

Projets d'établissement des EHPAD

**Projet d'établissement du CHU de Bordeaux
2026-2030**

PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD DE LORMONT



2025-2030

Pôle de Gériatrie Clinique

CHU Bordeaux

Table des matières

Préambule	5
PARTIE 1 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT	6
1. LE CADRE REGLEMENTAIRE.....	6
2. L'ORIGINE DU PROJET.....	6
3. LA MEHODOLOGIE DU PROJET	7
3.1. La participation.....	7
3.2. Les références.....	8
4. LA DECLINAISON DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	8
PARTIE 2 : ELEMENTS DE CONTEXTE.....	9
1. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.....	9
1.1. Historique	9
1.2. Description de l'établissement	10
1.3. Situation géographique.....	11
1.4. Valeurs fondamentales et missions.....	11
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCEUILLIE.....	12
2.1. Analyse démographique	12
2.2. Analyse sociologique.....	12
2.3. Analyse des données médicales.....	13
2.4. Analyse de la dépendance.....	14
3. L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT.....	14
3.1. Caractéristiques de la population du territoire.....	14
3.2. L'appartenance à la filière médico-sociale du CHU de Bordeaux	14
3.3. La dynamique territoriale autour de l'EHPAD.....	15
3.4. Le développement d'une culture de développement durable (logique de « l'EHPAD centre ressources, utilité sociale dans son environnement »).....	16
PARTIE 3 : LE PROJET DE VIE	18
1. L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES RESIDENTS.....	18
1.1 La préadmission.....	18
1.2 L'admission	18
2. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	19
2.1 Définition.....	19
2.2 La méthodologie	20
2.3 Le déroulement du rendez-vous de validation.....	21
2.4 L'évaluation.....	22
3. LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTE DES RESIDENTS.....	22

3.1	Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée et l'intimité.....	22
3.2	Garantir le droit à l'information	22
3.3	Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.....	23
3.4	Les relations avec les familles.....	24
3.5	Garantir le droit à la sécurité au sein de l'établissement.....	25

PARTIE 4 LE PROJET MEDICAL 26

1.	LE RESIDENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE EN SOINS	28
2.	LA GESTION DES RISQUES, PREVENTION ET ORGANISATION DES SOINS.....	28
2.1	La prévention de la dénutrition.....	28
2.2	Le maintien de l'autonomie et de la mobilité.....	29
2.3	La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.....	29
2.4	La démarche éthique à l'EHPAD de Lormont	29
2.5	Continuité et permanence des soins : le circuit du médicament.....	32
2.6	Le dossier de liaison d'urgence	33
2.7	La prévention et la maîtrise du risque infectieux.....	33
3.	FORMATION ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	35

PARTIE 5 LE PROJET D'ANIMATION..... 36

1.	DEFINITION ET ENJEUX.....	36
2.	L'EQUIPE D'ANIMATION	36
3.	LE PROGRAMME D'ANIMATION.....	37
4.	LA DECLINAISON DES OBJECTIFS DU PROJET	37

PARTIE 6 LE PROJET HOTELIER..... 38

1.	LA RESTAURATION	38
1.1	L'organisation des temps de repas.....	37
1.2	Faire des repas un temps de convivialité.....	37
2.	LE LINGE.....	38
2.1	Le trousseau de linge et son marquage.....	39
2.2	La confection d'un trousseau pour les résidents sans ressources.....	38
2.3	La gestion des pertes de linge.....	38
2.4	Le circuit du linge.....	39

PARTIE 7 DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES..... 40

1.	FONDEMENTS DE LA POLITIQUE QUALITE.....	40
2.	LE COMITE DE PILOTAGE « EHPAD ».....	40
3.	LES ACTEURS QUALITE DE PROXIMITE.....	41
3.1	L'ingénieur qualité.....	40
3.2	Les référents qualité.....	40
3.3	Les personnes ressources.....	41
4.	LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS	42

5.	LES OUTILS ET LES METHODES QUALITE	42
6.	LES AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2025-2029	43

PARTIE 8 LE PROJET SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....43

PARTIE 9 LE NOUVEL EHPAD DE LORMONT 44

1.	LES AMBITIONS DU NOUVEL EHPAD	45
1.1	Les exigences du projet de construction	45
1.2	L'adaptation des locaux aux besoins des personnes accueillies	45
1.3	Le cadre architectural.....	45
3.	LA CREATION D'UN PASA.....	47
2.1	Définition.....	47
2.2	L'environnement architectural	47
2.3	Les critères d'admission	47
2.4	L'organisation.....	48
2.5	Les missions	48
2.6	L'évaluation.....	48

PREAMBULE

La rédaction du projet d'établissement de l'EHPAD de Lormont s'insère dans une démarche globale d'établissement visant à mobiliser les ressources disponibles dans une volonté de partage et de transparence. Il est adapté aux caractéristiques de l'environnement et aux contingences locales.

Le projet d'établissement aboutit à la mise en œuvre cohérente et programmée d'actions articulées entre elles, dans le cadre des orientations définies pour la performance et l'efficacité de l'établissement, au regard de son environnement spécifique et du tissu médico-social alentour.

Ce projet prend appui sur le cadre réglementaire et le projet de soins institutionnel, volet du projet d'établissement du CHU de Bordeaux, auquel l'EHPAD de Lormont est rattaché.

PARTIE 1 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT

1. LE CADRE REGLEMENTAIRE

- **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale : texte fondateur affirmant les droits des usagers (dignité, intégrité, information, participation, accompagnement personnalisé) et rendant obligatoires le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et la participation des résidents.
- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)**, notamment par les articles L.311-1 à L.313-22-1 : encadre les droits des personnes accueillies, le fonctionnement des ESSMS, les obligations en matière de projet d'établissement, de participation, de prévention de la maltraitance et d'évaluation de la qualité.
- **Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015** et **Décret n° 2016-1814** : réforme de la tarification des EHPAD (EPRD, CPOM, disparition des conventions tripartites, forfaits soins et dépendance).
- **Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021** : cadre national de l'évaluation de la qualité des ESSMS ; rend le **référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2022** obligatoire pour les EHPADs (évaluation tous les 5 ans).
- **Référentiel national d'évaluation HAS (2022)** et ses mises à jour : normes de qualité opposables concernant l'accompagnement personnalisé, la bientraitance, la gestion des risques, la coordination des parcours, la sécurité des soins, les droits et la participation des usagers.
- **Décret n° 2024-166 du 29 février 2024** précise le contenu obligatoire du projet d'établissement, en y intégrant la participation et les droits des usagers, la prévention interne et de lutte contre la maltraitance et l'organisation d'un dispositif interne de signalement, les conditions d'organisation et de continuité de l'accompagnement, ainsi que les modalités de coopération avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire notamment sur le volet relatif aux soins palliatifs.
- **Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024** relative à la société du bien-vieillir et à l'autonomie : renforce les obligations des EHPAD en matière de prévention de la maltraitance, d'information des usagers, de transparence, de participation des proches et d'organisation des dispositifs d'alerte et de signalement.
- **Recommandations nationales de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)/HAS** publiées entre 2008 et 2024 constituent le socle de référence des pratiques en EHPAD, couvrant la bientraitance, l'accompagnement personnalisé, la qualité de vie, la prévention de la maltraitance et les pratiques de soins.

2. L'ORIGINE DU PROJET

Ce projet pourrait s'intituler « le nouvel EHPAD de Lormont », le volet architectural en étant une pierre angulaire.

Dans ce contexte, l'encadrement met l'accent sur deux aspects :

- La diffusion d'un accompagnement renforcé et au plus proche du résident,
- Le sens donné aux pratiques professionnelles des agents de l'EHPAD de Lormont.

Dans cette logique, ce projet d'établissement permet à la fois d'affiner l'identité de l'établissement et de dégager des axes prioritaires d'amélioration de la prise en charge pour les résidents et leurs proches et des pratiques pour les professionnels.

Cette affirmation de l'identité de l'EHPAD à travers ce projet d'établissement vient répondre aux préconisations du rapport de l'évaluation externe et correspond aux exigences du CASF.

Par ailleurs, ce projet a vocation à s'inscrire en conformité avec les dynamiques locales du territoire, le réseau gérontologique de ville, les autres EHPAD (avec notamment le dispositif de télé médecine et le secteur social -CCAS) tout en conservant la spécificité de l'établissement : sa coordination active avec le pôle de gérontologie clinique, les urgences et les consultations spécialisées du CHU du Bordeaux.

3. LA METHODOLOGIE DU PROJET

3.1. La participation

L'écriture d'un projet d'établissement repose sur une méthodologie classique de conduite de projet : participatif, avec la constitution d'un comité de pilotage et la mise en place de groupes de travail.

L'écriture de ce projet vise à proposer une vision claire et commune à l'ensemble du personnel de l'EHPAD. Cette vision sera confortée et pérennisée dans le prochain bâtiment.

Il a été élaboré avec la participation du personnel et des personnes accueillies ou accompagnées.

Membres permanents du comité de pilotage :

- Docteur Geneviève Pingaud, cheffe du pôle de gérontologie clinique
- Docteur Romain Fossaert, chef de pôle adjoint
- Myriam Caucase, directrice du pôle de gérontologie clinique
- Latifa Scheirlinck, directrice des soins
- Docteur Elise Thiel, médecin coordonnateur
- Sandrine Bonnefont, cadre supérieure de santé
- Caroline Labarthe, cadre de santé
- Stéphane Mespoulède, IDEC

- Un représentant des professionnels non-soignants
- Un représentant des usagers et/ou du CVS

Membre associé :

- Anne Moulin, directrice du Groupe Hospitalier Sud, l'EHPAD de Lormont y étant rattachés.

3.2. Les références

Le projet d'établissement s'appuie sur :

- Des références externes telles que le projet d'établissement du CHU de Bordeaux et sa déclinaison à la filière gériatrique mais aussi le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional d'organisation médico-social, le schéma départemental de la Gironde, les données du secteur de l'INSEE, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et les préconisations des rapports d'évaluation de l'EHPAD de Lormont.
- Des référence internes complétées par la création de protocoles et de procédures d'organisation et de fonctionnement pensés au bénéfice de l'EHPAD¹.

4. LA DECLINAISON DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement se décline à partir des thèmes suivants :

- 1) Le projet médico-soignant,
- 2) Le projet d'accompagnement personnalisé,
- 3) Le projet d'animation,
- 4) Le projet d'amélioration continue de la qualité,
- 5) Le projet social et la qualité de vie au travail,
- 6) Le projet architectural,
- 7) Le déploiement d'une culture de développement durable.

¹ Par exemples : le nouveau contrat de séjour, l'actualisation d'une plaquette de présentation, des synthèses des projets institutionnels tant au niveau de la filière gériatrique que du CHU proprement dit, la rédaction d'un synopsis recensant les principales exigences contenues dans la « convention tripartite et pluriannuelle », la rédaction de règlements intérieurs visant à rappeler les bons usages au sein de la vie collective dans un établissement public, le rapport d'activité médical, le livret d'accueil, les documents qualité, et surtout les projets internes écrits, tels que les approches pluridisciplinaires, le projet de télémédecine, le projet de consultations médicales rive droite...

PARTIE 2 : ELEMENTS DE CONTEXTE

1. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

1.1. Historique

Construit en 1986, cet établissement regroupait trois Unités de long séjour. Il accueillait essentiellement des résidents du territoire de la rive droite.

Avec l'existence sur le site de Xavier Arnoz de 120 lits de soins de longue durée, l'établissement de Lormont s'est progressivement tourné vers un fonctionnement moins médicalisé. En 2008, le centre gériatrique a évolué vers une orientation EHPAD.

La convention tripartite avec le Conseil départemental (CD) et l'Agence régionale de Santé (ARS) date de juillet 2014 et n'a pas été renégociée depuis.

L'effectif non-médical autorisé par la convention tripartite est de 84,11 Equivalents Temps Pleins (ETP) répartis de la façon suivante :

- ⇒ Section hébergement : 19.28 ETP
- ⇒ Section dépendance : 17.28 ETP
- ⇒ Section soins : 47.56 ETP

L'effectif médical est ventilé comme suit :

- ⇒ Médecin coordonnateur et médecin traitant : 0.8 ETP (Docteur Elise THIEL)

En octobre 2013, la Direction générale du CHU de Bordeaux a souhaité conforter la filière médico-sociale de l'établissement en nommant un Directeur de filière pour structurer et organiser les parcours de santé des personnes âgées. Cette fonction est depuis réaffirmée. Un directeur est dédié à temps plein sur le pôle de gériatrie.

L'architecture actuelle impacte directement la qualité de vie des résidents, constituant ainsi un enjeu déterminant pour l'avenir de l'établissement. À l'issue de l'évaluation interne et externe menée en 2014, un projet de reconstruction a été inscrit sur le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) du CHU de Bordeaux, dans l'objectif d'offrir à chaque résident des espaces plus adaptés, confortables et sécurisants.

L'établissement, au travers de son histoire montre ses capacités d'évolution et sa volonté d'adaptation aux nouveaux besoins émergents de la population âgée locale.

1.2. Description de l'établissement

L'établissement dispose de 120 lits habilités à l'aide sociale. Il se compose principalement de chambres doubles (42). Seulement un tiers des chambres est individualisé. Les chambres sont toutes équipées de sanitaires mais pas de douche. L'accès pour les personnes à mobilité réduite est respecté dans l'ensemble des lieux.

Les 120 lits se répartissent sur 3 étages. Chaque étage accueille 40 résidents avec une salle à manger, un salon et une salle de soins.

L'EHPAD se compose de 78 chambres, pour un total de 120 lits, réparties sur 3 étages :

⇒ 36 chambres à 1 lit de 12.5m²

⇒ 42 chambres à 2 lits de 22m²

Chaque étage comprend 12 chambres individuelles et 14 chambres doubles.

Les chambres n'ont pas de douche accessible en fauteuil roulant.

Des espaces communs en rez-de-chaussée sont également disponibles, lieu de culte, salle d'animation, salons en entrée, zone équipée d'un coin boisson, un salon de coiffure et de manucure.

Le sous-sol semi enterré accueille les services logistiques et techniques, il comprend de vastes espaces de stockage.

L'EHPAD de Lormont, établissement du groupe hospitalier surd, fait partie du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux. Il possède ainsi cette double spécificité : celle d'être un lieu de vie et celle de faire partie d'un groupe hospitalier universitaire.

Pour renforcer sa vocation d'être un lieu de vie, un des objectifs majeurs du projet de reconstruction de l'EHPAD est de garantir aux résidents d'habiter un espace commun au sein de leur propre foyer. C'est pourquoi, le nouvel EHPAD de Lormont de 120 lits proposera uniquement des chambres individuelles de 23m² toutes équipées de sanitaires et de douche aux normes personnes à mobilité réduites (PMR) privatifs sur 2 étages. Ces deux unités d'hébergement « toutes dépendances » de 60 lits seront sous-divisées en 3 quartiers de 20 lits chacun pour valoriser l'aspect « Village ». Chacune des chambres sera équipée d'un rail lève malade en plafond de type H pour la manipulation des résidents.

Dans ces 120 lits, l'EHPAD de Lormont proposera un accueil de 14 places en semaine également dans un pôle d'activités et de soins adaptés (R+1).

Dans chacune des deux unités d'hébergement, des espaces communs d'animation et de vie seront aménagés dans l'idée d'en faire des places de village. Ainsi, une salle de restauration et un pôle de soin seront également implantés dans chaque unité.

L'unité 1 aura la particularité d'accueillir également une salle d'activité polyvalente, une salle d'activités physiques adaptées, un comptoir bar dédié à la vente de café et ouvert sur les lieux de vie, un espace famille, un espace animalier et un magasin /épicerie (permettant aux résidents d'acheter des

produits de nécessité). Par ailleurs, et comme les lieux de vie du rez-de-chaussée, chacune des chambres de l'unité 1 bénéficiera d'un accès direct et de plain-pied sur les extérieurs.

L'unité 2 sera elle dotée d'un salon de coiffure, d'une salle de bien être esthétique/ pédicure et d'une salle de kinésithérapie.

Par ailleurs, le nouvel EHPAD de Lormont étant pensé comme un projet évolutif et modulable, des espaces de tiers lieux ont été étudiés afin de répondre de façon réactive à l'évolution des besoins. Ainsi ces espaces pourront regrouper des consultations externes (de mémoire et de gériatrie) et des locaux dédiés à l'Unité mobile gériatrique.

Enfin des locaux périphériques communs à tout le bâtiment accueilleront les secteurs de logistique hospitalière et les locaux du personnel.

Ce nouvel environnement aura vocation à favoriser le confort de l'usager, l'orientation et la déambulation ainsi que de répondre à des besoins d'autonomie et d'intimité.

1.3. Situation géographique

L'EHPAD de Lormont constitue un avant-poste du CHU de Bordeaux en rive droite. En effet, la position géographique particulière de la commune de Lormont, positionnée sur la rive droite de la Garonne, donne à l'EHPAD la vocation d'accueillir des résidents dont l'origine est distante et multiple. Cette position correspond en réalité à un même bassin de vie homogène, dont seul le caprice de la nature brise la cohérence.

L'accès à l'EHPAD est facilité par les transports en commun dont le tram. Ainsi, les résidents qui le souhaiteraient peuvent accéder à différents services (commerces, banque, poste, bureau de tabac...) en conservant une certaine mobilité, et leur entourage peut être plus présent.

1.4. Valeurs fondamentales et missions

« Cultiver le respect de l'Humain pour la conservation des droits fondamentaux individuels de la personne âgée en matière de liberté, de sécurité, d'équité et de singularité, dans un esprit de convivialité et de partage. »

Ces objectifs essentiels se déclinent tout au long des éléments prioritaires qui constituent ce projet d'établissement. Ils tendent à affirmer la poursuite de la citoyenneté durant l'accompagnement et jusqu'au bout de la vie. Poser, développer, intégrer au quotidien les bases de fonctionnement du vivre et travailler ensemble sera une recherche permanente et un fonctionnement intime, intégré à chaque acte de la vie quotidienne. Cette quête s'appliquera bien sûr aux décisions fondamentales que le citoyen acteur doit assumer et plus encore dans une logique d'éthique permanente.

En effet, l'établissement remplit sa mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé, aux soins et à un suivi adapté et personnalisé.

Il s'emploie, dans l'ensemble des prestations proposées, à aider et accompagner les résidents dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacement, alimentation...) sans se substituer à eux.

Ces prestations sont proposées en respectant le libre choix du résident, sa dignité, en recherchant systématiquement son consentement éclairé, en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de son accompagnement, et en veillant à sa compréhension.

Le respect des droits fondamentaux des personnes âgées accompagnés est indispensable mais nécessite une action volontariste et réfléchie de la part de tous les professionnels car la grande dépendance de la majorité des personnes accueillies renforce leur vulnérabilité.

Ce projet d'établissement a pour ambition de porter les actions déjà conduites, de les pérenniser et d'ancrer cette dynamique vers des recherches permanentes d'amélioration de la qualité de la sécurité et de la continuité de l'accompagnement.

2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE

2.1. Analyse démographique

L'établissement accueille des personnes âgées de plus de 60 ans dont le maintien à domicile devient difficile. L'âge moyen des résidents admis en 2025 est de 81 ans avec une forte prédominance de femmes (61 femmes pour 33 hommes). La durée moyenne de séjour est de 7 ans.

2.2. Analyse sociologique

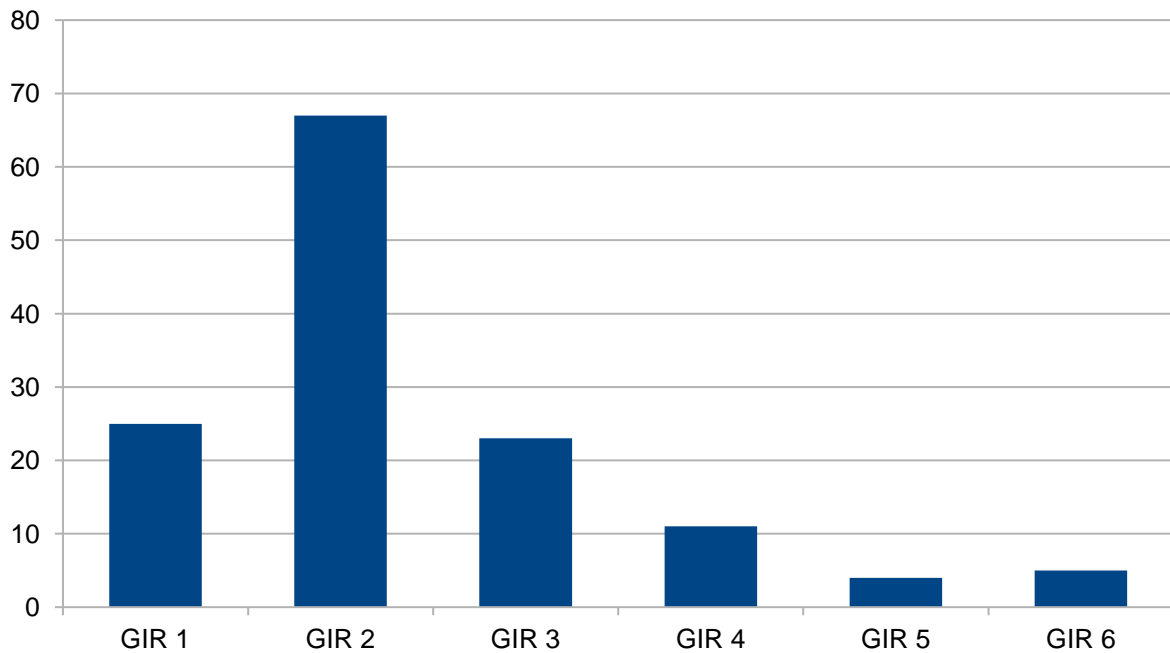
Plus de 90 % des résidents de l'EHPAD sont issus du département de la Gironde. 62,1% des résidents bénéficient de l'Aide sociale à l'hébergement, 54,3% sont sous mesure de protection juridique.

➤ Caractéristiques de la population accueillie à l'EHPAD de Lormont :

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de résidents	145	145	148	130	140
Age moyen	86	85	84	83	83
Sexe ratio F/H	72% F 48% H	68% F 32% H	68% F 32% H	68% F 32% H	69% F 31% H
Durée Moyenne Séjour	2,72 ans	3,25 ans	3,28 ans	3,18 ans	3,08 ans
Aide sociale (%)	57,2%	58,6%	58,7%	63%	62,1%
MPJ (%)	55,2%	55,2%	54%	53,8%	54,3%
Provenance :					
- Domicile (%)	12,41%	13,10%	14,79%	11,36%	11,97%
- CHU (%)	48,97%	55,86%	58,45%	60,61%	60,56%
- autres ES ou ESSMS	37,93%	31,72%	26,76%	28,03%	27,46%

Sorties :	41	33	39	26	37
- Décès	38	31	33	23	32 (dont 25 au sein de l'EHPAD)
- Mutation	3	2	6	3	5

➤ Répartition des GIR en 2024 :



La population accueillie à L'EHPAD de Lormont relève en majorité du GIR 2. En 2025, le GMP moyen des résidents est de 766, légèrement au-dessus du GMP moyen de la Gironde qui s'élève à 757.

2.3. Analyse des données médicales

En 2025, le PMP moyen était de 420. Les pathologies les plus fréquentes par ordre décroissant étaient : dénutrition (83,6 %), syndrome démentiel (82,8%), incontinence (78,4 %), constipation/syndromes abdominaux et HTA (73,3 %), état grabataire/troubles de la marche (72,4 %), insuffisance rénale (69 %), troubles de la déglutition/syndromes digestifs hauts (61,2%), troubles chroniques du comportement (60,3 %). L'insuffisance cardiaque touche 25 % des résidents et 37,9 % ont présenté un AVC. 21,6 % des résidents ont une escarre.

20,7 % des résidents nécessitent des Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI).

2.4. Analyse de la dépendance

L'EHPAD n'a pas vocation d'accueillir des personnes âgées présentant des troubles du comportement sévères. Il accueille en hébergement permanent des personnes âgées de 60 ans et plus (ou des personnes de moins de 60 ans sous dérogation) qui présentent une dépendance importante pour les gestes de la vie quotidienne et qui sont stables sur le plan médical. La structure de l'établissement ne permet pas d'accueillir des personnes atteintes des troubles du comportement sévères ou des personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères non stabilisées.

3. L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

3.1. Caractéristiques de la population du territoire

En 2025, l'indice de vieillissement de la population (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) était 124,9 en Nouvelle Aquitaine et de 93 en Gironde.

En 2022, on comptait 428 506 personnes âgées de 60 ans et plus en Gironde, représentant 25,6 % de la population. En Nouvelle Aquitaine, ces personnes représentent 24,7 % de la population totale.

En 2022, on dénombrait 171 EHPADs en Gironde, avec une capacité 13 7125 places.

Au 31 décembre 2023, en Gironde, 21,2 % des personnes de 75ans et plus étaient bénéficiaires de l'APA. 12,6 % percevaient cette prestation à domicile et 8,6% en établissement. 2 013 personnes bénéficiaient de l'Aide Sociale à l'Hébergement en EHPAD.

3.2. L'appartenance à la filière médico-sociale du CHU de Bordeaux

L'appartenance de l'EHPAD à la filière médico-sociale du CHU de Bordeaux est un atout important quant à la mutualisation des ressources et au suivi médical des résidents de l'EHPAD.

Effectivement, le CHU de Bordeaux est le principal partenaire de l'EHPAD de Lormont concernant le recours aux urgences ou pour une hospitalisation en court séjour (sites de Saint-André et de Xavier Arnozan)

Pour la prise en charge des problématiques psychiatriques, l'établissement a recours à l'UHR des « Jardins de l'Alouette » mais aussi à l'offre de soins proposée par le Centre hospitalier spécialisé (CHS) de CADILLAC. L'ensemble de cette offre de service s'effectue dans un environnement de proximité qui permet d'assurer la sécurité des soins.

Également, l'EHPAD s'est doté d'un équipement de télémédecine « Via trajectoire » qui permet aux résidents de bénéficier de consultations spécialisées (plaies chroniques, pathologies psychiatriques, évaluation bucco-dentaire, hypertension déformante acquise ...) ce qui permet de renforcer et de faciliter le parcours des résidents de l'EHPAD au sein du CHU de Bordeaux.

La stratégie numérique du CHU de Bordeaux pour l'EHPAD de Lormont :

De manière générale les orientations sont les suivantes : modernisation des outils numériques, synergies territoriales et régionales, dématérialisation et infrastructures hautes performances, appui à la recherche et à l'innovation, cybersécurité, soutien aux projets de pôle et réglementation.

De manière plus spécifique :

- Le module dxEHAD dédié aux EHPAD du CHU de Bordeaux est inclus dans le Dossier Patient Informatisé dxCare (indissociable). Les fonctionnalités qui le composent sont réglementaires : saisie des données AGGIR et PATHOS, génération des fichiers afin d'alimenter la plateforme nationale GALAAD grâce aux données AGGIR et PATHOS et gestion des plannings d'activités, animations, ateliers et loisirs,
- Le recueil d'informations de santé et de prise en charge des résidents se fait dans dxCare à l'aide des questionnaires médicaux, infirmiers, paramédicaux et sociaux. Il permet la saisit des prescriptions, des actes de soins et de surveillances mais aussi la saisit des transmissions ciblées et des différentes échelles d'évaluation (BRADEN, ECPA...). Le PAP et le DLU sont également gérés dans le dxCare via des questionnaires et des courriers spécifiques.

Par ailleurs, des projets généraux du CHU de Bordeaux bénéficient à l'EHPAD de Lormont :

- Piluliers – robotisation pour la préparation des
- doses à administrer : le projet vise à installer un automate de préparation des doses à administrer (PDA) connecté au DPI (dxCare) afin de sécuriser le circuit du médicament, réduire les erreurs de préparation manuelle, libérer du temps infirmier et compléter la robotisation pharmaceutique dans les services de long séjour, EHPAD, USLD, USMP et SSR du CHU de Bordeaux.
- Usage de la 5G privée : le projet 5mart Ho5pital vise à déployer un réseau 5G privé et hybride au CHU de Bordeaux pour offrir une connectivité ultra-fiable et de soutenir les usages innovants (soins, télémédecine, IA, logistique, sûreté, chirurgie, EHPAD) et faire du CHU de Bordeaux une vitrine européenne d'innovation numérique hospitalière.

3.3. La dynamique territoriale autour de l'EHPAD

L'EHPAD de Lormont occupe une place reconnue au sein du territoire gérontologique de la rive droite, qu'il contribue à structurer depuis de nombreuses années à travers l'animation du réseau local porté par les médecins du pôle de gérontologie.

Son engagement précoce dans la démarche de labellisation du parcours de santé de la personne âgée en 2015, l'équipement en télémédecine et la maîtrise de l'outil « Via Trajectoire » témoignent de sa volonté d'assurer une fluidité des parcours pour les résidents. L'établissement participe également aux actions du CHU de Bordeaux visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et a développé, dans ce cadre, des partenariats durables avec des structures d'accueil spécialisées.

Cet ancrage territorial se renforce au quotidien grâce à une coopération étroite avec le Foyer d'Accueil Médicalisé voisin, les institutions de formation (IFSI, IFAS, lycées professionnels ASSP), les professionnels libéraux intervenant auprès des résidents, ainsi que les services d'ambulances et de pompes funèbres choisis par le résident ou les familles.

L'EHPAD contribue enfin aux instances locales de coordination, notamment le réseau gérontologique communal, afin de consolider une dynamique territoriale commune au bénéfice des personnes âgées accompagnées.

La dynamique médico-sociale est en effet très dense au sein de la ville de Lormont et l'EHPAD du CHU de Bordeaux se trouve au centre de la politique de la commune. L'objectif du maire de Lormont est de constituer un pôle « Santé et Médico-social » de proximité, innovant, intégré dans la cité et proposant des espaces publics pour faciliter les échanges entre les professionnels, les résidents et leur proche. A une centaine de mètre du futur EHPAD, l'UGECAM vient de rénover et construit un EHPAD et un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). En face, une résidence autonomie de 75 appartements avec jardins culinaires est sur le point de voir le jour. Au quatrième coin du rond-point des Lauriers, un hectare préempté par Bordeaux métropole est fléché sur la silver économie.

Le nouvel EHPAD de Lormont a donc vocation à s'insérer dans ce nouveau quartier pensé pour nos aînés.

D'autres partenariats avec des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales sont également en place avec :

- Des pédicures-podologues, des coiffeurs interviennent selon les besoins de chaque résident et à la demande des résidents et de leurs familles,
- Le Comité de pilotage du pôle Senior organisé par la municipalité pour coordonner les différents projets des institutions gérontologiques de la commune,
- Un contrat de prestation est établi avec un cabinet libéral de kinésithérapie.

Enfin, l'EHPAD de Lormont a répondu à l'appel à projet « Démocratie sanitaire » en décembre 2016 afin de partager ses équipements et sa politique d'animation.

3.4. Le développement d'une culture de développement durable (logique de « l'EHPAD centre ressources, utilité sociale dans son environnement »)

L'objectif attendu est de s'inscrire dans la démarche CHU de Bordeaux en lien avec sa Direction de la transformation écologique et de labelliser en « unité durable » la future structure au même titre qu'une soixantaine d'unités du CHU de Bordeaux. L'enjeu principal étant de réduire l'impact de son activité sur l'environnement au bénéfice de la santé des résidents et pour le bien-être des professionnels. Le nouveau bâtiment conçu répondra donc à de nombreux critères écologiques.

Les choix de matériaux visent à limiter l'impact carbone du bâtiment : une structure mixte béton / mur en ossature bois, la mise en œuvre d'un béton bas-carbone, une priorité aux isolants biosourcés, une implantation du bâtiment optimisant les apports solaires.

Une priorité a aussi été donnée aux solutions passives pour assurer le confort d'été avec des protections solaires en façade sud.

L'utilisation de systèmes techniques performants et en particulier le raccordement au réseau de chaleur Haut de Garonne Energies avec une production à 85% à base d'énergies renouvelables.

Les coloris des façades et celles intérieures ont pour ambition de s'intégrer aux éléments naturels de l'environnement extérieur : Garonne, Parc de l'Ermitage, sable ; l'ensemble donnant une résonance moindre aux températures qui pourraient s'avérer excessives.

PARTIE 3 : LE PROJET DE VIE

1. L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES RESIDENTS

1.1 La préadmission

Elle se fait en compagnie du cadre de santé de l'établissement et du médecin coordonnateur.

Le consentement du résident à son entrée dans l'EHPAD est toujours recherché mais la non-adhésion du patient en cas d'anosognosie de la situation ne constitue pas un obstacle à son admission.

Afin de faciliter l'intégration du futur résident au sein de la structure, ses habitudes de vie sont recueillies à l'aide d'un questionnaire pour en tenir compte dès l'arrivée dans l'EHPAD. Les points abordés sont les suivants : les habitudes alimentaires, le déroulé de la toilette, l'activité diurne, les rites du coucher, l'activité nocturne.

Ces informations alimentent également le projet d'accompagnement personnalisé, qui est mis à jour régulièrement (réévaluation et adaptation au moins une fois par an) puisque l'accueil du résident est pensé comme une dynamique positive et non « une action un jour donné ».

Les souhaits de la famille et de l'entourage de participer à la prise en soins de leur parent ou de leur proche dans la structure sont notés et seront exploités dans la mesure du possible après un temps d'adaptation du résident dans la structure.

La désignation de la personne de confiance sera recherchée, sous réserve du statut du résident, et notifié dans le dossier administratif et le dossier de soins informatisé.

Une présentation de l'établissement est faite à la personne ainsi qu'à son accompagnant (règlement intérieur, livret d'accueil, contrat de séjour...). Une visite des locaux est proposée et un temps de rencontre est organisé avec l'équipe pour que les premiers liens de confiance puissent s'établir et permettre l'appropriation par le résident de son futur espace de vie.

Cette préadmission est l'occasion de recueillir et de partager les informations nécessaires à un accompagnement de qualité.

1.2 L'admission

L'entrée en EHPAD représente fréquemment une période sensible, marquée par des ajustements importants pour la personne et ses proches. L'ensemble des professionnels de l'EHPAD de Lormont œuvre à promouvoir une ambiance chaleureuse, autour de cette nouvelle relation à construire, en accompagnant la personne pour qu'elle puisse prendre connaissance de son lieu de vie et des autres résidents.

Préparer l'arrivée du résident c'est aussi échanger et partager avec l'équipe pluridisciplinaire les éléments de connaissance de la personne afin de la reconnaître dans sa singularité.

L'équipe accorde une attention particulière à l'accompagnement de la personne afin de limiter les risques de majoration des troubles et d'offrir un soutien adapté à ses besoins. La prise de repères est facilitée par une présentation des différents espaces de vie, des activités proposées et de leurs modalités. Un soignant dédié assure cet accueil et devient le référent du résident pour cette phase d'adaptation.

Durant les premières semaines, une vigilance accrue est mise en place lors des temps forts de la journée et notamment en fin de soirée et au coucher pour repérer les éventuelles difficultés d'adaptation. Ainsi, le cheminement dans le cadre de la vie quotidienne, ainsi que les liens établis avec le nouvel entourage sont observés par les professionnels. Pour autant le rythme d'appropriation progressive des lieux est respecté et les prestations sont personnalisées (horaire petit déjeuner...). Un recueil des observations quotidiennes étaye la réflexion et l'analyse du travail clinique de l'équipe. L'équipe médico-soignante veille tout particulièrement à accueillir, associer et soutenir les proches, les reconnaître comme des personnes ressources qui collaborent avec l'équipe pluridisciplinaire.

Une évaluation gériatrique est pratiquée dans les jours suivant l'entrée (évaluation cognitive, évaluation de son autonomie, du risque de chute, de son état nutritionnel). L'ensemble des pathologies et des traitements est notifié dans le dossier informatisé du résident et le suivi de chaque pathologie chronique est planifié pour les 12 mois suivants (diabète, HTA...)

L'écoute et l'accompagnement permettent de veiller à la bonne intégration de la personne dès le premier jour de son arrivée jusqu'aux premiers mois dans l'institution.

2. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE - PAP

2.1 Définition

Le cadre réglementaire du PAP est issu de la loi du 2 janvier 2002 qui introduit l' « obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement ». Elle n'en détaille pas le contenu ni ne précise s'il doit être écrit. Ainsi, tous les résidents hébergés en établissement social ou médico-social doivent avoir un PAP.

Cette obligation (CASF, art. L.311-3) concerne l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle nécessite d'être adaptée par chaque équipe professionnelle à la spécificité des situations des personnes accompagnées et aux missions des établissements/services.

Le terme « projet d'accompagnement personnalisé » a été retenu pour qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Ainsi, « le concept de personnalisation est la pierre angulaire de la qualité de vie dans la mesure où il implique que chaque projet d'accompagnement soit basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses besoins. La mise en place des projets personnalisés dans lesquels la personne y est

« acteur » tant dans l'élaboration que dans l'évaluation des réponses apportées, impacte fortement les habitudes et les conditions de travail des professionnels. »²

Le projet d'accompagnement personnalisé se construit à partir des informations recueillies sur les volontés (consentement, personne de confiance, directives anticipées), l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêts, la vie affective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel, les attentes de la personne et de ses proches. Un équilibre est établi entre les obligations de sécurité et le respect de la liberté, la reconnaissance de la vie affective et intime des résidents.

Ce projet repose sur la reconstitution de son histoire de vie indispensable et l'évaluation des capacités restantes.

2.2 La méthodologie

Conformément au contrat de séjour de l'EHPAD et aux recommandations de l'ANESM, est mis en place pour chaque résident un PAP. Le PAP est préparé en amont par le résident et l'équipe pluridisciplinaire sur un questionnaire annexé au dossier de soins informatisé utilisé par tous les professionnels (ouverture du document informatisé dès l'admission et renseignement progressif par les différents professionnels intervenant au fur et à mesure de la prise de connaissance du résident). Il se compose d'une partie descriptive sur l'histoire de vie, le comportement, les habitudes de vie antérieures et actuelles, et d'une partie consacrée aux objectifs à déterminer. Ces objectifs se déclinent en 6 grands axes :

- Personnaliser le cadre de vie,
- Préserver l'autonomie et la sécurité,
- Préserver les rapports à l'extérieur,
- Assurer le suivi médical,
- Proposer un soutien psychologique,
- Proposer des moments d'animation.

Une fois le dossier informatisé complété par tous les intervenants un rendez-vous de validation est programmé. Ce rendez-vous peut se dérouler avec le résident seul s'il le souhaite ou accompagné de membres de sa famille et/ou de son représentant légal et/ou de sa personne de confiance et est programmé après un temps d'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie. Les rendez-vous de validation se déroulent en présence des représentants des différents professionnels de l'EHPAD intervenants auprès des résidents à savoir :

- Le médecin coordonnateur,
- Un psychologue,
- L'assistante sociale,

² Extrait de RCBP qualité de vie en EHPAD organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne

- Un infirmier,
- Un aide-soignant,
- Une secrétaire,
- L'animatrice,
- La cadre de santé,
- L'infirmier coordinateur,
- Un Agent de Service Hospitalier.

Le résident est informé de la démarche, son consentement est recherché afin de déterminer s'il souhaite être accompagné et les personnes susceptibles de l'accompagner. La coordination du rendez-vous de validation est ensuite effectuée, soit par téléphone, soit lors de la rencontre de la famille et/ou du représentant légal et/ou de la personne de confiance avec l'infirmier coordinateur. Une fois la date fixée un document récapitulatif des attentes de cette rencontre avec la date, l'heure et le lieu du rendez-vous sont remis aux résidents en capacités de pouvoir accéder à ces informations, afin de pouvoir préparer cette rencontre.

2.3 Le déroulement du rendez-vous de validation

La présence du résident à ce rendez-vous, dès lors qu'il en a la capacité, constitue désormais un principe incontournable, afin de garantir un temps d'expression authentique de ses envies et de ses besoins du moment, y compris en cas d'altération des fonctions supérieures.

Le rendez-vous de validation s'inscrit dans la dynamique d'accompagnement personnalisé de l'EHPAD et garantit un cadre clair, sécurisant et compréhensible pour le résident et ses proches. Il débute par la présentation des professionnels présents et par un rappel de l'objectif du rendez-vous, afin de soutenir une participation active et une expression libre des besoins, préférences et priorités de la personne. L'entretien se déroule ensuite en deux temps : d'abord l'analyse partagée des observations et informations recueillies, puis la définition d'objectifs individualisés, co-construits avec le résident dès que les conditions le permettent, y compris en cas d'altération des fonctions supérieures.

À l'issue de ce rendez-vous, l'équipe pluridisciplinaire actualise les outils organisationnels et précise les modalités de mise en œuvre des objectifs retenus. Les PAP font l'objet d'une révision systématique régulière, permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs, d'ajuster le projet et de définir, si nécessaire, de nouvelles orientations. Toute modification significative du PAP requiert une nouvelle validation afin d'assurer la cohérence de l'accompagnement.

Les projets de vie validés sont intégrés au dossier informatisé du résident, garantissant une traçabilité rigoureuse et une protection adaptée des données personnelles. Ils peuvent être consultés par le résident ou son entourage sur simple demande, dans le respect du secret professionnel. Ces rendez-vous représentent également un temps privilégié de collaboration avec les proches. Ils permettent de recueillir leurs attentes, de clarifier le rôle de chacun et, le cas échéant, d'actualiser d'autres éléments

importants du dossier tels que les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance, les fiches décès ou les niveaux d'intervention médicale. Cette approche globale favorise la continuité, la cohérence et la personnalisation de l'accompagnement, au plus près des besoins singuliers de chaque résident.

2.4 L'évaluation

L'évaluation en équipe pluridisciplinaire permet de vérifier l'atteinte des objectifs, d'actualiser l'autonomie du résident au travers des échelles et scores d'évaluations utilisés (MNA, ADL, ...). Un nouveau rendez-vous est organisé dans un délai raisonnable pour formuler de nouveaux objectifs si besoin.

3. LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTE DES RESIDENTS

3.1 Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée et l'intimité

Le respect de la dignité et de la vie privée des résidents guide l'ensemble des pratiques professionnelles. Les agents veillent à frapper avant d'entrer et à se présenter lorsque cela est nécessaire, afin de préserver l'intimité de chacun. Bien que familiers pour la plupart des résidents, certains peuvent ne pas reconnaître immédiatement les intervenants ou ne pas les entendre en raison de troubles cognitifs ou de bruits ambiants ; ces précautions restent donc essentielles. En outre, la chambre du résident est considérée comme un lieu privé ; le personnel de l'établissement se doit de respecter ce principe et doit demander l'autorisation pour l'accès à la chambre.

La manière de s'adresser aux résidents s'inscrit dans la même logique de respect : le vouvoiement et l'usage du nom de famille constituent la règle. Toutefois, les préférences individuelles sont prises en compte. Le PAP formalise ces choix après échange avec le résident, certains souhaitant être appelés par leur prénom ou tutoyés, notamment lorsque cela favorise une relation plus apaisée ou mieux comprise.

La protection des personnes âgées vulnérables, l'attention portée à leurs expressions verbales et non verbales et la prise en compte de leur volonté constituent des engagements majeurs. L'équipe reste vigilante aux signes témoignant d'un besoin particulier de protection ou d'un désir à respecter.

La vie affective et sexuelle relève également de ce droit fondamental à l'intimité. Les professionnels assurent une totale discrétion et soutiennent les résidents dans l'organisation de moments privés, en accompagnant ceux qui, en raison de limitations physiques ou cognitives, ne pourraient pas assurer seuls les conditions nécessaires à leur intimité.

3.2 Garantir le droit à l'information

A l'arrivée de chacun des résidents, l'ensemble des documents réglementaires sont transmis et présentés au résident, à leur famille et proche. Il est précisé que le résident peut désigner une personne de confiance (art L 1111-6 du CSP³). Elle sera consultée au cas où ce dernier ne serait plus en capacité d'exprimer sa volonté et de recevoir toute information nécessaire. La charte des droits et libertés de la personne accueillie y figure et l'institution veille à ce respect.

Par ailleurs, l'établissement garanti l'affichage de l'ensemble des documents règlementaires tels que : la liste des personnes présentes au CVS, la liste des représentants des usagers, le compte-rendu des CVS, la charte des droits et liberté, les nouveaux tarifs, le planning de l'animation, les nouveaux résidents accueillis, le planning des messes, l'EHPAD HEBDO renouvelé toutes les semaines et l'annonce d'évènements particuliers.

Ces éléments sont affichés dans le sas de l'établissement mais également sur les 2 tableaux d'affichages du rez-de-chaussée et de chaque étage.

Concernant le courrier, le secrétariat s'assure quotidiennement de la distribution du courrier aux résidents (journaux, magazines, abonnements...). Les résidents peuvent également y déposer leur courrier personnel pour qu'il soit envoyé.

3.3 Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement

L'implication des résidents dans la vie collective constitue un principe central du fonctionnement de l'EHPAD. Leur participation active garantit non seulement le respect de leurs droits, mais renforce également leur pouvoir d'agir et leur place dans l'institution.

Au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS), cette participation prend une dimension particulière car les résidents ont une part active dans l'organisation de l'instance, assurant ainsi une représentation directe et pleinement légitime des personnes accueillies. Les résidents sont systématiquement associés aux sujets portés à l'ordre du jour : projets structurants de l'établissement, organisation du quotidien, évolution des animations, réflexion sur la qualité de l'accompagnement ou encore choix collectifs influençant la vie de l'EHPAD.

Cette association ne se limite pas à la consultation formelle. Les équipes sollicitent régulièrement les résidents en amont du CVS pour recueillir leurs propositions, identifier leurs préoccupations et mieux comprendre leurs attentes. Lorsque les sujets le permettent, les résidents participent également aux votes, renforçant la dimension démocratique du fonctionnement interne. Cette dynamique favorise une gouvernance plus ouverte, dans laquelle la parole des résidents constitue un véritable levier d'amélioration continue, valorisant leur expertise d'usage et reconnaissant pleinement leur rôle d'acteurs au sein de l'établissement.

Ainsi, pour répondre aux attentes de résidents, deux espaces ont été organisés :

- Un espace bien-être / d'apaisement a été créé sur le 2^{ème} étage. Ce lieu permet de proposer aux résidents avec des troubles du comportements un environnement calme propice à la détente et

³ Modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9](#)

à des soins de confort : massages, relaxation, activités créatives, manucure, réflexologie plantaire, aromathérapie, hypnose. Le projet a été initié par 2 aides-soignantes.

- Un espace épicerie a été mise en place par l'animatrice au niveau du rez-de-chaussée. Il permet aux résidents de satisfaire des besoins variés et multiples en leur garantissant une certaine autonomie (faire ses courses seul, choisir ses produits) sous l'impulsion de l'association AGL. Cet espace permet, sur le versant social, de faire des rencontres en faisant les courses. Un projet d'accroissement d'activité était envisagé en proposant la possibilité aux résidents qui le souhaitent de choisir leur vêtement. Cet accroissement d'activité n'est plus aujourd'hui à l'ordre du jour en raison d'une cessation d'activité de l'association depuis mars 2025.
- Pour les vêtements des résidents un projet de « Dressing » est projeté en 2026, afin de permettre une rotation plus facile des tenues avec la blanchisserie mais aussi, pour ces derniers, de profiter d'une garde-robe plus large et variée et adaptée à leurs envies. Ceci permettant aux d'offrir aux résidents de choisir de nouvelles tenues.

Ces activités sont essentielles et en ce sens des locaux à cet usage ont été prévus dans le nouveau bâtiment.

De plus, des moments de convivialité sont organisés pour favoriser le bien-être des résidents. Ainsi, l'encadrement propose :

- Des temps de repas façon auberge espagnole,
- Un spectacle de Noël à destination des résidents accessibles aux enfants du personnel (en 2024),
- Un barbecue à destination des agents et résidents a été organisé cet été en collaboration avec la restauration du CHU, la diététicienne et la direction de l'EHPAD en impliquant les bénévoles.

3.4 Les relations avec les familles

Les résidents sont libres recevoir leur famille et leur proche dans leur chambre. La configuration de l'établissement ne permettant pas aujourd'hui de proposer des chambres individuelles à l'ensemble des résidents, ils peuvent également demander que leur soit mis à disposition différents lieux pour respecter leur intimité comme la salle de repos, la salle de réunion du rez-de-chaussée et quelques espaces sont disponibles dans les étages pour s'isoler. Les résidents et leur famille peuvent demander à réserver la grande salle à manger du rez-de-chaussée pour partager des temps plus intimes ensemble. Plusieurs tables dans l'enceinte de l'établissement permettent également de créer un moment convivial. L'extérieur demeure pleinement accessible avec le mobilier de jardin adéquat. Des tonnelles permettent de s'abriter du soleil.

3.5 Garantir le droit à la sécurité au sein de l'établissement

L'établissement dispose d'un système de détection incendie et le personnel est formé très régulièrement par un organisme agréé à l'utilisation du système incendie, à l'évacuation ou utilisation des extincteurs.

Le registre de sécurité recense toutes les formations effectuées et les visites contrôles. Les consignes de sécurité ainsi que les plans d'évacuation sont affichés dans l'ensemble de l'établissement.

L'établissement a fait le choix d'interdire de fumer dans l'établissement. C'est pourquoi un coin fumeur a été aménagé au niveau du sous-sol près du dépositoire et également dans le jardin du rez-de-chaussée.

La maintenance des bâtiments et du jardin est assurée par un agent d'entretien ainsi que la gestion des contrats de prestation pour les maintenances et les vérifications obligatoires et/ou périodiques.

Des prélèvements sont régulièrement assurés dans le cadre de la lutte contre la légionnelle par le service d'hygiène du CHU de Bordeaux.

Les locaux sont nettoyés dans le respect des procédures pour lutter contre les infections nosocomiales.

Les mesures de sécurité des résidents atteints de pathologies spécifiques sont signalées et contrôlées par l'équipe de soins.

Le circuit du linge est conforme aux attentes « de marche en avant » pas de croisement entre le linge sale au départ de l'EHPAD pour la blanchisserie du CHU de Bordeaux et celui propre retourné par cette dernière.

Un portail à code et fermeture automatique permet de sécuriser l'établissement et protéger les résidents présentant des troubles du comportement.

PARTIE 4 LE PROJET MEDICAL

La prise en soins proposée se veut globale, et vise à garantir, sans acharnement et sans abandon, les soins médicaux nécessaires.

Une vie quotidienne décente et confortable est recherchée, favorisant les relations sociales tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

La participation à la vie collective est encouragée, quel que soit le handicap, et le plus longtemps possible.

Cette prise en charge est possible grâce à une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin gériatre, d'un cadre de santé, d'un infirmier coordonnateur, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'agents de service hospitaliers, de psychologues, d'un moniteur d'activité physique adaptée, de kinésithérapeutes, d'une assistante sociale, de secrétaires et d'une animatrice.

La supervision médicale est de la responsabilité du médecin coordonnateur qui assure la coordination des soins, organise les admissions, veille au bon usage des pratiques gériatriques. Un praticien hospitalier gériatre est présent du lundi au vendredi afin d'assurer la prise en charge médicale des résidents, le suivi des maladies chroniques et la prévention primaire ou secondaire de maladie. En cas d'absence, un remplacement est assuré par un médecin assistant des USLD du pôle de gériatrie clinique. La nuit, le week-end et les jours fériés, un médecin sénior d'astreinte du pôle de Gériatrie clinique du CHU de Bordeaux est joignable par téléphone. En fonction du degré d'urgence, il peut soit se déplacer, soit appeler le 15. Le dimanche de 9h à 18h30, un interne d'astreinte en stage dans le pôle de Gériatrie et un médecin sénior d'astreinte sont joignables et peuvent se déplacer si nécessaire.

Le suivi médical est assuré grâce au dossier médical informatisé du CHU de Bordeaux sur le logiciel DxCare. La qualification en gériatrie du praticien permet la réalisation d'évaluations gériatriques standardisées pour chaque résident afin de prévenir la survenue de syndrome gériatrique, l'iatrogénie et la perte d'autonomie. Une révision des ordonnances est réalisée de façon régulière, en respectant les « bonnes pratiques » de Gériatrie.

Les rôles de chaque membre de l'équipe soignante sont bien définis selon sa compétence et selon sa fonction, et chacun reste acteur du projet personnalisé de chaque résident et cherche à répondre à ses attentes. Le cadre de Santé assure la mise en œuvre de l'organisation des soins et l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire en collaboration avec l'infirmier coordonnateur dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques.

Les infirmières sont centrées sur la mise en œuvre et le respect du projet d'accompagnement, à ce titre elles assurent des soins de proximité et le suivi des résidents dans leur globalité conformément à la philosophie du pôle de gériatrie clinique. Elles mettent en application les bonnes pratiques gériatriques pour le soin des personnes âgées dont des actions de prévention de l'aggravation de la dépendance des résidents.

Les aides-soignants sont référents de 5 à 6 résidents, selon des chambres identifiées par zone. Ils ont une connaissance plus approfondie de ces personnes et contribuent ainsi à la personnalisation de la prise en charge par l'ensemble de l'équipe.

Leurs missions sont d'établir un lien avec la famille afin d'apporter une réponse aux besoins spécifiques, d'assurer le suivi sur le dossier de soins et de renseigner les habitudes de vie et les attentes des résidents sur le projet d'accompagnement personnalisé. Ce lien privilégié avec les familles permet une meilleure intégration de celles-ci dans la vie de l'EHPAD.

Pour la prise en soins, chaque matin, ils prennent en charge un groupe de résidents. La constitution de ces groupes est réalisée et réévaluée en équipe soignante, elle permet pour les résidents une prise en charge selon leurs rythmes de vie et pour les soignants une équité dans la charge de travail.

Les soignants ont connaissance des activités du jour et les proposent aux personnes âgées.

- Ateliers de gymnastique : les séances sont réalisées en petit groupe effectuant sur imitation, des mouvements des bras ou des jambes, des postures jeux de ballons, des passages de bâtons, qui permettent un travail de coordination œil-main, et stimulent l'interactivité entre les résidents...

La journée est rythmée par des temps d'échange :

- La relève inter équipe : informations nécessaires à la continuité de prise en soin sur les 24h,
- Les staffs hebdomadaires planifiés animés par le médecin traitant, permettent d'assurer un suivi holistique de la personne accueillie en pluridisciplinarité et d'actualisé le projet d'accompagnement personnalisé.

La prise en charge des grandes thématiques gériatriques s'appuie sur le savoir-faire du pôle et du CHU de Bordeaux :

- La déshydratation (plan bleu des EHPAD) ;
- Les chutes ;
- Les troubles de l'élimination ;
- Les escarres ;
- Les problèmes buccodentaires ;
- La prise en charge de la douleur ;
- La contention et les stratégies alternatives à la contention ;
- L'accompagnement de fin de vie ;
- Le décès.

Dans ce projet médico-soignant, nous avons défini ainsi 6 axes de soins prioritaires qui touchent des approches différentes mais complémentaires :

- La prévention de la dénutrition
- Le maintien de l'autonomie et de la mobilité
- La Bienveillance

- Le Dossier de Liaison d'Urgence
- Le circuit du médicament
- Le projet d'accompagnement personnalisé

1. LE RESIDENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE EN SOINS

La philosophie de soins repose sur un accompagnement des résidents dans leurs besoins du quotidien afin de leur permettre de maintenir leur vie sociale et familiale. Elle repose également sur des activités occupationnelles et thérapeutiques afin de maintenir leur estime de soi et leurs capacités physiques et cognitives.

Le projet de soins est un document, élaboré en équipe, auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement. Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident. Il rejoint et complète le projet de vie individualisé évoqué ci-avant. Il est réévalué régulièrement et modifié en conséquence. La personne est prise en charge dans sa globalité y compris la dimension sociale, dans le respect de la dignité, de la confidentialité, de l'individualité.

2. LA GESTION DES RISQUES, PREVENTION ET ORGANISATION DES SOINS

2.1 La prévention de la dénutrition

Il est établi que la nutrition joue un rôle prépondérant dans le maintien du bien être chez les personnes âgées et du vieillissement réussi. De nombreuses enquêtes épidémiologiques montrent que la malnutrition et plus précisément la dénutrition a des répercussions très préjudiciables sur la santé des aînés et représente ainsi un véritable problème de santé publique ; elle provoque en effet une majoration des infections, des chutes, des hospitalisations (nombre et durée), et de mortalité. Ces conséquences sont d'autant plus marquées que le sujet est fragile. Ainsi, la prévalence de la dénutrition à l'entrée en EHPAD étant de 30 à 60%, l'impact sur le plan morbi-mortalité est majeur.

Il apparait donc indispensable d'avoir une politique nutritionnelle volontariste, efficace et réfléchie pour un EHPAD.

L'EHPAD de Lormont fait partie du pôle de gériatrie clinique au sein du CHU de Bordeaux. Elle s'intègre donc naturellement dans la politique nutritionnelle du CHU de Bordeaux pilotée par le CLAN. Des travaux ont d'ailleurs été déjà faits sur la dénutrition ; son dépistage, sa prise en charge sur lesquels nous nous appuyons pour établir ce document.

La prise en soin des résidents d'un point de vue alimentaire est nécessairement pluridisciplinaire et requiert un effort soutenu de tous les intervenants.

La qualité de la restauration est fondamentale car elle a des implications sur la santé du résident, ainsi que sur son bien-être général et son plaisir. Les repas sont préparés selon un choix de menus et selon

les saisons. Les nutritionnistes du CHU de Bordeaux veillent à l'équilibre alimentaire et à la qualité des préparations.

Un profil nutritionnel précisant, la texture, le type de menu (senior), les aversions, est saisi par les aides-soignantes sur le logiciel dédié. Ce qui permet le respect des goûts et d'une alimentation équilibrée et adaptée.

Un travail de groupe a été réalisé pour dresser un panorama de la nutrition au sein de l'EHPAD en mai 2017. Une visite des cuisines centrales par des membres du personnel s'est déroulée en juin 2017 pour appréhender au mieux le circuit de l'approvisionnement alimentaire de l'établissement. L'EHPAD de Lormont ne représente qu'1% de l'ensemble des repas quotidiennement produits au CHU de Bordeaux – environ 120 portions sur 11000).

Cette démarche sera reprise dès l'implantation dans le nouvel EHPAD avec les équipes afin de renforcer cette volonté.

Par ailleurs, un staff nutritionnel est proposé chaque mois en présence du médecin et de l'équipe soignante. Des stratégies sont mises en place et évaluées lors de ces staffs pour lutter contre la dénutrition.

Les prescriptions médicales de compléments alimentaires, d'alimentation enrichie et préparée en service diététique sont éditées après chaque staff.

Le poids est relevé chaque mois par les Aides-Soignantes, les IDE surveillent la courbe du poids, elles vérifient le taux d'albumine, la courbe de poids et le statut nutritionnel avec notamment le Mini Nutritionnel Assessment (MNA).

2.2 Le maintien de l'autonomie et de la mobilité

Cet axe de soin concerne les repas, la toilette, l'habillage, la continence et la marche. Il est l'affaire de tous et permet de prévenir l'aggravation de la dépendance des résidents.

Il répond à plusieurs objectifs :

- Faire avec et non à la place de, en anticipant et en évitant les risques de mise en échec,
- Respecter le rythme du résident et faire de tout soin, même technique, un moment de relation,
- Privilégier l'appui lors des transferts, définir l'aide technique adaptée,
- Proposer de manière régulière et suivie des conduites de reprogrammation mictionnelle en évitant la mise de protection,
- Concilier liberté de déplacements et sécurité.

2.3 La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministère chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la « bientraitance » et de renforcement de

la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Ce plan a notamment été complété par : une circulaire d'octobre 2008 instituant notamment une démarche d'auto-évaluation des pratiques de

« Bientraitance » dans les EHPADs. Des recommandations de la HAS d'octobre 2024, complètent ce dispositif de bientraitance au regard de 5 fiches thématiques et d'un guide Bientraitance et gestion des signalements de maltraitance en établissement.

La prévention de la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des démarches d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance et le développement de la formation des professionnels à la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre s'articulent autour de l'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant au déploiement de la bientraitance. La bientraitance est une démarche volontariste visant à l'amélioration continue des pratiques. C'est une culture inspirant les actions individuelles et collectives au sein de l'établissement. Elle vise à promouvoir le bien être du résident en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

La maltraitance peut se définir comme *« tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière »* (Définition du Conseil de l'Europe). Ainsi sont concernés les violences physiques ou morales, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, la privation ou la violation des droits, les négligences actives comme passives.

La lutte contre les risques de maltraitance exige :

- D'identifier les risques « connaître pour pouvoir agir »,
- D'analyser les risques,
- De traiter ces risques.

La maltraitance est un phénomène complexe qui renvoie à une diversité de situations allant de la négligence à la violence et qui revêt des formes multiples : maltraitance et/ou violences physiques, psychologiques (dont isolement de la famille et de la vie sociale habituelle), médicamenteuses ou financières.

Des actions sont menées au sein de l'EHPAD de Lormont afin de prévenir le risque de maltraitance envers les résidents. Cette politique volontariste se concrétise dans différents domaines.

Sur le volet formation, le personnel est formé dans un souci d'accompagnement global et en proximité avec les résidents. L'approche retenue a pour objectif d'apporter une considération au résident et de lui permettre de conserver sa dignité. Cette méthode se base sur l'échange entre le soignant et le résident à travers le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Le soignant s'adapte aux besoins de la personne âgée et adapte la prise en charge.

Les résidents et leurs proches sont informés de leurs droits avec la remise, lors de l'arrivée de la personne au sein de l'établissement de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et de la charte des droits et liberté des personnes âgées dépendantes.

En matière de lutte contre la maltraitance, l'établissement met en œuvre l'ensemble des moyens afin de prévenir le risque de survenue et à mis en place un dispositif de signalement. L'ensemble des professionnels est susceptible de révéler les actes de maltraitance à l'aide de fiches d'évènements indésirables. Les usagers ou leurs proches sont également incités à révéler auprès de la direction les problèmes qu'ils auraient pu rencontrer. Les fiches d'évènements indésirables et les plaintes sont systématiquement suivies d'une analyse et transmises au procureur de la République et à l'ARS.

Un groupe pluridisciplinaire (professionnels, résidents, famille) au sein de l'EHPAD travaille actuellement sur ce thème. Il s'appuie sur les recommandations de l'ANESM et la Charte du CHU de Bordeaux.

Cette réflexion s'appuie sur 2 problématiques :

- « Comment favoriser le chez-soi en EHPAD ? »
- « Quels sont les situations à risques de maltraitance au quotidien ? »

L'objectif de ce groupe de travail est de sensibiliser chaque soignant et de l'accompagner vers une réflexion sur ses pratiques professionnelles.

La Bienveillance est en effet à la fois une démarche positive et une mémoire du risque.

2.4 La démarche éthique à l'EHPAD de Lormont

Les situations soulevant un questionnement de nature éthique sont fréquentes en pratique quotidienne dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées (passage du stade curatif d'une maladie à son stade palliatif, limitation ou arrêt des traitements actifs, mise en place, poursuite ou suspension de l'alimentation et/ou de l'hydratation, refus partiel ou total des soins, transfert dans un établissement sanitaire à l'occasion d'une décompensation somatique grave...).

Par ailleurs, les professionnels de santé sont fortement sollicités par les autorités sanitaires, HAS et ANESM pour organiser, instituer et évaluer la réflexion éthique dans leur établissement. Cette nécessité de mettre en œuvre une démarche éthique s'enracine dans un cadre juridique qui, avec la loi du 4 mars 2002, celle du 22 avril 2005 et plus récemment la loi du 2 février 2016, vise à renforcer les droits des patients.

La mise en place d'une instance éthique par les différents acteurs du terrain vise à répondre à cette double exigence.

L'instance éthique du pôle de gériatrie clinique (espace éthique en gériatrie – validé par l'ANDPC en tant RCP Ethique en gériatrie, DPC n°10012525072) est déclinée au sein de l'EHPAD de Lormont sous la forme d'une conférence semestrielle et de réponses aux besoins de l'établissement en fonction des situations.

Cette instance éthique est formalisée avec les règles de bases suivantes :

- Un temps et un espace dédiés

- La sollicitation de l'ensemble des acteurs du terrain
- Le respect de la collégialité
- Une animation permettant l'expression de la pluralité des points de vue
- Des principes de fonctionnement : neutralité, indépendance, confidentialité, bienveillance, régularité, engagement

L'aide à la décision, le soutien et les conseils en situation complexe constituent la principale activité de l'instance éthique. Un travail thématique pluridisciplinaire à partir de situations problématiques récurrentes peut compléter utilement cette activité principale.

L'objectif de la démarche éthique au sein d'une instance de réflexion (comité, groupe...) sera de passer du problème posé par une situation au questionnement éthique sous-jacent ; d'en analyser toutes les dimensions de façon pluridisciplinaire par la présence de soignants (médicaux et paramédicaux) et selon le contexte de professionnels extérieurs au monde du soin (juriste, philosophe...) ; d'élaborer des préconisations.

L'instance éthique du pôle de gériatrie clinique peut faire appel en cas de difficultés à des ressources intra CHU : équipe mobile éthique clinique (EMEC), qui est l'acteur assurant l'opérationnalité du comité d'éthique du CHU.

L'enjeu d'un travail sur le questionnement éthique visera à :

- Faire émerger les valeurs mises en tension à partir du récit des problèmes : autonomie/bienfaisance, autonomie/justice, bienfaisance/non malfaisance
- Repérer les situations d'injonctions paradoxales : sécurité et respect des libertés individuelles ; soins personnalisés et contraintes de la vie en collectivité ; place des proches et limites de leur implication ; respect de la volonté du patient/résident et qualité du consentement aux soins
- Distinguer un affrontement de logiques : logique de choix/logique de soin ; logique de soin/Logique économique

La finalité est de *donner du sens aux pratiques*.

2.5 Continuité et permanence des soins : le circuit du médicament

Les prescriptions sont réalisées par le médecin spécialiste sur le logiciel de prescription informatique DxCare. Elles respectent les règles de « Bonnes Pratiques gériatriques » et sont adaptées à chaque résident selon des caractéristiques propres (poids, fonction rénale, albuminémie, ensemble des traitements prescrits). Une révision de l'ordonnance est réalisée régulièrement. Si le patient bénéficie d'une prescription par un spécialiste lors d'une consultation externe, celle-ci est reportée sur le logiciel par le médecin présent. Les prescriptions bénéficient d'une validation par un pharmacien, qui s'assure notamment de l'absence d'interactions médicamenteuses.

Les molécules prescrites sont celles faisant partie du livret du médicament du CHU.

L'EHPAD de Lormont est en lien avec la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) située sur le site de Haut-Lévêque. Les médicaments y sont préparés et une livraison bihebdomadaire, les mardis et jeudis est réalisées à l'EHPAD. A noter que l'EHPAD bénéficie d'une dotation pour certaines spécialités. En cas de prescription de nouvelles thérapeutiques en dehors des jours de livraison, une demande urgente est

réalisée. Les commandes de médicaments sont réalisées par les IDE sur le logiciel Pharma sur prescription médicale.

Une IDE réalise du lundi au vendredi les piluliers journaliers des résidents. En son absence et les week-ends, cette tâche incombe à l'IDE de l'étage.

L'administration est validée par l'IDE responsable sur le plan de soins du logiciel DxCare.

En ce qui concerne l'administration, une attention particulière est portée afin d'adapter au mieux la galénique aux troubles de déglutition des résidents. Un livret avec la liste des médicaments pouvant être écrasés et des gélules pouvant être ouvertes est disponible sur le portail du CHU de Bordeaux.

La formation hypnose médicale, axe fort du pôle, permet d'appréhender les troubles du comportement et de réaliser des soins techniques sans douleur et sans traitement médicamenteux.

2.6 Le dossier de liaison d'urgence

Lorsqu'une situation nécessite des soins fortement médicalisés, les résidents peuvent être transférés sur les urgences de l'hôpital Saint-André (du CHU de Bordeaux).

La fiche HAS de liaison d'urgence est intégrée au dossier patient informatisé. Elle est remplie par les IDE avant le départ du patient.

Des protocoles médicaux sont également intégrés au dossier patient et peuvent être appliqués par les IDE en cas d'absence médicale : Urgence-malaise/perte de connaissance ; Urgence-PEC de la chute sans trauma ; Urgence-PEC de la chute /trauma crânien ; Urgence- PEC de la crise convulsive ; Urgence- PEC de la fièvre ; Urgence- PEC de la douleur ; Urgence- PEC de la douleur thoracique aigue ; Urgence- PEC d'une dyspnée ; Urgence- PEC d'une fausse route ; Urgence- PEC de l'hypoglycémie.

2.7 Prévention et maîtrise du risque infectieux

La prévention du risque infectieux constitue une priorité stratégique de sécurité des soins au sein de l'EHPAD de Lormont. Le public accueilli est particulièrement vulnérable, présentant souvent des polyopathologies et une dépendance fonctionnelle. La vie en collectivité accentue le risque de transmission des agents infectieux, rendant les mesures de prévention indispensables.

Les principaux risques identifiés sont :

- Le risque épidémique : infections respiratoires et digestives, liées à la vie collective et à la fragilité des résidents ;
- Le risque d'infections associées aux soins : infections urinaires et cutanées liées aux actes de soins.

Pour assurer la maîtrise de ces risques, l'établissement s'appuie sur la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025 et sur une organisation structurée et complémentaire :

- Équipe opérationnelle d'hygiène : Binôme référent en hygiène avec un praticien hospitalier hygiéniste et infirmière hygiéniste, membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du CHU de Bordeaux.
- IDE coordinateur, cadre de santé et médecin coordonnateur veillant à l'application des protocoles, au relais des priorités de prévention du risque infectieux et à l'évaluation des situations à risque.
- Correspondants en hygiène identifiés assurant la proximité avec les équipes, l'accompagnement quotidien et la diffusion des bonnes pratiques.
- Pilotage institutionnel
 - o CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) : pilotage stratégique et évaluation des actions, avec une volonté d'intégrer pleinement les professionnels médicaux de l'EHPAD.
 - o Elaboration d'un programme d'action prioritaire annuel de prévention des infections du CHU intégrant les EHPAD.

Concernant le référentiel documentaire, l'EHPAD de Lormont utilise un système documentaire qualité partagé avec le CHU de Bordeaux, garantissant la cohérence et l'harmonisation des pratiques. Des procédures spécifiques aux risques épidémiques propres aux EHPAD sont élaborées et mises à jour régulièrement. Les documents sont diffusés, actualisés et appropriés par les équipes via les relais en hygiène, assurant une application concrète et sécurisée des mesures de prévention.

Formation, suivi et amélioration continue

La prévention du risque infectieux s'appuie sur un dispositif combinant formation, suivi et évaluation continue des pratiques. Celui-ci intègre :

- Des formations régulières auprès des professionnels de l'EHPAD
- La réalisation du DAMRI, assortie d'un suivi régulier du plan d'action et de sa mise en œuvre opérationnelle.
- La promotion de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique chaque année en mai pour lors de la journée mondiale de l'hygiène des mains de l'OMS le 5 mai.
- Le suivi de l'indicateur de consommation de solution hydroalcoolique (ICHSA), témoignant du niveau d'hygiène des mains au sein de l'établissement
- Des audits réguliers et l'évaluation de l'application des précautions standard
- La mise en place des mesures dites « hivernales » avec le port du masque en systématique par les professionnels dès que la région Nouvelle-Aquitaine est en période épidémique pour les virus hivernaux

3. FORMATION ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Le médecin de l'EHPAD assure une formation au quotidien lors des réunions de synthèse, les transmissions, les staffs et autres échanges au sein de l'équipe.

La mise en place d'un dispositif de formation interne répond spécifiquement aux besoins énoncés : troubles du comportement, prise en charge nutritionnelle, lutte contre la déshydratation, prévention des chutes, prévention du risque infectieux. Des intervenants extérieurs sont associés au dispositif (service de Santé au travail, service d'hygiène hospitalière...)

Le plan de formation est élaboré tous les ans selon les besoins et les demandes des agents (entretien individuel de formation, analyse réalisée par l'encadrement) Nous pouvons citer : troubles de la déglutition, transmissions ciblées, manutention des patients et prévention des troubles rachidiens, prendre soin de la personne âgée (animation-bienveillance), soins palliatifs (approche et méthodes), prise en charge des personnes âgées démentes et dépressives, prévention des chutes de la personne âgée, hypnose médicale.

Les aides - soignantes sont sollicitées pour suivre un cursus d'assistant de soins en gérontologie.

Des ateliers de compétences sont également proposés aux agents auxquels ils peuvent s'inscrire via le portail du CHU de Bordeaux. Plusieurs thématiques sont proposées notamment concernant les droits des patients.

PARTIE 5 LE PROJET D'ANIMATION

Le projet d'animation a pour objectif de favoriser le maintien de la vie sociale des résidents par des activités de loisir adaptées

Il vise à passer d'une simple proposition de jeux à une organisation des temps centrés sur l'identité du résident, ses attentes et ses capacités pour apporter une réponse adaptée et individualisée.

1. DEFINITION ET ENJEUX

L'animation en EHPAD consiste à permettre à la personne âgée de maintenir ses capacités d'autonomie sociale, physique et psychique à travers des activités adaptées à ses besoins, à ses capacités et ses attentes.

Le projet d'animation a pour objectif de favoriser le maintien de la vie sociale des résidents par des activités de loisir adaptées.

Pour cela, avant même l'entrée dans l'établissement, l'équipe s'interroge sur les activités essentielles de la personne âgée. Toute activité doit s'inscrire naturellement dans une pratique dont l'individu peut comprendre le sens et où il peut trouver un intérêt.

L'objectif est de construire des projets selon une méthode participative où le résident est au cœur même des activités proposées. "Ne pas construire pour, mais construire avec" est le sens de ce projet d'animation.

2. L'EQUIPE D'ANIMATION

L'animation implique de nombreuses personnes :

- l'animateur qui est chargé de la coordination du projet et de l'animation des différentes actions,
- l'ensemble du personnel soignant, ainsi que les différents stagiaires qui s'impliquent également dans le projet en matière d'information, d'accompagnement des personnes et éventuellement d'animation d'ateliers particuliers.
- l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (médecin Coordinateur, cadres de santé, psychologues, assistante sociale, personnel d'accueil...) qui peuvent s'impliquer également dans certains projets en matière d'information, d'accompagnement des personnes et éventuellement d'animation d'ateliers particuliers.
- des associations-partenaires, qui sont conventionnées avec le CHU de Bordeaux, encadrées par l'animateur sont amenées à intervenir :
 - > L'association des Blouses Roses aident l'animatrice une fois par mois sur des Ateliers Décorations, ou Ludothèque.
 - > L'association VMEH 33, qui intervient une fois par semaine de manière individuelle auprès de résidents, sous réserve de leurs accords, qui ont peu ou pas de lien social.
 - > Dépannage distraction sur des ateliers d'écriture musicale deux à trois fois par mois.

> La médiathèque de l'hôpital, sur des ateliers de chants, des chorales, et la bibliothèque mobile.

3. LE PROGRAMME D'ANIMATION

Il est élaboré en fonction de l'évaluation des attentes de chaque résident, par l'utilisation du projet de vie individualisé et par des entretiens avec la personne et sa famille.

Le programme est affiché dans toutes les unités et à l'accueil.

La communication auprès des résidents, familles, et professionnels se fait par le biais d'une « Gazette » mensuelle pour informer de la vie de l'établissement. Cette Gazette qui présente des moments de la vie des résidents a fait l'objet au préalable d'une demande d'autorisation de droit à l'image auprès des familles et des représentants légaux.

Les activités sont adaptées aux souhaits et aux capacités des résidents, selon une méthode d'animation active : « faire avec eux et non pour eux ».

En ce sens et pour favoriser l'accueil et la qualité de la vie, un panel d'activités dans les domaines de l'animation culturelle, créative et de la médiation animale est proposé pour maintenir en santé et développer la convivialité.

A noter, 2 chats vivent au sein de la structure et sont totalement intégrés aux déroulés des journées : accueils du matin, siestes partagées, déambulations, ...

La mise en place d'activités ludiques ou thérapeutiques, doit aider au maintien de la vie sociale.

4. LA DECLINAISON DES OBJECTIFS DU PROJET

Objectif principal :
Favoriser le maintien de la vie sociale par des activités de loisirs adaptées.

Objectifs opérationnels		
1. Proposer des activités pour le maintien de l'autonomie physique, psychologique et sociale, le maintien des capacités intellectuelles et des repères temporo-spatiaux.	2. Favoriser les loisirs socioculturels par la pratique des passe-temps individuels, des ateliers de loisirs collectifs, des activités spirituelles et la découverte de nouvelles activités socioculturelles.	3. Favoriser les relations extérieures par la rencontre avec les différents acteurs de la vie locale, les échanges intergénérationnels, l'accueil et les contacts avec la famille, les activités à l'extérieur de la résidence

PARTIE 6 LE PROJET HOTELIER

1. LA RESTAURATION

Le moment du repas constitue un moment de plaisir pour les résidents.

Une équipe de cuisine conseillée par des nutritionnistes réalise pour le CHU de Bordeaux, en liaison froide pour l'EHPAD, les repas par jour servis aux résidents.

L'équipe pluridisciplinaire veille à la consommation des repas par les résidents.

Les goûts et les textures sont affichés dans les espaces de préparation des repas, ils sont également retranscrits dans les PAP.

1.1 L'organisation des temps de repas

Un espace dédié à la restauration est aménagé à chaque étage. Il dispose d'un équipement permettant le rafraîchissement de la salle en cas d'épisode caniculaire. L'amélioration continue des matériels (assiettes à rebords, sets de tables personnalisés...) contribue à rendre ces moments conviviaux.

Le petit déjeuner est servi en chambre ou en salle à manger à la convenance du résident à 8h/ 8h30.

Le déjeuner et le dîner sont servis à partir de 12h et de 18h en salle à manger et à chaque étage simultanément. Les repas peuvent être pris en chambre à la demande du résident. Une attention particulière est portée au contenu de l'assiette mais également à sa présentation et à l'environnement.

Un goûter est servi au rez-de-chaussée ou en chambre à 15h45.

Une collation (de type tisane ou boissons chaudes) peut être proposée au cours de la nuit à la demande des résidents.

1.2 Faire des repas un temps de convivialité

La notion de plaisir est valorisée par un plan de table établi selon les affinités des résidents, par une organisation de repas à thèmes plusieurs fois par an notamment à l'occasion de fêtes, par l'organisation de repas en terrasse pendant la période des beaux jours, par des sorties aux restaurants, par des livraisons de plats exotiques à la demande de certains résidents.

2. LE LINGE

Il est porté une attention particulière à la gestion et l'entretien du linge, celui-ci jouant un rôle particulier en matière de confort. Il permet aussi de préserver sa personnalité et son estime de soi. Ainsi, et malgré la vie en collectivité, l'EHPAD de Lormont s'évertue à ce que les résidents ne soient pas privés de leurs habits habituels.

2.1 Le trousseau de linge et son marquage

Il est demandé à chaque futur résident d'arriver le jour de l'admission avec un trousseau suffisant et pré-marqué avec le nom et l'inscription EHPAD Lormont (y compris en cas de choix d'entretien du linge par l'entourage du résident).

Si le trousseau est suffisant il est divisé en deux par les agents et envoyé à la blanchisserie pour le marquage durable au travers d'une procédure travaillée avec la blanchisserie de Haut-Lévêque. Une fois ce linge revenu, la seconde moitié est envoyée selon la même procédure.

Si le trousseau est insuffisant ou inexistant, l'EHPAD de Lormont bénéficie de linge de dépannage issu de dons, identifié par marquage durable à la blanchisserie.

Une procédure reste à travailler avec la blanchisserie pour ne plus utiliser de bons papiers et passer à une procédure informatisée comme pour le linge personnel des résidents.

Comme précisé précédemment un projet de « Dressing » sera réalisé en 2026.

2.2 La confection d'un trousseau pour les résidents sans ressources

La blanchisserie peut proposer de confectionner un trousseau aux résidents sans ressources (linge des objets perdus non réclamés) en les contactant et leur précisant les mensurations et les goûts vestimentaires dans les cas où ils sont connus.

2.3 La gestion des pertes de linge

Le fonctionnement actuel est de contacter la blanchisserie en précisant les dates d'envois potentiels et un descriptif du linge égaré. Il est possible de solliciter la blanchisserie afin qu'elle fasse don d'un vêtement du même type que celui égaré. Il est aussi possible pour l'entourage de se rendre à la blanchisserie pour identifier le linge perdu aux « objets trouvés ».

2.4 Le circuit du linge

Le circuit du linge bénéficie de la procédure CHU.

Le linge est livré en rolls, trié et disposé sur des armoires mobiles avant sa restitution à chaque résident. Les référents des résidents sont en charge de veiller au bon déroulement du circuit interne et au renouvellement du linge selon les besoins et les ressources financières du résident.

Pour les résidents sans entourage, la possibilité de commande par correspondance leur est offerte, accompagnée par les référents du résident, et l'assistante sociale en cas de besoin d'intermédiaire avec les responsables légaux notamment ou en cas de difficultés financières.

PARTIE 7 DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Deux EHPADs étant rattachés au CHU de Bordeaux, il a été décidé d'élaborer une politique et organisation du management de la Qualité, Gestion des Risques unique pour les deux structures. Toutefois, chaque ESMS dispose de son propre Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) afin de répondre aux besoins des personnes accompagnées et des équipes de proximité.

L'EHPAD de Lormont s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles et des prestations rendues au résidents et usagers (familles et proches aidants).

Pour accompagner, structurer et pérenniser la culture qualité et gestion des risques, la gouvernance du pôle de gériatrie clinique a mis en place dès 2013 un comité de pilotage qualité. Début 2025, l'organisation du management Qualité, Gestion des risques a fait l'objet d'une actualisation afin de répondre aux nouvelles exigences du référentiel, harmoniser les pratiques sur les deux EHPAD et garantir la sécurité, le bien-être et la satisfaction des résidents.

1. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE QUALITE

La politique qualité des EHPAD repose sur le respect et la bientraitance de la personne accompagnée, de sa dignité et ses droits fondamentaux, grâce à un accompagnement personnalisé, un processus d'amélioration continue des pratiques professionnelles, une évaluation régulière de la satisfaction des résidents et la mise en application de la réglementation en vigueur pour le secteur des EHPAD.

En complément, la gestion des risques *a priori et a posteriori* repose sur la cartographie des risques, la mise en œuvre de procédures adaptées au secteur, le signalement et l'analyse des événements indésirables et dysfonctionnements graves, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)-, les plans de prévention et d'actions correctives pour offrir une prestation sécurisée aux résidents et des conditions de travail adaptées aux professionnels.

2. LE COMITE DE PILOTAGE « EHPAD »

Il est composé du directeur référent des structures d'hébergement, du chef de pôle, du chef de service, de la cadre supérieure de santé, des 2 médecins coordonnateurs des ESMS, des 2 cadres de santé, de l'ingénieur qualité et/ou d'une directrice de la direction de la qualité, sécurité et pertinence des soins. Il se réunit à *minima* une fois par mois.

Ses missions consistent à définir les orientations de la démarche, le programme d'actions prioritaires à mener et la stratégie d'accompagnement à déployer au plus près des acteurs pour que chacun soit partie prenante et mette en scène la qualité dans ses pratiques quotidiennes. Il assure le suivi des indicateurs et évalue l'atteinte des résultats.

Le comité de pilotage « EHPAD » s'appuie sur un groupe projet pour décliner sa politique qualité et gestion des risques au plus près du terrain et mettre en œuvre le PAQ de chacun des ESMS.

Le groupe « projet » est composé du directeur des ESMS, du cadre supérieur de santé, des 2 médecins coordonnateurs, des référents qualité de chaque EHPAD (professionnels et résidents/usagers) et de l'ingénieur qualité ou son représentant.

Ses missions reposent sur la déclinaison et le suivi du PAQ, il fixe les priorités de travail en lien avec la qualité et propose les modalités d'évaluations et les actions correctives qui en découlent.

Le groupe « projet » est la clé de voûte dans la démarche de préparation des évaluations qualité des EHPAD. Dans ce cadre, il s'assure de l'avancée des actions et accompagne les pilotes des thématiques ou autres groupes de travail.

3. LES ACTEURS QUALITE DE PROXIMITE

3.1 L'ingénieur qualité

Deux ingénieurs qualité sont dédiés au pôle de gériatrie clinique. Un ingénieur référent de la direction de la qualité, sécurité et pertinence des soins est désigné pour les 2 EHPADs du pôle de gériatrie clinique. Ses missions reposent sur un appui méthodologique pour faire vivre la politique qualité décrite précédemment. Il est force de proposition et tisse un lien de proximité avec les référents « qualité » identifiés sur les ESMS.

3.2 Les référents qualité

Afin de diffuser une culture qualité et gestion des risques au sein des 2 EHPAD, des référents « qualité » sont identifiés. Leur profil est variable. Il peut s'agir d'un membre des équipes pluriprofessionnelles, d'un professionnel administratif, d'un résident ou d'un usager (famille ou proche aidant). Celui-ci doit avoir une certaine appétence pour la qualité et gestion des risques. Il est membre du groupe projet. Ses missions consistent à transmettre les informations sur les bonnes pratiques, animer des groupes de travail et mener des actions sur le terrain pour que chacun puisse s'inscrire dans une dynamique vertueuse de valorisation des pratiques et d'amélioration continue de l'accueil et du prendre soin des résidents. Il travaille en étroite collaboration avec l'encadrement et l'ingénieur qualité.

3.3 Les personnes ressources

Les directions fonctionnelles du CHU de Bordeaux ainsi que les membres de la direction du site du groupement hospitalier SUD, site de rattachement des 2 EHPAD, sont à disposition en cas de besoin pour travailler sur des thématiques ciblées.

Les équipes médico-soignantes du CHU de Bordeaux expertes dans certains domaines sont également en appui et dans l'accompagnement des équipes des ESMS. Il s'agit notamment des équipes opérationnelles d'hygiène, de la douleur, des vigilances...

4. LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS

Ils occupent une place centrale dans le dispositif d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques au sein des EHPAD du CHU de Bordeaux. Ils sont sollicités et partie prenante des décisions tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Cette organisation et représentation des résidents viennent compléter la dynamique et les missions des CVS.

Le CVS est l'instance de validation de tous les documents relatifs à la structuration et la vie des EHPAD, dont la politique qualité et gestion des risques. Un point qualité est mis à l'ordre de jour à chaque rencontre. Les 2 EHPAD ont leur propre CVS. Ce dernier se réunit *a minima* 3 fois par an.

5. LES OUTILS ET LES METHODES QUALITE

Le PAQ est le principal outil utilisé pour développer l'appropriation de la qualité puisqu'il définit les priorités stratégiques et les décline en actions concrètes pour une mise en œuvre au plus près des résidents, des usagers et des professionnels.

Pour autant, d'autres outils sont mobilisés pour diffuser la démarche qualité :

- La diffusion des recommandations des bonnes pratiques qui émanent notamment de la HAS, des sociétés savantes, des équipes expertes locales,
- L'évaluation des pratiques professionnelles en utilisant différentes méthodes d'évaluation validées par la HAS : accompagné traceur, traceur ciblé, audit système, audit, observation et méthode par suivi d'indicateurs pour s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration des prestations et de valorisation des pratiques professionnelles,
- Le signalement des événements indésirables, des plaintes et réclamations et leur analyse permettant de définir des plans d'actions spécifiques. Pour cela, l'encadrement des EHPAD du CHU de Bordeaux incite les professionnels à déclarer les événements indésirables, conformément à « la charte d'encouragement au signalement des événements indésirables »,
- Les enquêtes de satisfaction.

L'analyse des résultats obtenus permet de définir un plan d'actions. Le suivi et l'évaluation à distance permettent de mesurer l'effet obtenu et ajuster les actions correctives en cas de besoin.

En complément de la politique qualité, les ESMS s'inscrivent également dans une dynamique de gestion des risques *a priori et a posteriori*. Une cartographie des risques pour chacun des EHPAD est réalisée, suivie et réévaluée.

La Démarche d'Analyse et Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI) et le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) sont mis à jour et suivis.

De plus, les 2 EHPAD bénéficient de la gestion documentaire du CHU de Bordeaux via SharePoint et du logiciel de déclaration des événements indésirables, Kaliweb. Ces outils ont vocation à évoluer dans les années à venir, mais ils resteront à la disposition des ESMS.

6. LES AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2025-2030

Ces axes découlent des résultats des autoévaluations et des critères impératifs du référentiel de la HAS. Ils sont intégrés dans le PAQ de l'EHPAD de Lormont :

- Garantir et promouvoir la bientraitance,
- Elaborer et mettre en œuvre le plan de prévention de la maltraitance,
- Développer et tracer les questionnements éthiques,
- Formaliser des procédures et protocoles spécifiques (circuit du médicament, prescriptions de contention, douleur, sortie à l'insu de l'établissement ...),
- Rédiger un dossier de liaison d'urgence pour tous les résidents,
- Formaliser et suivre le traitement des plaintes et réclamations,
- Formaliser et suivre le traitement des événements indésirables,
- Faire connaître la nouvelle version du Plan Bleu sur tous les risques identifiés comme prioritaires,
- Renforcer la gestion du risque infectieux, notamment au travers de la réalisation des DAMRI,
- Consolider les compétences relatives à la qualité gestion des risques : structuration de la démarche, plan de formation, référents qualité,
- S'assurer de la conformité aux outils de la loi 2002-2 (contrat de séjour, charte de fonctionnement, ...),
- Favoriser l'implication des usagers et de leurs proches dans les démarches d'améliorations de la qualité,
- Développer les liens avec les associations de bénévoles et partenaires,
- S'assurer de la confidentialité des données et conformité au RGPD,
- Améliorer des conditions de vie et d'accueil des usagers (projet bâtementaire, matériel, qualité des repas...).

Le projet prioritaire réside également dans le transfert et l'installation des résidents dans un nouveau cadre de vie, la structure en construction du « nouvel EHPAD ».

Même si le bâtiment est conçu pour être parfaitement adapté aux normes et à « l'état de l'art » des conditions optimales d'accueil des résidents, un temps de préparation et des périodes d'adaptation à la nouvelle structure vont être essentiels.

Une étape à franchir sera aussi de donner un « nom » au site permettant une réelle appropriation et souffler un renouveau tout en préservant une continuité dans la prise en charge des résidents.

PARTIE 8 LE PROJET SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Le projet social et la qualité de vie au travail (QVT) sont des axes de travail encore en cours.

Malgré tout, concernant la QVT, une journée à destination des agents a été organisée en partenariat avec la MNH et le CGOS présents à l'EHPAD. Ils ont proposé des ateliers relatifs à la douleur (avec l'unité soutien douleur du CHU), à la nutrition (avec la diététicienne des EHPAD), à la mobilité (avec l'APA, Mme Prada, et les troubles cognitifs avec Mme Dourthe-Laso). Ce type d'intervention est régulièrement proposé aux agents tous les 2/3ans. Par ailleurs, l'EHPAD de Lormont a participé au test d'un questionnaire évaluant la QVCT en Nouvelle Aquitaine il y a 6 ans, une dynamique régulière est maintenue au sein de l'EHPAD.

Par ailleurs, l'amélioration des conditions de travail est pleinement intégrée au projet du nouvel EHPAD de Lormont. Ainsi, la conception des lieux a été pensée en tant que lieu de travail. Ces lieux seront des outils assurant l'optimisation des conditions de travail, ce qui implique notamment la simplification des circuits, la création d'environnements propices et dédiés, l'ergonomie des locaux et leur facilité d'entretien et l'adaptation des principes et des procédures en matière de gestion logistique.

Également, des critères impératifs ont été pris en compte pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels :

- Des critères cognitifs (visuels, thermiques, olfactifs et acoustiques),
- Le confort physiologique (ergonomie du mobilier, proximité des locaux de service, espace de détente, proximité avec un espace végétal naturel),
- Le besoin de sécurité physique et affective,
- Le besoin d'appartenance, passant notamment par la mise à disposition et la visibilité des lieux de convivialité du personnel, facteur de synergie,
- Le besoin de reconnaissance (mise à disposition d'un espace de travail identifié et d'un espace pour entreposer ses affaires personnelles en toute sécurité),
- Le besoin d'accomplissement.

L'ensemble de ces paramètres a été pris en compte pour qu'ils s'appliquent aux conditions de travail du personnel qu'il soit administratif, soignant ou logistique.

PARTIE 9 LE NOUVEL EHPAD DE LORMONT

Le projet phare du pôle de gériatrie clinique est la construction d'un nouvel EHPAD de 120 places dans la ville de Lormont.

La structure existante va être démolie et les résidents actuels et futurs vont bénéficier d'un établissement neuf conçu par des équipes pluriprofessionnelles.

Les conditions d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement au quotidien sont repensées pour répondre aux exigences d'un lieu de vie alliant convivialité et adaptabilité aux divers niveaux de dépendance.

Les organisations seront également revues afin de faciliter la mutation engagée pour mettre en place des espaces de vie inclusifs, dynamiques, où innovation et bien-être se côtoient.

1. LES AMBITIONS DU NOUVEL EHPAD

1.1 Les exigences du projet de construction

Les exigences sont les suivantes :

- Donner une échelle humaine à la structure,
- Donner un caractère résidentiel,
- Favoriser la vie au sein des domiciles « comme à la maison » pour se sentir chez soi,
- Concevoir une architecture qui permette aux soignants d'accompagner et de repérer facilement les résidents en demande de soin,
- Prévoir des équipements domotiques facilitant l'accompagnement du résident,
- Offrir les mêmes services et les mêmes droits pour chaque résident quel que soit l'endroit où il habite,
- Permettre à chaque résident d'exercer son autonomie malgré son handicap,
- Développer une organisation fonctionnelle au sein d'un cadre domestique.

1.2 L'adaptation des locaux aux besoins des personnes accueillies

L'établissement a vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie qu'elle soit physique ou cognitive et psychique.

Il recevra des personnes qui ne peuvent plus vivre de manière totalement autonome notamment en présence de handicap les rendant totalement ou partiellement dépendantes dans l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne.

Compte tenu de l'évolution des pathologies, en particulier celles induisant des troubles sur le plan cognitif et du comportement, l'établissement s'est engagé dans une recherche de solutions domotiques, afin d'optimiser la sécurité des personnes et de prévenir le sentiment d'insécurité. Cette action porte notamment sur la prévention des chutes et leur repérage rapide afin d'en limiter les conséquences.

Cette démarche projet implique les personnes âgées et leur famille, dans une réflexion éthique, intégrant en permanence : un raisonnement bénéfice-risque, la liberté d'aller et venir et le respect de la décision de la personne.

L'établissement souhaite permettre un accompagnement bienveillant jusqu'à la fin de vie, ce qui nécessite une conception architecturale particulière.

1.3 Le cadre architectural

Le point majeur de la construction du nouvel EHPAD est la réduction du nombre des chambres doubles qui représentent environ les 2/3 des 120 places que compte l'établissement actuel. Le nouvel EHPAD ne proposera que des chambres individuelles dans des unités à taille humaine et de capacité équivalente entre elles.

Les plans sont pensés pour limiter les distances à parcourir pour les résidents et les agents entre les lieux de vie, de restauration et les espaces extérieurs. Ainsi, les locaux seront mutualisés et redimensionnés.

Le second point important est la qualité du bâti et des espaces. L'EHPAD a avant tout vocation à être un lieu d'habitation pour les résidents et un lieu de travail pour les professionnels. Ainsi, le confort, la domesticité, la sécurité et la beauté sont les qualités principales du projet.

Pour ce faire, l'orientation du bâtiment a été réfléchi de manière à maîtriser les apports solaires et à l'implanter dans des espaces extérieurs ensoleillés et protégés des vents dominants. Ainsi, tous les locaux occupés seront bercés d'une lumière naturelle. Les matériaux utilisés pour la façade de l'établissement réfléchiront la lumière : béton, brique lumière et enduit beige.

Par ailleurs, le choix du matériel d'intérieur a été adapté pour qu'il ne génère pas un entretien ou une maintenance excessive et que chacun des espaces possède une ambiance intérieure bien distincte pour faciliter la compréhension sensorielle et le repérage dans l'espace pour les résidents.

Ainsi le quartier 1 sera reconnaissable par sa couleur bleue, le quartier 2 par sa couleur ocre/beige et le quartier 3 par sa déclinaison de couleur verte. Le choix des couleurs pour les espaces communs s'est porté sur l'orangé/brique. L'administration sera reconnaissable par sa couleur kaki.

Dans les chambres les matières choisies sont pour le sol, une matière souple aspect bois et des stratifiés bois et colorés selon les quartiers.

Ces supports sont les mêmes dans l'ensemble de la structure, dans les espaces communs de vie et les espaces bien être pour proposer un cadre de vie homogène.

2. LA CREATION D'UN PASA

Dans le cadre de son projet de rénovation, l'EHPAD a prévu la création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) pour 14 résidents.

2.1 Définition

Le PASA permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les caractéristiques sont les suivantes :

- L'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés,
- La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- L'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé,
- La participation des familles et des proches,
- La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.
- L'ouverture du PASA fait suite à la réponse favorable à l'appel à projets de 2019.

2.2 L'environnement architectural

Le pôle dispose :

- D'une entrée adaptée,
- D'un salon dédié au repos et aux activités collectives,
- D'un espace repas avec office,
- De deux espaces d'activités adaptées,
- De deux WC dont un avec douche,
- De locaux de service,
- D'un jardin et d'une terrasse sécurisés.

2.3 Les critères d'admission

L'équipe pluridisciplinaire, en concertation avec la famille et le résident, évalue les besoins de ce dernier dès l'admission. L'évaluation se fait à l'aide de la grille MPI-ES et en cas d'agitation, de l'échelle de Cohen-Mansfield. Le staff hebdomadaire permet d'évaluer le comportement du résident accueilli au PASA et de réorganiser si nécessaire son planning en fonction de ses affinités avec d'autres résidents.

2.4 L'organisation

Le PASA est ouvert 7 jours sur 7 de 10h à 17h30. L'accueil des résidents est prévu jusqu'à 17h, la dernière demi-heure étant consacrée à la traçabilité des activités et à l'évaluation. L'accueil se fait à la journée ou à la demi-journée en fonction des besoins, des capacités et du degré de fatigue de chaque résident.

L'équipe soignante du PASA est une équipe pluridisciplinaire. Elle est composée :

- De 2 aides-soignants ayant la qualification d'assistant en soins gériatriques (ASG),
- D'un psychologue,
- D'un animateur d'activités physiques adaptées,
- D'une animatrice,
- D'un médecin coordonnateur,
- D'un infirmier coordonnateur,
- D'un psychomotricien.

2.5 Les missions

Les missions du service sont d'améliorer la qualité de vie des personnes. La mise en place d'ateliers thérapeutiques adaptés permet de stimuler les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes âgées.

Les activités sont élaborées par le psychomotricien sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Certaines activités sont animées par l'ASG seul, d'autres en collaboration avec les autres professionnels du PASA. :

- Des activités sensorielles (musicothérapie, aromathérapie...),
- Des activités motrices (gymnastique douce, promenade, jardinage...),
- Des activités d'expression (peinture, chant, danse...),
- Des activités de réminiscence,
- Des activités du quotidien (lecture du journal, préparation des repas, dresser la table...)

2.6 L'évaluation

Les PAP sont tracés dans le dossier informatisé intitulé « prise en charge thérapeutique personnalisée PASA ».

Chaque atelier donne lieu à une évaluation individuelle, à un suivi trimestriel personnalisé permettant de mesurer l'efficacité des soins menés.

Il sera évalué :

- La participation du résident à l'activité en termes d'objectifs (atteint, partiellement atteint, non atteint),
- L'amélioration du comportement du résident (NPI).

Ce projet sur 5 ans permet d'assurer une continuité entre le précédent projet d'établissement et l'ouverture du nouvel EHPAD de Lormont en 2026. Il doit donc être considéré comme un outil évolutif au service des équipes et des résidents pour se saisir pleinement de leur nouveau lieu de vie. A ce sujet, quelques mots de Monsieur Fredon, représentant des résidents et président du CVS, clôturent ce beau projet : « *sur la reconstruction de l'EHPAD, c'est formidable ! Ça va nous changer : avoir notre chambre particulière, notre douche, des jolies espaces ... c'est tout ce qu'on voulait.* ».

PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD DES JARDINS DE L'ALOUETTE



2025-2030

Pôle de Gériatrie et Gériopsychiatrie

CHU de Bordeaux

Table des matières

PREAMBULE.....	3
PARTIE 1 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT	4
1. <i>LE CADRE REGLEMENTAIRE</i>	4
2. <i>L'ORIGINE DU PROJET</i>	5
3. <i>LA METHODOLOGIE DU PROJET.....</i>	5
4. <i>LA DECLINAISON DU PROJET D'ETABLISSEMENT</i>	6
PARTIE 2 - ELEMENTS DE CONTEXTE.....	7
1. <i>HISTORIQUE.....</i>	7
2. <i>PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</i>	7
3. <i>DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT.....</i>	8
4. <i>SITUATION GEOGRAPHIQUE.....</i>	9
5. <i>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE</i>	9
6. <i>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE</i>	10
7. <i>L'APPARTENANCE A LA FILIERE MEDICO-SOCIALE DU CHU DE BORDEAUX.....</i>	10
PARTIE 3 - LE PROJET DE VIE	12
1. <i>L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES RESIDENTS</i>	12
2. <i>LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE – PAP.....</i>	13
3. <i>L'ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE.....</i>	16
4. <i>L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE.....</i>	17
5. <i>LE POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES – PASA.....</i>	17
6. <i>LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTES DES RESIDENTS</i>	18
PARTIE 4 - LE PROJET MEDICO-SOIGNANT	21
1. <i>UNE PHILOSOPHIE DE SOINS QUI REPOSE SUR LE PRENDRE SOIN DU RESIDENT ET DE SA FAMILLE.....</i>	21
2. <i>LES FONDEMENTS DE LA PRISE EN SOIN.....</i>	22

3.	LA DECLINAISON DU PROJET DE SOIN.....	23
PARTIE 5 - LE PROJET D'ANIMATION		31
1.	LE PROJET D'ANIMATION DE L'EHPAD DES JDA.....	31
2.	LE PROJET D'ANIMATION DU PASA.....	34
PARTIE 6 - LA DEMARCHE QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES		37
1.	FONDEMENTS DE LA POLITIQUE QUALITE	37
2.	LE COMITE DE PILOTAGE « EHPAD ».....	37
3.	LES ACTEURS QUALITE DE PROXIMITE.....	38
4.	LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS.....	39
5.	LES OUTILS ET LES METHODES QUALITE	39
6.	LES AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2025-2030.....	40
PARTIE 7 - LE PROJET SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL		42
1.	LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE.....	42
2.	LE SOUTIEN ET LA FORMATION DE L'EQUIPE.....	42
3.	LES FORMATIONS QUALIFIANTES	43
PARTIE 8 - LES AXES STRATEGIQUES 2025-2030		44
1.	RENFORCER LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	44
2.	CONSOLIDER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS.....	45
3.	INNOVER POUR UN CADRE DE VIE THERAPEUTIQUE, STIMULANT ET SECURISE	47
4.	VALORISER L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT VERS LE TERRITOIRE	49
5.	S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE.....	51
6.	REORGANISER LA STRUCTURE AFIN DE LUI PERMETTRE D'ASSURER TOUS CES OBJECTIFS	52

PREAMBULE

Conformément à l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans, après consultation du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation des usagers. »

Le projet d'établissement de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette, établissement public rattaché au CHU de Bordeaux au sein du Pôle de Gériatrie Clinique, s'inscrit pleinement dans cette exigence réglementaire. Il définit les missions, les valeurs et les principes d'action qui structurent l'accompagnement des personnes âgées accueillies, dans le respect de leurs droits, de leur autonomie et de leur projet de vie.

Ce projet constitue un document de référence partagé, construit avec l'ensemble des professionnels, en concertation avec les usagers et leurs représentants. Il fixe les axes de développement et les priorités opérationnelles de l'établissement pour les cinq années à venir, dans une logique d'amélioration continue de la qualité, de professionnalisation des équipes et de coopération renforcée avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

PARTIE 1 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT

1. LE CADRE REGLEMENTAIRE

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico- sociale : texte fondateur affirmant les droits des usagers (dignité, intégrité, information, participation, accompagnement personnalisé) et rendant obligatoires le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et la participation des résidents.
- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)**, notamment les articles L.311-1 à L.313-22-1 : encadre les droits des personnes accueillies, le fonctionnement des ESSMS, les obligations en matière de projet d'établissement, de participation, de prévention de la maltraitance et d'évaluation de la qualité.
- **Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015** et **Décret n° 2016-1814** : réforme de la tarification des EHPAD (EPRD, CPOM, disparition des conventions tripartites, forfaits soins et dépendance).
- **Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021** : cadre national de l'évaluation de la qualité des ESSMS ; rend le **référentiel Haute Autorité de santé (HAS) 2022** obligatoire pour les EHPADs (évaluation tous les 5 ans).
- **Référentiel national d'évaluation HAS (2022)** et ses mises à jour : normes de qualité opposables concernant l'accompagnement personnalisé, la bientraitance, la gestion des risques, la coordination des parcours, la sécurité des soins, les droits et la participation des usagers.
- **Décret n° 2024-166 du 29 février 2024** précise le contenu obligatoire du projet d'établissement, en y intégrant la participation et les droits des usagers, la prévention interne de lutte contre la maltraitance et l'organisation d'un dispositif interne de signalement, les conditions d'organisation et de continuité de l'accompagnement, ainsi que les modalités de coopération avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire, notamment sur le volet relatif aux soins palliatifs.
- **Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024** relative à la société du bien-vieillir et à l'autonomie : renforce les obligations des EHPAD en matière de prévention de la maltraitance, d'information des usagers, de transparence, de participation des proches et d'organisation des dispositifs d'alerte et de signalement.
- **Recommandations nationales de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)/HAS** publiées entre 2008 et 2024 constituent le socle de référence des pratiques en EHPAD, couvrant la bientraitance, l'accompagnement personnalisé, la qualité de vie, la prévention de la maltraitance et les pratiques de soins.

2. L'ORIGINE DU PROJET

Ce projet pourrait s'intituler « un EHPAD adapté pour des résidents atteints de troubles neurocognitifs », la spécificité des troubles pris en charge en étant la pierre angulaire.

Dans ce contexte, l'encadrement met l'accent sur deux aspects :

- La diffusion d'un accompagnement renforcé et au plus proche du résident,
- Le sens donné aux pratiques professionnelles des agents de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette (JDA).

Dans cette logique, ce projet d'établissement permet à la fois d'affiner l'identité de l'établissement et de dégager des axes prioritaires d'amélioration de la prise en charge pour les résidents et leurs proches, et des pratiques pour les professionnels.

Cette affirmation de l'identité de l'EHPAD à travers ce projet d'établissement vient répondre aux préconisations du rapport de l'évaluation externe et correspond aux exigences du CASF.

Par ailleurs, ce projet a vocation à s'inscrire en conformité avec les dynamiques locales du territoire, le réseau gérontologique de ville, les autres EHPAD (avec notamment le dispositif de télémédecine et le secteur social – CLIC, DAC, CCAS) tout en conservant la spécificité de l'établissement : sa coordination active avec le pôle de gérontologie clinique, les urgences et les consultations spécialisées du CHU du Bordeaux.

3. LA METHODOLOGIE DU PROJET

1.1. La participation

L'écriture d'un projet d'établissement repose sur une méthodologie classique de conduite de projet : participatif, avec la constitution d'un comité de pilotage et la mise en place de groupes de travail.

L'écriture de ce projet vise à proposer une vision claire et commune à l'ensemble du personnel de l'EHPAD. Cette vision sera confortée et pérennisée dans le prochain bâtiment.

Il a été élaboré avec la participation du personnel et des personnes accueillies ou accompagnées.

Membres permanents du comité de pilotage :

- Docteur Geneviève Pinganaud, cheffe du pôle de gérontologie clinique
- Docteur Romain Fossaert, chef de pôle adjoint
- Myriam Caucase, directrice du pôle de gérontologie clinique
- Latifa Scheirlinck, directrice des soins
- Docteur Mahissata Nouzille, médecin coordonnateur

- Sandrine Bonnefont, cadre supérieure de santé
- Fabienne Gomes, cadre de santé
- Un représentant des professionnels non-soignants
- Un représentant des usagers et/ou du CVS

Membre associé :

- Anne Moulin, directrice du Groupe Hospitalier Sud, l'EHPAD des JDA y étant rattaché.

1.2. Les références

Le projet d'établissement s'appuie sur :

- Des références externes telles que le projet d'établissement du CHU de Bordeaux et sa déclinaison à la filière gériatrique mais aussi le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional d'organisation médico-social, le schéma départemental de la Gironde, les données du secteur de l'INSEE, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et les préconisations des rapports d'évaluation de l'EHPAD des JDA.
- Des référence internes complétées par la création de protocoles et de procédures d'organisation et de fonctionnement pensés au bénéfice de l'EHPAD¹.

4. LA DECLINAISON DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement se décline à partir des thèmes suivants :

- 1) Le projet médico-soignant,
- 2) Le projet d'accompagnement personnalisé,
- 3) Le projet d'animation,
- 4) Le projet d'amélioration continue de la qualité,
- 5) Le projet social et la qualité de vie au travail,
- 6) Le projet de vie,
- 7) Les axes stratégiques à travailler sur la période 2025-2030.

¹ Par exemples : le nouveau contrat de séjour, l'actualisation d'une plaquette de présentation, des synthèses des projets institutionnels tant au niveau de la filière gériatrique du CHU de Bordeaux proprement dit, la rédaction d'un synopsis recensant les principales exigences contenues dans la « convention tripartite et pluriannuelle », la rédaction de règlements intérieurs visant à rappeler les bons usages au sein de la vie collective dans un établissement public, le rapport d'activité médical, le livret d'accueil, les documents qualité, et surtout les projets internes écrits, tels que les approches pluridisciplinaires, le projet de télémédecine, le projet de consultations médicales rive droite...

PARTIE 2 - ELEMENTS DE CONTEXTE

1. HISTORIQUE

Le pôle de Gériatrie Clinique du CHU de Bordeaux développe depuis plus de 20 ans des activités de soins et de recherche pour les patients atteints de troubles neurocognitifs ou maladies apparentées, dans le cadre du Centre Mémoire de Recherche et de Ressources (CMRR de Bordeaux-Aquitaine).

Les structures du pôle prenaient en soin les patients atteints de troubles neurocognitifs à différents stades tels que :

- Une consultation mémoire ayant une file active de 900 patients environ et assurant 1400 consultations par an,
- Une unité de 15 lits de médecine gériatrique de court séjour accueillant des patients atteints de troubles neurocognitifs déambulants et présentant des épisodes médicaux aigus. Cette unité sécurisée comporte des lieux de vie permettant aux patients de déambuler librement et de partager une vie collective dès que leur état s'améliore et qu'ils sont en capacité de quitter leur chambre.

En revanche, il n'existait pas de structure spécifique d'hébergement pour ces patients suivis par le CHU de Bordeaux et nécessitant une unité d'hébergement fermée adaptée à des résidents déambulants et désorientés.

En 2015 a donc été inauguré l'EHPAD des Jardins de l'Alouette (JDA), dont la vocation est l'hébergement de patients atteints de troubles neurocognitifs ou syndromes apparentés à différents stades. Il comporte 45 lits d'hébergement permanent et 6 lits d'hébergement temporaire.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

Construit en 2015, cet établissement entre dans le cadre de la rénovation complète du Centre de Gériatrie du CHU de Bordeaux pour réunir sur un même site (celui de Xavier Arnoz) :

- 120 lits d'USLD,
- 60 lits de médecine gériatrique dont 15 lots sont destinés aux pathologies aiguës de patients atteints de troubles neurocognitifs,
- 80 lits de SMR gériatrique donc 30 spécialement dédiés à la neuro-rééducation qui participent activement à la filière neurovasculaire du CHU de Bordeaux,
- 14 places d'hébergement en UHR rattachées aux USLD qui se trouvent également dans l'EHPAD des JDA.

A été installée, en lieu et place d'une unité de psychogériatrie, une unité de soins palliatifs de 15 lits depuis le printemps 2025.

Ainsi l'EHPAD des JDA est destiné à accueillir des résidents atteints de troubles neurocognitifs ou des syndromes apparentés qui présentent des comportements à risques (troubles alimentaires, troubles du sommeil, errances et fugues, agressivité, hyperactivité) qui ont pour conséquence de mettre le résident en danger malgré un diagnostic, un traitement et une prise en charge au domicile ou en institution.

3. DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement dispose de 45 lits d'hébergement permanent et 6 lits d'hébergement temporaire habilités à l'aide sociale, dont 2 places d'Hébergement Temporaire d'Urgence.

Il est composé de 4 unités d'hébergement (qui comprend une UHR mais typée en USLD). Chaque unité comporte un jardin thérapeutique sécurisé de manière à ce que les résidents profitent de l'environnement du parc sans se mettre en danger. Des patios accessibles de l'intérieur séparent les 4 unités. Un Pôle d'Activité et de Soins (PASA) procure dans la journée des activités occupationnelles et des thérapies non médicamenteuses aux résidents identifiés.

L'ensemble des unités est relié au Centre de Gériatrie par des passerelles couvertes de manière à ce que les résidents puissent se rendre facilement sur le plateau technique du Centre (il comporte la radiologie, les explorations fonctionnelles, des consultations de spécialistes ORL, OPH, odontologie et un plateau de rééducation fonctionnelle).

Également, une cafétéria et un kiosque à journaux sont situés en toute proximité de l'EHPAD de manière à pouvoir accueillir les familles et les proches des résidents mais aussi les professionnels qui travaillent sur le site et les étudiants de l'IMS.

Par ailleurs, La convention tripartite avec le Conseil départemental (CD) et l'Agence régionale de Santé (ARS) date de juillet 2017 et n'a pas été renégociée depuis. L'autorisation de fonctionnement est-elle en date de 2019, sa durée de validité est de 15 ans.

L'effectif paramédical est ventilé comme suit :

- IDE : 4,5 ETP
- AS : 23,81 ETP
- ASH : 9,7 ETP

Le médecin coordonnateur est présente à 50% sur l'établissement (0,5 ETP).

Enfin, en octobre 2013, la Direction générale du CHU de Bordeaux a souhaité conforter la filière médico-sociale de l'établissement en nommant un Directeur de filière pour structurer et organiser les parcours de santé des personnes âgées. Cette fonction est depuis réaffirmée. Un directeur est dédié à temps plein sur le pôle de gérontologie.

4. SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'EHPAD des JDA est situé sur le site de Xavier Arnoz du CHU de Bordeaux, sur la commune de Pessac. L'accès est facilité par les transports en commun (train, tramway, bus).

La structure se situe dans le parc de l'hôpital, le long de la circulation centrale qui mène à l'entrée de l'hôpital vers l'IMS. Le parc hospitalier est aménagé pour faciliter la circulation des résidents en fauteuils roulants et de leurs familles et leurs proches pour leur permettre d'en profiter.

5. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE

En 2025, les résidents proviennent pour majorité du CHU de Bordeaux, 19 en étant issus, 3 de leur domicile et 1 d'un ESSMS extérieur.

La durée moyenne de séjour est de 4,19 ans en 2025 contre 4,69 ans en 2024.

Au 31 décembre 2024, l'âge moyen des résidents était de 87 ans.

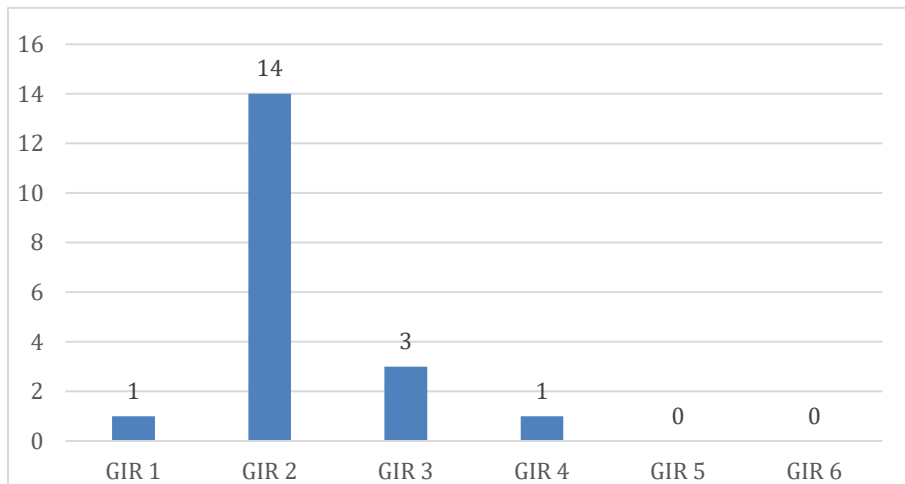
Parmi ces résidents, 10 sont des hommes et 13 sont des femmes.

Le GIR 2 est le niveau de dépendance principal. Le PMP est de 334. Le GMP s'élève lui à 819.

69,5% sont sous mesure de protection judiciaire et 43,4% perçoivent l'aide sociale.

En 2024, il y a 5 départs dont 4 décès et 1 transfert.

Répartition des GIR en 2024 :



6. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE

En 2025, l'indice de vieillissement de la population (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) était 124,9 en Nouvelle Aquitaine et de 93 en Gironde.

En 2022, on comptait 428 506 personnes âgées de 60 ans et plus en Gironde, représentant 25,6 % de la population. En Nouvelle Aquitaine, ces personnes représentent 24,7 % de la population totale.

En 2022, on dénombrait 171 EHPADs en Gironde, avec une capacité 13 7125 places.

Au 31 décembre 2023, en Gironde, 21,2 % des personnes de 75ans et plus étaient bénéficiaires de l'APA. 12,6 % percevaient cette prestation à domicile et 8,6% en établissement. 2 013 personnes bénéficiaient de l'Aide Sociale à l'Hébergement en EHPAD.

7. L'APPARTENANCE A LA FILIERE MEDICO-SOCIALE DU CHU DE BORDEAUX

L'appartenance de l'EHPAD à la filière médico-sociale du CHU de Bordeaux est un atout important quant à la mutualisation des ressources et au suivi médical des résidents de l'EHPAD.

Effectivement, le CHU de Bordeaux est le principal partenaire de l'EHPAD des JDA concernant le recours aux urgences ou à une hospitalisation en court séjour (Hôpital Saint-André et le site de Xavier Arnoz)

Pour la prise en charge des problématiques psychiatriques, l'établissement a recours à l'UHR situé en toute proximité mais aussi à l'offre de soins proposée par le CHS de CADILLAC (centre de

rattachement de la Rive Droite de Bordeaux). L'ensemble de cette offre de service s'effectue dans un environnement de proximité qui permet d'assurer la sécurité des soins.

Également, l'EHPAD s'est doté d'un équipement de télémédecine « Via trajectoire » qui permet aux résidents de bénéficier de consultations spécialisées (plaies chroniques, pathologies psychiatriques, évaluation bucco-dentaire, hypertension déformante acquise ...) ce qui permet de renforcer et de faciliter le parcours des résidents de l'EHPAD au sein du CHU de Bordeaux.

La stratégie numérique du CHU de Bordeaux pour l'EHPAD des JDA :

De manière générale les orientations sont les suivantes : modernisation des outils numériques, synergies territoriales et régionales, dématérialisation et infrastructures hautes performances, appui à la recherche et à l'innovation, cybersécurité, soutien aux projets de pôle et réglementation.

De manière plus spécifique :

- Le module dxEHAD dédié aux EHPAD du CHU de Bordeaux est inclus dans le Dossier Patient Informatisé dxCare (indissociable). Les fonctionnalités qui le composent sont réglementaires : saisie des données AGGIR et PATHOS, génération des fichiers afin d'alimenter la plateforme nationale GALAAD grâce aux données AGGIR et PATHOS et gestion des plannings d'activités, animations, ateliers et loisirs,
- Le recueil d'informations de santé et de prise en charge des résidents se fait dans dxCare à l'aide des questionnaires médicaux, infirmiers, paramédicaux et sociaux. Il permet la saisit des prescriptions, des actes de soins et de surveillances mais aussi la saisit des transmissions ciblées et des différentes échelles d'évaluation (BRADEN, ECPA...). Le PAP et le DLU sont également gérés dans le dxCare via des questionnaires et des courriers spécifiques.

Par ailleurs, des projets généraux du CHU de Bordeaux bénéficient à l'EHPAD de JDA :

- Piluliers – robotisation pour la préparation des doses à administrer : le projet vise à installer un automate de préparation des doses à administrer (PDA) connecté au DPI (dxCare) afin de sécuriser le circuit du médicament, réduire les erreurs de préparation manuelle, libérer du temps infirmier et compléter la robotisation pharmaceutique dans les services de long séjour, EHPAD, USLD, USMP et SSR du CHU de Bordeaux.
- Usage de la 5G privée : le projet 5mart Ho5pital vise à déployer un réseau 5G privé et hybride au CHU de Bordeaux pour offrir une connectivité ultra-fiable et de soutenir les usages innovants (soins, télémédecine, IA, logistique, sûreté, chirurgie, EHPAD) et faire du CHU de Bordeaux une vitrine européenne d'innovation numérique hospitalière.

PARTIE 3 - LE PROJET DE VIE

1. L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES RESIDENTS

1.1 La préadmission

Elle se fait en compagnie du cadre de santé de l'établissement et du médecin coordonnateur.

Le consentement du résident à son entrée dans l'EHPAD est toujours recherché mais la non-adhésion du patient en cas d'anosognosie de la situation ne constitue pas un obstacle à son admission.

Afin de faciliter l'intégration du futur résident au sein de la structure, ses habitudes de vie sont recueillies grâce à un questionnaire pour en tenir compte dès l'arrivée dans l'EHPAD. Les points abordés sont les suivants : les habitudes alimentaires, le déroulé de la toilette, l'activité diurne, les rites du coucher, l'activité nocturne.

Ces informations alimentent également le projet d'accompagnement personnalisé, qui est mis à jour régulièrement puisque l'accueil du résident est pensé comme un processus et non « une action un jour donné ».

Les souhaits de la famille et de l'entourage de participer à la prise en soins de leur parent ou de leur proche dans la structure sont notés et seront formalisés le plus possible après un temps d'adaptation du résident dans la structure.

Le nom de la personne de confiance sera recherché et notifié dans le dossier administratif et le dossier de soins informatisé.

Une présentation de l'établissement est faite à la personne ainsi qu'à son accompagnant (règlement intérieur, livret d'accueil, contrat de séjour...). Une visite des locaux est proposée et un temps de rencontre est organisé avec l'équipe pour que les premiers liens de confiance puissent s'établir et permettre l'appropriation par le résident de son futur espace de vie.

Cette préadmission est l'occasion de recueillir et partager les informations nécessaires à un accompagnement de qualité.

1.2 L'admission

L'entrée en EHPAD représente fréquemment une période sensible, marquée par des ajustements importants pour la personne et ses proches. L'ensemble des professionnels de l'EHPAD de JDA œuvre à promouvoir une ambiance chaleureuse, autour de cette nouvelle relation à construire, en accompagnant la personne pour qu'elle puisse prendre connaissance de son lieu de vie et des autres résidents.

Préparer l'arrivée du résident c'est aussi échanger et partager avec l'équipe pluridisciplinaire les éléments de connaissance de la personne afin de la reconnaître dans sa singularité.

L'équipe accorde une attention particulière à l'accompagnement de la personne afin de limiter les risques de majoration des troubles et d'offrir un soutien adapté à ses besoins. La prise de repères est facilitée par une présentation des différents espaces de vie, des activités proposées et de leurs modalités. Un soignant dédié assure cet accueil et devient le référent du résident pour cette phase d'adaptation.

Durant les premières semaines, une vigilance accrue est mise en place lors des temps forts de la journée et notamment en fin de soirée et au coucher pour repérer les éventuelles difficultés d'adaptation. Ainsi, le cheminement dans le cadre de la vie quotidienne, ainsi que les liens établis avec le nouvel entourage sont observés par les professionnels. Pour autant le rythme d'appropriation progressive des lieux est respecté et les prestations sont personnalisées (horaire petit-déjeuner...). Un recueil des observations quotidiennes étaye la réflexion et l'analyse du travail clinique de l'équipe. L'équipe médico-soignante veille tout particulièrement à accueillir, associer et soutenir les proches, les reconnaître comme des personnes ressources qui collaborent avec l'équipe pluridisciplinaire.

Une évaluation gériatrique est pratiquée dans les jours suivant l'entrée (évaluation cognitive, évaluation de son autonomie, du risque de chute, de son état nutritionnel). L'ensemble des pathologies et des traitements est notifié dans le dossier informatisé du résident et le suivi de chaque pathologie chronique est planifié pour les 12 mois suivants (diabète, HTA...)

Le diagnostic de la pathologie démentielle est recherché dans le dossier du résident demandé à son médecin traitant ou l'établissement de santé dans lequel il était pris en charge. Le stade de la maladie sera également recherché du fait de son incidence sur la prise en soins et des conseils à donner à la famille et aux soignants.

L'écoute et l'accompagnement permettent de veiller à la bonne intégration de la personne dès le premier jour de son arrivée jusqu'aux premiers mois dans l'institution.

2. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE – PAP

2.1 Définition

Le cadre réglementaire du PAP est issu de la loi du 2 janvier 2002 qui « fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement, mais elle n'en détaille pas le contenu ni ne précise s'il doit être écrit. » Ainsi, tous les résidents hébergés en établissement social ou médico-social doivent avoir un PAP.

Cette obligation (Code de l'Action Sociale et des Familles, art.L.312-1 et L.313-1-1) concerne l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle nécessite d'être adaptée par chaque équipe professionnelle à la spécificité des situations des personnes accompagnées et aux missions des établissements/services.

Le terme « projet d'accompagnement personnalisé » a été retenu pour qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Ainsi, « le concept de personnalisation » est la pierre angulaire de la qualité de vie dans la mesure où il implique que chaque projet d'accompagnement soit basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses besoins. La mise en place des projets personnalisés dans lesquels la personne y est « acteur » tant dans l'élaboration que dans l'évaluation des réponses apportées, impacte fortement les habitudes et les conditions de travail des professionnels. » (Extrait de RCBP qualité de vie en EHPAD organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne)

Le projet d'accompagnement personnalisé se construit à partir des informations recueillies sur les volontés (consentement, personne de confiance, directives anticipées), l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêts, la vie affective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel, les attentes de la personne et de ses proches. Un équilibre est établi entre les obligations de sécurité et le respect de la liberté, la reconnaissance de la vie affective et intime des résidents.

Ce projet repose sur la reconstitution de son histoire de vie indispensable et l'évaluation des capacités restantes.

2.2 La méthodologie

Conformément au contrat de séjour de l'EHPAD et aux recommandations de l'ANESM, est mis en place pour chaque résident un PAP. Le PAP est préparé en amont par le résident et l'équipe pluridisciplinaire sur un questionnaire annexé au dossier de soins informatisé utilisé par tous les professionnels (ouverture du document informatisé dès l'admission et renseignement progressif par les différents professionnels intervenant au fur et à mesure de la prise de connaissance du résident). Il se compose d'une partie descriptive sur l'histoire de vie, le comportement, les habitudes de vie antérieures et actuelles, et d'une partie consacrée aux objectifs à déterminer. Ces objectifs se déclinent en 6 grands axes :

- Personnaliser le cadre de vie,
- Préserver l'autonomie et la sécurité,
- Préserver les rapports à l'extérieur,
- Assurer le suivi médical,
- Proposer un soutien psychologique,
- Proposer des moments d'animation.

Une fois le dossier informatisé complété par tous les intervenants un rendez-vous de validation est programmé. Ce rendez-vous se déroule avec le résident ou accompagné de membres de sa famille et/ou de son représentant légal et est programmé après un temps d'adaptation du résident à son nouveau lieu de vie. Les rendez-vous de validation se déroulent en présence des représentants des différents professionnels de l'EHPAD intervenants auprès des résidents à savoir :

- Le médecin coordonnateur,
- Un psychologue,
- L'assistante sociale,

- Un infirmier,
- Un aide-soignant,
- Une secrétaire,
- L'animatrice,
- La cadre de santé,
- Un Agent de Service Hospitalier.

Le résident est informé de la démarche, son consentement est recherché afin de déterminer s'il souhaite être accompagné et les personnes susceptibles de l'accompagner. La coordination du rendez-vous de validation est ensuite effectuée, soit par téléphone, soit lors de la rencontre de la famille et/ou du représentant légal avec l'infirmier coordinateur. Une fois la date fixée un document récapitulatif des attentes de cette rencontre avec la date, l'heure et le lieu du rendez-vous sont remis aux résidents et leurs familles car très souvent en incapacités de pouvoir accéder à ces informations, afin de pouvoir préparer cette rencontre.

2.3 Le déroulement du rendez-vous de validation

La présence du résident à ce rendez-vous, dès lors qu'il en a la capacité, constitue désormais un principe incontournable, afin de garantir un temps d'expression authentique de ses envies et de ses besoins du moment, y compris en cas d'altération des fonctions supérieures.

Le rendez-vous de validation s'inscrit dans la dynamique d'accompagnement personnalisé de l'EHPAD et garantit un cadre clair, sécurisant et compréhensible pour le résident et ses proches. Il débute par la présentation des professionnels présents et par un rappel de l'objectif du rendez-vous, afin de soutenir une participation active et une expression libre des besoins, préférences et priorités de la personne. L'entretien se déroule ensuite en deux temps : d'abord l'analyse partagée des observations et informations recueillies, puis la définition d'objectifs individualisés, co-construits avec le résident dès que les conditions le permettent, y compris en cas d'altération des fonctions supérieures.

À l'issue de ce rendez-vous, l'équipe pluridisciplinaire actualise les outils organisationnels et précise les modalités de mise en œuvre des objectifs retenus. Les Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) font l'objet d'une révision régulière, permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs, d'ajuster le projet et de définir, si nécessaire, de nouvelles orientations. Toute modification significative du PAP requiert une nouvelle validation afin d'assurer la cohérence de l'accompagnement.

Les projets de vie validés sont intégrés au dossier informatisé du résident, garantissant une traçabilité rigoureuse et une protection adaptée des données personnelles. Ils peuvent être consultés par le résident ou son entourage sur simple demande, dans le respect du secret professionnel. Ces rendez-vous représentent également un temps privilégié de collaboration avec les proches. Ils permettent de recueillir leurs attentes, de clarifier le rôle de chacun et, le cas échéant, d'actualiser d'autres éléments importants du dossier tels que les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance, les fiches décès

ou les niveaux d'intervention médicale. Cette approche globale favorise la continuité, la cohérence et la personnalisation de l'accompagnement, au plus près des besoins singuliers de chaque résident.

2.4 L'évaluation

L'évaluation en équipe pluridisciplinaire permet de vérifier l'atteinte des objectifs, d'actualiser l'autonomie du résident au travers des échelles et scores d'évaluations utilisés (MNA, ADL, ...). Un nouveau rendez-vous est organisé pour formuler de nouveaux objectifs si besoin.

3. L'ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'accompagnement dans l'organisation de la vie quotidienne est personnalisé : maintien des habitudes de vie et du rythme de chaque personne lors du réveil, du lever et du petit-déjeuner, des repas, de la toilette et du coucher. L'organisation de la vie quotidienne facilite la transition entre l'espace privé et les espaces collectifs et participe aux rencontres.

Par ailleurs en fonction de l'évaluation cognitive et psycho comportementale de chaque résident, un programme d'activités personnalisées lui sera proposé centré sur ses besoins et ses attentes. Une évaluation de l'adéquation des réponses proposées est réalisée.

Concernant les interactions entre les résidents, elles sont facilitées et encouragées par la mise en relation dans le cadre des activités, en impliquant les professionnels dans la vie sociale (formation du personnel au recueil des attentes des résidents, aux difficultés cognitives, au repérage et à l'apaisement des tensions). Le refus de participer par un résident est analysé, inscrit dans le PAP et retravaillé par les équipés pour lui proposer des activités qui lui sont adaptées et qui sont en faveur de la création de liens.

Concernant les relations avec les proches : la place de la famille et de l'entourage est reconnue dans l'accompagnement du résident, elle est encouragée par les agents et facilitée par l'implication des bénévoles au sein de l'établissement.

Concernant la participation du résident et de ses proches à la vie de la structure : au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS), cette participation est spécifique car les troubles cognitifs de ces derniers ne permettent pas une participation active. Les représentants des résidents ont toutes leur place pour mettre en avant les attentes des résidents qui ne peuvent les exprimer. Ils sont systématiquement associés aux sujets portés à l'ordre du jour : projets structurants de l'établissement, organisation du quotidien, évolution des animations, réflexion sur la qualité de l'accompagnement ou encore choix collectifs influençant la vie de l'EHPAD.

Les équipes sollicitent régulièrement les résidents en amont du CVS pour recueillir leurs propositions, identifier leurs préoccupations et mieux comprendre leurs attentes. La participation des représentants des résidents constitue un véritable levier d'amélioration continue, valorisant leur expertise d'usage et reconnaissant pleinement leur rôle d'acteurs au sein de l'établissement.

4. L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Six lits sur l'EHPAD sont réservés pour un hébergement temporaire, dans le cadre de séjour de répit pour les familles ; la durée peut s'étendre d'une semaine à 3 mois.

Il permet de stimuler le résident dans sa participation notamment aux actes de la vie quotidienne, en maintenant son autonomie, ses capacités relationnelles et psychologiques. Il constitue un temps d'essai, de préparation à la vie collective, de mise en exergue des habitudes de vie de la personne.

Pour l'aidant, il répond à des situations dites de crise :

- hospitalisation de l'aidant
- répit programmé en vue de maintenir l'équilibre du maintien à domicile et lutter contre l'épuisement de l'aidant.

L'équipe pluridisciplinaire élabore avec la personne et sa famille un plan d'accompagnement avec l'aide de l'assistante sociale et la psychologue en veillant à préserver l'autonomie soit pour préparer un retour à domicile, soit pour préparer une entrée en EHPAD.

5. LE POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES – PASA

Le PASA accueille des personnes âgées, provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne.

Les modalités de repérage des troubles du comportement se font par l'évaluation et le bilan des symptômes à l'aide de la grille NPI-ES, et en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.

Les résidents sont installés à partir de 10h dans le lieu dédié au PASA.

La journée est rythmée par des activités prescrites par le médecin coordonnateur dans le cadre d'un projet de vie et de soins de la personne âgée.

Par ailleurs, le consentement de la personne âgée est nécessaire ou l'adhésion de la famille ou d'un proche.

Les ateliers thérapeutiques et de socialisation sont planifiés et affichés pour les familles, comme une activité de soin à part entière.

5.1 Le mode de fonctionnement du PASA

Un projet d'atelier thérapeutique est un projet d'équipe. Il doit rencontrer l'appui de tous pour assurer sa pérennité. Il doit être régulièrement évalué et réajusté.

Sa réalisation concrète doit reposer sur deux intervenants capables de se substituer l'un à l'autre, pour pouvoir ainsi se centrer sur certains malades qui nécessitent plus d'attention et mieux observer à deux les réactions des malades.

Le lieu et l'horaire sont déterminés de façon claire pour faciliter le repérage, et la ritualisation et éviter l'improvisation.

Le choix des résidents participant à l'atelier fait l'objet d'une réflexion d'équipe en fonction des personnalités, des compatibilités, des capacités des résidents. Les activités nécessitent une homogénéité du groupe. La participation d'un résident à un atelier doit toujours être acceptée, il peut lui être proposé dans un premier temps d'assister passivement avant de se déterminer.

La durée d'une séance ne doit pas dépasser $\frac{3}{4}$ h, compte tenu des difficultés à soutenir l'attention. L'atmosphère doit être calme pour stimuler les capacités attentionnelles. Le déroulement des séances doit également être ritualisé.

Après la séance, il faut prévoir un moment d'évaluation, de synthèse de l'atelier et noter les éléments essentiels de la séance.

5.2 Les objectifs du PASA

Les objectifs sont de :

- Mobiliser les ressources de façon à ce que le résident soit davantage en interaction avec son environnement,
- Solliciter le résident pour lui donner une place à part entière et l'inscrire dans l'interactivité,
- Préserver une autonomie par la prise de décision,
- Valoriser le résident et restaurer du plaisir,
- Occuper le résident pour contenir l'angoisse.

6. LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTES DES RESIDENTS

6.1 Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée et l'intimité

Le respect de la dignité et de la vie privée des résidents guide l'ensemble des pratiques professionnelles. Les agents veillent à frapper avant d'entrer et à se présenter lorsque cela est nécessaire, afin de préserver l'intimité de chacun. Bien que familiers pour la plupart des résidents, certains peuvent ne pas reconnaître immédiatement les intervenants ou ne pas les entendre en raison de troubles cognitifs ou de bruits ambiants ; ces précautions restent donc essentielles.

La manière de s'adresser aux résidents s'inscrit dans la même logique de respect : le vouvoiement et l'usage du nom de famille constituent la règle. Toutefois, les préférences individuelles sont prises en compte. Le PAP formalise ces choix après échange avec le résident, certains souhaitant être appelés par leur prénom ou tutoyés, notamment lorsque cela favorise une relation plus apaisée, plus sereine ou mieux comprise.

La protection des personnes âgées vulnérables, l'attention portée à leurs expressions verbales et non verbales et la prise en compte de leur volonté constituent des engagements majeurs. L'équipe reste vigilante aux signes témoignant d'un besoin particulier de protection ou d'un désir à respecter.

La vie affective et sexuelle relève également de ce droit fondamental à l'intimité. Les professionnels assurent une totale discrétion et soutiennent les résidents dans l'organisation de moments privés, en accompagnant ceux qui, en raison de limitations physiques ou cognitives, ne pourraient pas assurer seuls les conditions nécessaires à leur intimité.

6.2 Garantir le droit à l'information

A l'arrivée de chacun des résidents, l'ensemble des documents réglementaires sont transmis et présentés au résident, à leur famille et proches. Il est précisé que le résident peut désigner une personne de confiance (art L 1111-6 du CSP²). Elle sera consultée au cas où ce dernier ne pourrait plus exprimer sa volonté et recevoir toute information nécessaire. La charte des droits et libertés de la personne accueillie y figure et l'institution veille à ce respect.

Par ailleurs, l'établissement garanti l'affichage de l'ensemble des documents règlementaires tels que : la liste des personnes présentes au CVS, les représentants des usagers, le compte-rendu des CVS, la charte des droits et liberté, les nouveaux tarifs, le planning de l'animation, les nouveaux résidents accueillis, l'EHPAD HEBDO renouvelé toutes les semaines et l'annonce d'évènements particuliers.

Concernant le courrier, le secrétariat s'assure quotidiennement de la distribution du courrier aux résidents (journaux, magazines, abonnements...). Les résidents peuvent également y déposer leur courrier personnel pour qu'il soit envoyé.

6.3 Les relations avec les familles

Les familles et/ou leurs enfants sont des partenaires indispensables à l'équilibre psychoaffectif du patient reconnaissant ainsi leur compétence propre au côté des soignants.

Pour une meilleure intégration et un soutien dans une logique d'accompagnement global, il est proposé aux familles d'être présentes à l'occasion de :

- groupes de paroles formalisés,
- réunions thématiques régulières,
- entretiens individuels,

² Modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9](#)

- réunions trimestrielles des familles avec la présence des représentants d'associations des malades,
- CVS.

PARTIE 4 - LE PROJET MEDICO-SOIGNANT

Les pathologies prises en charge au sein de l'EHPAD des JDA sont évolutives et doivent être suivies régulièrement sur le plan médical et psycho-comportemental. Le diagnostic précis doit être réalisé pour permettre à l'équipe soignante de connaître les spécificités des pathologies de chaque résident.

La prescription des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses nécessite une connaissance particulière de leurs indications et contre-indications. La prescription des thérapeutiques visant à contrôler les troubles du comportement doit tenir compte des caractéristiques propres de chaque résident (poids, fonction rénale, ensemble des traitements prescrits) et pouvoir être modifiée avec rapidité en fonction de l'obtention ou non des effets attendus.

C'est pourquoi le soin quotidien aux résidents est assuré par le médecin coordonnateur qui consigne le suivi médical du résident dans le dossier médical informatisé du CHU de Bordeaux. Il recueille les transmissions de l'équipe soignante et adapte les traitements. Il est en lien avec le médecin neurogériatre responsable de la consultation mémoire et de l'unité de soins aigus pour patients Alzheimer. La supervision médicale est de la responsabilité du médecin coordonnateur qui assure également les différentes missions de coordination.

1. UNE PHILOSOPHIE DE SOINS QUI REPOSE SUR LE PRENDRE SOIN DU RESIDENT ET DE SA FAMILLE

Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer nécessite un traitement spécifique de la maladie et des symptômes associés. Il a également besoin que l'on maintienne une qualité de vie physique, psychique et relationnelle optimale, pour prévenir les situations de crise qui motivent souvent l'entrée en institution.

L'EHPAD des JDA propose de prendre en soins le résident. Ils consistent à prévenir les complications, préserver l'autonomie, et :

- Optimiser le fonctionnement cognitif par une stimulation adaptée aux capacités restantes,
- Maintenir la vie relationnelle et l'insertion sociale,
- Améliorer l'estime de soi, préserver l'expression des désirs, rechercher le bien-être dans une atmosphère chaleureuse.

Cette personne âgée, dépendante psychiquement et parfois physiquement sera reconnue dans son identité d'homme ou de femme, dans son statut de résident et de malade, dans son devenir d'être humain à part entière. Son statut de résident de l'EHPAD ne devra pas faire oublier la nécessité de tenir compte dans la vie quotidienne de l'impact de la maladie sur son comportement et ses capacités de faire ou ne pas faire.

Notre prise en soin pluridisciplinaire s'appuie sur le savoir et le savoir-faire de soignants formés à la prise en charge des troubles du comportement, donc capables de rassurer, d'entendre, de contenir et de « réanimer » ces résidents malades.

Le soin apporté nécessite une prise en compte spécifique et adaptée à ce type de pathologie. Il s'agit d'entendre la souffrance du malade et de sa famille, de tenter de la soulager, de l'accompagner au jour le jour, de lui permettre d'exister par le regard que l'on porte sur lui afin qu'il reste l'acteur de sa vie, malgré sa dépendance et par-delà sa démence.

Il s'agit au sein de notre structure, de bâtir un projet de soin et un projet de vie avec le résident, sa famille, la personne de confiance, le représentant légal et le personnel dans un cadre de vie adapté mis en œuvre par une équipe formée et motivée.

2. LES FONDEMENTS DE LA PRISE EN SOIN

Le malade Alzheimer a besoin d'être rassuré face à la détresse engendrée par sa désorientation, ses oublis à mesure, ses égarements, son incontinence, ses difficultés praxiques, les altérations de ses perceptions sensorielles, ses difficultés de compréhension des mots et d'expression :

- Favoriser le calme dans l'institution,
- Privilégier la communication non verbale, le toucher et l'incitation gestuelle,
- Utiliser des outils et des stratégies de communication spécifiques,
- Se nommer et mettre des mots sur le soin,
- Faire avec et non à la place, inciter sans mettre en échec, respecter le tempo du malade selon les soins,
- Respecter la pudeur et l'intimité surtout dans les soins physiques,
- Resituer au quotidien dans le temps et dans l'espace,
- Organiser les rythmes de la journée de manière cohérente (horaires des repas et du coucher),
- Proposer à heures régulières la reprogrammation mictionnelle,
- Contenir l'espace de déambulation sans risque, la favoriser sans l'interdire,
- Mettre en place une ritualisation institutionnelle dans les horaires et des pratiques communes.

Le malade Alzheimer a besoin d'être entendu :

- à travers un langage métaphorique,
- dans ses angoisses,
- dans sa nécessité de faire, de marcher, de sortir, de « déranger »,
- dans son désir de relation et ses tentatives de mise en mots,
- dans ses refus qui peuvent être tolérés dans une démarche de soins commune,
- dans son besoin de rencontre et l'évocation des souvenirs.

Le malade Alzheimer a besoin d'être contenu :

- *Non pas avec des liens mais* par des comportements adaptés, rassurants et toujours bienveillants, une écoute de ses désirs, un discours cohérent et commun de l'équipe autour d'un projet de soins,

- *Non pas seulement avec des médicaments* mais par une réflexion multidisciplinaire visant à donner du sens à ses conduites, une recherche d'évènements douloureux ou de frustrations, la mise en place de stratégies de soin précises validées en équipe, écrites et reproductibles par tous.

Le malade Alzheimer a besoin d'être entouré :

- Par la proposition de moments de convivialité et le partage de plaisirs quotidiens,
- Par la mise en place d'ateliers thérapeutiques (planifiés à jour et heure fixe, animés par les soignants, évalués en équipe),
- Par la pratique de temps individuels de présence auprès de lui.

Cette prise en soin institutionnelle est efficace à côté du traitement médicamenteux ; et lorsque le résident est ainsi pris en compte, la souffrance de la famille s'apaise.

Cela suppose une organisation rationnelle des tâches quotidiennes pour l'ensemble des soignants à l'écoute des rythmes de vie des malades.

Cela nécessite que chaque fonction dans l'équipe soit définie clairement et reconnue par tous (fiches de poste, évaluations ...).

L'écoute indispensable de chacun dans son rôle propre, dans sa parole et le soutien dans son travail est au diapason de l'écoute et du soutien aux malades.

Le projet s'adresse principalement aux malades, la famille doit pouvoir y adhérer en conservant pleinement son rôle affectif d'accompagnant naturel, qui peut l'aider à se déculpabiliser. Il est présenté au patient à son arrivée et à la famille.

Ce moment de rencontre est extrêmement important. Il peut être différé dans les premiers jours de l'admission du patient, et peut éventuellement se dérouler en deux temps, avec et sans lui.

Il doit permettre de verbaliser le déroulement de la vie institutionnelle, les choix éthiques de la structure, le mode de résolution des crises, les attitudes adoptées face aux troubles du comportement, aux risques multiples (fugues, chutes,) et de tenter de donner des réponses sur notre savoir-faire et notre savoir être.

3. LA DECLINAISON DU PROJET DE SOIN

Sept axes de soins prioritaires ont été définis. Ils touchent des approches différentes mais complémentaires :

- La prise en charge des troubles nutritionnels avec une prise en compte de l'alimentation,
- La prise en compte des troubles des praxies et le maintien de l'autonomie,
- La prise en charge des troubles du sommeil et du rythme circadien,

- La prise en charge et le traitement des maladies intercurrentes,
- Le maintien d'une vie de relation,
- Les troubles du comportement et la recherche de sens,
- Le questionnement face à la mort et son accompagnement.

3.1 La prise en charge des troubles nutritionnels et la prise en compte de l'alimentation

La nutrition est un souci gériatrique de première importance qui doit répondre à plusieurs objectifs de qualité, de variété des repas, de fréquence, afin de lutter contre la dénutrition et la déshydratation.

Une vigilance particulière s'impose à nous dans le suivi nutritionnel de ces patients car l'alimentation intervient à 2 niveaux : en prévention de l'aggravation du déficit cognitif et en prévention de la dénutrition.

La dénutrition peut débuter assez tôt dans l'évolution de la maladie et accélérer son évolution. Il est important d'adapter les repas du patient et d'être capables de réagir aux troubles du comportement alimentaire.

Dans la pratique, il est nécessaire de vérifier le statut nutritionnel et notamment la courbe de poids. Le Mini Nutritionnel Assessment (MNA) approfondira le suivi. D'autres échelles spécifiques serviront de repère pour évaluer les troubles du comportement alimentaire fréquents au stade sévère de la démence (les comportements de résistance, les dyspraxies et l'apraxie buccale, les troubles sélectifs...)

La mise en œuvre notamment du repas thérapeutique au sein du PASA évalue les capacités du malade à s'alimenter seul. L'objectif de cette activité est d'entretenir les gestes quotidiens pour manger, vérifier l'apport nutritionnel, travailler les sensations (goût, couleur, saveur, texture), faire reconnaître les aliments, apporter convivialité et plaisir d'un repas pris en commun sans confronter le résident à l'échec. Il représente un temps d'observation et d'évaluation des troubles praxiques, gnosiologiques, de compréhension de la situation. L'analyse des troubles permet l'adaptation de l'attitude du soignant et l'utilisation d'une vaisselle adéquate ...

Il est également un lieu de parole et de relation les uns avec les autres.

3.2 La prise en compte des troubles des praxies et le maintien de l'autonomie

Cet axe de soin concerne les repas, la toilette, l'habillage, la continence et la marche. Il est l'affaire de tous.

Il répond à plusieurs objectifs :

- Faire avec et non à la place de, en anticipant et en évitant les risques de mise en échec,
- Respecter le rythme du malade et faire de tout soin, même technique, un moment de relation, ce qui oblige la plupart du temps à une relation individuelle,
- Accompagner l'incitation verbale de gestes signifiants ; ne donner qu'une seule consigne à la fois avec des mots simples,
- Favoriser la marche grâce aux espaces de déambulation, privilégier l'appui dans tout transfert, limiter le fauteuil roulant à sa fonction de moyen de locomotion,
- Supprimer toutes contentions physiques,

- Proposer de manière régulière et suivie des conduites de reprogrammation mictionnelle en évitant la mise de protection,
- Maintenir l'identité du malade par un respect de l'image de soi.

3.3 La prise en charge du sommeil

Le patient dément présente des troubles du sommeil avec une inversion du nycthémère. Or, la qualité du sommeil des patients conditionne en grande partie leur participation aux ateliers thérapeutiques, leur réaction face à la toilette, aux repas et aux autres soins ou activités proposés, l'existence ou non de troubles de comportement dans la journée.

Il apparaît donc important de prendre en compte, par l'intermédiaire d'une ritualisation institutionnelle et de rituels spécifiques du coucher, ses troubles.

L'organisation institutionnelle doit tenter de maîtriser ou d'anticiper les troubles des comportements induits par l'angoisse vespérale. L'accompagnement au lit respecte une planification précise dans l'ordre des conduites. Le ton et les mots pour le dire répondent également à un objectif de réassurance. Ils sont répétés par l'ensemble de l'équipe.

Les rituels spécifiques se situent dans le cadre d'une « re narcissation », ils peuvent être : physiques, verbaux, et environnementaux.

Les rituels physiques font appel à la médiation corporelle pour les patients ayant désinvesti le langage, les rituels verbaux se distinguent selon qu'il s'agit de ce que dit le résident, ou de ce que répète le soignant chaque soir. Les rituels environnementaux sont favorisés par l'écoute tolérante de l'ensemble de l'équipe (déambulation libre, lumière, etc.).

Le temps du coucher est un soin à part entière et met en œuvre les techniques de relation d'aide et d'écoute. C'est l'affaire de toute une équipe et l'on s'attachera à optimiser la qualité des transmissions et l'observation clinique du sommeil.

3.4 La prise en charge des traitements et des maladies intercurrentes

Les résidents atteints de démences quelle que soit son origine, sont des résidents âgés et fragiles. Ils ont le plus souvent un état de santé précaire. Le soin psychique n'est donc pas le seul nécessaire et face à l'apparition d'un épisode médical intercurrent et aux traitements médicamenteux qu'ils nécessitent, il est indispensable qu'une équipe soignante professionnelle, qualifiée, compétente sur le plan technique soit à son service.

En cas de pathologie aiguë nécessitant une surveillance plus rapprochée, le résident est informé de son transfert dans le service de médecine de la filière ou à défaut aux urgences du CHU de Bordeaux avec son accord et celui de sa famille.

Le suivi médical sur l'évolution de la maladie d'Alzheimer est organisé en premier lieu dans une logique de filière au sein du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux puis en partenariat avec d'autres EHPAD nécessitant de mettre en œuvre des conventions.

3.5 Le maintien des relations extérieures à l'EHPAD

Les relations à la famille seront toujours valorisées et encouragées ; il s'agit de leur permettre de réinventer une relation avec le résident et de lui conserver toute sa place. Il nous faut encourager toute occasion de rencontres et d'émotion partagée même si cette relation est entourée par la présence d'un soignant lors d'un soin.

L'information sur l'état de santé est une exigence et nécessite un temps d'écoute et de parole, la disponibilité de tout un chacun favorise les liens avec la famille et établit une relation de confiance, l'accueil au quotidien favorise l'expression des émotions difficiles.

Donner au résident une place de sujet, de le penser dans son histoire familiale, de le positionner au centre de toute relation.

Le recueil de l'histoire de vie est un outil indispensable. Il éclaire non seulement sur les habitudes de vie mais aussi sur les modes de réaction face aux épreuves, et les aspirations profondes de la personne. Il permet à la famille de se sentir acteur de ce qui se passe et de rester un accompagnant indispensable. Les activités proposées sont des ateliers thérapeutiques pris en charge par des soignants dont le rôle ne se limite pas aux soins d'hygiène, ce qui leur permet de rejoindre le malade, de le rencontrer sous forme de rendez-vous quotidien, dans d'autres moments.

Les médiateurs de la relation dépendent des désirs du patient, mais aussi des aptitudes des soignants. Ce peut être le dessin, la terre, la gymnastique, le chant, la lecture, les promenades, les groupes de parole ou les jeux de société. Ce peut être encore l'organisation de sorties au restaurant ou dans les différents commerces. Ce peut être la conduite à la cafétéria où il sera possible de faire ses achats.

Ces différentes activités, qui sont planifiées au titre d'un soin et proposées de manière régulière, font l'objet d'une transmission écrite sur l'opportunité de la prescription et la manière dont le résident s'y inscrit.

Enfin, afin de permettre à chacun de se situer dans le temps, certains moments de l'année, peuvent donner libre cours à des fêtes où l'occasion est donnée à chacun de remobiliser les souvenirs et être acteur de ce moment privilégié proposé.

3.6 Les troubles du comportement et la recherche de sens

Face aux troubles du comportement, le patient qui ne peut plus mettre des mots sur son angoisse peut s'exprimer par l'intermédiaire de ses troubles.

Nous veillerons à entendre les comportements de refus, à placer les manifestations d'agressivité dans une dynamique d'histoire de vie, passée et présente. Les refus (de toilette, d'alimentation) peuvent être tolérés un certain temps, en fonction des risques de vie et seront l'occasion de mobiliser l'ensemble de l'équipe pour des rencontres, des temps d'écoute. La contention est proscrite dans la mesure où le projet institutionnel et l'attitude du soignant sont suffisamment contenant et respectent son rythme.

Au total, le regard bienveillant et rassurant de l'ensemble de l'équipe, l'écoute attentive de l'indicible et parfois les traitements, s'ils sont ponctuels et adaptés, participent à la diminution des troubles du comportement, même les plus dérangeants.

3.7 L'accompagnement du résident dans son questionnement face à la mort

La relation soignant-soigné repose sur la connaissance et la prise en compte de l'angoisse que représente ce questionnement. L'accompagnement requiert une qualité d'être, d'écoute, de présence chaleureuse et discrète au service de celui qui va mourir. Les soignants veilleront à son confort, seront à l'écoute de ses besoins physiques, psychiques et spirituels.

3.8 Les modalités de l'accompagnement thérapeutique

Les modalités d'accompagnement thérapeutique à mettre en œuvre par l'équipe concernent la prise en charge des troubles du comportement à tous les moments de la journée du résident, ainsi que la mise en place de mesures de protection du résident vis-à-vis des autres et de lui-même, notamment l'encadrement strict des pratiques de contention et le développement d'alternatives.

Les soins doivent, avant tout, être réalisés comme des activités thérapeutiques à part entière, en prenant en considération les besoins spécifiques de ces malades, en sollicitant leur participation ou du moins leur adhésion et en évitant les contraintes.

3.9 Les techniques de soins et leur modalité de suivi

Les techniques de soins et leur modalité de suivi sont protocolisées au sein du pôle de gériatrie clinique.

Différents protocoles de soins sont à la disposition des professionnels. Ils sont relatifs à :

- la déshydratation ;
- la dénutrition ;
- les chutes ;
- les troubles cognitifs et mnésiques ;
- les troubles psycho-comportementaux ;
- les troubles de l'élimination ;
- les escarres ;
- les problèmes buccodentaires ;
- la prise en charge de la douleur ;
- la contention et les stratégies alternatives à la contention ;
- l'accompagnement de fin de vie ;
- le décès.

3.10 La démarche éthique à l'EHPAD des JDA

Les situations soulevant un questionnement de nature éthique sont fréquentes en pratique quotidienne dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées (passage du stade curatif d'une maladie à son stade palliatif, limitation ou arrêt des traitements actifs, mise en place, poursuite ou suspension de l'alimentation et/ou de l'hydratation, refus partiel ou total des soins, transfert dans un établissement sanitaire à l'occasion d'une décompensation somatique grave...).

Par ailleurs, les professionnels de santé sont fortement sollicités par les autorités sanitaires, HAS et ANESM pour organiser, instituer et évaluer la réflexion éthique dans leur établissement. Cette nécessité de mettre en œuvre une démarche éthique s'enracine dans un cadre juridique qui, avec la loi du 4 mars 2002, celle du 22 avril 2005 et plus récemment la loi du 2 février 2016, vise à renforcer les droits des patients.

La mise en place d'une instance éthique par les différents acteurs du terrain vise à répondre à cette double exigence.

L'instance éthique du pôle de gérontologie clinique (espace éthique en gériatrie – validé par l'ANDPC en tant RCP Ethique en gériatrie, DPC n°10012525072) est déclinée au sein de l'EHPAD des JDA sous la forme d'une conférence semestrielle et de réponses aux besoins de l'établissement en fonction des situations.

Cette instance éthique est formalisée avec les règles de bases suivantes :

- Un temps et un espace dédiés
- La sollicitation de l'ensemble des acteurs du terrain
- Le respect de la collégialité
- Une animation permettant l'expression de la pluralité des points de vue
- Des principes de fonctionnement : neutralité, indépendance, confidentialité, bienveillance, régularité, engagement

L'aide à la décision, le soutien et les conseils en situation complexe constituent la principale activité de l'instance éthique. Un travail thématique pluridisciplinaire à partir de situations problématiques récurrentes peut compléter utilement cette activité principale.

L'objectif de la démarche éthique au sein d'une instance de réflexion (comité, groupe...) sera de passer du problème posé par une situation au questionnement éthique sous-jacent ; d'en analyser toutes les dimensions de façon pluridisciplinaire par la présence de soignants (médicaux et paramédicaux) et selon le contexte de professionnels extérieurs au monde du soin (juriste, philosophe...) ; d'élaborer des préconisations.

L'instance éthique du pôle de gérontologie clinique peut faire appel en cas de difficultés à des ressources intra CHU : équipe mobile éthique clinique (EMEC), qui est l'acteur assurant l'opérationnalité du comité d'éthique du CHU.

L'enjeu d'un travail sur le questionnement éthique visera à :

- Faire émerger les valeurs mises en tension à partir du récit des problèmes : autonomie/bienfaisance, autonomie/justice, bienfaisance/non malfaisance

- Repérer les situations d'injonctions paradoxales : sécurité et respect des libertés individuelles ; soins personnalisés et contraintes de la vie en collectivité ; place des proches et limites de leur implication ; respect de la volonté du patient/résident et qualité du consentement aux soins
- Distinguer un affrontement de logiques : logique de choix/logique de soin ; logique de soin/Logique économique

La finalité est de *donner du sens aux pratiques*.

3.11 La prévention et la maîtrise du risque infectieux

La prévention du risque infectieux constitue une priorité stratégique de sécurité des soins au sein de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette. Le public accueilli est particulièrement vulnérable, présentant souvent des polyopathologies et une dépendance fonctionnelle. La vie en collectivité accentue le risque de transmission des agents infectieux, rendant les mesures de prévention indispensables.

Les principaux risques identifiés sont :

- Le risque épidémique : infections respiratoires et digestives, liées à la vie collective et à la fragilité des résidents ;
- Le risque d'infections associées aux soins : infections urinaires et cutanées liées aux actes de soins.

Pour assurer la maîtrise de ces risques, l'établissement s'appuie sur la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025 et sur une organisation structurée et complémentaire:

- Équipe opérationnelle d'hygiène : Binôme référent en hygiène avec un praticien hospitalier hygiéniste et infirmière hygiéniste, membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du CHU de Bordeaux.
- Cadre de santé et médecin coordonnateur veillant à l'application des protocoles, au relais des priorités de prévention du risque infectieux et à l'évaluation des situations à risque.
- Correspondants en hygiène identifiés assurant la proximité avec les équipes, l'accompagnement quotidien et la diffusion des bonnes pratiques.
- Pilotage institutionnel
 - CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) : pilotage stratégique et évaluation des actions, avec une volonté d'intégrer pleinement les professionnels médicaux de l'EHPAD.
 - Elaboration d'un programme d'action prioritaire annuel de prévention des infections du CHU intégrant les EHPAD.

Concernant le référentiel documentaire, l'EHPAD des JDA utilise un système documentaire qualité partagé avec le CHU, garantissant la cohérence et l'harmonisation des pratiques. Des procédures spécifiques aux risques épidémiques propres aux EHPAD sont élaborées et mises à jour régulièrement.

Les documents sont diffusés, actualisés et appropriés par les équipes via les relais en hygiène, assurant une application concrète et sécurisée des mesures de prévention.

Formation, suivi et amélioration continue

La prévention du risque infectieux s'appuie sur un dispositif combinant formation, suivi et évaluation continue des pratiques. Celui-ci intègre :

- Des formations régulières auprès des professionnels de l'EHPAD
- La réalisation du DAMRI, assortie d'un suivi régulier du plan d'action et de sa mise en œuvre opérationnelle.
- La promotion de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique chaque année en mai pour lors de la journée mondiale de l'hygiène des mains de l'OMS le 5 mai.
- Le suivi de l'indicateur de consommation de solution hydroalcoolique (ICHSA), témoignant du niveau d'hygiène des mains au sein de l'établissement
- Des audits réguliers et l'évaluation de l'application des précautions standard
- La mise en place des mesures dites « hivernales » avec le port du masque en systématique par les professionnels dès que la région Nouvelle-Aquitaine est en période épidémique pour les virus hivernaux

PARTIE 5 - LE PROJET D'ANIMATION

1. LE PROJET D'ANIMATION DE L'EHPAD DES JDA

Les deux objectifs principaux de l'animation sont le maintien du lien social et la qualité de vie. A cette fin, l'animation doit être régulière et permanente, elle doit faire partie de la vie.

1.1 Définition de l'animation en EHPAD

L'animation en EHPAD est une adaptation à chaque instant pour le résident et surtout lui laisser le libre choix. Ainsi, cela va lui permettre de conserver la notion de plaisir, de découverte et de rester en éveil. C'est également le maintien des capacités motrices, cognitives et sociales afin que chaque personne se sente exister. Rester un acteur de sa vie est une notion très importante pour un animateur social, « ne pas faire à leur place ». Permettre à chacun de trouver sa place au sein de la structure, de se sentir utile et de continuer à vivre sa vie.

1.2 Le projet d'animation de l'EHPAD « Les jardins de l'Alouette »

Le projet d'animation de l'EHPAD « les Jardins de l'Alouette » occupe une place à part entière dans le projet institutionnel et dans le projet d'accompagnement personnalisé. C'est une véritable ouverture sociale de l'institution. L'ouverture d'esprit qui doit en découler va permettre une meilleure qualité de vie à la personne âgée en lui permettant de rester actrice de sa vie tout en l'aidant à s'intégrer dans la structure, en l'incitant à s'épanouir par la pratique d'activités et ateliers variés.

Dans le contexte actuel, l'organisation de loisirs ne peut pas représenter l'essentiel du « bien vieillir ». Pour offrir un bien-être quotidien à chaque personne accueillie, le projet d'animation des JDA se doit de voir ses modalités d'organisation adaptées aux caractéristiques de ce public si particulier.

Ainsi, pour adapter notre action de vie sociale à chaque « histoire » accueillie, il faut recenser les habitudes de vie des personnes, respecter les souhaits et adapter des propositions au quotidien, en équipe qui doit s'interroger sur l'activité essentielle de la personne âgée avant son entrée dans l'établissement. Le respect de ses habitudes et des rythmes de vie permettra d'instaurer un climat de confiance propice au bien-être de la personne accueillie.

La Charte nationale des personnes âgées dépendantes présente 14 principes généraux auxquels le projet fait référence. A ce titre, Le maintien des relations familiales est indispensable. La coopération des proches à la qualité de la vie doit être facilitée. De plus, toute personne âgée dépendante doit être encouragée à développer des centres d'intérêt pour éviter la sensation d'inutilité.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

1.3 Les objectifs principaux

- Améliorer la qualité de vie au quotidien des résidents : en tenant compte des envies, des besoins, du niveau de dépendance et de la pathologie,
- Favoriser la vie et les projets : par une ouverture sur l'extérieur (sorties, rencontres intergénérationnelles) avec la mise en place de partenariat (ex : médiathèque).

1.4 Le rôle de l'animateur

L'animateur contribue activement à la lutte contre l'isolement et à l'accompagnement personnel des résidents dans leur quotidien, par l'élaboration, la mise en place et l'animation des activités ludiques, sociales et ou thérapeutiques dans l'établissement.

1.5 Le programme d'animation

Il est élaboré en fonction de l'évaluation des attentes de chaque résident, par l'utilisation du projet de vie individualisé et par des entretiens avec la personne et sa famille.

Le programme est affiché dans toutes les maisons et à l'accueil.

La communication auprès des résidents, familles, et professionnels se fait par le biais d'une « Gazette » tous les trois mois pour informer de la vie de l'établissement. Cette Gazette qui présente des moments de la vie des résidents a fait l'objet au préalable d'une demande d'autorisation de droit à l'image auprès des familles et des représentants légaux.

Les activités sont adaptées aux souhaits et aux capacités des résidents, selon une méthode d'animation active : « faire avec eux et non pour eux ».

En ce sens et pour favoriser l'accueil et la qualité de la vie, un panel d'activités dans les domaines de l'animation culturelle, créative est proposé pour maintenir en santé et développer la convivialité...

La mise en place d'activités ludiques ou thérapeutiques doit aider au maintien de la vie sociale.

1.6 La déclinaison des objectifs du projet d'animation

<u>Objectif principal</u>
Favoriser le maintien de la vie sociale par des activités de loisirs adaptées.

<u>Objectifs complémentaires</u>		
1. Proposer des activités pour le maintien de l'autonomie physique, psychologique et sociale.	2. Développer des actions de divertissements et de pratique des loisirs socioculturels.	3. Favoriser les actions intergénérationnelles et avec les différents acteurs de la vie locale.
<u>Objectifs opérationnels en faveur de</u>		
Le maintien des capacités physiques, la pratique des gestes de la vie domestique, le maintien des capacités intellectuelles et des repères temporo-spaciaux. L'expression et la participation à la vie des JDA.	La pratique des passe-temps individuels, la participation à des ateliers de loisirs collectifs, la pratique des activités spirituelles, la découverte de nouvelles activités socioculturelles.	Les rencontres avec les acteurs de la vie locale, les échanges intergénérationnels, l'accueil et les contacts avec la famille, les activités à l'extérieur de la résidence.

1.7 Les différentes activités proposées à l'EHPAD

Activités	Fréquence et lieu	Intervenants
Un échange intergénérationnel avec les louveteaux des éclaireurs et éclaireuses de France de Pessac	A l'EHPAD, salon du PASA 3 fois 1 samedi sur mars 1 dimanche sur octobre 1 samedi sur novembre ou décembre	Animateurs et ASG
Activités de jeux empruntés à la ludothèque « terres de jeu »	A l'EHPAD, salon du PASA 1 fois par mois pendant 12 mois, depuis avril 2016	1 animatrice de la ludothèque Animateur et ASG
Accompagner des résidents en sortie extérieure	Dans le parc, 1 à 2 fois par semaine En sortie extérieure : en fonction de la météo, au moins 1 fois par mois	Animateur et ASG Également si besoin, les psychomotriciennes
Séances de cinéma	A l'EHPAD, salon du PASA 1 à 2 fois par mois	Animateur et ASG
Intervention de la médiathèque des hôpitaux de Bordeaux, autour de textes et chansons sur un thème	A l'EHPAD, salon du PASA 2 fois par mois	2 bénévoles Animateur et ASG
Intervention des Blouses Roses sur des ateliers créatifs en chansons	A l'EHPAD 2 fois par mois	3 bénévoles
Intervention des Petits frères des pauvres	En moyenne chaque semaine Auprès de 2 résidents	2 bénévoles

	Et participation à une sortie voyage pour 1 des 2 résidents	
Différents ateliers créatifs	A l'EHPAD 1 à 2 fois par semaine	Animateur
Atelier musique accordéon	A L'EHPAD 1 à 2 fois par semaine	Animateur
Intervention de l'orchestre d'accordéon « arc en ciel » du conservatoire de Mérignac pour clôturer l'atelier chorale	A l'EHPAD, au salon du PASA 1 à 2 fois par an	4 musiciens bénévoles et animateur
Atelier culinaire	A l'EHPAD, au restaurant gourmand 1 fois par semaine	Animateur et ASG
Atelier guinguette, chant et danse	A l'EHPAD, au salon du PASA 1 FOIS PAR SEMAINE	Animateur et ASG
Repas festif en commun	A l'EHPAD, salon du PASA 1 fois par mois	Equipe
Intervention d'artistes musiciens sur l'EHPAD	A L'EHPAD Environ 1 à 2 fois par mois	Artistes musiciens Animateur et ASG
Intervention d'une ferme mobile en intérieur et extérieur	A l'EHPAD, au salon du PASA et en extérieur dans les jardins des Jacinthes	1 intervenante Animateur et ASG
Intervention du muséum de Bordeaux	A l'EHPAD, au salon du PASA 1 fois par trimestre	1 intervenant Animateur et ASG

2. LE PROJET D'ANIMATION DU PASA

2.1 Les ateliers

A visée cognitive :

- **Des ateliers d'orientation** dans le temps et dans l'espace.
- **Lecture de la presse quotidienne** : l'intervenant fournit des informations sur le moment, le lieu, les événements dans le but de restructurer l'environnement avec une maîtrise des réactions émotionnelles voire des réactions de panique déclenchées par la ré- émergence de souvenirs,
- **Les ateliers de mémoire sémantique** ou groupes de parole.
- **Les ateliers de mémoire procédurale** : atelier : cuisine, atelier jardinage, atelier bricolage, L'objectif est de donner envie d'échanger sur des sujets comme les saisons, les fêtes, les métiers de façon à ce que la mémoire soit sollicitée de façon indirecte. L'écoute active de contes constitue une variante de ce type d'ateliers.

Outre la valorisation de l'estime de soi, le travail des praxies, ces ateliers sollicitent la socialisation et peuvent faire émerger parfois des pans entiers de souvenirs par la mobilisation émotionnelle.

A visée motrice :

Les résidents du PASA ont un besoin d'activité physique, celle-ci pouvant réduire les déambulations sans but, voire les « fugues ».

- **Parcours psychomoteurs** : ils sollicitent un travail d'équilibre, d'ajustement postural et de coordination motrice. Les résidents vont parcourir le trajet accompagnés d'un soignant, pour empêcher toute chute.
- **Ateliers de gymnastique** : les séances sont réalisées en petit groupe, effectuant sur imitation, des mouvements des bras ou des jambes, des postures jeux de ballons, des passages de bâtons, qui permettent un travail de coordination œil-main, et stimulent l'interactivité entre les résidents.

2.2 Autres ateliers thérapeutiques

- **Ateliers de danse** : l'activité allie le plaisir de se mettre en mouvement en musique avec une stimulation des fonctions d'équilibration.
- **Les repas thérapeutiques** : des groupes homogènes de résidents sont constitués pour la prise de repas et des collations (selon la nature des troubles).
Le repas et les collations ne se limitent pas à la prise de nourriture mais visent aussi à :
 - évaluer les capacités du résident à s'alimenter seul,
 - entretenir les gestes quotidiens pour manger,
 - vérifier l'apport nutritionnel (qualité, quantité), travailler les sensations (goût, couleur, saveur, texture),
 - faire reconnaître les aliments,
 - apporter convivialité et plaisir d'un repas pris en commun sans confronter le résident à une situation d'échec.

Nous veillons à une bonne préparation des plans de table, en plaçant les résidents par affinité. Chaque met est servi dans un plat, posé au milieu de la table, pour susciter des discussions autour de ce plat.

Les soignants participent à la prise du repas et au service, tout en mangeant à la même table que le résident, pour stimuler l'imitation des gestes. Ils servent ceux qui ne peuvent le faire, coupent les aliments si besoin. Ils préparent éventuellement la fourchette, la cuillère en prenant toujours soin de laisser faire ce que les résidents sont capables de faire mais sans toutefois les mettre en difficulté. Ils prennent soin d'adapter la présentation des aliments.

Le repas thérapeutique offre à la fois un moment de convivialité, de restructuration de l'estime de soi et une occasion d'évaluation des pratiques.

L'analyse des troubles permet d'adapter l'attitude du professionnel.

- **Les ateliers de créativité** : il peut s'agir d'ateliers de peinture, de poterie, de pâte à sel. La présence de soignants est cependant indispensable pour aider les résidents en difficulté
- **Les ateliers de socio-esthétique** : c'est essentiellement un atelier de détente et de plaisir, à travers le maquillage, la coiffure.

Les objectifs sont « d'éprouver son corps », se sentir exister à travers le ressenti corporel, de redéfinir les limites corporelles, de pallier les difficultés de communication en recréant une relation privilégiée, de provoquer une détente psychique et corporelle

- **Les ateliers de musicothérapie** : l'atelier utilise le soin et la musique sous toutes leurs formes comme moyen de communication, d'expression, de structuration et d'analyse de la relation. L'atelier doit se dérouler dans un lieu identique, espace privilégié, se répète à jour et heure fixes

La musicothérapie permet d'établir une communication avec le patient par l'intermédiaire de la musique. Cet atelier utilise la technique active qui nécessite la participation du résident-patient.

Les ateliers thérapeutiques mobilisent les ressources de façon à ce que le résident-patient soit davantage en interaction avec son environnement.

Les ateliers thérapeutiques font partie intégrante du projet de soins et de vie, ils sont proposés tout au long de la journée avec une orchestration des acteurs de soins qui les intègrent dans une harmonie d'ensemble.

Une attention particulière est apportée également aux activités qui visent à « renarcissiser » (soins esthétiques) et resocialiser (jeux de société, lecture, revue de presse) ces résidents qui présentent souvent une perte d'estime de soi et un syndrome anxiodépressif.

Le PASA est également doté d'un espace à visée multi sensorielle (espace Snoenzelen). Les multiples supports de cet espace servent de support et améliorent notre approche des troubles du comportement.

Aussi la formation hypnose médicale, axe fort du pôle, permet d'appréhender les troubles du comportement et ainsi les apaiser.

Cet accompagnement thérapeutique et ou de socialisation au sein du PASA est régulièrement réévalué.

Les activités sont réalisées par l'ASG, le psychomotricien, le psychologue, les soignants et l'animatrice. Le programme d'activité personnalisé est régulièrement actualisé par l'équipe pluridisciplinaire.

Le projet de vie s'articule, en particulier autour de ce programme d'activités.

PARTIE 6 - LA DEMARCHE QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES

Deux EHPADs étant rattachés au CHU de Bordeaux, il a été décidé d'élaborer une politique et organisation du management de la Qualité, Gestion des Risques unique pour les deux structures. Toutefois, chaque ESMS dispose de son propre Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) afin de répondre aux besoins des personnes accompagnées et des équipes de proximité.

L'EHPAD des JDA s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles et des prestations rendues au résidents et usagers (familles et proches aidants).

Pour accompagner, structurer et pérenniser la culture qualité et gestion des risques, la gouvernance du pôle de gérontologie clinique a mis en place dès 2013 un comité de pilotage qualité. Début 2025, l'organisation du management qualité gestion des risques a fait l'objet d'une actualisation afin de répondre aux nouvelles exigences du référentiel, harmoniser les pratiques sur les deux EHPAD et garantir la sécurité, le bien-être et la satisfaction des résidents.

1. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE QUALITE

La politique qualité des EHPAD repose sur le respect et la bienveillance de la personne accompagnée, de sa dignité et ses droits fondamentaux, grâce à un accompagnement personnalisé, un processus d'amélioration continue des pratiques professionnelles, une évaluation régulière de la satisfaction des résidents et la mise en application de la réglementation en vigueur pour le secteur des EHPAD.

En complément, la gestion des risques *a priori et a posteriori* repose sur la cartographie des risques, la mise en œuvre de procédures adaptées au secteur, le signalement et l'analyse des événements indésirables et dysfonctionnements graves, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)-, les plans de prévention et d'actions correctives pour offrir une prestation sécurisée aux résidents et des conditions de travail adaptées aux professionnels.

2. LE COMITE DE PILOTAGE « EHPAD »

Il est composé du directeur référent des structures d'hébergement, du chef de pôle, du chef de service, de la cadre supérieure de santé, des 2 médecins coordonnateurs des ESMS, des 2 cadres de santé, de

l'ingénieur qualité et/ou d'une directrice de la direction de la qualité, sécurité et pertinence des soins. Il se réunit *a minima* une fois par mois.

Ses missions consistent à définir les orientations de la démarche, le programme d'actions prioritaires à mener et la stratégie d'accompagnement à déployer au plus près des acteurs pour que chacun soit partie prenante et mette en scène la qualité dans ses pratiques quotidiennes. Il assure le suivi des indicateurs et évalue l'atteinte des résultats.

Le comité de pilotage « EHPAD » s'appuie sur un groupe projet pour décliner sa politique qualité et gestion des risques au plus près du terrain et mettre en œuvre le Programme d'Amélioration Qualité (PAQ) de chacun des ESMS.

Le groupe « projet » est composé du directeur des ESMS, du cadre supérieur de santé, des 2 médecins coordonnateurs, des référents qualité de chaque EHPAD (professionnels et résidents/usagers) et de l'ingénieur qualité ou son représentant.

Ses missions reposent sur la déclinaison et le suivi du PAQ, il fixe les priorités de travail en lien avec la qualité et propose les modalités d'évaluations et les actions correctives qui en découlent.

Le groupe « projet » est la clé de voûte dans la démarche de préparation des évaluations qualité des EHPAD. Dans ce cadre, il s'assure de l'avancée des actions et accompagne les pilotes des thématiques ou autres groupes de travail.

3. LES ACTEURS QUALITE DE PROXIMITE

3.1 L'ingénieur qualité

Deux ingénieurs qualité sont dédiés au pôle de gériatrie clinique. Un ingénieur référent de la direction de la qualité, sécurité et pertinence des soins est désigné pour les 2 EHPADs du pôle de gériatrie clinique. Ses missions reposent sur un appui méthodologique pour faire vivre la politique qualité décrite précédemment. Il est force de proposition et tisse un lien de proximité avec les référents « qualité » identifiés sur les ESMS.

3.2 Les référents qualité

Afin de diffuser une culture qualité et gestion des risques au sein des 2 EHPAD, des référents « qualité » sont identifiés. Leur profil est variable. Il peut s'agir d'un membre des équipes pluriprofessionnelles, d'un professionnel administratif, d'un résident ou d'un usager (famille ou proche aidant). Celui-ci doit avoir une certaine appétence pour la qualité et gestion des risques. Il est membre du groupe projet. Ses missions consistent à transmettre les informations sur les bonnes pratiques, animer des groupes de travail et mener des actions sur le terrain pour que chacun puisse s'inscrire dans une dynamique

vertueuse de valorisation des pratiques et d'amélioration continue de l'accueil et du prendre soin des résidents. Il travaille en étroite collaboration avec l'encadrement et l'ingénieur qualité.

3.3 Les personnes ressources

Les directions fonctionnelles du CHU de Bordeaux ainsi que les membres de la direction du site du groupement hospitalier SUD, site de rattachement des 2 EHPAD, sont à disposition en cas de besoin pour travailler sur des thématiques ciblées.

Les équipes médico-soignantes du CHU de Bordeaux expertes dans certains domaines sont également en appui et dans l'accompagnement des équipes des ESMS. Il s'agit notamment des équipes opérationnelles d'hygiène, de la douleur, des vigilances...

4. LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS

Ils occupent une place centrale dans le dispositif d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques au sein des EHPAD du CHU de Bordeaux. Ils sont sollicités et partie prenante des décisions tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Cette organisation et représentation des résidents viennent compléter la dynamique et les missions des Conseils de la Vie Sociale (CVS).

Le CVS est l'instance de validation de tous les documents relatifs à la structuration et la vie des EHPAD, dont la politique qualité et gestion des risques. Un point qualité est mis à l'ordre de jour à chaque rencontre. Les 2 EHPAD ont leur propre CVS. Ce dernier se réunit *a minima* 3 fois par an.

5. LES OUTILS ET LES METHODES QUALITE

Le PAQ est le principal outil utilisé pour développer l'appropriation de la qualité puisqu'il définit les priorités stratégiques et les décline en actions concrètes pour une mise en œuvre au plus près des résidents, des usagers et des professionnels.

Pour autant, d'autres outils sont mobilisés pour diffuser la démarche qualité :

- La diffusion des recommandations des bonnes pratiques qui émanent notamment de la HAS, des sociétés savantes, des équipes expertes locales,
- L'évaluation des pratiques professionnelles en utilisant différentes méthodes d'évaluation validées par la HAS : accompagné traceur, traceur ciblé, audit système, audit, observation et méthode par suivi d'indicateurs pour s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration des prestations et de valorisation des pratiques professionnelles,

- Le signalement des évènements indésirables, des plaintes et réclamations et leur analyse permettant de définir des plans d'actions spécifiques. Pour cela, l'encadrement des EHPAD du CHU de Bordeaux incite les professionnels à déclarer les évènements indésirables, conformément à « la charte d'encouragement au signalement des évènements indésirables »,
- Les enquêtes de satisfaction.

L'analyse des résultats obtenus permet de définir un plan d'actions. Le suivi et l'évaluation à distance permettent de mesurer l'effet obtenu et ajuster les actions correctives en cas de besoin.

En complément de la politique qualité, les ESMS s'inscrivent également dans une dynamique de gestion des risques *a priori et a posteriori*. Une cartographie des risques pour chacun des EHPAD est réalisée, suivie et réévaluée.

La Démarche d'Analyse et Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI) et le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) sont mis à jour et suivis.

De plus, les 2 EHPAD bénéficient de la gestion documentaire du CHU de Bordeaux via SharePoint et du logiciel de déclaration des évènements indésirables, Kaliweb. Ces outils ont vocation à évoluer dans les années à venir, mais ils resteront à la disposition des ESMS.

6. LES AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES POUR LA PERIODE 2025-2030

Ces axes découlent des résultats des autoévaluations et des critères impératifs du référentiel de la HAS. Ils sont intégrés dans le PAQ de l'EHPAD des JDA :

- Garantir et promouvoir la bientraitance,
- Elaborer et mettre en œuvre le plan de prévention de la maltraitance,
- Développer et tracer les questionnements éthiques,
- Formaliser des procédures et protocoles spécifiques (circuit du médicament, prescriptions de contention, douleur, sortie à l'insu de l'établissement ...),
- Rédiger un dossier de liaison d'urgence pour tous les résidents,
- Suivre le traitement des plaintes et réclamations,
- Formaliser et suivre le traitement des évènements indésirables,

- Faire connaître la nouvelle version du Plan Bleu sur tous les risques identifiés comme prioritaires,
- Renforcer la gestion du risque infectieux, notamment au travers de la réalisation des DAMRI,
- Consolider les compétences relatives à la qualité gestion des risques : structuration de la démarche, plan de formation, référents qualité,
- S'assurer de la conformité aux outils de la loi 2002-2 (contrat de séjour, charte de fonctionnement, ...),

- Favoriser l'implication des usagers et de leurs proches dans les démarches d'améliorations de la qualité,
- Développer les liens avec les associations de bénévoles et partenaires,
- S'assurer de la confidentialité des données et conformité au RGPD,
- Améliorer des conditions de vie et d'accueil des usagers (projet bâtementaire, matériel, qualité des repas...).

PARTIE 7 - LE PROJET SOCIAL ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

1. LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

Animée par un médecin gériatre et un cadre de santé, cette équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'agents de service hospitaliers assurent la permanence du soin le jour et la nuit. Elle est aidée et appuyée par d'autres professionnels : psychomotricien, psychologue, moniteur d'activité physique adaptée, diététicienne, secrétaire, etc...

L'équipe se fédère autour du projet d'accompagnement personnalisé.

Le rôle de chacun est bien défini selon sa compétence et selon sa fonction, mais chacun reste acteur du projet validé. (cf fiche « *Le rôle spécifique de l'IDE et de l'AS* »)

La journée est rythmée par des temps d'échange :

- La relève inter équipe : informations nécessaires à la continuité de prise en soin sur les 24h,
- Les staffs hebdomadaires planifiés permettent d'assurer un suivi holistique de la personne accueillie en pluridisciplinarité et d'actualiser le projet d'accompagnement personnalisé,
- Une réunion mensuelle à thème est organisée pour acquérir des connaissances, et favoriser des temps de parole et d'écoute.

2. LE SOUTIEN ET LA FORMATION DE L'EQUIPE

A l'ouverture des Jardins de l'Alouette, l'équipe dédiée a participé à une formation spécifique de manière à tendre vers une culture partagée par tous. Cette spécification professionnelle permet une transversalité et une complémentarité des pratiques et non une addition des compétences.

La formation permet l'acquisition des automatismes de fonctionnement simples et de bon sens. Elle comporte des conseils de base pour faire face aux situations imprévues et facilite la communication, ainsi qu'un apprentissage à la mise en place de stratégies de gestion des troubles du comportement et à l'évaluation des résultats.

Travailler auprès des personnes atteintes de démence, demande un Savoir, un Savoir Faire et surtout un Savoir-Être.

Les connaissances sont nécessaires pour connaître les étapes de l'évolution, analyser et comprendre les troubles du comportement et ainsi mieux gérer le déclin et les symptômes. Il s'agit d'établir un mode de communication qui passe par le regard, la parole, le toucher.

Cependant l'épuisement peut gagner chacun d'entre nous, cet état demande à être repéré et écouté. Il est donc primordial de proposer un travail sur l'analyse des pratiques animé par un psychologue extérieur à la structure pour penser, voir « panser » le soin, favoriser l'expression du soignant, la mobilisation des énergies, le recentrage sur le projet de soin et la facilitation des échanges au sein de l'équipe.

La formation est permanente au cours des visites avec le médecin coordonnateur, des réunions de synthèse, des échanges au sein de l'équipe. La mise en place d'un dispositif de formation interne répond spécifiquement aux besoins énoncés. Des intervenants extérieurs sont associés au dispositif. Les demandes de formation sont entendues et encouragées (certaines sont obligatoirement planifiées).

De surcroît, en formation continue, l'équipe sera inscrite dans le plan de formation suivant :

- troubles de la déglutition,
- transmissions ciblées, plan de soins type, chemin clinique,
- manutention des patients et prévention des troubles rachidiens,
- prendre soin de la personne âgée (animation-bienveillance),
- soins palliatifs (approche et méthodes),
- prise en charge des personnes âgées démentes et dépressives,
- prévention des chutes de la personne âgée,
- formation d'ASG,
- hypnose médicale.

3. LES FORMATIONS QUALIFIANTES

Les infirmières seront soutenues dans les formations universitaires suivantes :

- DUSIPA (diplôme universitaire de soins à la personne âgée),
- DU plaies et cicatrisations,
- DU douleur,
- DU recherche en soins infirmiers.

Les aides-soignantes sont sollicitées pour suivre un cursus d'assistant de soins en gérontologie. Les ASH sont formées dans leurs missions multiples spécifiques aux EHPADs.

Enfin, le soutien de l'équipe est une condition préalable à la qualité d'accompagnement non seulement des patients mais des familles. Les dispositifs pour accompagner le personnel dans son travail sont :

- supervision et analyse des pratiques,
- dispositif de formation en interne,
- plan de formation du pôle,
- accompagnement, guidance, soutien et formations individuels et/ou collectifs du soin de proximité.

Grâce à la planification rigoureuse d'un projet d'accompagnement personnalisé, à la professionnalisation des personnels et au respect éthique dans une architecture adaptée, le regard posé sur ces patients leur permet de rester dignement jusqu'au bout les acteurs de leur destinée. Le soin institutionnel prend toute sa part dans le traitement de la maladie.

PARTIE 8 - LES AXES STRATEGIQUES 2025-2030

Dans un contexte de transformation du secteur médico-social et d'évolution des attentes des usagers, l'EHPAD a défini cinq axes stratégiques prioritaires pour les années à venir dans le cadre de groupes de travail animés par l'encadrement et composés par des professionnels de santé, des résidents et des familles.

1. RENFORCER LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

La personnalisation de l'accompagnement se traduit par la mise en œuvre effective de projets personnalisés pour chaque résident, incluant ses choix de vie, ses habitudes, son autonomie restante et les dimensions psychosociales de son accompagnement.

1.1 Les enjeux

Pour les résidents : il s'agit de favoriser un accompagnement respectueux de l'histoire de chacun, des habitudes et des préférences pour offrir à chaque résident un cadre de vie individualisé dans lequel chacun se sent pleinement considéré, écouté et acteur de son projet de vie.

Pour ces résidents atteints de troubles neurocognitifs l'objectif est double :

- Promouvoir le maintien de l'autonomie à travers des pratiques ajustées, évolutives et adaptées aux capacités de chacun,
- Renforcer le sentiment d'appartenance au lieu de vie et préserver l'ouverture sur la vie sociale et culturelle.

Pour les familles : l'objectif est de renforcer la qualité de la relation entre le résident et ses proches par une ouverture de la structure à leur participation et les faire reconnaître comme des partenaires à part entière dans l'accompagnement de leur proche.

Deux leviers seront mobilisés :

- Apporter des repères clairs, une communication fluide et une visibilité sur le projet personnalisé,
- Renforcer la confiance dans les professionnels et dans la qualité des accompagnements proposés.

Pour les professionnels : il est important de favoriser une dynamique interdisciplinaire autour des projets personnalisés partagés et concertés pour réaffirmer la place centrale du résident dans les pratiques d'accompagnement. Cela passe par deux moyens :

- Valoriser les compétences professionnelles et relationnelles à travers des pratiques d'écoute, d'adaptation et de bienveillance.

- Améliorer les conditions d'exercice et renforcer l'engagement par la reconnaissance du travail accompli au plus près des personnes.

Pour l'établissement : renforcer la personnalisation de l'accompagnement permet d'affirmer une identité institutionnelle centrée sur l'écoute, l'éthique et le respect des droits des personnes accueillies et d'inscrire l'établissement dans une démarche d'amélioration continue conforme aux attendus du référentiel HAS. Cela permettra de :

- Développer une culture d'établissement mobilisatrice, partagée par l'ensemble des professionnels et ouverte sur les familles,
- Renforcer l'attractivité de la structure en valorisant la qualité de l'accompagnement, l'innovation sociale et l'implication collective.

1.2 Les idées d'actions concrètes

- Développement systématique du PAP pour chaque résident, actualisé au moins 1x/an.
- Création d'espaces et de temps dédiés à l'accueil des familles et à la célébration d'événements (cafés des aidants, repas partagés, etc.).
- Développement de sorties (théâtre, extérieur...) pour maintenir l'ouverture sur la vie sociale.

1.3 Modalités d'évaluation

- Taux de PAP coconstruits, mis à jour annuellement.
- Nombre de moments de convivialité et de familles impliquées, de sorties et de résidents bénéficiaires.
- Enquête de satisfaction annuelle.
- Suivi du turn-over et des indicateurs de QVT.

1.4 Lien avec les politiques publiques

Cet objectif répond aux exigences du référentiel HAS, au Schéma départemental de l'autonomie et au Projet Régional de Santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine, en plaçant le résident au cœur d'un accompagnement individualisé, respectueux de ses choix, de ses droits et de son projet de vie.

2. CONSOLIDER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS

Consolider les compétences des professionnels, c'est leur offrir un cadre propice à l'épanouissement et à la montée en compétences, en valorisant leurs savoir-faire et savoir-être. C'est permettre à chacun de s'informer, de s'adapter, de mieux communiquer et de renforcer sa pratique, dans une dynamique collective, apprenante et reconnue, au service de l'accompagnement de qualité des résidents.

2.1 Les enjeux

Pour les résidents : cela permet aux résidents de bénéficier d'un accompagnement de qualité, fondé sur des compétences actualisées et adaptées à leurs besoins spécifiques. Il est nécessaire qu'ils soient entourés de professionnels disponibles, à l'écoute et formés à la bienveillance, à la communication et aux approches innovantes. En ce sens, ils seront :

- Pleinement acteurs de leur projet de vie, soutenus par une équipe mobilisée, bienveillante et compétente,
- Accompagnés de manière cohérente, grâce à une meilleure coordination et continuité des pratiques entre intervenants.

Pour les familles : cet axe de travail leur permet d'être rassurées par la qualité et la stabilité des équipes, garantes de la sécurité et du bien-être de leur proche et d'avoir des interlocuteurs formés et en capacité de répondre avec justesse à leurs questionnements. Cela contribue à :

- Partager une culture commune de l'accompagnement, fondée sur la coopération, l'éthique et l'amélioration continue des pratiques,
- Garantir que les professionnels sont accompagnés, soutenus et valorisés dans leurs missions.

Pour les professionnels : pour exercer leur métier dans un cadre professionnel structurant et propice à l'épanouissement, l'accompagnement et le développement de leurs compétences tout au long de leur parcours est primordial. Ainsi ils peuvent :

- Gagner en efficacité et en sérénité grâce à des outils, des formations et une organisation adaptée,
- Partager une culture commune de l'accompagnement, fondée sur la coopération, l'éthique et l'amélioration continue des pratiques.

Pour l'établissement : cela valorise l'image de la structure, elle est un lieu formateur, attractif et porteur de sens puisqu'elle dispose d'équipes qualifiées, stables, engagées et garantes de la qualité de l'accompagnement. Cela renforce :

- La dynamique collective autour d'une politique de gestion des compétences alignée sur les enjeux du secteur,
- Et répond aux exigences du référentiel HAS en matière de professionnalisation, de qualité des soins et de conditions d'exercice.

2.2 Les idées d'actions concrètes

- Construire un véritable plan de formation adapté aux besoins des professionnels (gérontologie, pratiques non médicamenteuses, activités, sécurité des résidents...)
- Structurer l'organisation médicale et paramédicale pour leur permettre d'avoir les moyens et les outils d'accomplir leurs missions

- Replacer les soignants au cœur de la formation
- Former pour et impliquer les soignants dans la tenue des dossiers pour avoir des indicateurs de qualité et de sécurité à jour et pertinent.
- Formation sur les différents logiciels en présentiel et régulier.

2.3 Modalités d'évaluation

- Taux de participation aux actions de formation (par catégorie professionnelle et par thématique).
- Nombre d'actions de formation en lien direct avec les besoins identifiés dans les entretiens annuels ou les évaluations internes.
- Indicateurs RH de stabilité des équipes : taux de turn-over et d'absentéisme.
- Taux de satisfaction des professionnels sur les thématiques formation, soutien et conditions d'exercice (via baromètre interne ou enquête QVT).

2.4 Lien avec les politiques publiques

Cet objectif s'inscrit pleinement dans les orientations nationales (Plan Grand Âge, Stratégie nationale de santé, PRS Nouvelle-Aquitaine) et les exigences du référentiel HAS, en promouvant la professionnalisation continue, la qualité de vie au travail et l'attractivité des métiers du grand âge.

3. INNOVER POUR UN CADRE DE VIE THERAPEUTIQUE, STIMULANT ET SECURISE

Il s'agit de déployer des innovations non médicamenteuses, organisationnelles et technologiques au service d'un environnement de vie porteur de sens, capable de prévenir les troubles du comportement, de stimuler le maintien de l'autonomie, et de garantir la sécurité des résidents dans une logique de soin global.

3.1 Les enjeux

Pour les résidents : les objectifs sont de leur permettre de bénéficier d'un environnement apaisant, stimulant et porteur de sens, contribuant à leur bien-être global et de préserver leur autonomie grâce à des outils et aménagements adaptés à leurs capacités et à leur évolution. Il est donc nécessaire de les faire :

- Participer à des activités diversifiées, engageantes et valorisantes, favorisant leur expression et leur plaisir de vivre.
- Se sentir en sécurité dans un cadre conçu pour prévenir les risques et accompagner les troubles cognitifs avec bienveillance.

Pour les familles : elles doivent être rassurées par un cadre de vie à la fois protecteur et dynamique, favorisant le bien-être de leur proche. Pour ce faire deux axes sont mis en avant :

- Les impliquer plus facilement dans la vie de l'établissement grâce à des espaces et des dispositifs accueillants.
- Les faire disposer d'outils de communication qui facilitent le lien avec leur proche et l'équipe.

Pour les professionnels : l'environnement de travail soutient leurs actions, réduit les contraintes physiques et renforce la qualité de l'accompagnement pour leur permettre de s'approprier plus facilement des approches innovantes qui enrichissent leurs pratiques et valorisent leur expertise. Ainsi, ils sont :

- Acteurs de l'amélioration continue du cadre de vie à travers des projets collaboratifs.
- Contributeurs à une culture d'innovation centrée sur le soin global et la qualité de vie des résidents.

Pour l'établissement : cet axe de travail renforce son positionnement en tant qu'acteur innovant, engagé dans la qualité de l'environnement de vie et répond aux exigences de sécurité, de prévention et d'humanisation des politiques publiques. Il :

- Améliore l'usage des espaces existants pour les inscrire dans une logique thérapeutique.
- Valorise son image auprès des usagers, des familles, des partenaires et des professionnels.

3.2 Les idées d'actions concrètes

- Déployer des outils innovants adaptés aux résidents : bornes musicales, tablettes, consoles interactives, domotique.
- Aménager des espaces sensoriels et de stimulation cognitive (Snoezelen, murs sensoriels, jardins thérapeutiques).
- Valoriser et rendre accessibles les espaces sous-utilisés (patios, salons, coins lecture).
- Mettre en place des activités non médicamenteuses structurées (relaxation, stimulation mémoire, activités corporelles).
- Faciliter la communication avec l'extérieur (écrans interactifs, outils numériques pour les familles, appels visio accompagnés).
- Intégrer les professionnels à la réflexion sur les innovations à tester et évaluer.

3.3 Modalités d'évaluation

- Nombre d'activités non médicamenteuses réalisées chaque mois (stimulation sensorielle, ateliers, etc.).
- Taux d'utilisation des outils et espaces innovants (Snoezelen, bornes musicales, tablettes, etc.).
- Évolution de l'autonomie des résidents (réévaluée 2 fois/an via le PAP).

- Résultats de l'enquête de satisfaction sur le cadre de vie et les activités proposées (résidents et familles).

3.4 Lien avec les politiques publiques

Cet objectif s'inscrit dans les priorités du Plan Grand Âge, du PRS Nouvelle-Aquitaine et du référentiel HAS, en promouvant un environnement de vie thérapeutique et stimulant, intégrant les approches non médicamenteuses et les solutions innovantes pour le bien-être, la prévention et la sécurité des résidents.

4. VALORISER L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT VERS LE TERRITOIRE

Cet axe de travail a vocation à inscrire l'EHPAD dans une dynamique d'échanges avec son environnement en favorisant les partenariats, les projets partagés et les liens sociaux, afin de renforcer la citoyenneté des résidents, l'implication des familles, l'enrichissement professionnel des équipes et la reconnaissance de l'établissement comme acteur du territoire.

4.1 Les enjeux

Pour les résidents : il s'agit de maintenir des liens sociaux et affectifs riches en participant à des projets, des échanges et des activités hors les murs et de se sentir intégrés à la vie de la cité, considérés comme des citoyens à part entière. Cela leur permet :

- D'accéder à une diversité d'interactions et d'animations qui enrichissent leur quotidien.
- De bénéficier de l'apport d'intervenants extérieurs et de partenariats porteurs de sens.

Pour les familles : elles peuvent participer activement à la vie de l'établissement et coconstruire des projets au bénéfice des résidents tout en voyant leur proche impliqué dans une dynamique ouverte, inclusive et valorisante. Cela permet de :

- Développer un lien de proximité renforcé avec les professionnels et les partenaires du territoire.
- Disposer d'occasions concrètes pour renforcer la relation avec leur parent.

Pour les professionnels : l'ouverture de l'établissement vers le territoire leur permet de s'enrichir de l'apport de partenaires extérieurs et d'expériences nouvelles issues du territoire et d'élargir leurs compétences à travers des projets collaboratifs inter-structures ou interprofessionnels. Ainsi ils :

- Se sentent acteurs de l'ouverture de l'établissement et reconnus dans une logique de réseau.
- Contribuent à une culture professionnelle ancrée dans les réalités sociales et locales.

Pour l'établissement : il renforce sa visibilité, son attractivité et sa reconnaissance sur le territoire et développe des partenariats pérennes et structurants pour enrichir l'offre d'accompagnement. Les objectifs sont de :

- Construire des passerelles entre l'EHPAD et les autres acteurs du champ sanitaire, médico-social, associatif et culturel.
- S'affirmer comme un acteur territorial de la filière gériatrique, ouvert, innovant et inclusif.

4.2 Les idées d'actions concrètes

- Développer des partenariats avec les acteurs du territoire : structures médico-sociales, établissements scolaires, associations culturelles, collectivités.
- Organiser régulièrement des événements ouverts à l'extérieur (expositions, rencontres intergénérationnelles, fêtes de quartier).
- Mettre en place des stages croisés ou immersions entre professionnels de différentes structures.
- Permettre aux résidents de participer à la vie citoyenne (sorties culturelles, activités dans la ville, inscriptions sur les listes électorales...).
- Développer une stratégie de communication institutionnelle : lettre d'information, page web dédiée, affichage dynamique, valorisation des projets dans les médias locaux.
- Accueillir des intervenants extérieurs dans une logique de réciprocité (artistes, thérapeutes, étudiants...).

4.3 Modalités d'évaluation

- Signatures de conventions de partenariats et suivi des actions mises en œuvre (associatifs, institutionnels, culturels...).
- Nombre d'événements ou sorties extérieures organisés chaque année.
- Taux de participation des résidents aux activités avec des acteurs du territoire.
- Satisfaction des familles sur l'ouverture de l'établissement (enquête annuelle).

4.4 Lien avec les politiques publiques

Cet objectif s'inscrit dans la dynamique d'EHPAD « ouverts » et inclusifs portée par les politiques publiques, en cohérence avec le PRS Nouvelle-Aquitaine et le référentiel HAS, en renforçant les liens sociaux, les coopérations territoriales et la reconnaissance de l'établissement comme acteur du vivre ensemble.

5. S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Structurer une culture de la qualité partagée par l'ensemble des acteurs vise à garantir la sécurité, la bientraitance et la performance des accompagnements, par l'analyse régulière des pratiques, l'écoute des usagers, la prévention des risques et l'implication des professionnels dans les dynamiques d'amélioration.

5.1 Les enjeux

Pour les résidents : la démarche qualité leur permet d'être accompagnés dans un cadre sécurisé, réactif et respectueux de leurs besoins et de bénéficier de pratiques professionnelles régulièrement évaluées et ajustées. Ils voient ainsi :

- Leurs droits et leur parole pris en compte dans les démarches d'amélioration.
- Leur environnement transformé où les risques sont identifiés, analysés et maîtrisés.

Pour les familles : cette démarche favorise la confiance dans la qualité des soins et de l'accompagnement proposés et renforce l'information transmises. De ce fait, elles peuvent :

- Observer des pratiques sécurisées, professionnalisées et alignées sur les attentes des usagers.
- Participer à une dynamique de retour d'expérience valorisée par l'établissement.

Pour les professionnels : travailler dans un cadre clair, structuré et sécurisant est propice à l'engagement et à la montée en compétences. Ils souhaitent être impliqués dans les évaluations, la prévention des risques et la mise en œuvre d'actions correctives. Pour ce faire ils :

- Disposent d'indicateurs concrets pour objectiver et valoriser la qualité du travail réalisé.
- Participent activement à une culture partagée de la qualité, au service du collectif et des usagers.

Pour l'établissement : il s'agit de répondre aux exigences réglementaires du référentiel HAS de manière structurée et proactive et de piloter efficacement ses démarches qualité, à travers des outils, des indicateurs et des plans d'action suivis. Cela :

- Favorise la traçabilité, la transparence et l'appropriation de la qualité par tous les acteurs.
- Renforce sa crédibilité et sa capacité à se projeter dans une logique d'excellence et d'amélioration continue.

5.2 Les idées d'actions concrètes

- Mettre en place des référents qualité par thématique (nutrition, douleur, bientraitance, hygiène...).

- Structurer le suivi du Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) avec des indicateurs partagés et des temps d'évaluation périodiques.
- Organiser des revues d'événements indésirables et des temps d'analyse collective des réclamations, plaintes et satisfactions.
- Former les professionnels aux outils d'auto-évaluation HAS : usagers traceurs, traceurs ciblés, audits systèmes.
- Réaliser une enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents, familles et professionnels, et formaliser les retours.
- Afficher les indicateurs qualité de manière lisible dans les espaces de travail et d'échange pour mobiliser les équipes.

5.3 Modalités d'évaluation

- Suivi annuel du PAQSS et taux de réalisation des actions prévues.
- Nombre d'auto-évaluations réalisées (usagers traceurs, traceurs ciblés, audits).
- Gestion et traitement des événements indésirables (délais + actions correctives mises en œuvre).
- Mise en place et résultats de l'enquête de satisfaction globale (résidents, familles, professionnels).

5.4 Lien avec les politiques publiques

Cet objectif répond aux exigences du référentiel HAS et à la stratégie nationale d'amélioration de la qualité des ESSMS, en structurant une démarche partagée, fondée sur l'analyse des pratiques, la prévention des risques et l'implication de tous les acteurs dans la dynamique qualité.

6. REORGANISER LA STRUCTURE AFIN DE LUI PERMETTRE D'ASSURER TOUS CES OBJECTIFS

Une réflexion est venue depuis plusieurs mois sur l'opportunité d'avoir des maisons avec des profils de résidents exclusivement avec des troubles cognitifs majeurs.

A ce stade de rédaction de ce projet d'établissement, les orientations ne sont pas encore arrêtées avec le Conseil Départemental et l'ARS.

La tendance irait vers une mixité des résidents qui bénéficient de l'accueil à l'EHPAD des JDA.

Ce projet sur 5 ans a vocation à définir un cadre de travail et des objectifs clairs afin de permettre aux équipes et aux résidents de se projeter vers une potentielle réorganisation de la structure. Il doit être considéré comme un outil évolutif, à leur service, dont ils doivent se saisir pleinement.

Quelques mots de Madame Brunel, représentante des familles et présidente du CVS, clôturent ce projet et illustrent l'investissement de l'équipe auprès des résidents : *« Le 20 novembre 2020, journée d'arrivée de ma maman aux JDA, son nouveau lieu de vie ! Cette journée très difficile a été un moment d'accueil, de bienveillance, de respect pour ma mère et pour moi-même. Après avoir pu l'installer dans sa nouvelle chambre personnalisée à souhait, j'ai dû la quitter le cœur lourd de chagrin mais rassurée par l'ensemble du personnel autant sur sa sécurité que sur son bien-être. (...) J'ai toujours vu la volonté, du courage et une détermination farouche dans les regards de la plupart des membres du personnel de vouloir bien faire pour nos aidés. (...) Quant à la prise en charge médicale, le suivi est bien assuré. Ma maman a bénéficié d'un accompagnement rassurant, sécuritaire et a pu profiter d'une multitude d'activités. Elle a été entourée d'affection et accompagnée jusqu'à la fin de sa vie dans une atmosphère de sérénité et de respect autant vis à vis d'elle que de nous sa famille. »*