dépression

EXAMEN SOMATIQUE

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Analyse des antécédents médicaux

Auscultation cardio vasculaire

TT : TA :
AOMI Oui Non
Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire

FR :
Auscultation :

Appareil digestif

Auscultation :

Appareil locomoteur

Résultat Tinetti :
Risque de chute : faible modéré important
Examen :

Fonction neurologique

Dermatologie

Examen des pieds

Fait le :

Par le Dr :

Signature

Personne(s) présente(s) :

IADL – 4

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

CAPACITE A UTILISER LE TELEPHONE

1. Utilise le téléphone de sa propre initiative, cherche et compose les numéros.
2. Compose un petit nombre de numéros bien connus.
3. Répond au téléphone, mais n'appelle pas.
4. Incapable d'utiliser le téléphone.

MOYEN DE TRANSPORT

1. Peut voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec sa propre voiture)
2. Peut se déplacer seul (e) en taxi, pas en autobus
3. Peut prendre les transports en commun si accompagné (e)
4. Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné (e)
5. Ne se déplace pas du tout.

RESPONSABILITE POUR LA PRISE DES MEDICAMENTS

1. S'occupe-lui (elle) – même de la prise : dosage et horaire.
2. Peut les prendre lui (elle) – même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
3. Incapable de les prendre lui (elle) – même.

CAPACITE A GERER SON BUDGET

1. Totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures ...)
2. Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer son budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).
3. Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour.

Interroger le patient et valider les réponses avec l'aidant présent.

Score = 0 : Autonomie complète

Score > ou = 1 : Dépendance partielle ou totale

Plus le score est élevé, plus le risque de démence est élevé.

PM5

Questionnaire de la Plainte Mnésique

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

1. *Vous arrive-t-il d'entrer dans une pièce et de ne plus savoir ce que vous venez y chercher ou vous arrive-t-il d'oublier en cours de route des courses que vous aviez projetées de faire ?*

Cotation 0 1 2 3

2. *Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés les objets usuels (lunette, clés) ?*

Cotation 0 1 2 3

3. *Avez-vous des difficultés à retrouver le nom de personnes que vous connaissez ou à retenir celui de personnes qui viennent de vous être présentées ?*

Cotation 0 1 2 3

4. *Avez-vous des difficultés à retenir des choses nouvelles (conversation, mode d'emploi) ?*

Cotation 0 1 2 3

5. *Avez-vous besoin de tout noter (liste de courses) ?*

Cotation 0 1 2 3

TOTAL

Cotation des réponses

Jamais : 0

Rarement : 1

Parfois : 2

La plupart du temps : 3

TEST MOTEUR MINIMUM (TMM)

Madame RESIDANT Résidant entré(e) le 1er septembre 2006 suivi par le Dr Médecin

Décubitus

- | | | | |
|--|----------------|----------------|---|
| • <i>Se tourne sur le côté</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>S'assied au bord de la table d'examen</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

Position assise

- | | | | |
|--|----------------|----------------|---|
| • <i>Équilibre assis normal (Absence de rétro pulsion)</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Incline le tronc en avant</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Se lève du fauteuil</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

Position debout

- | | | | |
|--|----------------|----------------|---|
| • <i>Possible</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Sans aide humaine ou matérielle</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Station bipodale yeux fermés</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Station unipodale avec appui</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Équilibre assis normal (Absence de rétro pulsion)</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Réactions d'adaptation posturale</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Réactions parachute</i> | | | |
| - <i>membres supérieurs avant</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| - <i>membres inférieurs avant</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| - <i>membres inférieurs arrière</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

Marche

- | | | | |
|--|----------------|----------------|---|
| • <i>Possible</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Sans aides humaine ou matérielle</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Dérroulement du pied au sol</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Absence de flexum des genoux</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Équilibre dynamique normal (Absence de rétro pulsion)</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| • <i>Demi-tour harmonieux</i> | <i>non = 0</i> | <i>oui = 1</i> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

Total = / 20

Étude des troubles du comportement alimentaire chez l' Alzheimer

Echelle de Blandford

NOM : RESIDANT

Prénom : Résidant

Date de naissance :

Age:

M.M.S:

M.N.A:

POIDS:

Date :

	NON	OUI
Dépendance fonctionnelle alimentaire :		
1. A besoin d'aide de façon intermittente pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ne se nourrit que lorsqu'on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apraxie buccale de l'alimentation :		
3. N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Accepte la nourriture puis la crache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement actif de résistance alimentaire :		
10. Met ses mains devant sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Repousse la nourriture ou l'intervenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essaient de le nourrir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Détourne la tête de la nourriture.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XX. Essai de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement sélectif :		
15. Refuse de manger une grande variété d'aliments et ne mange par exemple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Préfère les liquides (> 50 % des apports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A besoin de compléments nutritionnels spécifiques ou sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A besoin de compléments nutritionnels, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispraxie et troubles de l'attention :		
21. A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quitte la table et va marcher pendant le repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mange des choses non comestibles : serviette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« L'Année Gériatrique 1996, Supplément Alzheimer »		
Étude des troubles du comportement alimentaire chez l'Alzheimer (d'après Blandford et al.)		

Evaluation rapide de l'état nutritionnel

Nom : RESIDANT

Prénom : Résidant

Sexe :

Date :

Poids :

Taille :

Hauteur du genou :

DEPISTAGE

<b style="color: magenta;">A – Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">B – Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">C – Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">D – Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">E – Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">F – Indice de masse corporelle (IMC = poids/taille², en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: blue;">Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12 points ou + = normal pas besoin de continuer l'évaluation 11 points ou moins = possibilité de malnutrition. Continuez l'évaluation pour obtenir une appréciation précise	<input style="width: 60px; height: 25px; border: 1px solid blue;" type="text"/>

EVALUATION GLOBALE

<b style="color: magenta;">G – Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">H – Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">I – Escarres ou plaies cutanées 0 = oui 1 = non	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">J – Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">E – Consomme-t-il ? ❖ Une fois par jour au moins des produits laitiers ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ❖ Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ❖ Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 0,0 = si 0 ou un oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">L – Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">M – Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">N – Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">O – Le patient se considère-t-il comme bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modéré 2 = pas de problème de nutrition	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">P – Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">Q – Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: magenta;">R – Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b style="color: blue;">Évaluation globale (max. 15 points) <b style="color: blue;">Score de dépistage <b style="color: blue;">Score total <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid blue; width: 60px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><input style="width: 90%; height: 90%;" type="text"/></div> + <div style="border: 1px solid blue; width: 60px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><input style="width: 90%; height: 90%;" type="text"/></div> = <div style="border: 1px solid blue; width: 60px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><input style="width: 90%; height: 90%;" type="text"/></div> </div>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Appréciation de l'état nutritionnel De 17 à 23,5 points : risque de malnutrition Moins de 17 points : mauvais état nutritionnel	

ANNEXES

1. *Le livret d'accueil (rédaction en octobre 2006)*
2. *Le contrat de séjour*
3. *Le règlement de fonctionnement*
4. *Charte des droits et libertés de la personne accueillie*
5. *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*
6. *Fiches de postes*



LE CLOS D'EMISE

CONTRAT DE SEJOUR

Nom :.....

Prénom :.....

Date d'entrée :.....

Textes de référence :

☞ Article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles

☞ Articles L.342-1 à L.342-6 du code de l'action sociale et des familles (ancienne loi n°90-600 du 6 juillet 1990)

☞ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF (JO du 27/11/04)

La Maison de Retraite « **Le clos d'Emise** » est un établissement privé commercial accueillant des personnes âgées dépendantes. La convention tripartite a été signée le 1^{er} juillet 2005 avec le conseil général et l'État.

LE PRÉSENT CONTRAT EST CONCLU ENTRE :

D'UNE PART :

L'Établissement : **S.A.R.L Les Pellois**

Situé à l'adresse suivante : Le clos d'Emise – Chemin du Pairet – 41300 Selles Saint Denis

Représenté par Mme **HOURLIER Nadine**, Gérante

Dénommé ci-après : " **L'ÉTABLISSEMENT** "

ET D'AUTRE PART :

M. ou Mme

Né(e) le : à

Demeurant :

.....

Dénommé ci-après : "**LE RÉSIDANT**"

Le cas échéant, représenté(e) par :

M. ou Mme.....

Né(e) le.....

À.....

Demeurant :

Lien de parenté :

Qualité :

Le cas échéant, en vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, prise par le Tribunal d'Instance de
(joindre ampliation du jugement).

Dénommé ci-après "**LE REPRÉSENTANT LÉGAL**"

IL A ÉTÉ ARRÊTÉ ET CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1. DURÉE DU SÉJOUR.

Cas de l'hébergement permanent :

Le présent contrat est conclu pour une durée **indéterminée**, à compter du

Cas des séjours temporaires :

La durée du séjour est fixée, sur demande expresse du résidant, à

Duau

Le contrat peut être renouvelé.

Au-delà d'une période de six mois consécutifs, le présent contrat sera transformé de plein droit en contrat à durée indéterminée.

(La durée de séjour doit être inférieure à 6 mois dans les EHPAD relevant du L.342-1 du CASF)

ARTICLE 2. CONDITIONS D'ADMISSION.

Le Clos d'Emise reçoit des personnes âgées des deux sexes ou des couples d'au moins 60 ans. Des personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être également admises avec dérogation délivrée par les services de la Direction de la Solidarité et des Familles du Conseil Général

L'admission définitive est prononcée à la suite d'un entretien avec le futur résidant ou sa famille par la directrice, après consultation et avis du Médecin Coordonnateur et décision de la commission d'évaluation de l'établissement.

1) D'un dossier administratif comprenant :

- une fiche individuelle d'Etat Civil ou une photocopie de la C.N.I. ou tout autre document d'identité,
- la carte d'immatriculation à la sécurité sociale (**carte Vitale**)
- l'attestation d'adhésion à une Mutuelle ou/et Caisse complémentaire,
- la copie de l'assurance responsabilité civile personnelle.
- la copie de l'assurance pour les biens et objets personnels.

2) D'un dossier médical comprenant :

- l'avis du médecin traitant et/ou du médecin de l'établissement.
- la fiche médicale de liaison d'établissement d'origine.

ARTICLE 3. DESCRIPTION DES PRESTATIONS.

L'établissement met à la disposition du résidant une chambre privative avec cabinet de toilettes et sans colocataire. La chambre N° est attribuée au résidant susnommé.

Le cabinet de toilette est équipé d'un lavabo, d'un WC suspendu et d'une douche. Ce cabinet répond aux normes actuelles pour l'accueil des personnes handicapées. La chambre, d'une surface de 20 m² environ possède un lit, une table, un chevet, une chaise et un fauteuil de repos. Un placard ou une armoire complète l'équipement. En cas de pathologie nécessitent des soins, un lit médical à hauteur variable sera mis à disposition du résidant, soit par l'établissement, soit loué et pris en charge par la caisse d'assurance maladie de celui ci.

Les modalités et les conditions générales et particulières de fonctionnement de l'établissement et des prestations qu'il dispense, sont définies dans le règlement de fonctionnement remis à l'admission avec le présent contrat, que le résidant s'engage à respecter.

Une annexe jointe au présent contrat décrit la totalité des prestations fournies par l'établissement avec leurs prix, ainsi que celles choisies par le résidant.

Tout changement doit faire l'objet d'un avenant signé et annexé au présent contrat (choix supplémentaire d'une prestation existante, renonciation à une prestation existante, choix d'une nouvelle prestation créée par l'établissement).

Les objectifs de prise en charge et les prestations adaptées à la personne accueillie sont déterminés avec sa participation et figurent dans le document contractuel spécifique, annexé au présent contrat. Un avenant au présent contrat est établi dans les 6 mois de sa signature, puis tous les ans, afin de revoir les objectifs et les prestations les plus adaptées à la personne accueillie.

Pour toute transformation et aménagement de la chambre (y compris fixations de tableaux...), une demande doit être faite auprès de la direction.

Si pour des raisons médicales, il s'avère nécessaire d'effectuer un changement de chambre au sein de la résidence, la direction informera le résidant et sa famille avant d'effectuer tout transfert.

ARTICLE 4. CONDITIONS FINANCIÈRES.

1) Arrhes :

Lors de toute réservation de séjour, le futur résidant, sa famille ou son représentant légal devra verser à titre d'arrhes :
- s'il s'agit d'un séjour inférieur ou égal à huit jours : **305 € TTC**

- s'il s'agit d'un séjour supérieur à huit jours : **305 € TTC**

Ces sommes viendront en déduction du montant de la première facture adressée au résidant pour règlement.

Ces arrhes seront conservées par l'établissement en cas d'annulation du séjour non signifiée au moins 30 jours ouvrables à l'avance pour quelque raison que ce soit.

2) Dépôt de garantie :

Le résidant ou son représentant légal verse à l'établissement qui le reconnaît et lui en donne quittance, une somme équivalente à 30 jours de frais de séjour. Pour des raisons pratiques, ce montant sera arrondi à **1500 €**

Cette somme est versée en garantie du paiement des frais de séjour et de bonne exécution des clauses et conditions du contrat.

Ce montant, non productif d'intérêt sera répertorié sur la première facture de séjour, et sera restitué dans les **deux mois** suivant la fin du contrat, déduction faite des sommes qui pourraient être dues par le résidant à l'établissement (non respect du préavis de départ, état des lieux, retards de paiement d'éventuels organismes de tutelle).

3) Cautionnement - Engagement solidaire :

Il pourra être demandé, le cas échéant, au représentant légal du résidant ou au(x) membre(s) de la famille qui a (ont) procédé à l'admission du résidant avec son accord, de signer l'engagement solidaire de règlement des frais de séjour figurant en annexe au contrat de séjour.

4) Liste et prix des prestations offertes ou demandées :

4.1 Prestations liées à l'hébergement :

Liste des prestations

Conformément aux dispositions de l'article L. 342-3 du Code l'Action Sociale et des Familles (loi n°90-600 du 6 juillet 1990 modifiée), la liste et les prix des prestations que le résidant aura désirées à son admission, telles qu'elles sont répertoriées sur le document annexé au présent contrat, sont librement fixées lors de la signature du contrat. Il en sera de même au moment de toute création de prestation nouvelle ou postérieure par l'établissement.

Ces prix varieront ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du Ministre chargé de l'Économie et des Finances, (compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services), qui sera communiqué au résidant dès que possible après sa publication au Journal Officiel.

Si le résidant choisit une des prestations offertes postérieurement à la signature du contrat ou à la création de cette prestation, son prix est celui qui figure dans le document contractuel mentionné à l'article III et joint en annexe, majoré le cas échéant dans la limite des pourcentages de variation autorisés depuis la date de signature du contrat ou de la création de la prestation si celle-ci est postérieure.

Conditions de facturation

Le prix hébergement est établi à la journée. Le paiement s'effectue mensuellement, d'avance, avant le 10 du mois. A ce prix peuvent s'ajouter les prestations complémentaires mentionnées dans l'annexe contractuelle. (décret 2003-1010 du 22 octobre 2003)

4.2 Les prestations liées à la dépendance :

Liste des prestations :

La nature des prestations liées à la prise en charge de la dépendance, ainsi que leur prix, sont fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général (arrêté joint en annexe du Contrat), conformément aux dispositions de l'article L. 314-2 - 2° du Code de l'Action Sociale et des Familles (décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et loi n°2001-647 du 20

juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie).

Le prix des prestations liées à la dépendance est déterminé en fonction du niveau de dépendance du résidant évalué par la grille AGGIR, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, dans un délai de 30 jours après admission. Le niveau de dépendance ainsi évalué est communiqué au résidant et joint en annexe du contrat.

Conditions de facturation :

Cas 1 : L'allocation personnalisée à d'autonomie est versée à la personne :

Le prix des prestations liées à la dépendance est établi à la journée en fonction du niveau de dépendance du résidant (grille AGGIR) sur la base des tarifs arrêtés par le Président du Conseil Général.

La facturation s'effectue mensuellement dans les mêmes conditions que le prix hébergement.

Cas 2 : L'allocation personnalisée à d'autonomie est versée à l'établissement (avec accord express du résidant) :

Le prix des prestations liées à la dépendance est établi à la journée en fonction du niveau de dépendance du résidant (grille AGGIR) sur la base des tarifs arrêtés par le Président du Conseil Général.

La facturation s'effectue mensuellement dans les mêmes conditions que le prix hébergement, après déduction du montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie perçue par l'établissement (la décision d'attribution de l'APA ainsi que le montant sont jointes au contrat).

Conditions d'évolution de la tarification des prestations liées à la dépendance

Le prix des prestations liées à la dépendance évoluera :

- Soit en cas de modification du niveau de dépendance du résidant.
- Soit, annuellement, sur la base de l'arrêté du Président du Conseil Général fixant les tarifs dépendance de l'établissement. En cas de fixation tardive des tarifs dépendance par le Conseil général, il sera procédé à une application rétroactive des tarifs fixés.

4.2 Les prestations liées aux soins :

Les informations relatives à la prise en charge des soins ainsi qu'à la surveillance médicale et paramédicale figurent dans le règlement de fonctionnement de l'établissement qui est annexé au présent contrat.

Si la personne hébergée a désigné une personne de confiance, il s'engage à communiquer son identité et ses coordonnées à l'établissement.

Un avenant au présent contrat de séjour est établi dans les 6 mois de sa signature, puis renouvelé tous les ans, afin de préciser les objectifs de prise en charge et les prestations adaptées à la personne accueillie définis avec sa participation.

Les frais induits par les soins des médecins libéraux ne font pas partie des frais de séjour décrits dans le présent article. **Ils sont à la charge de la personne hébergée**, conformément au décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Les soins infirmiers prescrits restent à la charge de l'établissement.

5) Conditions particulières de facturation

Pour les absences de courte période (journée, week-end), le résidant voudra bien avertir la direction de l'établissement 48 heures à l'avance.

Pour les absences pour congés annuels (le résidant a la possibilité de s'absenter pour une période de congés de cinq semaines par année civile) : il lui sera demandé de bien vouloir préaviser la Direction de l'établissement au moins un mois à l'avance pour des raisons d'organisation du service.

Pendant son congé, s'il libère sa chambre et donne à l'établissement l'autorisation d'en disposer pour accueillir un résident de passage, il sera dégagé de la totalité des frais de séjour.

S'il n'autorise pas l'établissement à disposer de la chambre ainsi libérée, il devra s'acquitter du prix hébergement diminué d'un montant de 20 € TTC.

En cas d'hospitalisation : Un montant forfaitaire équivalent au forfait hospitalier en vigueur sera déduit du prix de journée.

En cas de résiliation du contrat pour cause de décès : Le mobilier personnel du résident, s'il existe, sera entreposé dans un local de l'établissement pendant 30 jours en attente de récupération par la famille.

En cas de résiliation du contrat par départ volontaire anticipé du résident par rapport à la date prévue et notifiée au directeur de l'établissement, le prix hébergement continuera à être facturé jusqu'à la date prévue du départ, diminué d'un montant de 5 € TTC.

ARTICLE 5. CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT.

1) Résiliation à l'initiative du résident :

La décision doit être notifiée au directeur de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours avant la date prévue pour le départ. La chambre est libérée à la date prévue pour le départ. Si ce délai n'est pas respecté, le prix de journée hébergement correspondant à la durée du préavis sera dû à l'établissement.

Un état des lieux contradictoire et écrit est établi au moment de la résiliation du contrat.

2) Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement :

Si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans l'établissement, et en l'absence de caractère d'urgence, celui-ci et, s'il en existe un, son représentant légal en sont avisés, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception. Au préalable à cet envoi, la direction proposera au résident et à sa famille un entretien pour exposer les raisons de cette décision .

Le directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement prend toutes mesures appropriées, en concertation avec les parties concernées, sur avis du médecin traitant, s'il en existe un, et, le cas échéant, du médecin coordonnateur de l'établissement.

En cas d'urgence, le directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement est habilitée pour prendre toutes mesures appropriées, sur avis du médecin traitant, s'il en existe un, et, le cas échéant, du médecin attaché à l'établissement.

Le résident et, s'il en existe un, son représentant légal, sont avertis par le directeur de l'établissement, ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement, dans les plus brefs délais des mesures prises et de leurs conséquences.

3) Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité :

Les faits doivent être établis et portés à la connaissance du résident et, s'il en existe un, de son représentant légal, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits contestés, une décision définitive sera prise par le directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement, après consultation du conseil de l'établissement et après avoir entendu le résident et/ou, s'il en existe un, son représentant légal, dans un délai de 30 jours. **(Sauf caractère d'urgence menaçant la sécurité de l'établissement ou des autres pensionnaires).**

La décision définitive est notifiée au résident et s'il en existe un, à son représentant légal, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement sera libéré dans un délai de 30 jours.

4) Résiliation pour défaut de paiement :

Tout retard de paiement, égal ou supérieur à 30 jours, constaté après la date d'échéance de règlement habituelle est notifié au résidant et, s'il en existe un, à son représentant légal, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 30 jours après réception de la notification de paiement.

En cas de non paiement dans le délai imparti pour la régularisation, le logement sera libéré dans un délai de 30 jours.

5) Résiliation pour décès :

Le représentant légal et/ou les héritiers sont immédiatement informés, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement s'engage à mettre tout en oeuvre pour respecter les volontés exprimées et remises par écrit, sous enveloppe cachetée.

Si aucune volonté n'est exprimée, la direction, avec la famille, rechercheront les solutions les plus adaptées. Le logement devra être libéré dans un délai de 5 jours à compter de la date du décès.

En ce qui concerne les couples, en cas de décès de l'un des conjoints, le survivant est tenu d'accepter dans la mesure du possible et en concertation avec sa famille ou son représentant légal s'il en existe un, la première chambre vacante, pour faciliter l'entrée d'un autre couple.

Un état des lieux contradictoire et écrit est établi au moment de la libération de la chambre. Dans ce dernier cas, un avenant au contrat est signé.

ARTICLE 6. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU RÉSIDANT.

1) Règles générales de responsabilité :

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résidant dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code civil.

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, le résidant est invité, soit à souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents dont il justifie chaque année auprès de l'établissement, soit à adhérer à l'assurance prise par l'établissement pour les résidants moyennant une participation aux frais engagés.

2) Règles de responsabilité relatives aux biens et aux objets personnels du résidant :

Le résidant certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte, ou de détérioration de ses biens.

L'établissement dispose d'un coffre et peut accepter le dépôt des objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières...

Les dispositions de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et de son décret d'application du 27 mars 1993 sont détaillées dans le règlement de fonctionnement obligatoirement remis au résidant à la signature du présent contrat, dont il déclare avoir pris connaissance.

ARTICLE 7. ANNEXES JOINTES AU CONTRAT DE SEJOUR.

- Le double du présent contrat de séjour

- L'inventaire du mobilier mis à disposition par l'établissement
- Le livret d'accueil de l'établissement
- Le règlement de fonctionnement
- L'arrêté de tarification en cours
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie

ARTICLE 8. ENGAGEMENT DU RESIDANT ET/OU SON REPRESENTANT LEGAL.

Je soussigné,, reconnaît avoir reçu

- Le double du présent contrat de séjour
- L'inventaire du mobilier mis à disposition par l'établissement
- Le livret d'accueil de l'établissement
- Le règlement de fonctionnement
- L'arrêté de tarification en cours
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Fait à en double exemplaires

Le

Pour l'Établissement
La Directrice

Le Résidant ou son Représentant Légal

Le Résidant ou son Représentant légal fait précéder sa signature de la mention " **Lu et Approuvé** ".

Transmis aux services de la DDAS et du Conseil Général le 1^{er} septembre 2006.

LISTE DES ANNEXES AU CONTRAT DE SEJOUR

Sont annexés au présent contrat : *(les annexes obligatoires figurent en gras)*

Annexes

le règlement de fonctionnement de l'établissement	oui	non
le livret d'accueil	oui	non
la liste des prestations proposées par l'établissement	oui	non
les avenants annuels précisant les objectifs et les prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne	oui	Non
la charte des droits et libertés de la personne accueillie	oui	non
la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	oui	non
l'état des lieux	oui	non
l'inventaire du mobilier	oui	non
l'engagement solidaire de caution	oui	non
une copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice	oui	non
l'attestation d'assurance de responsabilité civile et dommages accidents	oui	non
l'attestation d'assurance de dommages aux biens et objets personnels	oui	non
les volontés du résidant sous pli cacheté	oui	non
Demande d'autorisation d'admission en chambre funéraire	oui	non

LISTE DES PRESTATIONS FOURNIES HABITUELLEMENT PAR L'ÉTABLISSEMENT AU / /

I. LA PRESTATION D'HEBERGEMENT

Cette prestation comprend :

1.1. Les prestations d'accueil hôtelier :

- La location d'une chambre individuelle avec cabinet de toilette et WC de 20 m² environ. La chambre mise à disposition porte le N°.....

- L'ameublement de la chambre ainsi louée comprend :

- Un lit
- Un chevet
- Un placard ou une armoire
- Un fauteuil de repos
- Une chaise ou un bridge
- Une table
- Un équipement d'appel infirmière
- Une prise TV et téléphone

- L'utilisation et l'accès aux locaux collectifs et aux aménagements extérieurs

- Le chauffage et l'éclairage

- La fourniture et l'entretien du linge hôtelier (à l'exception des fournitures directement liées à la dépendance)

1.2. Les prestations de restauration :

Les trois repas quotidiens et la collation de l'après-midi

Les régimes alimentaires prescrits sont pris en compte. Le résidant peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner. Le prix du repas est communiqué chaque année, dans l'avenant à ce contrat.

1.3. Les prestations d'entretien :

- Le nettoyage et l'entretien des locaux privatifs et collectifs

1.4. Les prestations d'animation et de vie sociale :

- Les participations aux animations prévues par l'établissement

- L'accès aux postes collectifs de télévision

Prix de journée : € TTC / jour

N.B. Toute modification de prestation ou à cette liste devra faire l'objet d'un avenant au contrat de séjour signé par les deux parties.

II. LES PRESTATIONS LIEES A LA DEPENDANCE

Elles comprennent :

- Les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins : interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale (aide à la prise des repas, à l'habillage, aux déplacements, etc.),

- Les prestations à caractère hôtelier et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de l'état de dépendance. (Décret n°99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001)

Le tarif afférent à la dépendance est fixé, en fonction du niveau de dépendance de la personne (Groupe Iso-Ressources), à partir des tarifs dépendance fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général (copie de l'arrêté joint au présent contrat).

Un avenant au contrat de séjour précise les objectifs de prise en charge et les prestations adaptées à la personne accueillie définis avec sa participation.

III. LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES.

Le résidant peut choisir parmi les prestations suivantes proposées par l'établissement :

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien des effets personnels (hors linge hôtelier fourni par l'établissement) | 100 euros / mois |
| <input type="checkbox"/> Mise à disposition d'une ligne téléphonique, comprenant,
Conformément à la législation et la réglementation en vigueur : | |
| * forfait de mise en service | Offert |
| * abonnement mensuel | Offert |
| * facturation des unités téléphoniques | euros / unités |
| <input type="checkbox"/> Mise à disposition d'un appareil de télévision | 12 euros / mois |
| <input type="checkbox"/> Marquage du trousseau | euros / mois |
| <input type="checkbox"/> Autres | euros / mois |

IV. NOTA BENE.

Il est rappelé qu'un certain nombre de prestations occasionnelles peuvent être proposées soit par l'établissement, soit par des intervenants extérieurs et choisies à la carte par le résidant de façon tout à fait ponctuelle.

C'est ainsi que d'une manière non exhaustive et non limitative, et par exemple, pourraient faire l'objet d'une facturation annexe, les services complémentaires suivants :

- salon de coiffure et d'esthétique, pédicure, etc.
- consommations prises occasionnellement au bar et au restaurant et ne figurant pas aux menus quotidiens
- repas des invités ou accompagnants
- service de teinturerie personnalisé
- sorties payantes
- tout objet relatif au confort personnel du résidant ne figurant pas dans les structures et l'ameublement type fournis par l'établissement, etc.

Ces prestations occasionnelles ne peuvent faire l'objet d'un avenant au contrat, mais seront facturées en fin de mois.

Fait à Selles Saint Denis, en double exemplaires, le / / 200..

Pour l'Établissement

Le Résidant ou son Représentant Légal

Le Résidant ou son Représentant légal fait précéder sa signature de la mention " **Lu et Approuvé** ".



LE CLOS D'EMISE

Règlement De Fonctionnement

Septembre 2006.

Textes de référence :

☞ Article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles

☞ Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 du CASF (JO du 21/11/03)

Ce règlement de fonctionnement a été élaboré par la direction de l'établissement.

Les délégués du personnel ont été consultés le

Le règlement de fonctionnement a été présenté au Conseil de la vie Sociale le 7 juillet 2006.

Ce règlement de fonctionnement sera actualisé tous les 2 ans.

Il sera remis en annexe du livret d'accueil au résident ou à son représentant légal et à tous les intervenants de l'établissement (salariés ou libéraux). Il est affiché dans l'établissement.

Ce règlement de fonctionnement **fixe et définit les modalités de la vie collective au sein de l'établissement**. Il est remis au résident afin de faciliter ses relations dans l'établissement et lui permettre, ainsi qu'à ses proches, de mieux connaître la maison de retraite.

Pour sa sécurité, son confort, sa tranquillité et sa santé, ainsi que ceux de tous les autres résidents, un certain nombre de devoirs et de recommandations sont à respecter.

Le **Clos d'Emise** est aussi le substitut de son domicile, ce qui lui permet également d'y disposer de droits.

Ces droits et devoirs constituent des règles de vie en commun et de bonne marche de l'établissement.

I. DROITS ET LIBERTE DES PERSONNES ACCUEILLIES

Le **Clos d'Emise** garantit à toute personne accueillie l'exercice de ses droits et libertés, à savoir :

1.1 Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des résidents

Dans le respect des principes de la charte de la personne accueillie, entrer en **Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**, c'est bénéficier d'installations confortables, des services collectifs mais également de conserver sa liberté personnelle.

Le résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble : rester dans sa chambre, se promener ou participer aux différentes activités. Il est invité à conserver une activité à la mesure de ses possibilités.

Chaque résident est libre de ses allées et venues, sous réserve d'un fort handicap nécessitant une surveillance particulière. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer auront, pour leur sécurité, leurs allées et venues encadrées par le personnel de l'établissement.

Le résident est libre d'aménager sa chambre avec les petits objets personnels de son choix sous réserve du respect des règles de sécurité et d'accessibilité applicables, ainsi que du respect des autres résidents.

Respects des volontés en cas de décès

En cas de décès, la famille ou le représentant légal sont prévenus dans les meilleurs délais et dans le respect de l'article R 361-37 du code des communes

Toutes les volontés exprimées par les résidents sont scrupuleusement respectées. Si, toutefois, aucune volonté n'a été notifiée à la Direction, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord de la famille ou du représentant légal.

Les effets personnels sont restitués à la famille qui disposera de 30 jours pour les retirer.

1.2 Le libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes au résident

Préalablement à l'admission, il est remis à la personne âgée et/ou son représentant légal, ainsi qu'à sa famille, un livret d'accueil comprenant la liste des prestations offertes par l'établissement.

Une annexe individualisée au contrat de séjour précise les prestations choisies par le résident ou son représentant.

1.3 La prise en charge et l'accompagnement individualisé du résident et sa participation ou celle de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement

Préalablement à l'admission, l'établissement sollicite le résident, sa famille et/ou son représentant légal afin de connaître ses besoins et ses attentes.

Lors de l'entrée dans l'établissement et au cours du séjour, LA Directrice et l'infirmière coordinatrice exposent à la personne âgée, son représentant légal et/ou sa famille, les aides et les soins qui seront apportés au cours du séjour. Il recueille à ce titre leurs observations et sollicitations.

- Dans ce sens l'établissement met en œuvre un questionnaire préalable à l'entrée afin de définir au mieux le projet de vie individualisé initial
- Des entretiens réguliers avec la directrice, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice dans le but d'adapter le projet initialement défini.

Le résident, son représentant légal et/ou sa famille ont la faculté de refuser que telles aides ou soins soient apportés sous réserve toutefois que ce refus ne soit pas préjudiciable à son état de santé. Le refus devra être notifié par écrit, daté et signé.

Le résident, son représentant légal et/ou sa famille ont connaissance, sur leur demande, du Projet de l'établissement (projets de vie et de soins).

1.4 Accès et confidentialité des informations concernant le résident

Les informations à caractère administratif sont conservées par l'établissement sous la responsabilité de la Direction dans une armoire fermée à clef auquel ne peuvent accéder que les personnes habilitées à cet effet.

Les informations à caractère médical sont conservées :

- d'une part, par l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans son bureau auquel ne peuvent avoir accès que les personnes habilitées à cet effet. (Médecin traitant, infirmières et direction)
- d'autre part, par le médecin traitant choisi par le résident.

L'établissement remet au résident, son représentant légal et/ou sa famille lors de l'admission la charte des droits de la personne accueillie qui comprend en annexe l'ensemble des dispositions légales et réglementaires applicables en matière de recueil, d'accès, et de confidentialité des informations personnelles.

Les données administratives ou médicales sont protégées par le secret professionnel et le secret médical auxquels est tenu l'ensemble des personnels salariés ou professionnels de santé libéraux.

Dans le cas où les données personnelles d'un résident, à caractère administratif ou médical, venaient à faire l'objet d'un traitement automatisé, l'établissement s'engage à respecter les dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (déclaration préalable à la CNIL et information préalable de la personne âgée ou son représentant légal).

Bien entendu, le résident ou son représentant légal peuvent s'opposer au recueil automatisé de données le concernant.

1.5 Information sur les droits fondamentaux de la personne âgée et les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition

Lors de l'admission, l'établissement remet à la personne âgée, sa famille ou son représentant légal, la charte des droits et liberté de la personne accueillie, ainsi que la charte de la personne âgée dépendante.

La remise de ces documents s'accompagne d'une information précise.

En application de l'article L.311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les résidents ont la possibilité de se faire assister par une personne qualifiée, le cas échéant, choisie sur la liste départementale établie par le Préfet de Département et le Président du Conseil Général.

En cas de litige, c'est le Tribunal de Romorantin du lieu d'implantation de l'établissement qui sera seul compétent.

II. MODALITES D'ASSOCIATION DES RESIDENTS ET DE LA FAMILLE A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE

Afin d'associer les résidents à la vie collective de l'établissement, des réunions sont organisées en Conseil de la vie sociale (conformément aux dispositions de l'annexe I du présent règlement).

Par ailleurs, l'établissement met en œuvre les actions suivantes visant à la participation des résidents ou de leur famille :

- Groupes d'expression
- Organisation de consultations périodiques des personnes accueillies et de leur famille (enquête de satisfaction, ...)
- Cahier et boîte à idées à la disposition des résidents et de leurs familles, ...
- Transmission des suggestions sur le projet de vie collective et d'animation (fêtes, sorties, ateliers, projet gérontologique, accueil des personnes âgées du quartier...) au personnel ou à la Direction qui s'efforcera d'y répondre au mieux, en fonction des locaux et des contraintes du service.
- Commission des menus

III. MODALITES DE RETABLISSEMENT DES PRESTATIONS DISPENSEES PAR L'ETABLISSEMENT OU LE SERVICE LORSQU'ELLES ONT ETE INTERROMPUES.

En cas d'absence pour convenance personnelle et/ ou en cas d'hospitalisation, le résident bénéficie du maintien de sa chambre, sauf s'il la libère et donne à l'établissement l'autorisation d'en disposer pour accueillir un résident de passage.

Les conditions de facturation des prestations en cas d'absence ou d'hospitalisation sont précisées dans le contrat de séjour signé par le résident ou son représentant légal.

IV. ORGANISATION, AFFECTATION A USAGE COLLECTIF OU PRIVE DES LOCAUX ET BATIMENTS ET CONDITIONS GENERALES DE LEUR ACCES ET DE LEUR UTILISATION

4.1. Bâtiments à usage collectif

Il s'agit d'un immeuble élevé sur 2 niveaux, qui comporte :

- En rez de chaussée :
 - une salle de restauration
 - Une salle pour personnes très dépendantes
 - une salle d'activité
 - la cuisine
 - l'accueil
 - deux salons.
 - Deux cours intérieures
- A l'étage
 - Une salle d'activité et de lecture
 - Une salle d'accueil des familles
 - Trois chambres d'hébergement des familles

Le terrain fait une superficie totale de 13000 m². Il comprend :

- un parking de 25 places
- un jardin de 8000 m² à la disposition des résidents avec des allées piétonnières et un petit étang de 800 m².

L'établissement dispose de 61 chambres individuelles et 6 chambres communicantes. Les chambres communicantes seront prioritairement réservées à l'accueil des couples. Les chambres communicantes peuvent être séparées l'une de l'autre par fermeture d'une double porte.

4.2. Les chambres

Toutes les chambres sont équipées de cabinet de toilette avec douche, WC suspendus, lavabo. Elles répondent aux normes en matière d'accueil de personnes handicapées.

Enfin, toutes les chambres bénéficient de l'équipement suivant :

- un lit
- table de chambre
- un fauteuil de repos
- un placard
- une prise téléphonique et TV hertzienne.
- Un système de détection incendie
- Un système d'appel infirmière
- Deux veilleuses de nuit d'intensité différentes.

Le résident peut amener de petits meubles et bibelots sous réserve qu'ils ne soient pas trop importants et qu'ils soient compatibles avec les règles de sécurité, de nettoyage et d'hygiène de l'établissement et de vie en collectivité en général.

La pièce que le résident aura choisie et qui lui est allouée, est uniquement affectée à usage exclusif de chambre plus salle d'eau attenante.

Un état des lieux est dressé et signé contradictoirement entre les parties à l'admission.

Le montant des dégâts et dommages causés par un résident seront réclamés à ce dernier ou à son représentant légal au prix de facture de remise en état.

4.3. Occupations et jouissance des lieux

Le résident bénéficie en toute liberté de l'ensemble des locaux collectifs intérieurs et extérieurs susmentionnés.

Par contre, l'accès aux locaux suivants est interdit, sauf avec l'accompagnement d'un membre du personnel :

- cuisine
- buanderie
- locaux techniques
- Locaux médicaux
- Locaux administratifs
- Salle Snoezelen

Par ailleurs, et pour les personnes accueillies et présentant les troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer, l'accès aux locaux sera adapté dans le projet de vie individualisé de chacun.

V. DISPOSITIONS RELATIVES AUX TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS, AUX MODALITES D'ORGANISATION DES TRANSPORTS, AUX CONDITIONS D'ORGANISATION DE LA DELIVRANCE DES PRESTATIONS OFFERTES PAR L'ETABLISSEMENT A L'EXTERIEUR

En cas de déplacements hors de l'établissement et pour convenance personnelle :

Il relève de la compétence du résident et/ou de sa famille d'organiser les modalités de transports adaptés. L'établissement pourra cependant informer le résident ou sa famille du caractère inapproprié du mode de transport choisi et en cas de désaccord, une décharge pourra être exigée.

En tout état de cause, la responsabilité de l'établissement ne saurait être mise en cause ou recherchée en cas de déplacements à l'extérieur de l'établissement pour convenance personnelle.

En cas de déplacements organisés sur la demande de l'établissement (ou du médecin coordonnateur) notamment pour raison médicale, l'établissement mettra en œuvre les moyens de transports adaptés à l'état de santé du résident (ambulance VSL ...). Les frais inhérents à ces transports sont pris en charge selon les règles de droit commun.

En cas de déplacements organisés par l'établissement à l'occasion de sorties diverses, l'établissement fera appel à une société de transport extérieur. **(À compléter)**

VI. MESURES A PRENDRE EN CAS D'URGENCE OU DE SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Les consignes incendie sont rappelées régulièrement aux résidents, aux personnels, etc.

En raison de l'urgence, de l'éloignement ou de l'absence des proches ou du représentant légal du résident, l'établissement pourra être amené à se substituer à celui-ci ou à ses proches en vue de prendre une décision relative aux soins à lui prodiguer ou à une hospitalisation.

Le résident ou son représentant légal donne à cet effet tout mandat à l'établissement. **Un mandat sera demandé**

VII. MESURES RELATIVES A LA SURETE DES PERSONNES ET DES BIENS

7.1. Sécurité des biens

Un état des lieux des effets personnels, meubles, bibelots, valeur, etc. est dressé et signé contradictoirement entre les parties à l'admission.

La Direction n'est responsable que des objets, valeurs et bijoux déposés à sa caisse sous couvert d'un reçu. Il ne sera remis lesdits objets, valeurs ou bijoux que sur présentation de ce reçu (*annexe II. Dispositions de la loi du 6 juillet 1992*).

Le montant des dégâts et dommages causés par un résident aux locaux et mobiliers mis à sa disposition seront réclamés à ce dernier ou à son représentant légal au prix de facture de remise en état.

En cas de départ ou de décès, le linge et les objets personnels doivent être retirés conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992 figurant en annexe II.

7.2. Sécurité des personnes

Les moyens suivants sont mis en œuvre par l'établissement visant à la sécurité des personnes :

- Parc entièrement clos
- Secteur protégé
- Moyens de surveillance des couloirs par vidéo ou détecteur de présence
- Porte principale d'accès à code de sortie.

7.3. Assurance Responsabilité Civile

Une assurance responsabilité civile personnelle devra être contractée.

L'établissement se réserve la possibilité de contracter une assurance couvrant la responsabilité civile des personnes hébergées, de la proposer aux résidents accueillis et de la rendre obligatoire pour toute nouvelle entrée.

L'établissement ne saurait être tenu pour responsable des départs fortuits. Il est toutefois recommandé, afin d'éviter des recherches inutiles, de signaler à l'accueil toute sortie hors de l'établissement.

VIII. REGLES ESSENTIELLES DE VIE COLLECTIVE

8.1. Admission

Les admissions sont prononcées par la Direction dans la mesure des places disponibles et sur la base de conversations avec les intéressés et les familles ou représentants légaux.

Une visite des lieux et de la chambre est toujours vivement recommandée.

Lors de l'entrée dans l'établissement, le résident, sa famille ou son représentant légal devront indiquer, en plus des renseignements d'état civil, l'adresse des personnes à prévenir en cas d'urgence, du médecin personnel ou traitant du résident, des dispositions particulières à prendre en cas d'hospitalisation ou de décès. Il sera également signalé au service médical les particularités de régime ou de traitement à respecter.

Les admissions se feront de préférence l'après-midi entre 14 h 00 et 16 h 30.

Les sorties définitives ont lieu tous les jours de la semaine sauf le dimanche, de préférence entre 14 h 00 et 16 h 30.

Il est à noter que l'établissement, conformément aux dispositions du contrat de séjour, après en avoir informé le résident ou sa famille, peut ne pas conserver un résident dans les jours qui suivent l'admission, s'il est constaté un état de santé physique ou psychique différent de celui indiqué par la famille avant l'entrée ou une inadaptation caractérisée ainsi qu'un comportement pouvant troubler la quiétude ou la sécurité des autres personnes résidant dans l'établissement.

Dans ce cas, les proches du résident devront prendre les mesures nécessaires pour lui permettre le transfert au sein d'une autre structure, sinon l'établissement pourra transférer celui-ci, sur avis médical, dans un établissement de santé ou médico-social public ou privé plus adapté à sa situation.

8.2. Vie quotidienne

Linge

Le linge hôtelier (ou la literie) est fourni et entretenu par l'établissement.

Un trousseau de linge personnel est demandé lors de l'admission, il fait l'objet d'un inventaire signé par les deux parties. Il n'est pas imposé de liste minimum, mais tout ce linge devra être préalablement marqué.

Il doit être tenu compte qu'au bout d'un certain temps, du fait des opérations de blanchissage, repassage ou désinfection, ce trousseau devra être renouvelé sans obligation pour l'établissement de rendre le linge réformé.

La direction se réserve le droit de refuser certains textiles trop délicats à entretenir.

Visites

Le résident peut recevoir sa famille et ses amis chaque fois qu'il le désire, en respectant dans la mesure du possible les horaires de bon fonctionnement du service et la dignité et l'intimité des autres résidents.

Horaires des visites conseillés : à partir de 13 h 00. Un horaire de visite adapté peut être mis en place avec la direction et l'équipe soignante.

Le résident peut inviter un parent ou un ami à partager son repas mais il doit en avertir la Direction au moins 24 heures à l'avance. Le montant du repas est affiché à l'accueil.

Sorties

Le résident peut sortir de l'établissement, y compris à l'occasion d'un repas ou d'une journée, mais dans le cas d'absence à un repas, il est prié de bien vouloir en avertir la Direction au moins 48 heures à l'avance.

Les sorties se font principalement entre 10 h 00 et 12 h 00

Toute sortie, quelle qu'en soit la durée, doit impérativement être signalée à la Direction. Il est demandé au résident de préciser la durée prévue de la sortie. Les portes de l'établissement sont fermées de 21h00 à 6h30. Une sonnette extérieure permet de prévenir l'équipe de nuit pendant ces heures de fermeture.

Pour les personnes présentant :

- un handicap physique
- une désorientation intellectuelle
- un suivi médical régulier (traitement)

Les sorties devront être accompagnées par un membre de la famille, proche, (membre du personnel), ...

Il est également recommandé de recueillir l'avis du médecin coordonnateur (ou membre de l'équipe médicale ou paramédicale, ...).

En cas d'avis médical contraire, et si la personne, sa famille décide de sortir de l'établissement, une décharge de responsabilité devra être signée.

Congés

Le résident a la possibilité de s'absenter annuellement pendant une durée inférieure ou égale à celle des congés payés légaux, soit cinq semaines actuellement.

Pour une bonne marche de l'établissement, les dates de ces absences doivent être décidées d'un commun accord entre la Direction et le résident au moins un mois avant le début de l'absence.

Les modalités de facturation en cas de congés sont prévues dans le contrat de séjour.

Repas

Les repas sont servis dans les salles à manger ou ponctuellement dans les chambres pour les personnes momentanément fatiguées ou souffrantes :

- entre 7h00 et 9h00 pour le petit déjeuner
- entre 12h00 et 13h00 pour le déjeuner
- et entre 18h30 et 19h00 pour le dîner.

Une collation froide ou chaude selon la saison est servie dans le courant de l'après-midi.

Les menus et tarifs sont affichés dans la résidence.

Les régimes alimentaires seront respectés et adaptés.

Courrier

Le courrier à l'arrivée est distribué tous les matins après réception.

Pour le courrier au départ, une boîte aux lettres est à la disposition des résidents à l'accueil. La levée s'effectue vers 18 heures.

Animaux domestiques

Les petits animaux domestiques sont acceptés sous réserve qu'ils ne constituent pas une gêne pour les autres résidents (bruit...) et que le résident s'en occupe personnellement. Le résident pourra être amené à s'en séparer si l'une de ses deux conditions n'était plus remplie.

Tabac

En application de la loi EVIN du 10 janvier 1991, il est strictement interdit de fumer au sein de l'établissement. Pour des raisons de sécurité collective, il est également interdit de fumer dans les chambres.

Le ménage

L'entretien des parties communes et des chambres individuelles est assuré quotidiennement par le personnel de l'établissement

La nuit

Tout au long de l'année, deux veilleuses de nuit assurent la surveillance de 20h00 – 21h00 à 6h00 -7h00 selon le planning établi par la direction. Les équipes de nuit sont composée d'une aide-soignante et d'une ASH. Les rondes sont systématiques avec visite de toutes les chambres.

Les animations

Les animations proposées par l'établissement permettent de participer à la vie collective. Une salle de lecture est à disposition à l'étage.

Chaque chambre est équipée de prise télévision.

Il est rappelé que les prestations sont rendues tous services compris et que les pourboires ou dons au personnel sont interdits.

8.3. Devoirs des résidents

Les recommandations suivantes ont uniquement pour but d'assurer le bien-être et la sécurité des pensionnaires qui sont hébergés dans l'établissement et qui sont inhérentes à toute vie en collectivité.

Afin de préserver les libertés et la quiétude de chacun, il est recommandé :

- d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision,
- d'atténuer les bruits et les lumières le soir,
- de se conformer aux horaires en vigueur dans l'établissement et notamment les horaires de repas, visites et de coucher.

La détention de produits inflammables est interdite. Il est rappelé au résident l'extrême danger que constitue le fait de fumer au lit. Il est interdit de fumer dans l'établissement.

Aucun appareil chauffant (fer à repasser, radiateur, réchaud, chauffe-liquide, etc...) ne doit être conservé dans les chambres.

Afin de limiter les risques d'implosion, aucun téléviseur cathodique de plus de deux ans ne sera admis lors de l'entrée dans l'établissement. Aucun téléviseur de plus de cinq ans ne pourra y être conservé. Il est interdit de déposer sur un téléviseur des plantes en pot, des fleurs en vase ou d'autres récipients contenant des liquides.

De plus, il est interdit de modifier les installations électriques existantes.

Il n'est pas recommandé de laver son linge dans les chambres et de l'étendre sur les radiateurs ou les balcons.

Pour éviter tout risque d'accident, les résidents non autonomes ne doivent pas conserver de médicaments dans leur chambre. Des rangements dans le service médical sont à la disposition des infirmiers pour les stocker en attendant leur distribution.

Il veillera à ne rien faire ou laisser faire qui puisse détériorer les lieux alloués et devra prévenir la Direction sans retard de toute atteinte portée ou dégradations qui rendraient nécessaires les travaux incombant à la Direction.

8.4. Prestations dispensées par l'établissement

1 - Prise en charge médicale et paramédicale :

Chaque résident peut faire appel au médecin ou à l'auxiliaire médical de son choix.

Cependant, l'établissement assure une surveillance médicale et paramédicale régulière. Un forfait lui est versé par l'assurance maladie à cet effet

Il peut aussi décider, en coordination et sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur, si l'affection dont souffre le résident peut être soignée sur place ou nécessite au contraire, soit une hospitalisation, soit la recherche d'un établissement mieux adapté.

Cependant, la décision de transfert éventuel est prise en fonction de l'urgence et en concertation avec les différentes parties (famille ou représentant légal) dans la mesure du possible.

Les honoraires, non couverts par le forfait versé à l'établissement, des intervenants libéraux sont à la charge du résident ou de sa famille et sont à régler séparément.

2 - Perte d'autonomie :

En cas de perte d'autonomie physique ou psychique, en cas d'énurésie permanente entraînant une plus grande dépendance, l'établissement est en mesure de proposer une prise en charge adaptée. La prise en charge peut constituer par le port de protections absorbantes et de vêtements adaptés à la mise en place de ces protections.

Le degré de perte d'autonomie des résidents est fixé grâce à une grille d'évaluation qui détermine un niveau de dépendance (groupe iso-ressource - GIR- de 1 à 6, du plus dépendant au moins dépendant).

Le résident en fonction de son degré de dépendance et de ses ressources peut percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le versement de celle-ci est maintenu durant 30 jours en cas d'hospitalisation ; au-delà le service de l'allocation est suspendu. Son versement sera repris à compter du premier jour du mois au cours duquel le résident n'est plus hospitalisé.

IX. PROTECTION CONTRE LES VIOLENCES

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

Article 222-7 du code pénal : Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise sur une personne d'une particulière vulnérabilité due à son âge.

Le Résident (ou son représentant) atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du Règlement de Fonctionnement

A.....

Le

Signature (qualité)

ANNEXES AU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Annexe I

Composition et fonctionnement du conseil de la vie sociale

Conformément aux dispositions de la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 et au décret n°2004-287 du 25 mars 2004, il est institué un conseil de la vie sociale.

1- Rôle du conseil de la vie sociale

Celui-ci donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et en particulier :

- l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement,
- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- les activités, l'animation socioculturelle 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,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

2- Composition du conseil de la vie sociale

Le conseil de la vie sociale est constitué de 7 membres, répartis de la manière suivante :

- 2 membres représentant des résidents,
- 2 membres représentant des familles,
- 2 membres représentant des personnels.

Il comporte en outre :

- 1 membre représentant de l'organisme gestionnaire.

3- Fonctionnement du conseil de la vie sociale

Les membres du conseil de la vie sociale sont élus pour une durée de 3 ans

Les représentants des résidents élisent un président parmi eux. Son suppléant est élu par et parmi les représentants des familles.

Le conseil se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du président qui en fixe l'ordre du jour.

4- Déroulement des élections

Le responsable de l'établissement procède, par voie de réunions préparatoires, de courriers et d'affiches, à l'appel des candidatures aux postes de membres du conseil de la vie sociale. Il fixe les périodes de dépôt des candidatures ainsi que la date des élections.

Ces élections ont lieu à la majorité simple des votants et à bulletin secret.

Annexe II
Informations aux résidents et à leurs familles
sur les biens déposés dans l'établissement

En référence à la loi n°92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détérioration des objets déposés dans les établissements sociaux et médico-sociaux, au décret d'application n° 93-500 du 27 mars 1993 et à la Circulaire Interministérielle du 27 mai 1994, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôt de ces biens.

- ◆ Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chèquiers, cartes de crédits, bijoux et objets précieux, peuvent être déposés auprès de Madame HOURLIER, directrice de l'établissement
- ◆ Les autres biens mobiliers, dont la nature justifie la détention pendant le séjour, peuvent être déposés auprès de Madame HOURLIER, directrice de l'établissement et sont conservés dans l'établissement.

Dans les deux cas, il vous est remis un reçu contenant un inventaire contradictoire des objets déposés.

La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que pour les objets ayant fait l'objet d'un dépôt.

Les objets abandonnés (retrait non effectué ou objet non déposé) seront remis après une période d'un an à la Caisse des Dépôts et Consignation s'il s'agit de valeurs ou au Service des Domaines pour les autres biens.

Liste des objets déposables
(Exemples)

- ◆ Valeurs :
 - * sommes d'argent
 - * titres et valeurs
 - * chèquiers
 - * bijoux, objets de valeurs
 - * etc.
- ◆ Biens mobiliers déposés entre les mains de la directrice
 - * clefs
 - * papiers d'identité
 - * objets personnels sans valeur
 - * etc.
- ◆ Biens mobiliers conservés par le résident :
 - * Petit mobilier
 - * poste de radio,
 - * poste de télévision cathodique si âgé de moins de 2 ans

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

(arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles)

Article 1^{er}

Principe de non-discrimination

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

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

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

Article 3

Droit à l'information

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

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

Article 4

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

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

- 1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

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

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

Article 5

Droit à la renonciation

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

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

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

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

Article 7

Droit à la protection

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

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

Article 8

Droit à l'autonomie

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

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

Article 9

Principe de prévention et de soutien

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

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

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

Article 10

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

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

Article 11

Droit à la pratique religieuse

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

Article 12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

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

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

Annexe à la Charte

(Dispositions d'articles du code de l'action sociale et des familles et du code de la santé publique à annexer à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations et à afficher dans l'établissement)

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Article L116-1

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. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.

Article L116-2

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Article L311-3

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

1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
4. La confidentialité des informations la concernant ;
5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
7. La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Les modalités de mise en oeuvre du droit à communication prévu au 5° sont fixées par voie réglementaire.

Article L313-24

(inséré par Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 24 I, VII, art. 48 Journal Officiel du 3 janvier 2002)

Dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une sanction disciplinaire.

En cas de licenciement, le juge peut prononcer la réintégration du salarié concerné si celui-ci le demande.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Article L1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article L1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article L1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article L1111-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Article L1111-3

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article L1111-4

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-6

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Article L1111-7

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes

Fondation Nationale de Gérontologie 1997

La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées. Resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou l'altération de fonctions mentales.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences.

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle. Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade. Son confort moral et physique, sa qualité de vie, doivent être l'objectif de constant, quelle que soit la structure d'accueil.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée.

L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

Article IV - Présence et Rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Le rôle des familles qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches, notamment sur le plan psychologique.

Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de la vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence, ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer.

Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles. Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.

Il est indispensables que les ressources de la personne âgée soient complétées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût des handicaps.

Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent même chez les personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée. Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit offrir un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.

Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit. La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités.

Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée.

Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

Article IX - Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile, en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par âge.

Les soins comprennent les actes médicaux et paramédicaux qui permettant la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ces soins visent aussi à rééduquer les fonctions et à compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets. L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades.

Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques.

Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis.

La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

Article X - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant. Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées.

Cette formation doit être initiale et continue en cours d'emploi, elle concerne en particulier mais non exclusivement tous les corps de métier de la santé.

Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et du soutien psychologique.

ARTICLE XI - Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable, constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié.

Mais lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptées à son état.

Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale.

La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

ARTICLE XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité. Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et maladies liées à l'âge et faciliter leur prévention.

Une telle recherche implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et les sciences économiques.

Le développement d'une recherche gérontologique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge. Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les dépendances associées au grand âge. Il y a u droit pour tous ceux qui en sont ou seront frappés à bénéficier des progrès de la recherche.

ARTICLE XIII - Exercices des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés ses biens mais aussi sa personne. Ceux qui initient ou appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées, y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitements doit être sauvegardée. Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite. La personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé.

Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le Code civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer avec attention que :

- le besoin de protection n'est pas forcément total ni définitif*
- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir donner son avis chaque fois que cela est nécessaire*
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de vie et doive toujours être informée des actes effectués en son nom.*

Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les désirs de la personne.

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilissante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins.

L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de

prévention vis à vis de l'exclusion des personnes âgées dépendantes et peut éviter un réflexe démissionnaire de leur part.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

NOS ENGAGEMENTS

Ecouter les attentes de la personne âgée et de ses proches.

Evaluer les besoins de la personne âgée et de ses proches et vérifier l'adéquation de ses besoins avec les services offerts.

Informier le résidant sur le projet d'établissement, les conditions de son séjour et les services offerts.

Respecter la liberté, la vie privée, l'intimité et la dignité du résidant tout au long de son séjour.

Associer le résidant et ses proches à la vie de l'établissement notamment grâce au Conseil d'Etablissement.

Accompagner le résidant et ses proches tout au long de son séjour.

Offrir un lieu de vie animé, confortable, convivial et sécurisant.

Assurer un suivi médical et la continuité de la prise en charge du résidant grâce à la coordination des professionnels internes et des intervenants extérieurs.

Proposer une restauration de qualité satisfaisant les habitudes alimentaires du résidant et les contraintes diététiques.

Motiver et fédérer les équipes en les associant à la rédaction et à la mise en œuvre du projet institutionnel.

Assurer la transparence de fonctionnement de l'établissement

Développer des relations de complémentarité avec les acteurs médicaux et médico-sociaux du secteur.