

La Roselière

MAISON D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

PROJET
D'ÉTABLISSEMENT
2025 - 2029



Sommaire

Préambule : le Projet d'établissement de La Roselière.....	1
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.....	1
2. NOTRE OFFRE DE SERVICE : UN PROJET DE VIE.....	6
3. PROJET DE SOINS.....	18
4. PROJET DE SOINS ALZHEIMER	29
5. PROJET DE L'ACCUEIL DE JOUR	38
6. PROJET DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE	41

Préambule : le Projet d'établissement de La Roselière

Conformément à l'Art 12 de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, notre nouveau Projet d'établissement présente notre EHPAD, ses modes de fonctionnement et d'organisation, ainsi que les principes et objectifs qui guident notre politique de prise en charge et de soin – « notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations », pour reprendre les termes de la loi – afin de répondre aux besoins et aux souhaits des résidents et aux attentes de l'environnement et de nos partenaires.

A ce dessein, il se donne comme un support dynamique du management, un outil de communication interne et externe, et un référentiel commun pour l'ensemble des parties prenantes. Il a vocation à mettre en cohérence la commande publique, les attentes des résidents et les pratiques des professionnels.

Il permet également de fixer le cadre des références philosophiques et humaines de notre action professionnelle, et notre responsabilité morale à l'égard des personnes accueillies et de leurs proches.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1. La Roselière : ses objectifs et ses valeurs

Notre politique de prise en soins des personnes âgées s'adresse à toute personne âgée de plus de soixante ans, homme et femme, en couple ou non, quel que soit son degré d'autonomie. Exceptionnellement des personnes de moins de soixante ans et en situation de handicap sont accueillies.

La mission fondatrice de notre établissement est d'être un lieu de vie pour les personnes accueillies et un soutien pour les aidants familiaux confrontés à la difficulté du placement de leurs parents.

Centré sur la personne, l'EHPAD assure une prise en soin globale, cohérente et respectueuse des droits et des attentes des résidents. Etablissement vivant, notamment porteur d'une importante équipe de bénévoles, il propose des animations nombreuses et diversifiées. Il met en œuvre des expériences innovantes, tel l'emploi de chiens d'accompagnement social en liaison avec l'association Handi'Chiens ou un service de restauration visant une prestation de qualité hôtelière.

Mais il fait également « sortir de la maison » au moyen d'animations et de manifestations extérieures – telles que des repas ou des visites.

Ce projet associe l'ensemble du personnel, avec l'appui du Conseil d'Administration et du Conseil de la Vie Sociale.

Il repose autant sur des valeurs éthiques que sur des principes professionnels forts et partagés - notamment le travail en équipe, l'implication individuelle, la valorisation des professionnels dans leur activité et la qualification permanente.

1.2. Son insertion dans le contexte territorial, géographique et architectural

La maison de retraite de Kunheim a ouvert ses portes le 4 janvier 1993. L'initiative de la construction appartient au SYMAPAK (Syndicat Mixte pour l'Accueil de Personnes Agées à Kunheim) qui est propriétaire des murs. Ce syndicat Intercommunal regroupait 16 communes du canton d'Andolsheim et 15 communes du canton de Neuf-Brisach pour répondre aux besoins de leur population. Actuellement, 41 communes sont partenaires, englobant les 29 communes de la communauté Alsace Rhin Brisach et 12 autres communes situées à l'Est de Colmar. La gestion et l'exploitation de la maison de retraite sont confiées à l'AGIMAPAK, l'Association de Gestion Intercommunale de la Maison d'Accueil pour Personnes Agées à Kunheim – qui est une association de droit local à but non lucratif.

Notre activité siège au cœur d'un réseau professionnel et institutionnel – Centre Départemental de Repos et de Soins (CDRS), médecins libéraux, intervenants paramédicaux en interne (kinésithérapeutes, dentistes, pédicures-podologues) ou en externe (ophtalmologues, cardiologues...) - pour assurer une prise en soin globale et diversifiée et pour répondre aux attentes et besoins médico-sociaux locaux, en inscrivant sa mission conformément aux objectifs du plan d'action du schéma gérontologique et à la politique médico-sociale dans son ensemble.

Notre établissement pilote une interaction fructueuse avec l'environnement social en mobilisant des ressources et des compétences complémentaires qui sont utiles à la mise en œuvre du projet et à la prise en soin des personnes accueillies – telle l'association des bénévoles – ou en construisant une politique de réseaux, au travers de projets ponctuels – tels que la « semaine citoyenne » – ou de partenariats innovants – tel l'association « Gériatimage » - association de droit local d'établissements travaillant en réseau et développant un système de télé-médecine.

Le bâtiment construit en 1993 se présente en forme de « E » autour de 2 terrasses, notre établissement comporte une surface utile de près de 5000 mètres carrés, sur 4 niveaux, desservis par 4 ascenseurs et 3 escaliers. Le sous-sol regroupe les services généraux (cuisine, lingerie, atelier, rangements, et locaux techniques) et les bureaux de l'administration. Le rez-de-chaussée regroupe le hall d'accueil, la salle à manger, une salle de réunion, le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (P.A.S.A.), le service d'accueil de jour et de locaux d'accueil des familles, ainsi que le bureau de la Direction, des kinésithérapeutes et du médecin de l'établissement. Le premier et le deuxième étage – ainsi qu'une aile du 3^{ème} - regroupent les deux unités de vie, plusieurs salles de soins et quatre salles de bain médicalisées.

Le nouveau bâtiment développe près de 3.800 mètres carrés, sur 2 niveaux. Au premier niveau, l'Unité de Vie Protégée –UVP) accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Ce niveau comprend un office alimentaire, un bureau, une salle de soins, une salle de bain médicalisée ainsi qu'une salle Snoezelen. Un jardin protégé au RDC et une terrasse à l'étage agrémentent les lieux.

L'établissement se situe à Kunheim, dans le Haut-Rhin, à 17 kilomètres de Colmar, entre les villes de Neuf-Brisach et de Marckolsheim. Kunheim compte 1850 habitants. Entouré de l'école élémentaire, de la salle des fêtes, de la salle des sports et du périscolaire, il bénéficie d'une place centrale au cœur du village.

La commune se trouve peu desservie par les réseaux des transports en commun ; nous disposons cependant de trois véhicules équipés pour le transport de personnes à mobilité réduite, d'un véhicule pour personnes valides et d'un service de ramassage pour les personnes reçues en accueil de jour. Les parkings, locaux et circulations horizontales et verticales sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (portes automatiques, ascenseurs...).

L'espace de restauration situé au rez-de-chaussée, clair et convivial, est ouvert aux résidents et à leurs proches. La signalétique extérieure et intérieure est assurée.

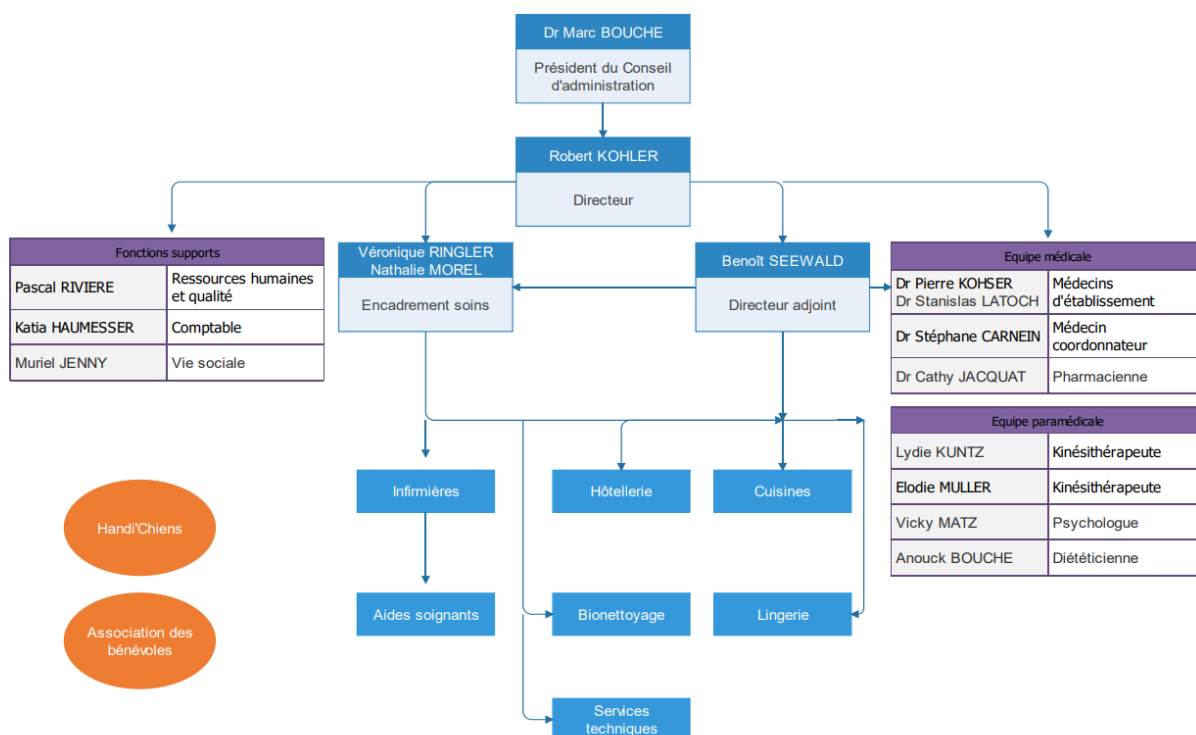
Les résidents disposent d'une grande liberté de mouvement interne et externe à l'établissement. Nous disposons, pour les personnes nécessitant une surveillance spécifique, d'un dispositif anti-fugue VIVAGO – qui repose sur un système de sortie sélective relié à un bracelet électronique sous forme de montre assurant également la fonction d'appel malade. Un système de télésurveillance, situé à l'entrée de l'établissement et dans l'unité des Roseaux, complète la sécurité des personnes.

La mise en œuvre du projet architectural, et son développement permanent, s'inscrit dans la recherche du bien-être du résident afin que l'établissement représente un continuum de vie où passé et présent se rejoignent pour se projeter dans un futur possible. Ainsi, la décoration et les activités proposées par La Roselière se destinent à être en cohérence avec l'objectif de bien-être de la personne accueillie. Les couleurs des murs et revêtements des sols sont différenciés afin de proposer des repères spatiaux aux résidents mais également de proposer une ambiance colorée et accueillante, plus proche d'une maison que d'un établissement sanitaire aseptisé, inhospitalier et angoissant. Les personnes accueillies sont issues des environs ; les photographies accrochées dans les couloirs et lieux communs représentant des paysages ou lieux connus des personnes participent à l'animation, à la curiosité et à la réminiscence des résidents. Ils se sentent alors dans un univers qui ne leur est pas inconnu et qui participe dans une certaine mesure à leur bien-être. Le même constat peut être affirmé avec le choix de certains meubles anciens disposés dans les lieux communs. La mise en place de salons facilite les moments de sociabilisation entre résidents et constituent également des lieux de relations privilégiées entre le résident et sa famille lorsque celle-ci visite son parent.

Notre capacité d'accueil est de 100 lits en accueil définitif et de 15 lits en accueil temporaire. Nous recevons également une moyenne de 12 personnes en accueil de jour.

Notre établissement a le statut d'E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) depuis le 1^{er} janvier 2003.

Organigramme



1.3. Métiers et professions de l'établissement

La Roselière réunit différents professionnels mobilisant compétences et engagement, autour de l'équipe de direction, et au cœur des différents services de l'établissement – service des soins, service d'hôtellerie et de restauration, d'animations, service administratif, service technique.

Direction

Robert Kohler a la charge de l'organisation du fonctionnement de l'établissement et de son développement, au travers de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement. Il assure la gestion administrative, budgétaire et financière, et des ressources humaines. Il gère les relations avec les autorités de tutelles, les partenaires extérieurs, les résidents et les familles. Il est assisté dans cette mission par Benoît Seewald, qui est Directeur adjoint.

Directions fonctionnelles

La coordination médicale est assurée par le Dr. Stéphane Carnein (chef de pôle du CDRS à Colmar), le Dr. Pierre Kohser et le Dr. Stanislas Latoch, médecins gériatres de l'établissement, dans le cadre des missions générales définies par le décret D 2005-560 du 2 mai 2005, le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur, et de la circulaire DGCS/SD3A/2012/404 relative à la mise en œuvre du décret de 2011.

Cathy Jacquat est la pharmacienne gérante de la PUI (Pharmacie à Usage Interne). Elle assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux aux services des soins. Elle participe à toute action d'information sur le médicament ou les dispositifs médicaux et gère pharmacovigilance et matériovigilance. Elle est assistée d'Estelle Biegel, préparatrice en pharmacie.

Véronique Ringler et Nathalie Morel, cadres de santé, dirigent les services de soins : EHPAD, unité de vie protégée « Les Roseaux », service d'accueil de jour, Pôle d'Activités et de Soins Adaptés. Elles élaborent et mettent en œuvre le projet paramédical du service, assurent l'organisation et l'évaluation des actes de soins et paramédicaux, la coordination des moyens mis en œuvre dans le service, la gestion et la planification de l'activité. Elles encadrent et animent les équipes, et accueillent, informent et conseillent les familles et les résidents. Les cadres de santé exercent en équipe avec les médecins, les autres professions paramédicales et avec l'entourage de la personne.

Les cuisines et l'hôtellerie sont gérées en interne et placées sous la responsabilité de Benoît Seewald qui met en œuvre la politique hôtelière. Il organise les prestations en matière d'hôtellerie-restauration, entretien et hygiène, lingerie et buanderie. Il assure le suivi des achats. Il encadre les équipes, organise le travail et les plannings, et veille au respect des règles de sécurité et des normes et réglementations spécifiques aux prestations hôtelières. Par ailleurs, Benoît Seewald encadre également l'unité de formation Hand'Chiens.

Pascal Rivière, responsable Qualité et Ressources Humaines, assure, en relation avec les services, la démarche d'amélioration continue des EHPAD. Il met en œuvre la politique des ressources humaines définie par la direction : le recrutement, l'évaluation et l'accompagnement des agents, la formation, les stages et le suivi administratif du personnel, en relation avec la comptabilité, Pôle Emploi et ses organismes prestataires d'insertion professionnelle.

Services des soins

Sous la direction de la cadre de santé, Véronique Ringler, l'équipe du service des soins se compose d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, d'accompagnant éducatifs et sociaux et d'élèves AES et AS.

Conformément à l'Article R4311-3 du CSP, le rôle propre de l'infirmier est lié aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et vise à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne

ou d'un groupe de personnes. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. De même, spécifiquement dans notre établissement, l'infirmier est également coordonnateur du projet individualisé des résidents, en collaboration avec la psychologue, dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire.

L'aide-soignant, l'accompagnant éducatif et social et l'aide médico-psychologique assurent le bien-être physique et moral du résident en l'accompagnant dans la réalisation des actes, gestes et activités de la vie quotidienne et en assurant une relation d'aide au moyen de soins d'hygiène, de confort et de prévention, en collaboration avec l'infirmière et sous son autorité. Ils organisent également des activités et ateliers adaptés aux personnes dépendantes.

Le personnel de nuit se répartit en deux équipes de deux personnels. Ce binôme est dirigé par une veilleuse aide-soignante ou une aide médico-psychologique, qui est assistée d'un agent de soins, sinon d'une aide-soignante ou d'une aide médico-psychologique issue de l'équipe de jour. Leur rôle est de répondre aux besoins de nos résidents et aux normes de sécurité. Elles garantissent la sécurité et le bien-être des personnes, les conditions de repos, elles gèrent les situations d'urgence et assurent le relais entre équipe de jour et de nuit.

Kinésithérapeute

Elodie Muller et Lydie Kuntz, kinésithérapeutes, réalisent des actes de façon manuelle ou instrumentale et animent également des ateliers d'activités physiques adaptées afin de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles des résidents et de concourir à leur maintien, pour les rétablir ou pour y suppléer.

Psychologue

Vicky Matz, psychologue, assure l'accompagnement et l'aide aux résidents en souffrance psychique, et intervient comme soutien auprès des professionnels et des familles. Elle sensibilise les agents sur les postures et les pratiques professionnelles.

Diététicienne

Anouk Bouché, diététicienne, a pour mission de veiller à ce que les besoins nutritionnels des résidents soient couverts par une alimentation équilibrée, agréable et de qualité. Ainsi, outre le travail avec les équipes de cuisine pour que les menus respectent l'équilibre alimentaire des personnes âgées, la diététicienne évalue l'état nutritionnel des résidents. Il s'en suit des modifications au niveau de l'alimentation proposée (aliment adaptés aux goûts, enrichissement, modification des textures, etc.) et des conseils prodigués sous forme d'éducation nutritionnelle. Elle intervient en cas de troubles du comportement alimentaire du résident et établit un bilan diététique personnalisé pour le résident concerné avec des objectifs et un plan d'action diététique afin d'apporter une réponse adaptée et individualisée.

Hôtellerie et restauration

Nathalie Morel, cadre de santé, a pour mission de gérer et de suivre l'activité de nettoyage et d'entretien de l'établissement en s'assurant du bien-être et du confort des résidents. Elle dirige l'équipe des agents des services hospitaliers en bio nettoyage et contrôle la conformité du travail effectué. Ces derniers effectuent le nettoyage, la désinfection et l'hygiène des locaux et des surfaces, dans les parties communes comme dans les chambres des résidents, notamment pour diminuer le risque d'infections nosocomiales.

Elle supervise également l'activité de la lingerie – les lingères assurant l'entretien et la distribution du linge des résidents et de l'établissement.

David Schultz, responsable des cuisines, élabore, met en œuvre et supervise la production culinaire (élaboration des menus, préparation et dressage des plats, commandes de produits,...) selon les règles d'hygiène et de sécurité alimentaires. Il dirige l'équipe des cuisiniers, qui préparent les mets selon le plan de production culinaire, et l'équipe des aides de cuisine en laverie.

Animations

Sous la responsabilité de Muriel Jenny, animatrice coordinatrice, et en collaboration avec Isabelle Geiger et Lydia Da Conceicao, animatrices, le service d'animation contribue au maintien de l'autonomie du résident et de son épanouissement par des activités intellectuelles, ludiques, physiques et sociales. Les animatrices permettent les échanges, les contacts avec les autres résidents et l'environnement extérieur (périscolaire, artistes, associations). Elles facilitent l'acceptation de la vie en collectivité et l'intégration du résident, elles développent l'intérêt à la vie de l'établissement. De même, les animatrices coordonnent ou accompagnent l'activité de l'équipe de bénévoles.

Comptabilité et Administration

Katia Haumesser, comptable, réalise les opérations de comptabilité, de paie et de facturation, ainsi que celles liées à l'aide sociale et à la gestion des comptes. Sous la responsabilité d'Isabel Sanjuan, le service d'accueil et de secrétariat accueille, informe et oriente le public ; il participe à la gestion administrative de l'établissement.

Service technique

Au service technique, David Lazarus réalise des interventions de maintenance, d'entretien et de dépannage dans des domaines techniques divers - maçonnerie, électricité, mécanique. Il intervient également sur la réalisation de travaux neufs (installations, améliorations, modifications) et il est l'interlocuteur institutionnel des prestataires d'entretien et de maintenance externes.

2. NOTRE OFFRE DE SERVICE : UN PROJET DE VIE

2.1. Nos missions

Afin de pratiquer un soin et une prise en charge garantissant au résident un bon état de santé et la plus grande autonomie physique, psychique, et sociale possible, et conformément aux textes légaux, notamment à l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle ou à la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi qu'aux principes de « La Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante », notre établissement réalise les missions suivantes :

- Il vise à accueillir, à aider et à prendre en charge, tout en maintenant, par son ouverture sur l'extérieur et par le soutien apporté aux parents, l'intégrité des liens familiaux et affectifs de la personne accueillie. Il s'agit de prévenir la perte d'autonomie de la personne accueillie et de réduire les souffrances et difficultés liées à la dépendance, dans le respect des droits de l'utilisateur.
- L'organisation de la vie quotidienne de chaque résident, selon son rythme et ses difficultés, est une préoccupation constante des personnels. La prise en charge est réalisée afin de préserver son autonomie et de respecter ses droits et libertés.

Mais notre objectif est également d'assurer un projet d'animation et d'hôtellerie-restauration de qualité, pour le plaisir et le confort du résident, et de leurs parents. Les activités et sorties sont diversifiées. Nous proposons une restauration et un aménagement des chambres et des locaux visant un niveau de prestation hôtelière.

2.2 L'offre de service

Les projets de vie et de soins comprennent l'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil définitif. L'établissement dispose également d'une U.V.P. (Unité de Vie Protégée) et d'un P.A.S.A. (Pôle d'activité et de soins adaptés).

La section EHPAD organise l'accueil définitif et temporaire des résidents.

L'Unité de Vie Protégée « Les Roseaux » accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

De 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi, le service d'accueil de jour organise des activités et repas (petit déjeuner et déjeuner).

Le P.A.S.A. accueille de 10 à 17 heures un groupe de 12 à 14 résidents en accueil définitif et élabore une dynamique d'activités et d'animations sociales et thérapeutiques adaptées.

L'établissement réalise, grâce à son équipe soignante, et sous la responsabilité de nos médecins coordonnateurs, la dispensation des soins de la personne âgée, son orientation temporaire vers les établissements adaptés et son accompagnement de fin de vie. Nous assurons la continuité de la prise en charge jusqu'au bout de la vie, quel que soit le degré de dépendance.

La Roselière dispose d'un cabinet dentaire et d'une pharmacie interne, de kinésithérapeutes et d'une diététicienne. Chaque résident garde le libre choix de son médecin. Résidents, familles, équipes et bénévoles sont également accompagnés par une psychologue au travers d'entretiens individuels de soutien.

Le service des soins s'applique à améliorer la qualité de vie de la personne hébergée au travers d'une démarche préventive à l'augmentation du degré de dépendance, du maintien de la mémoire, de la mise à disposition d'un équipement adapté à ses besoins, de la prévention de l'incontinence, des chutes, escarres, fugues, de la détection des manifestations de la douleur, d'une contention prescrite et pratiquée selon les recommandations de bonnes pratiques, d'une information adaptée et soucieuse du consentement sur les soins le concernant et d'un accès à ces soins sans délais.

Le service des soins infirmiers assure la distribution et la prise de médicaments, accompagne dans la prise des repas conformément au régime prescrit. Il suit la nutrition, l'hydratation et l'élimination. Il recueille et communique les signes révélateurs d'un problème de santé et intervient dans les cas d'urgence, tels les chutes ou les étouffements.

Le service de soins assure en particulier l'accompagnement et l'aide de la personne dans les actes de la vie quotidienne. Il veille au respect du rythme biologique du résident (sommeil, repas...). Il assure le lever, la sieste, le coucher du résident, son positionnement, sa stimulation pour prévenir ou lutter contre la grabatisation. Il assure les soins d'hygiène, l'habillage et le déshabillage en veillant au maintien de son autonomie et en apportant une réponse au handicap. Il garantit l'aide aux déplacements, il veille à la préservation de l'image de soi par des soins esthétiques et au confort du résident.

Notre projet de vie a pour objectif de garantir aux résidents un cadre de vie sûr et agréable. Le résident dispose d'un espace de vie privatif et personnalisé, une chambre d'accueil individuelle avec douche et WC adaptés aux personnes à mobilité réduite. Elle est dotée d'un équipement adéquat (lit médicalisé, mobilier, téléphone, réfrigérateur, coffre-fort). Espace privé du résident, elle peut être aménagée et personnalisée avec ses meubles et ses objets personnels.

L'établissement dispose de deux chambres doubles et de quatre chambres communicantes pour les résidents vivant en couple. Le logement du résident constitue un environnement adapté dans le respect de son intimité.

La Roselière propose également les prestations suivantes : salon de coiffure, service d'aumônerie, bibliothèque, lingerie.

L'établissement dispose de véhicules de transport adaptés aux personnes à mobilité réduite. Les membres de l'association des bénévoles et de l'association « 4 pattes pour un sourire » - association de chiens visiteurs organisant des activités associant l'animal – apportent leur soutien et leurs savoir-faire.

Nous sollicitons la participation volontaire du résident à des activités diversifiées et valorisantes, et le motivons à exprimer ses aspirations. Notre établissement propose des animations et des sorties et il sollicite la participation du résident aux tâches quotidiennes. L'établissement articule les dimensions individuelles et collectives en favorisant le maintien des repères de la personne (son histoire familiale et sociale, ses biens mobiliers, ses pratiques religieuses, ses préférences en matière d'activités et d'occupations...) tout en permettant de construire des relations affectives et sociales grâce à sa politique d'activités adaptées aux personnes âgées. Il facilite les rencontres et les animations avec les autres résidents, et l'accès aux prestations extérieures ; il est promoteur dans l'utilisation et le développement des activités associant l'animal en lien avec l'association Handi'Chien et du centre de formation de Kunheim dirigé par Benoît Seewald.

Le projet de vie a pour objectif d'assurer son confort moral et physique en respectant ses valeurs, croyances, souhaits et désirs, ses convictions religieuses et pratiques culturelles et sa vie affective, quel que soit son degré de dépendance et en intégrant la participation des familles et des proches, ainsi que des bénévoles. Il ajuste les contraintes de la vie collective au respect des goûts et des rythmes de vie de chaque résident – pour se rapprocher le mieux possible d'une vie à domicile.

Les droits sociaux et civiques du résident sont respectés et pris en compte. L'établissement garantit le respect des droits de l'utilisateur – droits fondamentaux (dignité, vie privée, intimité, sécurité), droit à l'information relative à sa prise en charge et au fonctionnement de l'établissement, droit de participation au projet de vie de l'établissement, droit à la qualité des prestations au travers du projet personnalisé assurant un accompagnement individualisé.

Les conditions de résidence sont garanties par un contrat. Une information claire et précise sur les droits du résident est assurée par le Règlement de fonctionnement et les documents internes. La personne gère ses revenus et patrimoines. Elle est informée des actes effectués en son nom et dispose de son courrier.

Notre établissement garantit la transparence des règles de fonctionnement au travers des mises à jour régulières du Livret de séjour et du Règlement de fonctionnement : l'établissement fournit une information claire sur les prestations proposées, sur ses principes éthiques, sur son fonctionnement, sur ses modes d'organisation et sur ses règles de vie, notamment au moyen de la documentation interne (Projet d'établissement, Livret d'accueil, Règlement de fonctionnement, contrat de séjour, Charte des droits et libertés de la personne accueillie).

Il veille au respect des thèmes de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et des principes de l'Art. 7 de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 : droits civils et contractuels et libertés fondamentales, individualisation de la prise en charge, participation directe ou représentée, maîtrise des informations...

Le Conseil de la Vie Sociale, instance de consultation, de participation et de validation des résidents, associe ces derniers au fonctionnement de l'établissement.

2.3. Organisation générale des prestations de la vie quotidienne

Les aides aux actes de la vie quotidienne et les soins infirmiers sont assurés par le personnel soignant de l'établissement.

Après une transmission entre les équipes de nuit et du matin, les actes de la vie quotidienne débutent à partir de 6 heures 30.

Les toilettes des personnes, leur positionnement et la réfection du lit sont pris en charge par le personnel soignant de l'établissement.

Selon l'autonomie ou l'attente du résident, le petit déjeuner est servi à partir de 7 heures en chambre.

Un bain ou un chariot douche est réalisé en concertation avec le résident. Des solutions sont recherchées par les infirmières pour apporter le meilleur confort.

L'évacuation du linge sale, l'évacuation des déchets et le nettoyage sont faites. Les soins infirmiers et la distribution des médicaments sont réalisés.

La matinée est également l'occasion d'animations.

Le déjeuner est pris soit au restaurant, à 12 heures, avec aide au repas pour les résidents en ayant le besoin. Les personnes nécessitant un suivi particulier déjeunent et dînent à l'étage.

La « tournée change » et l'installation du résident pour la sieste sont réalisées de 13 heures 30 à 14 heures 30.

Les animations se déroulent les matins et/ou après-midi selon un programme préalablement établi et en concertation avec les bénévoles.

L'entretien des chambres est effectué le matin et/ou l'après-midi selon un planning prédéfini.

Une collation est proposée vers 15 heures.

Après la sieste, le lever est assuré à partir de 16 heures.

Le dîner est servi à 18 heures, au restaurant ou en salle à manger du premier étage ; les personnes alitées, pour raisons médicales, prennent leurs repas en chambre.

Les couchers, la distribution des médicaments de nuit, la prise de constantes s'échelonnent de 16 heures à 19 heures-20 heures 30, selon les besoins et demandes des personnes. Le linge sale et les déchets sont évacués ; le linge propre est distribué.

Le service de nuit est réalisé de 21 heures à 6 heures 30. Les veilleuses prennent les consignes lors des transmissions auprès des infirmières et effectuent les soins de nuit – change de nuit et palliatifs, constantes, positionnement, surveillance et hydratation des personnes à risque, réponse aux appels et rondes et transmission à l'équipe de jour.

L'entretien du linge personnel des résidents est assuré en interne et son prix inclus dans le tarif journalier d'hébergement.

Les aides aux déplacements internes sont efficaces – nous disposons de quatre ascenseurs. Pour les déplacements externes, l'établissement est équipé de deux minibus, dont un adapté au transport des personnes à mobilité réduite, et d'un véhicule utilitaire.

2.4. Projet d'animation

Même si tous les professionnels sont concernés par l'animation, les animatrices en particulier sont des actrices centrales du projet de vie et les partenaires du projet de soin.

Au-delà de son caractère ludique et collectif, l'animation s'attache à la vie quotidienne du résident et à la constitution d'une place et d'une identité dans l'organisation de la vie collective. Elle crée une dynamique de valorisation individuelle - dans une pratique où l'individu trouve sens et intérêt - et tend à donner une âme à l'établissement.

Au moyen d'une écoute active et non directive, Muriel Jenny, animatrice coordinatrice, Isabelle Geiger, animatrice, et Lydia Da Conceicao, animatrice et aide médico-psychologique, évaluent le potentiel relationnel et recueillent les besoins et attentes de la personne. Une élève BPJEPS¹ « animation sociale » en contrat d'apprentissage renforce régulièrement ce service. Elles construisent un plan d'animation sur la base de ces attentes et besoins. Diplômée en gériatrie, elles sont formées aux caractéristiques de la population des personnes âgées dépendantes et des méthodes d'animation adaptées.

Dès l'entrée dans l'établissement, elles agissent contre le sentiment de dépréciation éprouvé et contre l'impact du vieillissement sur la vie sociale et affective du résident. Par un mode relationnel motivant, elles tendent à raviver l'envie et le désir, à solliciter l'adaptation sociale du résident, à satisfaire à la fois ses besoins socioculturels et le besoin de se sentir en confiance.

Elles enrichissent l'ambiance sociale en valorisant les potentiels physiques (piscine et jeux sportifs) et les potentiels cognitifs (ateliers mémoire), et l'ambiance sensorielle (atelier cuisine, musique).

Elles sont garant de la citoyenneté, des droits et devoirs civiques, en encadrant l'exercice du droit de vote.

Actrice coordinatrice et fédératrice du partenariat, les animatrices assurent le lien avec les bénévoles. Elles font le lien entre les familles, les résidents, les bénévoles et les professionnels, pour une organisation efficace.

Elles organisent la « semaine citoyenne » qui, chaque année, en mars, durant sept jours, fédère l'action de bénévoles issus de Kunheim et des communes avoisinantes autour d'activités d'entretien du bâtiment et d'ateliers de découverte de la gériatrie.

Notre projet d'animation comprend différents types de prestations :

- L'animation ludique : elle repose sur le jeu en groupe et sur la stimulation physique ou intellectuelle des résidents : atelier cuisine et atelier pâtisserie, jeux de société, loto, chant, Wii, arrangements floraux, cinéma, jeux sportifs, atelier mémoire, jeux de mots.
- L'animation culturelle : elle assure l'accès des résidents à la culture (livres, musique) en partenariat avec le Médiabus du Conseil Départemental, et aux manifestations artistiques (conférences, expositions, théâtre, concerts...). Des échanges avec la ludothèque de Kunheim ont également lieu.
- L'animation à visée de maintien des relations sociales et maintien de la motricité : la préservation de la santé physique et mentale du résident repose sur des activités de déplacement en sortie (promenades, restaurant, ferme auberge, salon de thé, piscine et activités physiques et sportives adaptées), des ateliers de conservation de la mémoire ou de mobilisation basée sur l'attrait de l'environnement – notamment au travers des activités associant l'animal, dont notre établissement est promoteur.
- L'animation festive avec des personnes extérieures (familles, enfants du périscolaire, enfants du personnel) : repas de fête, repas inter-génération... Les animatrices, en lien avec le service hôtelier, organisent les anniversaires.

¹ Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la jeunesse

L'amicale des bénévoles réunit aujourd'hui 85 membres. Une réunion mensuelle des bénévoles et des acteurs internes (animatrices, directeur, président, cadres de santé) a lieu chaque dernier mercredi du mois. Elle permet d'évaluer les activités du mois passé et de programmer les activités du mois suivant. Ordre du jour et compte rendu sont établis. Une charte des bénévoles a été créée avec eux et les bénévoles souhaitant y adhérer l'on signée.

Les bénévoles organisent des animations (loto, jeux sportifs, sorties...) sous la supervision de l'animatrice. Lors de certaines animations, le service d'accueil de jour et "Les roseaux" peuvent faire appel aux bénévoles pour les accompagner. Une équipe de bénévoles assure un service d'aumônerie ; deux messes et un culte ont lieu par mois.

Le programme des activités est diffusé individuellement à chaque résident et est envoyé aux familles.

Notre dispositif d'animation demeure varié, grâce au dynamisme des bénévoles. L'animatrice coordonne bénévoles et personnels et assure la logistique des activités.

De même, les familles sont sollicitées pour intégrer le projet d'animation et peuvent rejoindre l'équipe des bénévoles.

Tout en reconduisant la dimension collective de notre politique d'animation, « point fort » de l'établissement, l'animation est également personnalisée au moyen du Projet d'Accompagnement Personnalisé, dont l'animatrice est l'un des acteurs. Un projet individuel d'animation est formalisé en évaluant les besoins de la personne en termes d'animation, tout en comprenant le contexte familial, social et culturel de l'histoire de vie du résident.

Chaque mois, le site internet de La Roselière -www.roseliere.fr- est remis à jour par les animatrices.

Pour ses déplacements, l'établissement dispose de plusieurs véhicules adaptés :

- ✓ Un Renault Master, pouvant accueillir 8 personnes valides et une personne en fauteuil (ou au maximum 5 personnes en fauteuil roulant et 2 accompagnateurs)
- ✓ Un Mercedes, pouvant accueillir 8 personnes valides et une personne en fauteuil (ou au maximum 6 personnes en fauteuil roulant et 2 accompagnateurs)
- ✓ Un Citroën Berlingot, pouvant accueillir 4 personnes valides et une personne en fauteuil roulant.

2.5. Projet hôtelier

La qualité de l'hôtellerie et de la restauration constitue un axe prioritaire pour le confort et le bien-être, mais aussi pour le plaisir, des résidents.

2.5.1. La restauration

La restauration est assurée en interne par une équipe de service de restauration dirigée par Cédric Eber, maître d'hôtel.

Elle propose : un service dit « à l'anglaise » (à l'assiette) ; un petit déjeuner buffet (viennoiseries, jus de fruits, fruits frais, choix de confitures, etc...); le service en chambre ; des collations entre les repas ; et des animations « gastronomiques ».

Les repas sont diététiquement équilibrés, variés et adaptés, dans un travail de concertation entre les David Schultz, chef de cuisine, et Anouk Bouché, diététicienne.

Des menus festifs sont régulièrement proposés, à l'occasion d'anniversaires, de réunions familiales, des fêtes de fin d'année, ou lors de manifestations plus spécifiques (barbecues, tartes flambées, etc...).

Cette nouvelle approche passe par des objectifs bien précis :

- ✓ Améliorer la qualité « ressentie » à la fois gustative, visuelle, olfactive et sonore.
- ✓ Développer les lieux de vies en améliorant la qualité du « bien être », du « comme chez soi ».
- ✓ Faire du précepte : « mieux manger pour mieux vivre », notre philosophie en termes de restauration.
- ✓ Contribuer à la bonne santé physique des résidents au travers d'une maîtrise des bonnes règles d'hygiène et de sécurité alimentaire.

L'accueil des résidents et de leurs familles est aujourd'hui « humanisé » par des agencements plus fonctionnels, plus accessibles et plus engageants tel, par exemple la mise en place d'une véritable banque d'accueil.

Un espace privilégié est aménagé, pour les résidents et leurs familles, où ils peuvent également profiter, tout au long de la journée, de la mise à disposition de boissons fraîches et de pâtisseries.

Dans le même esprit, un salon est disponible pour l'accueil des familles, autour du bar.

David Schultz, notre cuisinier, a obtenu le « Silver Fourchette 2018 », prix national consacrant le meilleur cuisinier en EHPAD.

La Roselière est une véritable résidence hôtelière pour personnes âgées, et son restaurant, une table reconnue et appréciée avec un accès favorisé pour les personnes âgées de plus de 60 ans et leurs familles.

2.5.2. Le bio nettoyage

L'entretien de l'ensemble des locaux (chambres de résidents, toilettes, réserves, bureaux, couloirs, etc....) fait l'objet de protocoles, qui garantissent le niveau d'hygiène nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement.

Indépendamment du matériel minimum requis (chariot de bio nettoyage, balais pour balayage humide, balais pour lavage à plat des sols, bandeaux de lavage des sols, etc....) et des produits d'entretien spécifiques au bio nettoyage, l'établissement est doté de matériels permettant une mécanisation du nettoyage (auto laveuse, mono brosse, aspirateur à eau, lustreuse, aspirateur).

Le bio nettoyage est réalisé par des personnels dédiés et formés aux connaissances liées à ce type de processus. Claudine Fuchs, gouvernante, encadre les équipes d'agents hospitaliers en bio nettoyage sur le terrain.

2.5.3. La lingerie

Le traitement du linge est réalisé sur place ou sous-traité à la société WOLFSPERGER.

- En interne le traitement du linge du résident (favoriser la réactivité et la rapidité et garantir une sécurité en évitant les pertes trop souvent récurrentes de perte de linge), les tenues professionnelles, le linge de toilette, le linge de table, les voilages et autres bandeaux de lavage des sols et chiffonnettes. Cela représente environ 10 à 12 tonnes de linge par mois.
- En sous-traitance, le blanchissage de la literie (draps, taies d'oreillers). Ce partenariat est réalisé dans le cadre d'une location – entretien.

Les opérations de tri, de ramassage, et de distribution restent à la charge de l'établissement.

Pour le personnel, il convient d'apporter un service rendu de qualité dans la gestion des tenues de travail.

Des protocoles régissant le process lié à l'activité de blanchisserie existent, mais nécessitent une mise à jour afin de les rendre compatibles avec les nouvelles normes RABC, qui règlementent et coordonnent les procédures d'hygiène en blanchisserie de type industrielle.

Ces procédures couvrent, notamment, les règles d'hygiène spécifiques au traitement du linge sale (tri, ramassage, conditionnement, circuits, blanchissage), et celles de la gestion du linge propre (finition, distribution, stockage).

2.5.4. La table d'hôtes

La maison de retraite innove avec un projet « Table d'hôtes ». L'objectif est de proposer aux personnes de déjeuner dans notre restaurant tous les jours de la semaine. Cette initiative permet de mettre au service du plus grand nombre nos infrastructures culinaires, mais aussi de renforcer le lien social sur notre territoire.

Les missions de la Table d'hôtes sont d'ouvrir les portes de La Roselière, de cultiver le lien social, de dynamiser la vie en établissement et de favoriser l'équilibre nutritionnel.

Les personnes accueillies prendront leur déjeuner dans notre restaurant ou dans une salle à manger privative. Ceux qui le souhaitent peuvent ensuite participer aux activités ludiques proposées par nos animatrices et auront accès aux différents lieux de vie de La Roselière, avec un goûter offert dans l'après-midi.

Le coût forfaitaire d'un repas est de 12 € par personne et comprend un menu équilibré comprenant hors d'œuvre et/ou potage, plat principal, choix de fromages servis sur chariot, choix de desserts servis sur chariot, vin, café, thé ou infusion.

Les repas et desserts sont préparés sur place par notre chef cuisinier David Schultz (Silver fourchette 2018).

2.6. Projet d'Accompagnement Personnalisé (P.A.P.)

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale affirme dans ses principes le droit des usagers à bénéficier d'un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect du consentement éclairé.

Sous la coordination de Vicky Matz, psychologue, l'objectif du « Projet individualisé » est l'accompagnement personnalisé du résident dans le soutien qui lui est apporté pour élaborer son projet de vie dans l'établissement.

Il prend en compte ses besoins qui liés à la dépendance, au soin et à l'institutionnalisation, et ses ressources personnelles mobilisables et valorisées, ses demandes et ses souhaits. Besoins et ressources sont identifiés à partir d'une analyse psychologique, des observations et évaluations professionnelles, de la connaissance de ses habitudes de vie, et ce, avec la consultation du résident, de sa famille le cas échéant, et son consentement.

Une analyse initiale est réalisée pour évaluer les besoins, attentes, ressources et compétences du résident. Cette première évaluation du résident (dépendance et besoins, attentes et capacités) permet de préparer la réunion initiale – en employant les grilles et échelles d'évaluation habituelles, les observations transmises, ainsi que le guide d'entretien du dossier Projet individualisé – dossier qui est informatisé depuis 2013. Cet entretien, en particulier, est réalisé avec le résident et sa famille, pour une connaissance globale du résident, afin de définir la situation et la problématique spécifiques du résident, ses besoins de soin et de prise en charge, ses capacités et possibilités ; ses « habitudes de vie » sont les activités courantes et les rôles sociaux qui assurent son épanouissement.

La réunion initiale permet de définir les priorités d'action, sur la base d'un échange en équipe. Le bilan clinique et les dimensions culturelles, sociales, familiales du résident permettent de poser des préconisations, recommandations et objectifs, en mettant en relief ses besoins et ses choix personnels. Le Plan d'action prévoit donc l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évalué des projets de soin, d'intégration et d'activités qui sont personnels, des objectifs qui sont définis à tous les niveaux de la prise en charge (soins, hôtellerie, animation...) pour le résident. L'évaluation du projet, qui a lieu à une étape ultérieure, permet d'assurer le suivi et l'évolution du Plan d'action en le complétant ou en le reconduisant en l'état.

2.7. Relations avec les familles

La relation avec les familles et les proches du résident constitue une mission dont les aspects sont multiples : maintien du lien et de la convivialité familiale, accompagnement des aidants dans l'épreuve du placement, gestion des conflits.

La consultation des familles, en particulier, qui est réalisée afin de recueillir, soit les attentes de résidents qui ne sauraient parvenir à les exprimer, soit leurs avis propre, leurs demandes et réclamations, est un gage de la qualité de l'accompagnement. Cette démarche nécessite une connaissance approfondie des attitudes et postures des parents confrontés à la charge morale du placement et à ses effets psychologiques – connaissance apportée par le médecin coordonnateur, le médecin d'établissement, la psychologue et la cadre infirmière.

Un référent familial est désigné lors de l'admission.

Nous informons les familles tant au niveau administratif que financier. Familles et résidents sont aidés pour trouver des solutions en cas de difficultés de paiement – comme un échelonnement de paiement et un appel aux aides financières.

Nous définissons avec elles les modalités de prise en charge en cas de perte d'autonomie ou de pathologie lourde. Les familles sont intégrées dans la procédure de recueil des avis, attentes et propositions, au travers des campagnes d'enquêtes de satisfaction et des formulaires de recueil des demandes et réclamations.

Les familles sont sollicitées et rencontrées par la psychologue, à l'occasion d'entretiens privés. Un soutien psychologique est également assuré aux familles par le médecin coordonnateur ou une infirmière lors d'évènements douloureux - aggravation brutale de l'état de santé, décès...

Plusieurs réunions d'informations et d'échanges sont organisées entre la direction et les familles de chaque secteur. Une boîte à idées a été installée à l'accueil afin que les familles et/ou résident puissent déposer les suggestions et remarques. Plusieurs repas annuels associent les familles : Noël, barbecue et tartes flambées en été... Les familles ont également la possibilité d'être restaurées et de bénéficier en interne de repas de famille, notamment le dimanche.

2.8. Orientations stratégiques

Le Projet d'établissement a vocation à présenter les orientations stratégiques de la structure à cinq ans en précisant les objectifs et projets de l'établissement. Ces derniers sont les suivants :

- Création d'un espace de kinésithérapie afin de favoriser le maintien de l'autonomie de nos résidents.
- Développement du bénévolat vers des activités à caractère ludique, mais également concernant l'aide au repas, le transport des personnes que nous accueillons dans nos différents services et les services techniques afin de maintenir une qualité de service mais aussi de réduire nos coûts de fonctionnement.
- Poursuite de la formation du personnel, notamment au travers de formation qualifiante contribuant à une meilleure prise en soins dont la prévention de la perte d'autonomie (nous avons formé une centaine d'agents un diplôme de l'éducation nationale au cours des 15 dernières années).
- Développement du recrutement de personnes en contrat d'apprentissage pour les former en alternance vers les métiers du soin.
- Embauche d'une personne diplômée d'un STAPS afin d'assister nos kinésithérapeutes dans des fonctions portant sur le travail de mobilité de nos résidents.
- Sensibilisation des chirurgiens-dentistes de ville à la présence d'un cabinet dentaire au sein de l'établissement dans le but d'une meilleure santé buccodentaire.
- Réflexion sur la création d'un service d'aide à domicile adossé à l'établissement.
- Projet de création d'une résidence service adossée à l'établissement ayant une capacité de l'ordre de 10 à 15 logements (réflexion en cours avec la commune de Kunheim).
- Développement de notre réflexion portant sur l'EHPAD à domicile (nous avons déjà mis en place un service proposant une aide ponctuelle à domicile si nécessaire, notamment pour les résidents qui fréquentent notre accueil de jour).
- Officialisation d'un service d'hébergement d'urgence (nous le réalisons déjà mais structuration appropriée).

- Préparation de l'établissement à recevoir des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes en corrélation avec la pyramide des âges.
- Accroissement du lien avec les familles dont l'utilisation des nouvelles technologies et communication (site internet, facebook, visioconférence....)
- Mise à disposition des résidents d'outils numériques facilitant les contacts avec l'extérieur.
- Adaptation de l'éclairage de l'établissement dans les couloirs, les restaurants et les lieux communs. Au niveau de l'unité protégée, mise en place un éclairage à variation de luminosité en fonction des périodes de la journée.
- Amélioration constante du cadre de vie, dans les espaces communs, mais aussi concernant l'aménagement et la décoration des chambres des résidents, notamment ceux n'ayant que peu de liens avec leur famille.
- Favoriser les liens sociaux avec l'extérieur (journées citoyennes, marchés de Noël, vélo sans âge...)
- Travailler la communication de manière générale visant à donner une belle image établissement, tant pour les résidents et leurs familles, que pour les futurs salariés de l'établissement.

2.9. Démarche qualité

La démarche qualité constitue le cadre de principes, de méthodes et d'outils organisant la recherche permanente de la qualité de la prise en charge des résidents. Axée sur les principes et droits appuyés par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la démarche qualité permet de définir des objectifs qualité.

Ces derniers sont attachés à l'écoute des besoins et des attentes des résidents, au respect des droits des usagers, à l'évaluation des pratiques, à la réalisation et au suivi d'un plan d'action interne d'amélioration de la qualité, à la mise en œuvre de groupes de travail attachés aux actions correctives ou préventives opposées aux événements indésirables, dysfonctionnements ou aux écarts, et à la réalisation de Projets individualisés (voir chapitre précédent).

La parole de la personne âgée et de la famille est placée au centre de notre politique Qualité. Les valeurs « qualité » se fondent sur la mise en adéquation entre les besoins des résidents (la qualité attendue puis perçue) et la perception que les professionnels ont de la qualité produite.

L'article L312-8 du Code de l'action sociale et des familles et la loi n°2002-2 instituent le principe de l'évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. La démarche qualité organise l'impulsion d'un cycle d'amélioration, en s'appuyant notamment sur l'engagement de l'équipe de direction - notre organisation Qualité repose sur l'affirmation d'un choix politique et sur l'engagement des gestionnaires – et sur la mobilisation et la participation des professionnels. Ces derniers, encadrés par le responsable qualité, participent à l'évaluation des pratiques, à l'identification des écarts et « points négatifs », à la clarification des processus et des bonnes pratiques au sein des groupes de travail, à l'élaboration des protocoles et au suivi des résultats de l'action sur le terrain. Au travers des actions mises en œuvre, la totalité des métiers de l'établissement a été représenté et impliqué dans les groupes de travail qualité : les médecins de l'établissement, l'équipe infirmière et soignante, notre service de psychologie, notre ergothérapeute, notre kinésithérapeute et nos animatrices, le service d'hôtellerie – restauration, le service technique...

De même, les autorités de tutelle sont-elles un interlocuteur au travers des préconisations et recommandations apportées à l'occasion des inspections et rapports fournis.

La démarche qualité s'adosse à un Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Initialement, ce dernier regroupe l'ensemble des actions d'améliorations préconisées lors des évaluations internes et externes et déterminées par les utilisations successives de la grille d'auto-évaluation Quales en 2013 et en 2018, par le projet d'établissement et par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Puis, le PACQ a été actualisé suite à l'évaluation de la Haute Autorité de Santé qui a été réalisée en mars 2024, et sur la base des observations faites par les évaluateurs. Ces actions sont :

- les professionnels soutiennent la liberté d'aller et de venir de la personne accompagnée : créer un avenant au contrat de séjour concernant les bracelets anti-fugue et les mesures limitatives de liberté.

- les professionnels soutiennent la liberté d'aller et de venir de la personne accompagnée : intégrer dans le document Projet d'Accompagnement Personnalisé (P.A.P.) les « mesures limitatives de liberté (ex : bracelet anti-fugue) » et « mesures compensatoires à la limitation de la liberté d'aller et venir ».
- Les professionnels respectent le droit à l'image de la personne accompagnée : créer le formulaire du droit à l'image et l'intégrer au processus d'admission.
- L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée : expliciter dans le contrat de séjour l'élaboration et la co-construction du P.A.P.
- L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée : assurer la co-construction du P.A.P. par les personnes accompagnées et formaliser leur validation.
- L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée : formaliser le recueil des Directives anticipées sur le formulaire dédié, identifier les évolutions légales sur les Directives anticipées.
- L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée : formaliser le formulaire « Personne de confiance » afin qu'une seule personne de confiance soit désignée sur ce formulaire dédié.
- L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées : formaliser un plan de prévention des situations de maltraitance et de violence qui est coconstruit avec les professionnels.
- L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes (les personnels) : concevoir un support d'information pour le retour fait en pluridisciplinaire des plaintes et des réclamations et formaliser ce processus dans le protocole « Maîtriser les événements indésirables, traiter les réclamations, et engager les actions correctives et préventives ».
- Les professionnels analysent en équipe les plaintes et les réclamations et mettent en place des actions correctives : actualiser le protocole « Maîtriser les événements indésirables, traiter les réclamations, et engager les actions correctives et préventives » pour assurer la traçabilité du travail de réflexion pluridisciplinaire au moyen du protocole dédié.
- Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives : améliorer la formalisation du protocole « Maîtriser les événements indésirables, traiter les réclamations, et engager les actions correctives et préventives » en intégrant les modalités de participation des professionnels.
- La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation. (CVS, enquête satisfaction) : mettre en place un mode d'information sur l'existence et la fonction du CVS et sur sa composition.
- La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation. (CVS, enquête satisfaction) : Identifier un professionnel rencontrant les membres du CVS pour recueillir leurs questions et établir un ordre du jour concerté avec les membres du CVS.
- Informer les résidents des moyens d'accès aux résultats de l'enquête satisfaction annuelle : concevoir un document informant les résidents de l'accessibilité des résultats de enquêtes satisfaction sur le présentoir de l'accueil.
- La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation : afficher et diffuser les compte rendus du CVS
- La personne accompagnée et son entourage sont informés du rôle des professionnels et autres intervenants et peuvent les identifier : présentation du nouveau professionnel par le cadre ou par un collègue désigné.

- Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne accompagnée : création d'un document support « Outils de la loi du 2 janvier 2002 et droits et libertés des personnes accueillies », diffusion de ce support sur WINSERVEUR et affichage, information des nouveaux agents par le mail sur les documents obligatoires à transmettre aux salariés entrants.
- Les professionnels coconstruisent les règles de vie collective ou les modalités de fonctionnement du service dans le respect des droits et libertés de la personne accompagnée (CVS) : créer un fichier partagé pour les comptes-rendus du CVS, créer un fichier partagé informant des « membres du CVS », envoyer un mail informant de la diffusion de la liste, afficher les noms des membres du CVS, modifier le mail d'accueil des nouveaux salariés en indiquant l'existence du fichier partagé WINSERVEUR et de ces documents disponibles.
- Les professionnels coconstruisent les règles de vie collective ou les modalités de fonctionnement du service dans le respect des droits et libertés de la personne accompagnée (CVS) : désigner un responsable pour communiquer auprès des résidents sur le CVS.

Poursuite et suivi continu des actions d'amélioration initiées dans le PACQ 2013-2018 et 2028-2023 :

- Formation « incendie » annuelles : Le personnel reçoit annuellement une formation en matière de sécurité incendie pour réagir de façon adaptée en cas de déclenchement d'un sinistre.
- Communication du projet d'établissement, qui est connu des professionnels : Communiquer un exemplaire à tout nouvel agent au moment de l'embauche.
- Projet d'accompagnement personnalisé : Réaliser un projet d'accompagnement personnalisé par an pour chaque résident en accueil définitif et temporaire.
- Vigilance Attentats : Sensibiliser les personnels aux bonnes pratiques de sécurité permettant de signaler des comportements suspects, connaître les moyens d'alerte interne et externe, réagir en cas d'attaque terroriste, signaler la radicalisation.
- Embaucher des élèves aide-soignant en apprentissage : Former et embaucher nos propres aides-soignants en partenariat avec les IFAS dans un contexte d'embauche difficile et de contraintes gestionnaires, aire géographique d'embauche réduite à 180 – l'établissement fait dos au Rhin, éloignement de Kunheim des grands centres urbains d'habitation
- Embaucher des élèves AES en apprentissage ou en contrat aidé : Former et embaucher nos propres aides-soignants en partenariat avec les instituts de formation dans un contexte d'embauche difficile et de contraintes gestionnaires
- Embaucher des apprentis en hôtellerie – restauration (CAP Cuisine, BP Arts de la cuisine, CAP Commercialisation et service en HCR, Bac Pro Commercialisation et service en HCR) : Embaucher des personnels qualifiés et spécialisés dans les prestations d'hôtellerie – restauration pour optimiser le projet de prise en charge des résidents, améliorer de façon significative ce service pour faire monter en gamme notre prestation.
- Embaucher des apprentis BPJEPS Animation Sociale : En lien avec l'ESEIS et le CFA Form'AS, exploiter la possibilité d'embaucher des apprentis pour la formation d'animateur/trice social(e) en BPJEPS
- Stratégie d'attractivité des métiers – démarchage, communication et constitution de partenariats : Mettre en place une démarche de communication et d'information pour valoriser les métiers du soin, mettre en relief les avantages d'un apprentissage AS pour les bac pro ASSP (cursus adapté court), utiliser le savoir-faire acquis des bac pro ASSP lors de leurs nombreux stages en EHPAD (actes de soins de nursing acquis) et les recruter comme apprentis AS, assurer un suivi administratif renforcé auprès des apprentis et des stagiaires afin de démontrer les atouts et l'engagement de notre structure, communiquer et étendre le champ des réseaux exploitables face à nos difficultés de recrutement, être porteur d'un modèle en termes de démarche de réponse aux enjeux actuels de la pénurie frappant le marché de l'emploi.

- Accueil des nouveaux salariés : Encadrer, formaliser, optimiser l'accueil des nouveaux agents, leur intégration, leur bien-être dans la prise de poste
- QVT, prévention des RPS, actions de cohésion, valorisation des personnels : Organiser le recueil de l'avis des personnels et réaliser un diagnostic QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail), réaliser des actions de cohésion d'équipe et de rétribution individuelle pour compenser les difficultés professionnelles et leur impact sur la santé psychologique des personnels, accompagner les salariés dans la démarche de la validation des acquis de l'expérience (VAE).
- Intégration de volontaires Service civique : Accueillir un premier volontaire Service civique, évaluer la plus-value, pérenniser la procédure si succès de ce projet.
- Bénévolat : intégration de volontaires Service national Universel (SNU) : Accueillir un premier volontaire Service civique, évaluer la plus-value, pérenniser la procédure si succès de cet essai.
- Gestion des risques : fonctionnement, maintenance et autonomie des appareillages techniques : Les vérifications relevant de la maintenance et de l'entretien – tel l'éclairage de sécurité ou le groupe électrogène – doivent être effectuées et tracées. Les remarques de la commission de sécurité sont prises en comptes et font l'objet d'un suivi. Les contrôles réglementaires sont effectués dans les délais prescrits.
- Gestion des risques : organisation d'exercices Incendie annuels : Effectuer les contrôles réglementaires dans les délais prescrits. Formaliser la démarche pour organiser des exercices incendie et rendre son échéance annuelle.

3. PROJET DE SOINS

Préambule : valeurs et engagement

Le projet de soins définit les objectifs généraux d'organisation des soins. Instrument fédérateur qui implique tous les professionnels du service, il repose sur leur engagement à assurer des soins de qualité, avec une prise en soin adaptée et globale de la dépendance physique et psychique. Cette prise en soin globale est possible grâce à l'implication d'une équipe pluridisciplinaire (personnel qualifié, intervenants médicaux et paramédicaux...), avec une personnalisation du soin qui permet la reconnaissance de l'identité du résident et son autonomie.

Cette volonté se fonde sur une réflexion clinique, éthique et gériatrique. L'EHPAD est considéré comme lieu de vie. La place du soin s'en trouve modifiée. Les professionnels doivent privilégier le « prendre soin » et l'accompagnement afin que le résident soit acteur de sa vie.

Une réflexion continue est menée sur le respect des choix du patient et de son entourage (choix du médecin, choix des cultes, des rites...), sur la dépendance physique et psychique de la personne âgée, sur l'accompagnement de l'entourage, et sur l'accompagnement de fin de vie.

Le projet de soins de l'EHPAD intègre les lignes directrices qui suivent et qui sont autant d'orientations qui reposent sur des valeurs communes à nos professionnels du soin.

3.1 Evaluer les potentialités cognitives et fonctionnelles des résidents

L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle repose sur l'observation des activités réalisées seules par le résident, et détermine son inscription dans un groupe iso-ressource (AGGIR) et dans le système d'information PATHOS. Elle est réalisée à l'entrée du résident dans l'établissement et est réévaluée une fois par an. Cette évaluation est effectuée par le médecin coordonnateur et le médecin de l'établissement, en collaboration avec l'équipe soignante. Ce bilan vise à

clarifier les besoins du résident pour le conseiller, l'accompagner et préserver son autonomie.

Un plan de soin est établi pour assurer une prise en soin individuelle. Il est réévalué et modifié lors des transmissions avec l'équipe soignante, à chaque fois que cela est nécessaire.

3.2 Prévenir et prendre soins de la dépendance

Au fur et à mesure de l'avancée en âge, la notion de fragilité émerge, et fait de la prévention un axe privilégié du projet de soins. Notre politique de prévention et de prise en soins de la dépendance repose sur l'identification, le recueil et l'évaluation des facteurs de risque.

L'identification des situations à risque, la mise en place de mesures préventives, le suivi des grilles d'évaluation, la mise en œuvre des mesures thérapeutiques couvrent les différents aspects de la gériatrie : nutrition, hydratation, escarres, chutes, troubles cognitifs, douleur, incontinence, mais également les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

La prise en charge repose sur l'identification des besoins du patient, mais également de leurs envies.

- ALIMENTAIRE : Textures, alimentation adaptée en fonction des pathologies, goûts, rythme, complément alimentaire, aide à l'alimentation
- HYDRIQUE: Identifier les risques, surveillance, vigilance spécifique en cas de canicule
- MOBILITE : garantir la mobilité totale ou partielle avec la mise en œuvre de différents moyens : bilan des kinésithérapeutes, mise à disposition de matériel d'aide, atelier équilibre, identification des risques de chute, correction.
- CUTANES : Identification des risques et mise en œuvre de techniques de prévention :
 - de la continence, (évaluation, correction)
 - de la nutrition (alimentation enrichie...compléments alimentaires)
 - la disposition de matériel adapté (litterie, coussin, matelas, latéralisation...)
- LA DOULEUR : identifier, reconnaître, évaluer, quantifier (grilles d'évaluation), traiter, réévaluer.
- LES SOINS PALLIATIFS : accompagner le patient et son entourage et mettre en œuvre tous les moyens techniques et humains, pour garantir des soins de confort et de qualité, dans le respect des données culturelles, culturelles, éthiques et gérontologiques.

Le personnel soignant réalise l'aide aux actes de la vie quotidienne. La stimulation vise à lutter contre le risque de majoration de la dépendance.

De même l'animation permet au résident de formaliser des projets au travers d'un axe ludique (se divertir), d'un axe pédagogique (réapprendre, apprendre, conserver des praxies), d'un axe médical (rééducation, atelier mémoire, atelier équilibre, atelier toilettage du chien) et d'un axe personnalisé (mise en œuvre de demandes spécifiques, telles des courses, une visite à un proche hospitalisé....

3.3 L'organisation des soins

3.3.1 Le résident

Le projet de soins garantit à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité. Chaque résident est libre du choix de son médecin traitant.

Les médecins traitants ainsi que le médecin de l'établissement interviennent dans le cadre du projet de soins.

Afin de limiter les déplacements qui sont souvent source d'angoisse, les consultations dentaires, de l'opticien et du podologue sont réalisées en intra-muros.

3.3.2 L'équipe

L'équipe soignante est composée du Dr Stéphane Carnein, médecin coordonnateur, du Dr Pierre Kohser, médecin de l'établissement, de Véronique Ringler, cadre de santé, des infirmières, des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux.

La cadre de santé assure la gestion de l'équipe ; elle est garante de l'application du projet de soins.

La couverture infirmière est assurée de 7 heures à 21 h15, la semaine, le week-end et jours fériés. En dehors de ces horaires, une infirmière est d'astreinte, et se déplace, si cela est nécessaire. La continuité des soins est assurée sept jours sur sept.

3.3.3 Le médecin coordonnateur

Les textes fondateurs de la fonction de médecin coordonnateur sont inclus dans l'arrêté du 26 avril 1999 annexes 2. Les décrets du 27 mai 2005, du 11 avril 2007 et du 2 septembre 2011 ont précisé et renforcé son rôle dans les EHPAD.

Le médecin coordonnateur est sous la responsabilité et l'autorité administrative du directeur de l'établissement dont il est l'interlocuteur et le conseiller technique médical.

Ses 13 missions sont les suivantes:

- ✓ Il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général des soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- ✓ Il donne son avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- ✓ Il préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission se réunit au minimum deux fois par an.
- ✓ Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents (AGGIR) et leurs besoins en soins requis (PATHOS).
- ✓ Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels,

formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.

- ✓ Il élabore une liste de médicaments à utiliser préférentiellement en collaboration avec les médecins traitants des résidents et la pharmacienne chargée de la gérance de la pharmacie à usage interne. Il contribue auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- ✓ Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'informations des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- ✓ Il élabore un dossier type de soins.
- ✓ Il établit un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Le rapport retrace l'activité de l'année précédente au travers d'éléments statistiques se rapportant aux pathologies et au niveau de dépendance des résidents.
- ✓ Il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins et de l'organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.
- ✓ Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés.
- ✓ Il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans l'établissement et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.
- ✓ Il effectue des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

3.3.4 Le médecin d'établissement.

Le poste de médecin d'établissement a été créé le 1er janvier 2010 en raison:

- de l'accroissement du nombre de résidents lié à l'extension du nombre de lits dans l'établissement
- de la prise en charge de résidents de plus en plus dépendants et présentant des pathologies de plus en plus lourdes
- de la diminution de la disponibilité des médecins intervenant à titre libéral en raison de la baisse de la démographie médicale
- de l'éloignement géographique du médecin traitant.

Le rôle du Dr. Pierre Kohser se décline en des fonctions de soins, de formation, de relations avec les familles et les proches des résidents et de collaboration avec les différents acteurs de santé intra et extra muros.

Son objectif est le bien-être physique et psychique du résident depuis son admission dans l'établissement jusqu'aux derniers instants de sa vie.

Avant l'admission d'un nouveau résident, le médecin d'établissement se met en rapport avec le médecin traitant ou le médecin de l'établissement médical ou médico-social précédemment fréquenté par ce résident.

A l'admission, il prend connaissance du résident et de sa famille (si elle est présente) puis effectue l'examen clinique initial avec:

- recueil des antécédents médicaux, chirurgicaux, allergiques, vaccinaux et sociaux

- identification de la problématique médicale actuelle
- examen clinique complet
- évaluation des fonctions cognitives et de l'état thymique
- évaluation de la dépendance (GIR)
- évaluation de la marche et des risques de chute
- évaluation du risque d'escarre
- évaluation nutritionnelle.

Cet examen sera complété par l'enregistrement d'un ECG, par un bilan dentaire (effectué systématiquement par les dentistes exerçant au sein de l'établissement), par un bilan biologique si nécessaire et par un bilan anthropométrique (effectué par les IDE). Après l'examen, le médecin prescrit le traitement médicamenteux, une éventuelle rééducation qui sera effectué par un kinésithérapeute.

Toutes les données sont consignées dans le dossier médical informatisé (TITAN) du résident.

En cours de séjour, le médecin d'établissement assure le suivi médical régulier des résidents par des visites systématiques et sur demande de l'équipe soignante. Il traite les affections intercurrentes, réévalue les pathologies en cours et leur traitement, prescrit la surveillance biologique et demande les investigations complémentaires. Tous les éléments de ce suivi sont recueillis sur le dossier informatisé du résident.

Le médecin d'établissement est l'interlocuteur privilégié de l'équipe soignante. Il répond aux interrogations quotidiennes relevant de son domaine de compétence. Il est aussi l'interlocuteur des familles et proches qu'il informe, à leur demande, de l'évolution de l'état de santé du résident.

Lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, il informe la famille et assure la coordination avec le service hospitalier. Il reste en étroite relation avec les médecins hospitaliers pour optimiser le séjour et assurer un retour rapide et sécurisé dans notre établissement.

Dans la période de fin de vie, le médecin d'établissement accompagne le résident ainsi que son entourage. Il assure la prise en charge physique et psychologique dans le respect des croyances et des souhaits du patient afin de lui assurer une fin digne et paisible.

3.3.5 La psychologue

La profession de psychologue a été introduite en EHPAD par le législateur dans la réforme de la tarification des établissements issue de l'arrêté du 26 avril 1999. La psychologue élabore et met en œuvre une prise en charge du résident. Les principales activités de la psychologue sont la réalisation de bilans psychologiques, les entretiens de soutien, les entretiens psychothérapeutiques, l'écoute et soutien du résident, de sa famille et des professionnels.

Elle éclaire le personnel en fonction de la personnalité du résident, de son histoire de vie et son état psychique à un moment donné. Elle rédige des synthèses et participe à l'élaboration (avec l'équipe soignante) du dossier médico-psychologique. Dans un rôle de médiateur, elle facilite également les relations entre la famille et le personnel de l'établissement.

Vicky Matz, psychologue, conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives sur le plan psychologique au niveau individuel, familial et/ou groupal, dans une optique de promotion de l'autonomie du résident, en relation avec l'équipe médicale et soignante.

- Le soutien aux résidents

La première mission du psychologue consiste en l'accompagnement psychologique du résident. L'entrée en établissement peut être vécue par le résident comme une rupture avec les habitudes passées ; la psychologue accompagne l'admission du résident dans la structure, l'aide à s'adapter à sa nouvelle vie et à faire le deuil de la

précédente. L'évolution vers la dépendance, la proximité de la mort engendre pour les résidents des souffrances physiques et psychiques. La psychologue est ainsi formée à l'écoute de la parole que ce soit sur le mode verbal ou non-verbal.

La spécialisation de l'accompagnement de la vie psychique des résidents se traduit par l'écoute des personnes âgées lors de temps informels et lors d'entretiens. La psychologue cherche avant tout à libérer la parole du résident, en lui donnant des moyens d'expression verbal ou non verbal et en s'adaptant à sa communication, pour lui permettre d'exprimer ses besoins et ses envies. La psychologue décrit, interprète et analyse alors ces données pour mettre en place par la suite des actions individuelles ou collectives visant au bien-être du résident.

En relation avec l'équipe soignante, elle construit et élabore le projet de vie ou projet d'accompagnement personnalisé du résident. La psychologue travaille ainsi à assurer une continuité de vie et de bien-être au résident (malgré un cadre de vie passé différent) en considérant ses besoins (qui justifient sa présence en établissement) et en respectant ses habitudes et ses préférences. Avec ce travail conjoint, elle implique autrement et valorise le personnel soignant dans l'accompagnement des résidents en les sollicitant et en les inscrivant dans l'élaboration des projets de vie.

- Le soutien aux aidants et aux familles

La psychologue compte également dans ses missions la prise en charge de l'entourage des résidents. Elle accompagne la famille et les aidants tout au long de sa vie institutionnelle. Elle propose un temps d'écoute des familles afin de les soutenir dans le maintien du lien familial.

- Le soutien aux professionnels

La psychologue contribue à faire écho à l'expression de la vie psychique des résidents aux autres professionnels de l'EHPAD. C'est donc une fonction de support et de soutien auprès du personnel auquel elle concourt dans l'objectif de bien-être du résident et de sa famille. La psychologue contribue également à la cohésion des équipes, à favoriser la communication interne entre les individus et entre les différents services de l'établissement. Elle sensibilise le personnel à la prise en compte des aspects psychologiques de la vie des résidents, au décryptage des comportements des personnes âgées et des familles et à la compréhension des relations qui se jouent entre les différents acteurs.

Le travail avec un public fragilisé n'est pas sans conséquences sur le physique comme sur le moral des professionnels. La psychologue se destine à libérer la parole de chacun dans l'établissement, à donner la possibilité de s'exprimer sur ce qu'on ressent et sur ce qu'on vit au quotidien. Elle exerce une fonction d'écoute et de conseil auprès du personnel et effectue un travail d'accompagnement psychologique de proximité.

3.3.6. Les kinésithérapeutes

La kinésithérapie est réalisée sur prescription médicale. Elle produit des bienfaits et joue un rôle au niveau des systèmes physiologiques : cardio-respiratoire, vasculaire, articulaire (rhumatologique et orthopédique), neurologique entre autre.

D'autre part, la kinésithérapie permet dans tous les cas de bouger, de mobiliser le corps et donc plus largement de faire de l'exercice physique adapté en fonction des capacités, des douleurs, de la ou des pathologies du résident. Les objectifs sont la diminution du risque de chute, le maintien de l'autonomie et la réduction des risques liés à l'inactivité.

Dans tous les cas, la rééducation est réalisée en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, AS, AMP, diététicienne, psychologue...). Le masseur kinésithérapeute participe notamment aux transmissions des différents secteurs, afin que le résident soit pris en soin de manière cohérente dans le respect de son bien-être.

Le kinésithérapeute a aussi un rôle de conseil et d'accompagnement en mettant en avant ce que le résident peut faire, afin de le rassurer et de le suivre dans tout son parcours au sein de l'établissement.

Pour cela, les kinésithérapeutes réalisent :

- soit une rééducation avec une prise en soin **individualisée** (massage, renforcement, équilibre,,). Ces séances peuvent être réalisées plusieurs fois dans la journée ou dans la semaine toujours en fonction du résident, de ses besoins, de sa

fatigabilité et aussi de son envie et surtout de sa pathologie.

- soit une rééducation avec une prise en soin **collective** (en groupe) : travail actif de tout le corps, assis ou debout, mobilisation de toutes les articulations, travail de l'équilibre, de renforcement, avec matériel ou sans, en écoutant de la musique, dans la bonne humeur ou dans un but de détente en fin de séance. L'objectif est de travailler à une rééducation avec plaisir et de permettre aux résidents de se connaître, de se côtoyer, et de garder une bonne sociabilisation.

La rééducation kiné poursuit différents objectifs :

- L'évaluation des capacités des résidents à leur entrée (pour tous les résidents) et à leur sortie (pour les personnes en hébergement temporaire)
- L'évaluation des risques de chute
- L'identification et évaluation des sujets fragiles
- L'aide au retour à domicile au moyen de l'évaluation des besoins techniques et des aides humaines utiles à domicile
- L'aide au maintien de l'autonomie : marche, équilibre, transfert (aide au lever, mise au WC), mobilisation-étirement, renforcement musculaire
- Les massages a visée thérapeutique
- Les massages a visé bien être
- Le traitement antalgique pour diminuer les douleurs (rhumatologique, neurologique) : massage, ultra-son, TENS, aromathérapie,,,,
- La kiné respiratoire : désencombrement bronchique, travail du volume inspiratoire et expiratoire et mobilité diaphragmatique et costale
- La prise en charge post opératoire immédiate donc en phase aigüe : le temps d'hospitalisation est diminué, le retour à l'EHPAD est plus rapide, ce qui diminue le risque de trouble cognitif puis en phase chronique
- La rééducation neurologique (AVC-parkinson-SEP) (en phase aigüe et chronique)
- La rééducation de toutes les pathologies en phase soit aigüe ou chronique : avec adaptation des exercices au mieux
- La kinésithérapeute joue un rôle majeur dans la prévention :
 - o des positions vicieuses, des escarres, des troubles trophiques
 - o des complications thromboembolique liées à l'alitement, des rétractions musculo-tendineuses
 - o de la désadaptation à la verticalité
 - o de la constipation et de l'incontinence (conduite au WC)
- La prise en charge du syndrome post chute ou la rééducation
- Le drainage lymphatique manuel
- L'adaptation des aides techniques et du petit matériel en chambre (rollator-déambulateur-guidon de transfert-coussins...)
- L'éducation thérapeutique

D'autres fonctions annexes sont assurées par nos kinésithérapeutes :

- La relation avec la famille : les kinésithérapeutes assurent le suivi des résidents et sont en lien direct en cas de besoin avec les familles
- Les transmissions ciblées avec l'équipe soignante pour que le résident soit le mieux pris en soins possible et pour qu'il y ait une continuité des soins,
- Le travail avec les commerciaux et réparateurs extérieurs pour l'acquisition, la maintenance et le développement du parc de matériel ergothérapique (fauteuils, chaussures, matériels ergos, matelas à air,,,))
- L'évaluation et le suivi du chaussage (CHUT) : un mauvais chaussage est un véritable facteur de risque de chute d'où l'importance d'évaluer le chaussage. En cas de mauvais chaussage, les kinésithérapeutes recherchent une nouvelle paire de CHUT (suite à une prescription médicale) et choisissent le modèle qui correspond aux besoins du résident, à son pied, en prenant en considération ses goûts,

- Fauteuil-roulant et fauteuil-confort : la gestion des stocks, l'évaluation des besoins et l'adaptation du matériel ergo au fauteuil roulant (cales tronc pour éviter qu'il ne soit trop penché, longueur des cales pieds afin qu'il y est toujours un appui, etc.) permet d'assurer le confort du résident et une installation adaptée, par exemple lors des repas pour éviter les fausses routes, pour mieux manger, pour garder son autonomie lors des repas. Un fauteuil roulant bien adapté se choisit en fonction du gabarit et des possibilités du résident afin de lui permettre de se déplacer, soit avec les membres supérieurs, soit avec les membres inférieurs en traction podale, ceci nécessitant des réajustements du fauteuil roulant (hauteur, largeur)
- La mise en place du matériel ergonomique qui diffère selon les besoins du résident (coussin de positionnement, de latéralisation, coussin anti escarre)

Un travail avec cadres et directeur pour rechercher de nouveaux matériels et technologies (par exemple de nouveaux lits) et pour répondre à des appels à projet afin d'acquérir de nouveaux moyens répondant au mieux aux besoins du résident et à sa prise en soin (ex : futur parcours type sentier « pieds-nus).

3.3.7. La diététicienne

La qualité des apports nutritionnels est essentielle au maintien d'une bonne santé à toutes les périodes de la vie et particulièrement chez le sujet âgé. En raison des perturbations physiologiques entraînées par le vieillissement, la personne âgée est particulièrement sujette au risque de malnutrition ou de dénutrition. Le premier objectif de ce projet est alors d'orienter la personne vers un accompagnement induisant une bonne alimentation.

Une bonne alimentation est celle qui couvre les besoins nutritionnels en macronutriments (protéines, lipides, glucides) et micronutriments (calcium, magnésium, vitamines, minéraux et oligoéléments). Elle permet de prévenir la survenue de pathologies (maladies cardiovasculaires, rénales, diabète...), d'éviter l'entrée des résidents dans la spirale de la dénutrition et ainsi de limiter l'apparition d'escarres, de chutes et d'infections diverses (respiratoire, urinaire, etc.). Enfin, elle permet une bonne qualité de vie en termes de sommeil, de confort intestinal et de plaisir gustatif, selon le triptyque : « *se nourrir, se réunir, se réjouir* ».

L'objectif de ce projet est également de réaliser un accompagnement nutritionnel préventif afin de limiter la prise en charge médicamenteuse et de préserver la santé du résident.

Différentes actions s'articulent dans ces objectifs :

- L'intervention de la diététicienne auprès des résidents, pendant les repas ou en entretien individuel, pour trouver des solutions aux problématiques liées à l'alimentation de chacun.
- Le suivi du poids corporel par le personnel soignant, et plus particulièrement la diététicienne, au moins une fois par mois ou plus souvent si cela est jugé nécessaire, qui permet de dépister un mauvais apport nutritionnel pouvant entraîner dénutrition, apparition d'escarres, ou augmenter les risques de chute.
- Une recherche constante des différentes équipes (soin, restauration, cuisine) afin d'adapter l'offre alimentaire aux besoins mais également aux goûts de la personne.
- La mise en place des « jeudis gourmands », ateliers culinaires mensuels à thème, animés par la diététicienne et organisés en lien avec le projet de table d'hôte développé début 2020 par la structure.
- Un projet de table d'hôte développé par la structure début 2020 qui permet de faire le lien entre l'EHPAD et l'extérieur en accueillant des personnes âgées résidant à domicile. L'accueil inclut des activités le matin et en début d'après-midi, le repas du midi ainsi qu'une collation après la seconde activité.

3.3.8 La pharmacie à usage interne

L'organisation d'une pharmacie à usage interne (PUI) est assurée par une pharmacienne et une préparatrice en pharmacie. La pharmacienne assure les approvisionnements, la gestion et la sécurisation du circuit du médicament. Elle est responsable de l'élaboration du livret thérapeutique et de la validation pharmaceutique Elle garantit la traçabilité de

la délivrance des produits morphiniques. La préparatrice prépare les semainiers de médicaments qui sont livrés au service des soins.

3.3.9 Réseau et coordination gériatologique

- Le réseau médical

Le réseau vise à établir des relations avec le médecin de famille. Il permet également de développer des liens de coopération avec les hôpitaux de jour gériatriques de la région (le CPA à l'Hôpital Pasteur et le Diaconat à l'Hôpital Schweitzer) afin de recueillir un avis spécialisé, d'établir un bilan hospitalier et d'éviter le passage par le service des urgences. Éventuellement, l'établissement s'engagera dans la participation, sur demande, dans le cadre du Plan Alzheimer, à la recherche sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

- La commission de coordination gériatrique

La commission de coordination gériatrique est présidée par le médecin coordonnateur. Elle se compose:

- du directeur de l'établissement
- des médecins salariés de l'établissement
- de la pharmacienne gestionnaire de la pharmacie à usage interne
- de la cadre de santé en charge de la coordination de l'équipe soignante de l'établissement
- des infirmiers diplômés d'état de l'établissement
- de la psychologue de l'établissement
- des kinésithérapeutes de l'établissement
- des professionnels de santé intervenant à titre libéral (médecins, dentistes, podologues ...)

Elle se réunit au minimum deux fois par an et la présence des professionnels de santé signataires d'un contrat est exigée au moins une fois dans l'année. L'ordre du jour est établi par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.

La commission de coordination gériatrique est consultée sur le projet de soins et sa mise en œuvre, la politique du médicament, le contenu du dossier type de soins, le rapport annuel d'activité médicale, la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, le partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et la promotion des bonnes pratiques gériatriques.

3.3.10 Conventions et collaboration

Notre établissement a établi une convention avec le Centre Départemental de Repos et de Soins (CDRS).

De même, une convention avec les Hôpitaux Civils de Colmar et le GHCA prévoit des modalités d'accueil et de prise en charge en service de médecine ou de chirurgie, et de retour dans l'institution d'origine.

Nous avons signé une convention d'intervention avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach qui intervient dans notre établissement pour optimiser le suivi psychiatrique de résidents.

Une convention portant sur les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs de centre alsace (EMSPCA) des Hôpitaux Civils de Colmar encadre la formation, le conseil et le soutien des équipes de l'EHPAD autour des questions de la fin de vie pour qu'ils puissent accompagner au mieux le résident et sa famille pendant la maladie ou après le décès.

Nous avons signé une convention créant un groupement d'achat entre plusieurs maisons de retraite ; cette convention est le préambule à une coopération beaucoup plus large visant à un partage de moyens plus importants dans un esprit d'efficience.

Une convention lie enfin l'établissement aux dentistes intervenant dans le cabinet dentaire de la structure.

L'établissement est également articulé au cœur d'un réseau d'associations (Gérimages, Handi'Chiens, « Quatre pattes pour un sourire ») qui manifeste la volonté de notre structure de s'impliquer dans des dynamiques de projet innovantes.

3.3.11 Dossiers et transmissions.

3.3.11.1 Le dossier du résident

Informatisé sur TITAN, il est tenu à jour par le médecin traitant, le médecin de l'établissement et par l'ensemble de l'équipe soignante. Il contient les données de dépendance, les antécédents, les comptes rendus, les examens biologiques, les troubles actuels et les moyens mis en œuvre pour y remédier.

Toutes les transmissions, et mémos de tous les intervenants, y sont consultables. Une validation des soins (soins infirmiers, soins des actes de la vie quotidienne) par « zapette » permet une traçabilité optimale. Le « Dossier médical partagé » permet de mettre en commun les informations de santé avec les professionnels du soin autorisés.

Le projet individualisé est également intégré à ce logiciel de soins afin d'éviter une multiplication des supports.

3.3.11.2 Les transmissions

Programmées à 13 h 45, à 21 h et à 6 h (infirmières et veilleuses), elles coordonnent les équipes en permettant de suivre l'état de santé du résident, afin de réajuster les actions. Il s'agit également d'un moment d'échanges permettant une meilleure connaissance du résident, améliorant ainsi la prise en soin et optimisant le projet personnalisé, tout en assurant la continuité des soins.

3.3.12 Les salles de soins

Depuis la sectorisation, il existe 3 salles de soins qui sont situées au 1^{er} et au 2^{ème} étage, ainsi qu'à l'Unité de Vie Protégée « Les Roseaux ».

La salle de soin est équipée d'un pôle hygiène : lave-main propre, deux bacs pour le nettoyage et la désinfection du petit matériel, un plan de travail.

De même, elle dispose d'un chariot de soin mobile, d'un chariot d'urgence (au 1^{er} étage et aux Roseaux), d'un ECG, d'un aspirateur de mucosités, d'un défibrillateur (au 1^{er} étage) d'une armoire à médicaments, munie elle-même d'un coffre clos destiné à contenir les stupéfiants qui pourraient être prescrits. Les médicaments sont classés par ordre alphabétique. Les injectables sont séparés des produits per os.

La salle de soin comprend également un classeur à protocole et le matériel informatique employé pour le système d'appel malade VIVAGO et l'accès à TITAN.

La salle de soin est également équipée de sa propre imprimante afin de garantir au mieux le secret professionnel.

Elle est toujours fermée à clef, de façon à garantir que seul le personnel autorisé soignant, médical et paramédical puisse y avoir accès.

3.3.13. L'hygiène

L'hygiène des locaux est garantie par la mise en œuvre et le suivi de protocoles de nettoyage et de désinfection.

La gestion des infections nosocomiales repose sur l'identification des facteurs de risque, des germes et des vecteurs et sur les procédures d'isolement.

Le circuit du linge est organisé par l'identification de circuits croisés : linge sale, linge propre, linge contaminé.

L'hygiène du personnel repose sur les pratiques de l'uniformité des tenues, de la rotation des tenues (une tenue par jour), du port de sur-blouse pour les soins contaminants, de protocoles de lavage des mains, du port de gants à usage unique et tuniques spécifiques pour le repas.

L'hygiène des résidents est assurée :

- par la réalisation de toilettes, d'aide à la toilette quotidienne et de douches,
- par la réfection des lits, totalement, chaque fois que cela est nécessaire.
- par des protocoles qui ont été élaborés et sont mis en œuvre pour formaliser les gestes et les pratiques, et l'utilisation de matériels spécifiques à l'occasion de l'aide à la toilette, de la toilette complète, de la petite toilette, du bain et du chariot douche.
- par la surveillance de l'état cutané de chaque résident lors des pôles hygiènes. Dans certains cas particuliers, nous utilisons un équipement adapté, une alimentation appropriée, des procédures de retournement, et une grille d'évaluation des risques cutanés.

De même, le risque infectieux est prévenu par la vaccination et les protocoles d'hygiène visant à réduire ces risques de transmission infectieuse.

3.3.14. Les protocoles de soin

Ces procédures garantissent les bonnes pratiques professionnelles en formalisant les gestes et actes de soins à adopter selon la situation en vigueur.

1. Protocole d'urgence
2. Protocole de gestion du linge
3. Protocole de lavage des mains
4. Protocole lors d'une chute
5. Protocole de prise en charge d'une personne dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie
6. Protocole des conduites à tenir face à un décès
7. Protocole du suivi du chariot d'urgence
8. Protocole d'aide à la décision médicale chez la personne majeure protégée
9. Instruction sur les précautions standard et complémentaires de type gouttelettes et contact
10. Protocole de l'accès des personnes au dossier médical
11. Protocole de la contention physique
12. Protocole canicule
13. Protocole aide à la toilette
14. Protocole de conduite à tenir face à une infection récurrente de germes multi résistants
15. Protocole en cas d'hospitalisation
16. Protocole des conduites à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang
17. Protocole d'utilisation du système d'appel malade VIVAGO
18. Protocole d'alerte de pandémie grippale
19. Protocole du Projet d'accompagnement personnalisé
20. Protocole d'assistance aux personnes

21. Protocole d'évaluation de la douleur
22. Protocole de traitement de la douleur
23. Protocole Bain
24. Protocole Chariot douche
25. Protocole d'archivage des documents médicaux
26. Protocole du circuit du médicament
27. Protocole de gestion de l'armoire à pharmacie et du réfrigérateur de la salle de soin
28. Protocole d'accueil définitif d'un résident
29. Protocole de départ d'un résident pour une intervention externe
30. Protocole des perfusions sous-cutanées (hypodermoclyse)
31. Protocole Gale
32. Protocole de détention des clés pour accès aux médicaments
33. Protocole d'hygiène des tenues de travail portées par les soignants pour l'aide au repas
34. Instruction sur l'hygiène des matériels de soin
35. Protocole de détermination des personnes à servir en chambre
36. Protocole Dénutrition
37. Protocole de prévention et de traitement des escarres
38. Protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance
39. Protocole troubles du comportement
40. Protocole de bonne utilisation des thérapeutiques sédatives
41. Protocole de suivi de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et de l'apparition de nouveaux symptômes.
42. Protocole « fugue de nuit »
43. Protocole « Aide au repas en chambre »

4. PROJET DE SOINS ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer est la première cause de maladie neurodégénérative en France. Sa prévalence et son incidence ne cessent d'augmenter. A cet égard, nous avons recensé une maladie d'Alzheimer ou une démence apparentée chez près de 60% de nos résidents en 2012. Cette maladie est responsable de troubles psycho-comportementaux et d'une large partie de la dépendance de la personne âgée.

4.1 Projet d'accompagnement global

Dans notre établissement, la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer s'effectue à 2 niveaux :

- en unité de vie protégée appelée « Les Roseaux », comprenant 26 lits
- en unité traditionnelle

Nous développerons essentiellement le premier niveau, l'unité de vie protégée (UVP), le deuxième étant décrit dans un autre chapitre du projet d'établissement.

4.1.1. La population ciblée

La maladie d'Alzheimer est une pathologie d'évolution progressive et fluctuante. Les besoins des patients, en termes de prise en charge, sont donc variables dans le temps. De plus, il existe une extrême hétérogénéité clinique.

Dans l'UVP, nous accueillons des malades présentant des troubles du comportement jugés gênant ou perturbateurs. Ces troubles peuvent compromettre la qualité de vie et la sécurité des résidents, rendant incompatible leur maintien en unité traditionnelle de l'EHPAD.

Pour garantir l'homogénéité de la population et rendre possible une prise en charge spécifique, nous n'admettons pas de malades psychiatriques, ni de malades d'Alzheimer avec un niveau de dépendance physique élevé.

A cet égard, nous transférons en unité traditionnelle les résidents qui perdent leur autonomie locomotrice. Le transfert se réalise en accord avec la famille. Cette possibilité potentielle de transfert est par ailleurs inscrite dans le livret d'accueil.

L'UVP n'est donc pas un lieu de vie définitif pour les résidents. Au stade terminal de la maladie, la prise en charge palliative s'effectue après transfert dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD.

4.1.2. Le personnel soignant et les professionnels intervenants

Les aides-soignantes (AS) et les aides médico-psychologiques (AMP), qui sont placées sous l'autorité de la cadre de santé, réalisent le suivi et le maintien de la continence, la continuité des soins prescrits, le maintien de l'hygiène corporelle et bucco-dentaire, ainsi que tous les soins nécessaires au maintien de l'état de santé du résident.

Les autres professionnels sont représentés par:

- la psychologue dont l'indispensable présence permet d'une part l'évaluation et la prise en soin des résidents et d'autre part le soutien aux membres de l'équipe soignante et aux familles des résidents.
- deux kinésithérapeutes dont l'objectif est le maintien de l'utilisation des capacités restantes des résidents. Elles pourront proposer une aide aux soignants avec un accompagnement adapté au niveau postural et gestuel au moment des soins et des activités de la vie quotidienne.
- une diététicienne pour apporter son expertise dans la prise en charge et le suivi nutritionnels des résidents. La dénutrition concerne un pourcentage élevé des résidents en UVP. Elle aggrave le pronostic et accélère l'évolution vers la dépendance.
- le médecin coordonnateur qui élabore le projet de soin spécifique et supervise le suivi.
- le médecin traitant ou le médecin d'établissement qui assurent le suivi médical des résidents. Les changements de comportement des patients doivent motiver un examen clinique soigneux pour éliminer en premier lieu toute cause organique ou iatrogénique.
- le personnel infirmier qui assure le suivi et le contrôle des pathologies de comorbidité, la préparation et la distribution des médicaments, la surveillance de l'observance thérapeutique et la surveillance des critères de fragilité (nutrition, hydratation, intégrité cutanée...)
- le dentiste qui intervient pour prendre en charge les troubles bucco-dentaires parfois responsables des difficultés nutritionnelles des résidents.
- les agents de soins hospitaliers qui garantissent la propreté et l'hygiène des locaux et qui participent à la distribution des repas.

Le personnel soignant exposé à des comportements parfois agressifs peut être victime d'épuisement professionnel malgré l'aide active des psychologues. Il peut alors, à sa demande, poursuivre temporairement son activité professionnelle dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD.

La formation du personnel apporte par la compréhension de la maladie démentielle une meilleure tolérance aux troubles psycho-comportementaux des résidents et une meilleure qualité de prise en soins. Cette formation continue constitue une composante primordiale dans la prévention de l'épuisement professionnel.

4.1.3. Le projet de soin spécifique et projet de vie individualisé

Le projet de soin et de vie spécifique s'inscrit dans le projet d'établissement.

Le projet de soin contient à la fois des objectifs de soins et les moyens de les atteindre. Il est évolutif et régulièrement réévalué selon l'évolution de la maladie des résidents. Il est basé sur les recommandations de bonnes pratiques pour les résidents atteints de démence dans les EHPAD.

Le projet de vie s'appuie sur la personnalisation des lieux et sur l'implication de l'entourage. L'objectif principal est le maintien d'une bonne qualité de vie en termes de bien-être et de qualité de santé. Il est centré sur le patient et s'oriente selon plusieurs axes.

Lors de la visite de préadmission et lors de l'admission sont précisés avec le patient et son entourage les éléments de sa biographie, ses habitudes de vie, ses désirs, ses préférences, ses croyances.

Le projet de soin découle de l'histoire naturelle de la maladie. Il est développé en liaison avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

L'intérêt et l'efficacité du traitement spécifique doivent être discutés et leurs objectifs spécifiés. Les traitements pharmacologiques seront basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Leur pertinence est régulièrement réévaluée par le médecin coordonnateur.

Les mesures non pharmacologiques seront privilégiées et utilisées en première intention, en particulier dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux.

On distingue plusieurs types d'interventions non pharmacologiques:

- celles centrées sur la relation aidant-résident.

Cette relation dépend fortement, nous l'avons vu, du niveau de formation et de connaissance de la maladie. Le soin relationnel implique de la part des soignants de l'imagination et de la créativité, le respect du rythme de vie du résident et la valorisation permanente de son identité psychique. Il est fondé sur la philosophie de l'humanité.

- celles centrées sur l'environnement du résident et les approches psycho-sociales.

La médiation animale est une alternative au traitement médicamenteux. La présence d'un chien en UVP permet de réduire les tensions et de faciliter les soins. Elle permet également de réactiver la mémoire et de redonner des points de repère.

L'espace Snoezelen est une thérapie comportementale multi sensorielle qui peut apporter des améliorations dans les comportements jugés inadaptés.

Les ateliers d'animation adaptée mis en place par les aides médico-psychologiques et les accompagnants éducatifs et sociaux ouvrent un temps à la relation et à l'accompagnement qui permet de prévenir et d'apaiser les troubles psycho-comportementaux, pour le bien-être des résidents.

Le projet de soin spécifique vise également à stimuler l'utilisation des capacités fonctionnelles restantes. C'est particulièrement le cas lors des soins du matin pour la toilette et l'habillage. L'accès libre aux toilettes doit être favorisé et encouragé pour lutter contre le problème de l'incontinence. Une activité physique régulière est proposée. Celle-ci a un impact positif sur le sommeil et sur l'alimentation et renforce le maintien de l'autonomie fonctionnelle.

De même, lors des repas, les prises alimentaires autonomes sont favorisées au travers des pratiques du « *finger food* » (« manger avec les doigts »).

La prévention de la perte de poids et la prise en charge de la dénutrition sont des préoccupations constantes qui améliorent le pronostic et la qualité de vie des patients.

Au stade terminal de la maladie, nous ne recourons pas à la nutrition entérale, celle-ci n'ayant pas d'effet positif ni sur le pronostic ni sur la qualité de vie du patient.

4.1.4 Le projet architectural

Le projet architectural de l'Unité de Vie Protégée (UVP) naît du principe que l'adaptation de l'environnement est associée à une amélioration du bien-être des résidents, mais aussi du personnel. Il vise le ralentissement du déclin fonctionnel, l'amélioration des capacités de communication et des contacts sociaux et la possibilité d'accroître la mobilité dans un espace sécurisé.

L'UVP est constitué de deux sous-unités adjacentes et communicantes comportant 26 chambres individuelles.

Chaque chambre est équipée:

- d'un lit médicalisé Alzheimer à hauteur variable. La position basse permet d'éviter les chutes ou d'en atténuer les conséquences traumatiques. Elle permet d'éviter la contention par barrières de lit.
- D'un cabinet de toilette avec WC et douche avec revêtement de sol antidérapant.
- Les couleurs des revêtements de sol, des murs et des portes ont été étudiées et choisies selon des critères nécessaires pour faciliter l'orientation des résidents.
- La chambre répond à un besoin d'autonomie et d'intimité du résident. Elle peut être personnalisée (meubles personnels, photos de famille, tableaux...) pour renforcer l'identité de la personne.

Les zones communautaires ont fait l'objet d'une réflexion sur les besoins fondamentaux des résidents atteints de maladie d'Alzheimer.

Elles comportent:

- un espace de déambulation. Le parcours de déambulation est conçu de manière circulaire favorisant le passage devant des puits de lumière naturelle (permettant une meilleure orientation temporelle) et par des espaces de vie. Il est facilité par un marquage de couleur au sol favorisant l'orientation spatiale des résidents. Cette zone s'ouvre sur un espace extérieur clôturé permettant au résident de sortir en toute sécurité.
- la porte d'entrée de l'UVP est munie d'un digicode contribuant à la sécurisation de cet espace communautaire.
- deux zones pour les repas avec un revêtement de sol évoquant les couleurs alimentaires. L'une d'elle est dotée d'une cuisine équipée permettant de réaliser des animations sur le thème de l'alimentation.
- des espaces permettant différents types d'animations, mais aussi de rencontres entre résidents ou avec les familles.
- des toilettes, facilement identifiables, signalées par des pictogrammes adaptées au déficit cognitif des résidents.
- un espace de bain commun équipé d'une baignoire à hauteur variable permettant des bains de bien-être.

- une horloge bien visible qui peut participer à l'orientation temporelle des résidents.

La recherche d'un équilibre entre sur-stimulation et manque de stimulation est une préoccupation permanente. L'architecture et les équipements contribuent à y parvenir.

4.1.5. L'accompagnement facilité par la présence animale

La thérapie facilitée par l'animal est une méthode clinique qui cherche à favoriser les liens naturels et bienfaisants qui existent entre les humains et les animaux, à des fins thérapeutiques et préventives. Cette approche « non médicamenteuse » mise en œuvre de façon quotidienne permet :

- d'être un objet transitionnel en cas d'angoisse et d'agitation,
- d'être un support d'expression, et d'apprentissage,
- d'être un vecteur de lien social intra et extra muros,
- d'être un moyen pérenne pédagogique, quand la communication verbale est perturbée,
- d'être un moyen d'évocation dans les ateliers réminiscence,
- et enfin d'apporter plaisir et réconfort aux malades et au personnel.

Plusieurs salariés ont été formés à l'utilisation du chien d'accompagnement social auprès des résidents. Notre établissement accueille depuis 2002 plusieurs chiens d'accompagnement social et développe ses activités de médiation animale dans 25 structures médico-sociales dans le Haut-Rhin au travers de "*4 pattes pour un sourire*". L'établissement organise depuis 2010 les stages de formation des futurs référents de chiens d'accompagnement social en collaboration avec Handi'Chiens.

Créé le 1er janvier 2018, l'Unité de Formation de Kunheim de l'association Handi'Chiens centralise désormais l'organisation des formations pour les établissements et professionnels libéraux bénéficiaires d'un chien d'accompagnement social et perfectionne certains chiens destinés à être remis à ces professionnels. L'activité de formation Handi'Chiens se combine à la remise de chiens d'accompagnement social à des établissements très diversifiés (Hôpitaux, Institut Médico-Educatif, EHPAD, ESAT, etc.) en étroite collaboration avec l'association 4 pattes pour un sourire, qui propose des interventions de médiation animale dans des établissements médico-sociaux alentours, et avec le soutien des bénévoles de l'association. L'objectif est de développer et de personnaliser l'offre de formation continue, de formaliser le suivi des projets d'établissements bénéficiaires qui sont de plus en plus diversifiés et d'accompagner leurs professionnels référents d'un handi'chien, de soutenir le développement des projets en cours et de renforcer les compétences des encadrants des chiens en activité.

4.1.6. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (P.A.S.A.)

Avec, le vieillissement de la population, le constat est fait d'une augmentation des pathologies neurodégénératives notamment auprès du public accueilli en institution. Dans ce contexte, promouvoir le bien-être et l'autonomie physique et psychologique de la personne âgée est primordial.

En EHPAD, l'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et/ou démences apparentées est difficile car ces résidents doivent souvent faire face à des situations qui les rendent vulnérables au quotidien : troubles de comportement (apathie, agressivité, agitation, errance...), incompréhension, sentiments d'anxiété, difficultés d'expression...

Le projet de création d'un P.A.S.A. dans notre établissement ouvre de nouvelles perspectives pour compléter l'offre de prise en charge des patients avec la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

L'unité de vie protégée ouverte en juin 2010 a très rapidement atteint un taux de remplissage constant de 100% et le nombre de résidents en EHPAD atteints de pathologie démentielle ne pouvant bénéficier de la prise en charge spécifique de l'UVP ne cesse de croître.

Au regard de ces constats, l'opportunité de création d'un P.A.S.A. a suscité un réel intérêt dans notre établissement. Par ailleurs, avec l'ouverture de l'UVP, le personnel de notre établissement a acquis et continue d'acquérir un véritable professionnalisme dans la prise en soins de ces patients vulnérables dont peuvent bénéficier les résidents du P.A.S.A..

4.1.6.1. Les objectifs du P.A.S.A.

Le P.A.S.A. accueille des personnes souffrant d'une démence de type Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux. Ces symptômes altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne elle-même, des autres résidents provenant de l'établissement.

Le P.A.S.A. permet aux personnes accueillies de préserver leur autonomie, de travailler sur le bien-être et sur l'estime de soin par le biais d'activités sociales et thérapeutiques. Il garantit un environnement sécurisé et stable, ainsi que des repères temporels, spatiaux et sociaux.

L'équipe d'accompagnement intervient en suivant différents objectifs :

- Accompagner les personnes souffrant d'une démence de type Alzheimer de manière spécialisée et adaptée, que ce soit au travers de l'architecture ou de l'organisation du P.A.S.A..
- Respecter les rythmes individuels de chacun tout en veillant à leur bien-être psychique et physique, ainsi qu'au respect de leur dignité.
- Elaborer une dynamique d'activités et d'animations dans lesquelles les résidents ainsi que leur famille pourront participer, s'approprier ces temps et garantir l'épanouissement des personnes au sein du P.A.S.A. et plus largement au sein de l'EHPAD.
- Etablir un relais permanent entre le résident, sa famille, son médecin traitant afin de garantir un suivi personnalisé du résident

4.1.6.2 Fonctionnement du P.A.S.A.

4.1.6.2.1. L'admission

4.1.6.2.1.1 Les critères d'accueil.

La population accueillie répond aux critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées avec troubles du comportement mesurés par l'échelle NPI-ES. (échelle neuropsychiatrique – version équipe soignante)

En analysant la population actuellement accueillie dans notre EHPAD et en excluant la population hébergée en UVP ou reçue en accueil de jour, nous tenons une liste de personnes remplissant les critères d'éligibilité au P.A.S.A..

4.1.6.2.1.2 La procédure

La décision d'admission en P.A.S.A. est une décision collégiale et multidisciplinaire. Cette décision est prise lors du projet de vie individualisé.

Sont informés de cette décision la personne concernée, sa famille, son tuteur ou la personne de confiance (si elle est désignée) et le médecin traitant. Une explication du projet accompagne l'information.

Le consentement de la personne est recherché si cela est possible, et l'adhésion de la famille au projet est requise.

4.1.6.2.2 Les critères de sortie et de réorientation

Lorsqu'une personne ne répond plus aux critères éligibilité en P.A.S.A. en raison d'une aggravation de ses troubles comportementaux ou d'une dégradation physique compromettant son autonomie de déplacement, elle ne pourra plus bénéficier des activités du P.A.S.A..

4.1.6.3. Le projet spécifique du P.A.S.A.

Le P.A.S.A. accueille de 12 à 14 personnes parmi les résidents éligibles. Les résidents seront accueillis tous les jours ou un jour de temps à autre. La sélection quotidienne des résidents sera variable et s'effectuera en fonction des besoins de la personne et de son état de santé.

4.1.6.3.1. Les modalités de fonctionnement

- Les horaires : le P.A.S.A. sera ouvert de 10h00 à 17h00 du lundi au vendredi
- Le déplacement : les personnes accueillies seront accompagnées, le matin et le soir, par le personnel dédié au P.A.S.A.
- Le repas : le déjeuner et une collation seront pris sur place.

4.1.6.3.2. Description d'une journée type d'un résident au P.A.S.A.

Une journée du P.A.S.A. est structurée autour de la vie quotidienne et des activités qui en découlent.

L'objectif du P.A.S.A. est de promouvoir l'autonomie de la personne, son bien-être et le maintien de ses capacités cognitives et physiques. Nous privilégions une ambiance où la vie collective est source de stimulation et rythme les différents temps de la journée comme la prise de repas, les ateliers d'animation, etc. Ces temps doivent être souples et nous devons tenir compte des désirs et besoins de chacun. Il ne s'agit pas de sur-stimuler les personnes car cela serait source d'angoisse et de multiplication des troubles du comportement.

La journée type au sein du P.A.S.A. :

10h00 – 10h30 : accueil des résidents

10h30-11h30 : animations/activités

11h30-12h00 : préparation aux repas et participation au dressage de la table

12h00-13h00 : déjeuner

13h00-14h00 : sieste ou participation aux tâches ménagères (nettoyage de table, rangement de la vaisselle...)

14h00-16h00 : animations/activités

16h00-16h30 : goûter

16h30 - 17h00 : préparation au retour de l'EHPAD et accompagnement vers la salle à manger

4.1.6.3.3. Les activités d'animation

- Ces activités poursuivent divers objectifs :
 - Le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles résiduelles
 - Le maintien ou la réhabilitation des fonctions cognitives résiduelles
 - La mobilisation des fonctions sensorielles
 - Le maintien du lien social des résidents
 - L'apport d'un bien-être et d'une bonne estime de soi
 - L'accompagnement des familles

- Les modalités d'organisation

Le programme des animations n'est pas figé. Il s'adapte à la problématique de la personne accueillie, de ses capacités résiduelles, de ses attentes et de l'environnement.

Il s'appuie sur des projets semblables à ceux élaborés pour notre Unité de Vie Protégée.

Il fait appel à divers démarches : atelier de cuisine, atelier de mémoire, récit de vie, activité physique, promenade, atelier de gymnastique adaptée, aromathérapie, médiation animale...

Les activités font l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière lors de réunions de synthèse et de réévaluation du projet individuel.

4.1.6.4. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Elles sont identiques à celles appliquées en EHPAD. Elles recouvrent :

- la stimulation aux actes quotidiens liés à l'hygiène corporelle
- la stimulation des praxies alimentaires
- l'observance thérapeutique
- la prise en charge non médicamenteuse, dans la mesure du possible, des troubles comportementaux.
- la prévention des chutes
- la mise en place des stratégies alternatives à la contention
- l'application des protocoles de soins
- la transmission des informations aux différents professionnels

Un suivi et une évaluation de cette prise en soins et de l'accompagnement seront effectués par le médecin coordonnateur et par l'équipe pluridisciplinaire.

4.1.6.5. Un accompagnement personnalisé de vie et de soin

Un programme d'activités et d'accompagnement est élaboré pour chaque résident, en fonction de ses attentes et de ses besoins. Ce programme est consigné dans le projet de vie individualisé, qui est régulièrement réévalué en fonction de l'état de santé du résident et de la progression de sa pathologie.

4.1.6.6. Le personnel du P.A.S.A.

Le personnel est un aspect essentiel du P.A.S.A.. La formation du personnel permet non plus de subir la pathologie Alzheimer mais de mieux la comprendre et l'accompagner. L'équipe se veut pluridisciplinaire et va dans le sens du projet de vie du résident. Elle privilégie l'accompagnement des résidents à travers le quotidien, en inscrivant leur démarche dans une dimension relationnelle, dans l'animation, dans le maintien de l'autonomie et des capacités résiduelles, le travail sur le sentiment d'utilité et l'estime de soi.

Le personnel du P.A.S.A. se composera :

- d'un déploiement de personnel existant de l'EHPAD

Médecin coordonnateur	0,10 ETP
IDE	0,10 ETP
aide-soignante / AMP	0,20 ETP
Psychologue	0,50 ETP
Animatrice	0,30 ETP
ASH	0,20 ETP

- d'une création de 2 postes à temps plein d'assistant de soins en gériatrie. :

L'équipe est composée de 2 AMP. Elles accompagnent au quotidien les résidents du P.A.S.A.. Elles s'adaptent à leurs besoins, et participent activement au maintien de leur autonomie. Elles travaillent en liaison avec les autres intervenants de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec les familles des résidents. Elles assurent une cohérence et une continuité du soin à la personne.

4.2 Projet médical

Le projet médical au sein des unités Alzheimer articule la connaissance de la maladie, des modalités de prise en charge spécifiques du malade et des caractéristiques attendues des personnels soignants assurant cette mission.

4.2 .1. Le volet Résidents malades d'Alzheimer

4.2.1.1. Préventions

Les actions de prévention couvrent les champs de :

- la déshydratation
- la dénutrition (surveillance du poids)
- l'escarre
- la chute
- la pathologie thromboembolique
- l'infection (hygiène corporelle...)

4.2.1.2. Prise en charge

La prise en charge du résident malade d'Alzheimer vise le traitement des pathologies aiguës intercurrentes et le traitement des pathologies chroniques associées (comorbidité).

Il s'agit de repérer les attitudes et échanges verbaux ayant un caractère stabilisant et réassurant et de gérer les états de crise, les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence en recherchant une cause (maladie somatique, iatrogénie, rechute de maladie psychiatrique, réaction à l'environnement humain ou architectural) et en utilisant la voie médicamenteuse en dernier recours et de façon exceptionnelle (en cas de comportement dangereux pour le patient lui-même et/ou son entourage). La prise en charge intègre la remise en question quotidienne des choix thérapeutiques et la tenue du dossier médical.

4.2.1.3. Fin de vie et soins palliatifs

Les soins de fin de vie assurent le maintien du résident dans l'établissement jusqu'à son décès. Nous avons renforcé la qualité des soins palliatifs en améliorant l'approche technique et éthique du parcours de fin de vie au moyen de la formation du personnel de soins qui a été réalisée par l'Equipe des Soins palliatifs des Hôpitaux Civils de Colmar.

4.2.2. Le volet Equipe soignante

Le projet médical comporte les dimensions :

- de la formation spécifique à l'évaluation et à l'identification des symptômes chez le patient dément. Il s'agit de repérer les facteurs déclenchant et les influences environnementales.
- du soutien moral et psychologique de l'équipe soignante – individuel, ou par l'organisation de groupes de paroles
- de la reconnaissance et de l'analyse de la souffrance institutionnelle
- du partage d'informations concernant le résident
- du dépistage de situations de maltraitance.

5. PROJET DE L'ACCUEIL DE JOUR

Les modalités de prise en charge et le développement de notre service d'accueil de jour ont pour objectif d'aider les personnes âgées dépendantes qui cherchent un mode d'accueil adapté à leur besoin pour leur permettre de rester aussi longtemps que possible à domicile.

Ce document prévoit les modalités d'organisation et de fonctionnement de notre service d'accueil de jour.

5.1. Mission

La création de notre service d'accueil de jour remonte à fin 2003 où nous avons accueilli spontanément une personne âgée dépendante durant la journée afin de répondre à une situation d'urgence.

Le service d'accueil de jour a pour but d'accueillir des personnes âgées, autonomes ou non, durant la journée. Il vise à préserver le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles : maintenir les acquis, revalider la mémoire et offrir un accompagnement dans les actes quotidiens. Il s'agit également d'offrir aux « aidants » un soutien et des

périodes de répit, en accueillant leur parent âgé à la journée, dans un environnement convivial, notamment pour les familles de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

De même, en permettant à la personne âgée de sortir de chez elle, de choisir sa fréquence de visite, de bénéficier de soins et de participer aux animations, notre accueil de jour apporte une réponse aux problèmes d'inactivité et de solitude ; elle permet de recréer des liens sociaux, de retravailler la posture et la place sociale.

5.2. Population accueillie

Ce service dispose d'une capacité autorisée de 12 places. Nous accueillons des personnes âgées, vivant à domicile, qu'elles soient autonomes, dépendantes et/ou désorientées. Ces personnes sont originaires de 41 communes partenaires de La Roselière (Communauté de communes Rhin et Brisach).

5.3. Moyens

Notre établissement rassemble les moyens suivants pour gérer son accueil de jour :

5.3.1. Locaux et investissements mobiliers

Le service d'accueil de jour se situe dans l'aile C, au rez de chaussée de La Roselière.

Il est constitué d'un salon avec coin télévision, d'une cuisine thérapeutique, d'un lieu dédié aux activités sportives, d'une chambre, de sanitaires, d'un bureau et d'une terrasse. Le tout est sécurisé pour l'accueil de personnes désorientées.

5.3.2. Les moyens humains

L'équipe de l'accueil de jour est composée de personnels soignants et d'auxiliaires de vie qui assurent la continuité des soins des personnes accueillies, sous la responsabilité de Véronique Ringler, cadre de santé.

Le personnel médical et paramédical de l'établissement (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...) travaille en relation étroite avec les personnes accueillies. L'animation fait partie intégrante du service offert.

5.4. Projet de vie

5.4.1. Admission et accueil

Les assistantes sociales du Pôle Gériatrique et les médecins traitants conseillent et orientent les usagers, et/ou leurs familles vers l'établissement.

Les familles désirant inscrire leur parent sont accueillies au cours d'un entretien avec la cadre de santé. La constitution du dossier médical (les traitements en cours, les antécédents et les pathologies), administratif et un recueil des habitudes de vie (les souhaits et attentes du résident et/ou de son entourage, les objectifs de l'accueil...) est réalisé, ainsi qu'une présentation du service de l'accueil de jour.

Au premier jour de l'accueil de la personne âgée, le service d'accueil de jour assure la visite des locaux et la fixation des points de repères (prestations, leurs horaires, activités), ainsi que la présentation des membres du personnel et des autres participants.

5.4.2. Projet de vie en accueil de jour

Notre service d'accueil de jour est ouvert du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures.

Nous développons l'accueil de jour dans notre établissement dans un esprit de qualité avec des moyens spécifiques et nous accueillons des personnes âgées quel que soit leur degré d'autonomie.

Elles bénéficient des mêmes prestations que les résidents en accueil définitif, notamment en matière d'activités adaptées – voir notre Projet d'animation.

Nous assistons les personnes dans les praxies alimentaires (couper les aliments, servir, aide à l'alimentation).

Nous veillons à la continuité des soins. Les intervenants médicaux habituels (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, pédicure...) de la personne peuvent continuer à dispenser leurs soins à la personne âgée dans notre structure. L'équipe médicale de la maison de retraite leur apporte leur soutien. Le médecin coordonnateur gériatre et le médecin de l'établissement évaluent les personnes, et les familles ont la possibilité de les rencontrer.

Nous proposons le transport des personnes lorsque la famille ou son entourage ne peut assurer le déplacement des personnes accueillies. Le transport - aller et retour - est réalisé au moyen de véhicules adaptés, moyennant une participation aux frais de transport, ou par la famille.

Le programme d'une journée type d'une personne accueillie à La Roselière est le suivant :

- A partir de 8 heures, nous cherchons la personne à son domicile. A 9 heures, nous assurons l'accueil et lui proposons un petit déjeuner.
- A 10h30 débute une première activité assurée par l'équipe d'accueil de jour.
- Après le repas de midi, les activités reprennent. Une collation est servie en milieu d'après-midi.
- A 17 heures, les personnes sont raccompagnées à domicile.

La prise en charge des soins fait partie intégrante de la journée : distribution du traitement en cas de besoin, surveillance de l'observance thérapeutique, appel du médecin en cas de nécessité, suivi de soins.

Les personnes accueillies ont accès aux différents lieux de vie de la maison de retraite. Elles peuvent également bénéficier d'une chambre pour se reposer et en cas de besoin.

Un planning mensuel d'animation est élaboré en collaboration avec les personnes accueillies. Il prend en compte les désirs et les centres d'intérêt de chacun. Exemples : ateliers mémoire, jeux sportifs, sorties, cuisine thérapeutique, médiation animale, bricolage, danse assise, golf, chant, atelier bien-être...

5.4.3. Projet personnalisé

Notre prestation est diversifiée afin de nous adapter aux besoins et aux souhaits particuliers de la personne et des aidants : incontinence, surveillance du diabète...

Nous proposons les services d'un coiffeur, d'une esthéticienne et d'un podologue, afin de limiter les déplacements, et les contraintes que cela occasionne tant pour la personne âgée que pour son entourage.

Notre cadre de santé peut être rencontrée sur demande des familles – notamment pour la recherche de solutions en matière d'aide technique ou d'orientation institutionnelle.

5.4.4. Transition vers l'accueil temporaire ou définitif

La fréquentation occasionnelle ou régulière de la structure permet à la personne âgée de s'approprier les lieux, le mode de fonctionnement et l'organisation de l'établissement, et de créer des liens avec les autres résidents et avec le personnel.

En cas d'accueil définitif, le résident intégrera un établissement connu. La période de transition et l'intégration dans le groupe seront facilitées, ainsi que l'accompagnement pour l'équipe soignante.

6. PROJET DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE

Il s'agit d'un mode d'accueil et d'accompagnement se situant à mi-chemin entre le domicile et l'institution. Il répond à des besoins spécifiques avec des modalités d'accueil et d'organisation particulières. La volonté de notre établissement est de répondre notamment aux besoins de répit de l'aidant en offrant à leur parent un accompagnement adapté.

6.1 Objectifs de l'accueil temporaire

L'accueil temporaire propose un soutien aux aidants en accueillant les usagers dans un lieu de vie adapté, un temps de répit pour l'aidant afin de le soulager et de prévenir les risques d'épuisement physiques et psychiques, et la possibilité d'un bilan gériatrique et d'une évaluation de la situation de la personne âgée.

- Objectifs de l'accueil temporaire à destination de l'aidant :

L'accueil temporaire programmé permet de dégager du temps pour l'aidant. Afin de permettre de garder son parent à domicile le plus longtemps possible, l'aidant a besoin de temps pour se ménager. L'hébergement temporaire est alors un outil de prévention de l'épuisement des aidants.

L'accueil temporaire d'urgence peut également intervenir en cas d'hospitalisation de l'aidant. La nécessité d'accompagner la personne aidée devient une priorité. Il répond à une situation d'urgence.

Le soutien, l'information de l'aidant et l'accompagnement du lien aidant-aidé pourra également compléter ces objectifs.

- Objectifs de l'accueil temporaire à destination de la personne aidée :

L'accueil en institution permet un accompagnement individualisé de qualité dispensé par une équipe pluri-professionnelle dans un lieu de vie favorisant l'autonomie, la socialisation et le bien-être.

Il constitue un espace de repos et de soins pour la personne accueillie, tout en favorisant son autonomie dans les gestes de la vie quotidienne

L'hébergement temporaire assure sur ce temps de répit la continuité des soins et de l'accompagnement de la personne dans un parcours de vie qui privilégie le maintien à domicile.

Il permet également dans cette optique une certaine pérennisation du lien aidant/aidé en offrant ce temps de répit.

La personne aidée bénéficie d'un bilan sur sa situation de santé et sur l'adaptation de son environnement matériel et social.

Enfin, il permet de préparer l'entrée définitive en institution en donnant à la personne des repères et un rythme de vie adaptés à ses souhaits et à ses besoins en termes de prise en charge.

6.2 Le fonctionnement de l'hébergement temporaire

L'article D.312-9 du code de l'action sociale et des familles dispose que « le projet d'établissement ou de service et le règlement de fonctionnement [...] prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire ».

Le service de l'hébergement temporaire organise un accompagnement propre aux problématiques intrinsèques de la personne âgée dépendante au domicile et de son aidant dans un contexte de prise en charge de courte durée. L'accompagnement commence par une préadmission de la personne et se termine par la sortie du résident de la structure d'hébergement temporaire.

6.2.1 L'admission de la personne âgée

Les étapes du processus d'admission des accueils programmés sont les suivantes :

- La demande d'admission

L'accueil téléphonique de l'aidant, de l'assistante sociale (du Pôle gérontologique, de la structure de soins de suite et de réadaptation ou de l'hôpital) ou du futur résident constitue la première étape. L'aidant est informé que le dossier de demande d'admission est téléchargeable sur le site internet Viatrajectoire. Dans le cas d'une demande de l'assistante sociale, cette dernière faxera le dossier de demande d'admission et la famille devra prendre contact avec La Roselière.

Une lettre de confirmation d'admission sera envoyée aux demandeurs.

- Le rendez-vous avec la famille en structure ou à domicile : le recueil du dossier d'admission

Lors de cette étape de rencontre avec l'aidant et la personne âgée dépendante, le dossier d'admission est recueilli par Mme Ringler, la cadre de santé qui est en charge de l'accueil temporaire, ainsi que tous les éléments administratifs et présentant les conditions d'arrivée et de départ (check liste, transport, heures et jour d'arrivée et de départ, etc.). Cette rencontre peut se faire, soit à domicile, soit dans l'établissement d'accueil temporaire.

- La visite au domicile

La visite dans l'habitat de la personne aidée permet d'observer la réalité du domicile et d'avoir une image plus exacte des besoins face à la dépendance de la personne accueillie. Elle permet ainsi d'avoir une vision plus pointue et de connaître les habitudes de vie, la situation médicale et environnementale (présence de barrières au lit par exemple) de la personne aidée.

Des renseignements sur les coûts, les aides, les prestations, le suivi médical sont donnés par la cadre de santé et cette dernière répond à toutes les questions posées par le ou les aidants. Une visite de l'établissement sera proposée à l'aidant.

La visite à domicile du cadre de santé permet d'optimiser l'accueil temporaire de la personne en adaptant au mieux la prise en soins et l'accompagnement de celle-ci grâce à des informations pertinentes observées au domicile.

- La rencontre de la famille aidante dans l'établissement

La même grille d'entretien est utilisée lorsque la famille aidante a rendez-vous à La Roselière avec le coordinateur de l'hébergement temporaire.

- L'admission de la personne âgée en accueil temporaire

Lorsque la personne dépendante entre dans le service d'accueil temporaire, une visite peut être prévue pour favoriser une première prise de repère et pour rencontrer l'équipe accompagnante. L'infirmière observe que tous les dispositifs

de médicalisation (appareillages et médicaments) sont présents. Nous souhaitons que la personne vienne avec son matériel (fauteuil roulant, déambulateur,...).

Sur les premiers jours en hébergement temporaire, le personnel attentif aux besoins de la personne accueillie, doit faire preuve de réactivité et d'adaptabilité. Un bilan d'admission est également effectué par le médecin. Dans le cadre d'une prévention des chutes, la vérification du chaussage, l'observation de la motricité, le recours aux kinésithérapeutes sont possibles en cas de besoin.

6.2.2 Les prestations proposées aux usagers

Les prestations (soins ou animation) aux personnes accueillies sont individualisées au regard de la situation médicale et fonctionnelle de la personne, de ses goûts, envies et habitudes de vie. Chaque prestation se destine à prévenir et à maintenir l'autonomie pour un retour au domicile le plus satisfaisant qu'il puisse être pour la personne aidée comme pour l'aidant.

Si l'accueil temporaire est un lien avec le domicile, il se doit de respecter le plus fidèlement possible les habitudes de vie de la personne. Chaque chambre est considérée comme son domicile propre afin de respecter l'intégrité et l'intimité de la personne. L'hébergement temporaire présente une offre de soins, de restauration et d'accompagnement adaptée afin d'assurer le confort de la personne.

Une orientation vers des services et structures spécialisées dans l'aide aux aidants est également proposée afin d'accompagner et d'informer au mieux les aidants.

6.2.3 La sortie du résident

Les éléments constitutifs de la sortie de la personne accueillie en hébergement temporaire sont définis au moment de son admission (jour, heure, transport,...). Documents administratifs et médicaments sont restitués à l'aidant. Une transmission entre le médecin de la structure et le médecin traitant est réalisée en cas de besoin.

6.3 Le personnel de l'accueil temporaire

Des infirmières diplômées d'Etat, aides médico-psychologiques et aides-soignants s'occupent de l'accompagnement du résident en hébergement temporaire, sous la coordination de la cadre de santé. L'organisation de l'accueil temporaire est sectorisée dans l'aile C du 1^{er} étage.

6.4 La mise en place d'un réseau

L'intérêt de la mise en place d'un réseau est d'améliorer les conditions d'entrée de la personne dépendante en hébergement temporaire, mais aussi de mieux accompagner le retour à domicile. Des échanges d'informations associent l'établissement, le Pôle gérontologique mais également les responsables de services d'aide à domicile (SAD, SSIAD) et autres intervenants à domicile. Si l'état de la personne évolue durant son séjour en hébergement temporaire, un retour d'information vers ces services doit être envisagé pour un accompagnement continu adapté au domicile. Cette démarche s'inscrit dans une logique de parcours et de continuité de prise en soin de la personne âgée.

6.5 Stratégie de promotion de l'accueil temporaire

Une action de promotion et de communication a été lancée afin d'encourager au niveau local la diffusion d'informations sur l'offre existante d'hébergement temporaire à La Roselière. Ainsi, le livret d'accueil de l'établissement et des plaquettes d'information qui présentent l'accueil temporaire sont diffusés auprès des Pôles gérontologiques, médecins libéraux, spécialistes, hôpitaux locaux, etc.

Table des matières

Préambule : Le Projet d'établissement de La Roselière.....	p.01
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.....	p.01
1.1. La Roselière : ses objectifs et ses valeurs.....	p.01
1.2. Son insertion dans le contexte territorial, géographique et architectural.....	p.01
1.3. Métiers et professions de l'établissement.....	p.04
2. NOTRE OFFRE DE SERVICE : UN PROJET DE VIE.....	p.06
2.1. Nos missions.....	p.06
2.2 L'offre de service.....	p.07
2.3. Organisation générale des prestations de la vie quotidienne.....	p.09
2.4. Projet d'animation.....	p.10
2.5. Projet hôtelier.....	p.11
2.5.1. La restauration.....	p.11
2.5.2. Le bio nettoyage.....	p.12
2.5.3. La lingerie.....	p.12
2.5.4. La table d'hôtes.....	p.13
2.6. Projet d'Accompagnement Personnalisé (P.A.P.)	p.13
2.7 Relations avec les familles	p.14
2.8. Orientations stratégiques.....	p.14
2.9. Démarche qualité	p.15
3. PROJET DE SOINS.....	p.18
Préambule : valeurs et engagement.....	p.18
3.1 Evaluer les potentialités cognitives et fonctionnelles des résidents	p.18
3.2 Prévenir et prendre soins de la dépendance.....	p.19
3.3 L'organisation des soins.....	p.20
3.3.1 Le résident.....	p.20

3.3.2 L'équipe.....	p.20
3.3.3 Le médecin coordonnateur.....	p.20
3.3.4 Le médecin d'établissement.	p.21
3.3.5 La psychologue.....	p.22
3.3.6. Les kinésithérapeutes.....	p.23
3.3.7. La diététicienne.....	p.25
3.3.8 La pharmacie à usage interne.....	p.25
3.3.9 Réseau et coordination gérontologique.....	p.26
3.3.10 Conventions et collaboration.....	p.26
3.3.11 Dossiers et transmissions.	p.27
3.3.11.1 Le dossier du résident.....	p.27
3.3.11.2 Les transmissions.....	p.27
3.3.12 Les salles de soins.....	p.27
3.3.13. L'hygiène.....	p.28
3.3.14. Les protocoles de soin.....	p.28
4. PROJET DE SOINS ALZHEIMER.....	p.30
4.1 Projet d'accompagnement global.....	p.30
4.1.1. La population ciblée.....	p.30
4.1.2. Le personnel soignant et les professionnels intervenants.....	p.30
4.1.3. Le projet de soin spécifique et projet de vie individualisé.	p.31
4.1.4 Le projet architectural.	p.32
4.1.5. L'accompagnement facilité par la présence animale.....	p.33
4.1.6. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (P.A.S.A.)	p.33
4.1.6.1. Les objectifs du P.A.S.A.	p.34
4.1.6.2 Fonctionnement du P.A.S.A.	p.34
4.1.6.2.1. L'admission.....	p.34
4.1.6.2.1.1 Les critères d'accueil.....	p.34

4.1.6.2.1.2 La procédure.....	p.34
4.1.6.2.2 Les critères de sortie et de réorientation.....	p.35
4.1.6.3. Le projet spécifique du P.A.S.A.	p.35
4.1.6.3.1. Les modalités de fonctionnement.....	p.35
4.1.6.3.2. Description d'une journée type d'un résidant dans le P.A.S.A.	p.35
4.1.6.3.3. Les activités d'animation	p.36
4.1.6.4. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés.....	p.36
4.1.6.5. Un accompagnement personnalisé de vie et de soin.....	p.37
4.1.6.6. Le personnel du P.A.S.A.	p.37
4.2 Projet médical	p.37
4.2 .1. Le volet Résidents malades d'Alzheimer.....	p.37
4.2.1.1. Préventions.....	p.37
4.2.1.2. Prise en charge.....	p.38
4.2.1.3. Fin de vie et soins palliatifs.....	p.38
4.2.2. Le volet Equipe soignante.....	p.38
5. PROJET DE L'ACCUEIL DE JOUR.....	p.38
5.1. Mission.....	p.38
5.2. Population accueillie.....	p.39
5.3. Moyens.....	p.39
5.3.1. Locaux et investissements mobiliers.....	p.39
5.3.2. Les moyens humains.....	p.39
5.4. Projet de vie.....	p.39
5.4.1. Admission et accueil.....	p.39
5.4.2. Projet de vie en accueil de jour.....	p.40
5.4.3. Projet personnalisé.....	p.40
5.4.4. Transition vers l'accueil temporaire ou définitif.....	p.41

6. PROJET DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE.....	p.41
6.1 Objectifs de l'accueil temporaire.....	p.41
6.2 Le fonctionnement de l'hébergement temporaire.....	p.42
6.2.1 L'admission de la personne âgée.....	p.41
6.2.2 Les prestations proposées aux usagers.....	p.43
6.2.3 La sortie du résident.....	p.43
6.3 Le personnel de l'accueil temporaire.....	p.43
6.4 La mise en place d'un réseau.....	p.43
6.5 Stratégie de promotion de l'accueil temporaire.....	p.44