



---

# PROJET DE STRUCTURE EHPAD AUGEREAU 2015/2020 CHD VENDEE

---



# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	3
I- POLITIQUE ET ORIENTATIONS DU POLE .....	4
OFFRE DU CHD VENDEE.....	4
LES AXES DU PROJET DE POLE.....	5
PRINCIPES FONDAMENTAUX RELATIFS A L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS DANS L'ENSEMBLE DES STRUCTURES .....	6
Les objectifs .....	6
La mise en œuvre basée sur le parcours du résident (recommandations de l'ANESM).....	6
PROJET DE VIE ET DE SOINS.....	8
La philosophie du projet de vie.....	8
Les objectifs .....	8
L'individualisation de l'accompagnement.....	9
L'animation ; un rôle essentiel.....	11
Le projet médico-soignant .....	11
UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ADAPTEE AUX BESOINS DE LA PERSONNE AGEE EN HEBERGEMENT .....	13
Différents intervenants et leurs missions .....	13
La formation comme socle de la professionnalisation.....	15
L'INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE DE QUALITE ET DE SECURITE.....	15
II- SPECIFICITE DE L'EHPAD AUGEREAU .....	16
PRESENTATION DE L'EHPAD AUGEREAU .....	16
TYPES D'ACCUEIL.....	16
<b>L'Hébergement permanent</b> .....	16
<b>L'Hébergement Temporaire</b> .....	17
Typologie des résidents.....	17
LES MOYENS HUMAINS.....	19
Les professionnels qui interviennent .....	19
Répartition des ressources.....	19
La professionnalisation .....	19
LES LOCAUX.....	20
Les accès .....	20
Les espaces extérieurs types jardin et terrasse .....	20
L'unité rez-de-jardin niveau rez-de-jardin (13 chambres).....	20
L'unité rez-de-chaussée (37 chambres) .....	22

## INTRODUCTION

---

Le CHD Vendée multi-sites est un établissement Public Hospitalier. En dehors des activités MCO, il comprend des structures d'hébergement : EHPAD, USLD, Foyer d'adultes handicapés.

Ces structures intègrent la filière gériatrique du pôle médecine gériatrique SSR Polyvalent et spécialisé. La filière gériatrique est complète (Court Séjour Gériatrique, HDJ gériatrique, Consultations mémoires, EMG, SSR polyvalents et spécialisés Personnes âgées dépendantes à risques de pertes d'autonomie, EHPAD et USLD). Elle s'articule et s'appuie sur les partenariats existants : C.L.I.C, MAIA, C.M.P., fédération géronto-psychiatrique, H.A.D, médecins libéraux, paramédicaux libéraux, S.S.I.A.D., EQAAR, ESA, les associations de famille ou de patients (J.A.L.M.A.V., ...) sur les 3 sites (Luçon, La Roche sur Yon, Montaigu). L'Instance Locale de Gérontologie et l'Observatoire gérontologique assoient cette volonté de co-construction du parcours de la personne âgée.

Les projets de structures s'inscrivent pleinement dans le cadre des orientations nationales (réglementations cf. Annexe1), mais aussi des recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissement Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Une première partie reprendra les orientations du pôle pour l'ensemble des structures. Celles-ci sont la déclinaison de la politique d'établissement.

Une seconde partie permettra de décrire plus spécifiquement chaque structure.

## I- POLITIQUE ET ORIENTATIONS DU POLE

---

Le projet de chaque EHPAD, USLD s'inscrit dans un projet d'accompagnement du parcours de vie des personnes âgées vieillissantes en perte d'autonomie et atteintes de handicaps. Cet accompagnement est décliné dans le projet de pôle.

### OFFRE DU CHD VENDEE

---

#### **L'établissement dispose de :**

- ⇒ 7 EHPAD d'une capacité d'accueil de 387 lits et places (6 places d'accueil de jour Alzheimer, 13 lits d'Hébergement temporaire, 368 lits d'Hébergement Permanent)
- ⇒ 2 USLD d'une capacité d'accueil de 110 lits

#### **La répartition des structures par site est la suivante :**

##### Site de Luçon ; 4 EHPAD/USLD et 1 FAH

- ⇒ EHPAD la Roseraie, Pierre martin, St Michel, L'Olivier
- ⇒ USLD l'Olivier
- ⇒ FAH le Bois Moqua

##### L'offre de Luçon comporte de

- ⇒ l'Hébergement temporaire,
- ⇒ l'Hébergement permanent
- ⇒ l'accueil de jour.

##### Typologie des résidents accueillis :

- ⇒ Une structure spécialisée dans l'accueil des résidents atteints de maladie d'Alzheimer,
- ⇒ Une structure pour Personnes Handicapées Vieillissantes à orientation géro-psycho-geriatrique
- ⇒ Deux structures de personnes âgées en perte d'autonomie.

##### Site de La Roche sur Yon ; 1 EHPAD/1USLD

- ⇒ EHPAD Marais/Plaine
- ⇒ USLD Bocage Océan

##### L'offre de La Roche sur Yon comporte de

- ⇒ l'Hébergement permanent

##### Typologie des résidents accueillis :

- ⇒ Une structure de personnes âgées en perte d'autonomie.

##### Site de Montaigu ; 2 EHPAD

- ⇒ EHPAD Augereau et Soleil de la Maine

##### L'offre de Montaigu

- ⇒ l'Hébergement temporaire,
- ⇒ l'Hébergement permanent

##### Typologie des résidents accueillis :

- ⇒ Une structure de personnes âgées à orientation géro-psycho-geriatrique, s'inscrivant dans le parcours d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes,
- ⇒ Une structure de personnes âgées en perte d'autonomie.

## LES AXES DU PROJET DE POLE

---

### Trois grandes orientations sont retenues :

- ⇒ Bien accompagner le vieillissement
- ⇒ Soutenir les personnes âgées à domicile
- ⇒ Diversifier les solutions d'accueil

### **Place de la prise en charge la personne âgée sur le CHD Multi site**

Les objectifs du projet du pôle médecine gériatrique et SSR du CHD sont :

- ⇒ **Adapter l'offre des structures aux besoins de la population au regard des missions confiées**, en développant une politique d'admission adaptée aux missions et aux moyens alloués dans ces structures, en formalisant la filière gériatrique.
- ⇒ **Améliorer la prise en charge des personnes accueillies et notamment des personnes âgées et adultes handicapés**, en poursuivant une politique de « bientraitance » par une anticipation des risques et la formation des équipes, en personnalisant les accompagnements proposés basés sur un projet personnalisé et en renforçant l'approche médico-sociale des établissements d'hébergement du CHD.
- ⇒ **Développer le travail en partenariat** avec les autres pôles et services du CHD Vendée, les établissements sanitaires et sociaux du département, et les professionnels du domicile

<p>Ce projet offre une filière de prise en charge graduée avec différentes modalités d'accueil et complète le dossier initial intégré au projet de conventionnement tripartite EHPAD du CHD Multi site.</p>
---

## PRINCIPES FONDAMENTAUX RELATIFS A L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS DANS L'ENSEMBLE DES STRUCTURES

---

### Les objectifs :

- Anticiper et mieux prendre en compte les besoins des résidents et des familles, et faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins
- Mettre en place une politique renforcée pour les résidents et les familles
- Mieux accompagner les résidents et les familles qui vivent à domicile
- Développer la formation des professionnels
- S'appuyer sur les outils recommandés :
  - le guide des bonnes pratiques en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
  - les recommandations éthiques

### La mise en œuvre basée sur le parcours du résident (recommandations de l'ANESM)

---

#### ⇒ **Proposer un lieu de vie « accueillant » et des conditions d'hébergement adaptées à ses besoins en vue de :**

- Favoriser l'admission, garantir la qualité de l'accueil, de l'intégration et des sorties
- Assurer la qualité et la continuité de l'hébergement proposé

#### ► *La préadmission*

---

Le dossier d'admission unique mis en œuvre en juin 2012 sur le CHD Vendée, est le support de toute demande d'admission. L'accompagnement du résident et de ses proches dans les démarches administratives est individualisé et réalisé par le gestionnaire des admissions.

Un rendez-vous est proposé et fixé avec le cadre de santé ou l'infirmière coordinatrice de la structure afin de :

- Présenter les documents informatifs liés au fonctionnement de la structure ; **livret d'accueil, règlement de fonctionnement, chartes relatives aux droits de la personne accueillie, contrat de séjour, tarif journalier**. Le responsable de la gestion administrative des résidents accompagne ceux-ci ou leur famille si besoin
- Permettre une visite des locaux ainsi qu'une présentation de l'équipe et des différentes prestations proposées. Ce premier entretien a également pour objectif de recueillir les habitudes de vie et souhaits de la personne afin de personnaliser son accueil et son projet de vie dans la structure.

#### ► *Les modalités d'admission, d'accueil et de suivi*

---

L'admission est validée par le médecin coordonnateur en commission d'admission. A l'exception des situations d'urgences, l'admission effective est fonction de la date de demande.

Les orientations du projet personnalisé sont alors déterminées.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est également le responsable de l'articulation de différents professionnels autour du projet personnalisé de la personne et de son entourage.

⇒ **Contribuer à l'épanouissement de la personne, par la mise en œuvre de son projet de vie personnalisé, au-delà de la seule prestation d'hébergement afin :**

- D'évaluer ses besoins et ses souhaits
- D'assurer les soins et l'accompagnement nécessaires au maintien de son autonomie
- D'animer la vie de la structure

⇒ **Préserver le droit à l'information et l'expression de la personne, dans le respect de ses choix de vie et de son intégrité avec les objectifs de :**

- Mettre en place un système d'expression
- Garantir les droits de la personne et respecter ses choix
- Assurer le suivi et la traçabilité des situations

Ce, dans le respect des principes déontologiques des chartes « des personnes âgées dépendantes » et de « la personne accueillie » en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en EHPAD.

L'accueil et le projet de vie personnalisé favorisent le respect des droits et liberté de la personne.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS), instance consultative, est privilégié à l'échelle du pôle comme un temps de libre échange au-delà de la simple circulation d'informations. La place des usagers (résidents et familles) permet de déterminer ensemble des pistes d'amélioration des pratiques et du fonctionnement dans chaque structure à partir de leur vécu.

Le dossier « résident » permet de répondre à l'exigence de traçabilité de l'ensemble des données et actions relatives à la prise en charge et l'accompagnement de la personne.

⇒ **Agir avec professionnalisme, pour**

- Avoir un personnel formé et compétent
- Favoriser des conditions de travail satisfaisantes
- Promouvoir la bienveillance et lutter contre la maltraitance
- Prendre en considération la satisfaction des résidents et de leur famille.<sup>1</sup>
- S'inscrire dans une démarche qualité (évaluation, veille législative)

---

<sup>1</sup> Enquête annuelle de satisfaction des résidents et des familles

### La philosophie du projet de vie

---

#### **Le projet de vie personnalisé incluant le projet de soins, est adapté à la population accueillie.**

Le projet de vie personnalisé s'appuie sur un recueil de besoins et de souhaits du résident et/ou de sa famille. Il permet l'engagement de tous les intervenants envers chaque résident pour préserver et maintenir son autonomie, dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagner en fin de vie. La notion de « bienveillance » est le fil conducteur de toute action réalisée auprès des résidents.<sup>2</sup>

Ce contrat entre résident, famille et professionnels implique une évaluation annuelle et un réajustement des actions mises en œuvre pour adapter la réponse aux besoins.

Le projet de vie se réfère à la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante et s'inscrit dans une dynamique d'évolution permanente. Ses principales orientations se fondent sur le respect de la dignité de la personne quel que soit son état physique et psychique. La personne accueillie a droit au respect de ses libertés fondamentales : respect de sa dignité et de l'intégrité, de sa vie privée, liberté d'opinion, liberté de culte, droit à l'information, liberté de circulation.

Le projet de vie individualisé<sup>3</sup> s'appuie sur une bonne connaissance de la personne accueillie, ainsi que sur les caractéristiques de sa pathologie. Il vise à privilégier la qualité des soins et à suppléer aux fonctions déficientes par un accompagnement et une aide au quotidien au plus près des besoins de la personne et des attentes de sa famille tout en renforçant les capacités résiduelles.

*« (...) établi en concertation avec la personne. Il est évalué et réajusté régulièrement, il comprend également le plan de soins et d'aide personnalisé qui est une déclinaison à l'échelle individuelle du projet de soins. Le plan personnalisé de soins et d'aide est évalué et ajusté régulièrement. »<sup>4</sup>*

### Les objectifs

---

**Considérer la personne âgée comme un sujet à part entière avec des besoins, des désirs, des projets et être vigilant à respecter sa vie privée et son intimité**

**Accueillir et accompagner la personne dans sa globalité et jusqu'à la fin de vie dans une approche de continuité d'un parcours de vie**

---

<sup>2</sup>Instruction ministérielle N°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bienveillance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

<sup>3</sup>loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui fait obligation pour les hôpitaux d'assurer « une prise en charge globale du malade »

<sup>4</sup> Norme AFNOR février 2003, NF X50-058 établissements d'hébergement pour personnes âgées, cadre éthique et engagement de service



## **Offrir un accompagnement personnalisé adapté aux caractéristiques de la personne âgée (autonomie, dépendance, troubles du comportement...)**

La démarche d'individualisation est sous-tendue par un travail de l'ensemble des professionnels de l'équipe avec l'objectif d'un accompagnement singulier visant à reconnaître le résident comme une personne unique en créant des passerelles entre sa vie antérieure et sa vie à l'entrée en institutionnalisation.

La construction du projet de vie personnalisé positionne le résident comme acteur de son projet. Ainsi, le référent a pour mission d'identifier les habitudes et les centres d'intérêt de la personne afin de personnaliser l'accompagnement au regard de son histoire personnelle, familiale et sociale (démarche d'accueil, recueil des données sur ses habitudes de vie, ses attentes, ses besoins, ses désirs) afin de déterminer en pluridisciplinarité un plan d'actions adapté. L'objectif de celui-ci est d'accompagner le résident dans les actes de la vie quotidienne en préservant son d'autonomie à partir de ses potentialités et en le préserver des risques inhérents aux pathologies liées au vieillissement. Le référent permet l'articulation et la transmission d'informations entre le résident, ses aidants et l'ensemble des professionnels de la structure.

L'évaluation de ce projet s'appuiera sur des temps de concertation interprofessionnels (médecin, cadre de santé, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue) afin de réajuster l'accompagnement du résident.

## **Développer une réelle démarche d'accompagnement en fin de vie afin d'aider les résidents, les familles et/ou les proches,**

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ainsi que l'HAD sont à disposition de chaque structure du CHD Vendée et doivent être sollicitées afin de répondre au mieux aux besoins de la personne accompagnée, d'aider à la réévaluation en soins techniques.

## **Envisager le rapport à la personne âgée comme inscrit dans une logique de droits et de devoirs réciproques**

### L'individualisation de l'accompagnement

---

**Permettre au résident de disposer d'un espace personnel ;** l'institution devient le domicile du résident, la chambre est l'espace personnel (possibilité de le personnaliser...).

**Respecter la personne âgée dépendante et/ou déambulante, ses habitudes de vie, ses droits et libertés ;** liberté et dépendance à l'aide d'un tiers, liberté de posséder, de disposer de ses biens, de conserver ses habitudes, d'aller et venir en fonction de son état cognitif, de sa correspondance, du culte de son choix, de voter selon ses capacités cognitives, d'être informé, de s'exprimer et de communiquer (ex. : Conseil de la Vie Sociale, commissions menus et animation)

**Préserver et maintenir son autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en valorisant ses compétences et capacités** (utilisation de l'outil Mobiquial bienveillance)

⇒ Le moment du lever

L'aide au lever se fait en douceur, et le soignant doit favoriser toutes les capacités de la personne âgée à se lever, à se mouvoir. Il faut l'aider, l'accompagner

⇒ Les soins d'hygiène

C'est un temps privilégié d'échange verbal ou non verbal (relation par le toucher...) où le soignant est attentif aux goûts et préférences de la personne âgée : température ambiante, température de l'eau, habitudes de vie (douche, bain...), pudeur, rythme (matin, soir, semaine, mois). La toilette est un soin relationnel nécessitant de la douceur, du tact, de la personnalisation. Le soignant recherche et stimule la participation du résident (se laver les mains ou autre partie du corps, s'essuyer le visage, se coiffer,...)

⇒ L'habillement

Il permet à la personne de garder son identité, son appartenance sociale et une bonne image de soi. Les goûts thermiques et esthétiques sont respectés.

⇒ Les repas

C'est un temps relationnel, social, de rencontre, une source de plaisir (respect des goûts : enquête de goût à l'arrivée). Temps privilégié d'observation de la vie sociale qui donne des indications sur les comportements alimentaires dans le cadre du projet de soins individualisés et qui permet les réajustements nécessaires. La texture du repas doit être adaptée en fonction de la dentition, des troubles de déglutition, des goûts....

⇒ Les temps de repos (le coucher, le sommeil, la sieste)

Il est nécessaire de respecter le rythme veille-sommeil, les rites liés à l'endormissement propre à chaque personne : musique relaxante, absence de bruit, adaptation à la luminosité, température ambiante et habitudes rassurantes.

La tombée de la nuit peut s'accompagner d'un sentiment de peur, d'angoisse. La qualité de la présence, la disponibilité, l'écoute de l'équipe soignante peuvent atténuer et faire disparaître cet état de souffrance.

⇒ Les activités thérapeutiques (intervention de la psychologue)

La mise en place d'une stimulation peut être nécessaire au maintien ou à la réhabilitation (des capacités, de la vie sociale, de l'estime de soi) et à la prévention des troubles du comportement. L'intervention de la psychologue permet l'évaluation des capacités comportementales et cognitives venant alimenter le projet personnalisé.

⇒ Les ateliers d'animation

Ils se fondent sur le principe du loisir, du plaisir et du savoir-faire, à la recherche d'une convivialité, dans un esprit de socialisation rompant avec la monotonie de la vie en institution. Ils sont basés sur l'histoire de vie des résidents, sur ses habitudes, ses goûts, ses loisirs... Ils consistent à développer les activités culturelles et sociales, marquer les événements du calendrier : fêtes, goûter anniversaire, lecture du journal...., garder un lien social en favorisant des activités d'ouverture et de vie sur l'extérieur : activités d'accueil de personnes extérieures, échanges inter génération, rencontre, bénévoles...

**Améliorer l'image ou la perception que la personne a d'elle-même** par l'hygiène corporelle, l'habillement (tenir compte de ses goûts, choix vestimentaires, achat des vêtements...), les soins esthétiques, coiffeur, pédicure..., l'expression corporelle sur les temps d'animation, l'aide au repérage dans l'espace

**Augmenter les interactions sociales** par le maintien de la qualité des relations familiales, les sorties vers l'extérieur, l'accès aux visiteurs, l'accès à une information adaptée, l'offre de services (coiffeur...), les réseaux de solidarité (bénévoles, association...).

L'animation est partie intégrante du projet de vie personnalisé, il ne s'agit pas de se limiter à un programme d'activités mais de faire de l'animation une prestation de qualité qui répond à des objectifs précis (se référer au décret du 26 avril 1999 fixant le contenu des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médico-sociales axée sur deux dimensions individuelle et collective).

L'animation est conçue comme une démarche d'accompagnement centrée sur les souhaits, les envies, les plaisirs, les centres d'intérêt, les capacités physiques et psychiques de la personne âgée.

L'écriture d'un projet d'animation aide à formaliser cette prestation qui porte sur la relation et la communication de tous les résidents à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, en collaboration étroite avec les familles et le personnel

### **Les objectifs :**

- Connaître la personne âgée en institution
- Lutter contre l'isolement
- Favoriser la communication entre les résidents
- Favoriser l'expression des besoins
- Maintenir ou restaurer une bonne image de soi
- Favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe social
- Favoriser le maintien des capacités physiques, intellectuelles, psychiques et temporo-spatiales

### **Les Activités proposées :**

- les activités manuelles (atelier peinture, bricolages...)
- les activités culturelles (journal...)
- les activités artistiques (musique, chant, poterie...)
- les activités ludiques (jeux, ...)
- les activités physiques (gymnastique douce, promenade ...)
- Les activités festives (spectacles, les temps forts : la semaine bleue, le repas Noël, les repas à thème....)

### **Un projet d'animation centré sur une dimension individuelle et collective**

L'animation individuelle :

- Des activités d'animation ou sociales personnalisées
- Le repérage d'un souhait, d'une envie, d'un intérêt
- La visite régulière de tous les résidents
- Le rôle des « référents » auprès du résident (écoute, repérage des souhaits...)

L'animation collective :

- Les activités proposées par le personnel (ateliers divers...), par l'institution (semaine bleue, repas à thème...)
- Des ateliers aux dimensions ludiques, occupationnelles et thérapeutiques

## Le projet médico-soignant

---

Une équipe pluridisciplinaire accompagne le résident au quotidien. Les professionnels médicaux (1 médecin coordonnateur sur l'ensemble des structures et des médecins gériatres -médecins traitants-) et paramédicaux permettent de répondre aux besoins de soins des résidents.

Ce projet de soins qui fait partie intégrante du projet de Vie Personnalisé est co-construit avec le résident. Il fait l'objet d'une réévaluation permanente du rapport bénéfices risques

et évolue en fonction de l'état de santé du résident dans le respect des lois des droits des malades.

L'objectif prioritaire est de maintenir au maximum le résident dans son lieu de vie, avec l'intervention des divers partenaires existants (consultations, HAD,...)

Si une inadéquation du projet du résident avec les possibilités de soins de la structure survient, une hospitalisation ou une orientation vers un établissement d'accueil plus adapté peut lui être proposé. Le résident et sa famille seront accompagnés dans ces démarches.

### **Le principe de prise en soins**

Il est basé sur une approche globale du résident et de la recherche de son bien-être socio-psycho-physiologique

- Par la personne elle-même et/ou ses proches
- Par le personnel pluridisciplinaire : médecin, infirmières, aides-soignantes, maitresses de maisons, psychologue, kinésithérapeute.....
- Par le personnel extérieur à la structure : hôpital de jour gériatrique, consultation mémoire, équipe mobile de gériatrie, diététicienne.....
- Par le personnel extérieur à l'institution : infirmière et psychiatre du CMP/CHS, spécialistes (dentiste, ophtalmologiste, ....), orthophoniste, ....

Afin d'accompagner au mieux le résident dans son projet de vie personnalisé et son projet de soins, la communication et les échanges seront priorités tant auprès du résident, que de ses proches et des soignants, soit l'ensemble des acteurs du projet, par le biais de visites médicales, d'échanges d'information et sous forme de compte-rendu.

Le projet de soins fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi en équipe pluridisciplinaire en particulier sur l'évolution de l'état de santé, la iatrogénie médicamenteuse, la vaccination, l'état bucco-dentaire, l'élimination, les chutes, la dénutrition, son autonomie, son comportement...

Ces temps d'évaluation et de de suivi se font sous forme de réunion, de groupe de parole, avec l'intervention possible de soignants extérieurs, la présence des familles et des résidents. Ils contribuent à réajuster la prise en charge soignante et sociale en fonction de l'évolution, à adapter le projet de vie personnalisé.

### **Les décisions médicales concernent**

- La commission d'admission
- La coordination médicale dans les situations de négociation, de concertation, d'informations avec la personne âgée, la famille, l'équipe pluridisciplinaire, d'autres professionnels de santé, lorsqu'un avis complémentaire est nécessaire.

### **Les écrits médicaux**

Ils permettent la traçabilité des réflexions bénéfiques/risques et des observations médicales, l'actualisation des informations relatives à l'évolution de l'état de santé du résident, l'information sur la personne de confiance et son identité, le recueil du consentement du résident ainsi que ses directives anticipées, les décisions de limitation des thérapeutiques

### **Les outils qui servent de supports aux soins**

- Le dossier patient (dossier médical, de soins infirmiers, projet de vie personnalisé)
- Les synthèses multidisciplinaires
- Les transmissions ciblées

- Les grilles d'évaluations issues de recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD (ANESM) et USLD (HAS)
- Les procédures et protocoles de soins, d'hygiène du CHD Vendée (DARI), en lien avec l'amélioration de la qualité et de la gestion et prévention des risques (incendie, AES,...) ...
- Les différentes grilles d'évaluation (AGGIR, NPI, MMS, MNA, Score de Braden, échelles d'évaluation de la douleur.....)

## UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ADAPTEE AUX BESOINS DE LA PERSONNE AGEE EN HEBERGEMENT

### Différents intervenants et leurs missions

L'ensemble des professionnels médicaux, soignants, de réadaptation et animateurs participent à l'évaluation médico-psychosociale pour repérer les troubles éventuels, les incapacités, capacités et proposer un projet de vie personnalisé, visant à maintenir les potentiels existants et répondant prioritairement aux attentes du résident accueilli, dont la participation sera activement recherchée.

#### **Le médecin**

##### ⇒ **Rôle de médecin coordonnateur**

Le médecin gériatre référent coordonne les actions en lien avec la qualité, le travail des équipes soignantes et des intervenants libéraux, en transmettant les informations et en validant les actions de formations du pôle. Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et participe à l'évaluation de la qualité des soins

Il élabore le projet de soins de l'établissement, en collaboration avec l'équipe soignante.

Il donne son avis sur l'admission des nouveaux résidents, après avoir examiné la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins et d'accueil de la structure.

Il veille à la mise en place, au suivi et à l'évaluation du projet de vie personnalisé des personnes accueillies.

Il doit établir un rapport annuel d'activité médicale.

##### ⇒ **Rôle de médecin traitant**

Le médecin traitant joue un rôle central dans le suivi médical d'une personne âgée accueillie en EHPAD et sa prise en soins. En effet, il est chargé de coordonner son parcours de soins. C'est lui qui décidera de l'opportunité de faire appel à des intervenants spécialisés, qui conseillera une hospitalisation temporaire, qui demandera le cas échéant l'avis d'un médecin spécialiste, etc.

Il reçoit et informe les familles.

#### **Le cadre de santé ou cadre socio-éducatif**

Il a la responsabilité de planifier, d'organiser, de diriger et de contrôler la qualité des soins dispensés et d'atteindre les objectifs fixés. Il décline dans la proximité la mise en œuvre et le respect du projet de structure par les professionnels non médicaux.

Il est le garant du maintien des compétences des professionnels dans les domaines plus spécifiques de la géronto-psychiatrie, de la douleur, de la réadaptation et des soins palliatifs.

En concertation avec l'équipe médicale, le cadre veille à la mise en place, au suivi et à l'évaluation du projet de vie personnalisé des personnes accueillies. Il participe à l'articulation entre les filières de court séjour gériatrique, les réseaux et les dispositifs de soutien. Le cadre est à l'écoute des familles et des résidents.

### **Le psychologue**

Il apporte son soutien aux personnes âgées, à leur famille. Par son écoute, il leur permet de verbaliser les difficultés rencontrées.

Il participe aux synthèses permettant l'évaluation et la mise en œuvre du projet de vie personnalisé.

### **L'animateur**

L'animateur est responsable de l'animation au sein de la structure et se réfère au projet d'animation. A ce titre, il assure :

- le choix des activités adaptées aux personnes accueillies et participe à leur mise en œuvre - le suivi et l'évaluation des projets de vie personnalisés en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

-le développement de la vie sociale au sein de la structure en concertation avec les équipes soignantes et en regard de leur domaine de compétence, il assure un rôle de conseiller et de soutien auprès des personnels de la structure.

L'animateur met en œuvre l'ouverture sur l'extérieur de l'EHPAD, en développant des activités, en créant un réseau de collaboration avec les intervenants et structures extérieures du secteur, en recherchant activement la mise en place de la participation d'équipes de bénévoles.

### **L'aide-soignant et/ou l'AMP**

Il effectue les soins d'hygiène et de confort aux résidents à l'exclusion de tout soin médical. Il collabore aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers (ères) (dispensation des traitements, ...). Il anime les temps de transmissions.

Il participe à l'accompagnement social du résident, contribue à l'aide aux repas et aide aux différents actes de la vie quotidienne.

L'aide-soignant a un rôle de référent et œuvre pour le bien-être physique et psychologique du résident. Il assure le suivi et l'évaluation des projets de vie personnalisés en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Des ASG (Assistant de Soins en gérontologie) viennent compléter de par leurs compétences spécifiques l'accompagnement des résidents porteurs de troubles cognitifs.

### **L'infirmier**

Les soins infirmiers en gérontologie relèvent des soins préventifs, curatifs, palliatifs et prennent en compte les éléments relatifs à la santé mentale. Ils constituent à la fois des soins de base et des soins spécialisés.

Elle assure au résident une prise en charge lui permettant de maintenir le plus possible son autonomie, ainsi que son confort en tentant de concilier liberté et sécurité. Elle participe en équipe à l'élaboration du projet de vie personnalisé du résident. Elle accompagne le résident en fin de vie ainsi que ses proches, en apportant les soins et les réponses les plus adaptées possibles.

L'IDE a également un rôle de référent des résidents.

### **La maîtresse de maison**

Elle a des missions en lien avec l'alimentation et le temps de repas : préparation, service des repas, aide à la prise en repas des résidents sans troubles de la déglutition, accompagnement en salle à manger des résidents en fauteuil.

Elle gère l'ensemble de commandes et la gestion des stocks (repas en respectant les régimes et textures pour chaque résident, épicerie, produits d'entretien...).

Elle est responsable de l'entretien, de la propreté des chambres et des locaux communs et en assure le contrôle et le suivi de la propreté des locaux.

Elle a également un rôle de référent des résidents.

## La formation comme socle de la professionnalisation

---

Le plan de formation du pôle médecine gériatrique et SSR du CHD identifie les compétences spécifiques requises par les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées en institution. En ce sens, et en lien avec la politique de GPMC du CHD Vendée, des axes prioritaires pluriannuels en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques ont été identifiés :

- apprendre à gérer les troubles cognitifs et comportementaux de la personne âgée (recommandations ANESM de prévention de la "maltraitance")
- mettre en œuvre le projet de vie personnalisé pour tous les résidents (recommandation de l'ANESM)
- humaniser la prise en charge de la personne âgée en lien avec la construction du projet de vie personnalisé (recommandation ANESM de prévention de la "maltraitance")
- accompagner la personne âgée en fin de vie (recommandation de l'ANESM)
- apprendre à gérer les troubles organiques liés au vieillissement physiologique

Ces formations sont proposées en multi-sites et favorisent l'analyse de pratiques professionnelles par la richesse des échanges.

Des formations, non spécifiques au pôle sont proposées de manière continue et en intra sur le CHD multi site et couvre des besoins en formations communs à l'ensemble des services hospitaliers (ex. AFGSU 1 et 2). Chaque soignant peut s'y inscrire et être formé dans la limite des places dédiées.

## L'INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE DE QUALITE ET DE SECURITE

La démarche qualité est portée à l'échelle du pôle et déclinée au niveau de chaque structure. En effet le management par la qualité aide au questionnement permanent des pratiques professionnelles et permet ainsi d'identifier des actions d'amélioration pour une réponse adaptée aux besoins des résidents.

### Au niveau des tutelles

- Evaluation du Secteur Médico-social – évaluations interne – octobre 2012 - et externe – février 2013 : Mise en œuvre du plan d'actions finalisé 1<sup>er</sup> semestre 2016
- Certification V2014 pour les USLD

### Au niveau des usagers

- Enquêtes annuelles de satisfaction des résidents et des familles
- Informations sur la CRUQPC et recours éventuel
- Conseil de Vie Sociale à hauteur de 3 par an

### Au niveau institutionnel

- Tableaux de bord partagés du secteur médico-social en pays de la Loire
- Indicateurs de suivi de l'activité (GMP, PMP, taux d'occupation...)
- Document d'Analyse du Risque Infectieux – DARI
- Recours aux procédures et protocoles via le service hygiène du CHD Vendée
- Recueil et analyse des événements indésirables via le service qualité du CHD Vendée
- Analyse et suivi relatif au circuit du médicament et à la prévention de la iatrogénie
- Analyse et suivi Matério-vigilance
- Analyse et suivi Identito-vigilance
- Document unique /C.H.S.C.T. et CTE

## II- SPECIFICITE DE L'EHPAD AUGEREAU

---

Le projet de l'EHPAD Augereau intègre en totalité les éléments du projet EHPAD du CHD Vendée précédemment exposé.

### PRESENTATION DE L'EHPAD AUGEREAU

---

L'EHPAD Augereau situé dans l'enceinte du CHD site de Montaigu accueille 50 résidents. La proximité avec un plateau technique, un service d'urgences SMUR, des consultations externes sur site permet une facilité d'accès aux soins et une continuité de ces derniers.

L'offre gériatrique du CHD site de Montaigu comprend les consultations gériatriques, les consultations mémoire, les hospitalisations complètes en unités de médecine, et la prise en charge rééducative en unité de soins de suite et réadaptation polyvalent. Cette offre s'articule avec les autres filières gériatriques du CHD Vendée : Court Séjour Gériatrique, Unité Cognitivo-comportementales ainsi que sur les partenariats existants C.L.I.C, H.A.D., C.M.P.

### TYPES D'ACCUEIL

---

L'EHPAD Augereau accueille des résidents en :

- ⇒ Hébergement Permanent (capacité de 44 lits)
- ⇒ Hébergement temporaire (capacité de 6 places)

### L'Hébergement permanent

---

#### ► *Typologie des résidents*

Cette offre permet l'accueil de personnes âgées dépendantes sans labellisation particulière. Elle vient compléter l'offre d'hébergement du site : EHPAD à orientation géro-psycho-geriatrique.

#### ► *Les objectifs*

- Etre un lieu de vie alliant préservation de l'intimité et convivialité
- Elaborer un projet de vie personnalisé pour chaque résident dans le souci de sa qualité de vie
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes
- Assurer aux résidents les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels
- Assurer l'accompagnement des familles et des proches
- S'inscrire dans une démarche d'écoute et de partage (CVS)

#### ► *Les principes de fonctionnement*

La prise en charge est validée par la commission d'admission et contractualisée par le contrat de séjour, conclu entre l'établissement et le résident et/ou son représentant légal (famille ou tuteur). Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil sont remis lors de l'admission.

La structure offre des locaux de vie communs afin de proposer des activités diversifiées et valorisantes, en favorisant la participation volontaire du résident (activités de la vie quotidienne, des rencontres et loisirs...), mais également, de créer des espaces de



resocialisation (lieu de vie, d'animation...), des espaces d'accueil pour les familles (lieu de vie, « salon ») ainsi qu'un espace privé pour le résident : la chambre.

## **L'Hébergement Temporaire**

---

C'est un accueil limité dans le temps, qui s'adresse aux personnes dont le maintien à domicile est momentanément compromis

- du fait d'une situation de crise : isolement, absence de l'aidant principal, travaux dans le logement...
- du fait d'un besoin de répit de l'aidant
- du fait d'un besoin de répit du résident, considéré alors comme un séjour de rupture

Il permet également de préparer la personne à l'entrée en institution en lui offrant la possibilité de faire un essai ou de servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, sans se substituer à une prise en charge en soins de suite.

Il vise à élargir la diversité des réponses offertes tant aux résidents qu'à leurs familles et permet d'accueillir des personnes âgées dépendantes physiques et, ou, psychiques.

## **Typologie des résidents**

---

### **► Critères d'admissions**

---

- Les PA atteintes de maladies chroniques,
- Les PA atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées sans risque de sortie à l'insu des professionnels,
- Les PA en perte d'autonomie physique,
- Les PA autonomes isolées ayant un besoin d'un accompagnement médico- social,
- Les PA ayant besoin d'effectuer des travaux d'aménagement au domicile,
- Les PA dont l'aidant est hospitalisé ou a besoin de répit (repos , vacances),
- Les PA qui désirent l'hébergement : séjour de transition avant un hébergement permanent,

### **► Les personnes ne pouvant être admises**

---

- Les PA présentant une démence avec risque de fugue et de déambulation
- Les PA présentant une phase aigüe d'un problème médical.

### **► Les objectifs**

---

- Répondre dans l'urgence à des situations de crise
- Permettre à l'aidant principal un temps de répit
- Préparer le retour à domicile après une hospitalisation
- Préserver l'autonomie des personnes
- Stimuler leur fonction cognitive au travers des activités de la vie quotidienne
- Repérer les modifications comportementales susceptibles d'être liées à une pathologie intercurrente
- Favoriser des échanges avec les autres résidents
- Préparer un hébergement définitif

### **► Les principes de fonctionnement**

---

Il vise à élargir la diversité des réponses offertes tant aux résidents qu'à leurs familles. La capacité d'accueil est de six lits. La population concerne des personnes âgées dépendantes physiques et, ou, psychiques.

La prise en charge est validée par la commission d'admission et la durée est définie dans le contrat de séjour, conclu entre l'établissement et le résident et/ou son représentant légal (famille ou tuteur). Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil sont remis lors de l'admission.

Selon l'origine et les motifs de la demande, deux durées de séjour temporaire sont envisagées :

- Un hébergement de 3 semaines pourrait s'appliquer aux demandes de répit, sollicitées par les familles.
- Un hébergement de 6 semaines (en regard de l'activité 2012) pour les résidents en attente d'une place dans la structure de leur choix.

Ces durées pourront se renouveler une fois. Au regard de la législation relative aux structures d'hébergement temporaire, la durée totale sur un an est fixée à 90 jours maximum.

#### Intégration de l'Hébergement temporaire dans une filière de prise en charge

Nous avons la volonté d'intégrer ce projet dans une coordination Ville-Hôpital. En effet, nous souhaitons appuyer notre démarche sur les partenariats suivants, car il s'agit de préparer le projet de retour à domicile dès l'entrée:

- Pour un Hébergement Temporaire suite à une hospitalisation

Il s'agit de coordonner la prise en charge et l'accompagnement des patients dont les besoins médico-sociaux ne relèvent plus des services de MCO et SSR, mais qui nécessitent pour autant une période de transition afin d'organiser leur devenir. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD fait le lien entre les différents professionnels (Hôpital/EHPAD/Ville), la personne, sa famille et le médecin traitant. Ceci permet de co-construire le projet des personnes en attente, d'une place dans la structure de leur choix, d'un aménagement du domicile, ou encore de valider des acquis en rééducation avant un retour à domicile.

- Pour un Hébergement temporaire à partir du domicile en situation d'urgence ou dans le cadre d'un séjour programmé,

Les partenariats avec les structures de coordination locale et plus précisément le CLIC sont renforcés afin de répondre rapidement aux situations de maintien à domicile difficiles qu'il s'agisse d'urgences ou d'un besoin de répit pour les aidants afin de prévenir des hospitalisations répétées.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est également le responsable de l'articulation de différents professionnels autour du projet personnalisé de la personne et de son entourage.

Quelle que soit la provenance de la personne et son motif d'admission, un courrier médical de synthèse du séjour sera envoyé au médecin traitant ainsi qu'une fiche de synthèse et de transmissions IDE + AS pour favoriser la continuité de l'accompagnement en structure ou au domicile.

Nous proposons également pour les situations de résidents sans solution d'hébergement au terme de l'H.T., d'être admis en hébergement permanent au sein de la structure en fonction des disponibilités et après concertation avec les différents acteurs du projet.

## LES MOYENS HUMAINS

---

### Les professionnels qui interviennent

---

Les personnels sont mutualisés sur l'ensemble des 60 lits et répondent donc aux besoins des résidents tant en Hébergement permanent que temporaire

- Gériatre, médecin coordonnateur,
- Cadre de santé,
- Infirmière Coordinatrice à temps partiel
- Infirmières
- Aides-soignantes
- Maitresses de maison
- animateur
- Kinésithérapeute
- Psychologue

### Répartition des ressources

---

#### INFIRMIERE (7j/7)

<b>50 lits</b>	
<u>MATIN</u>	<u>APRES-MIDI</u>
1	1
1 en journée 1 fois par semaine	

#### AIDES SOIGANTES (AS) ET MAITRESSES DE MAISON (MM) – (7j/7)

<b>UNITE DE 13 lits rez-de-jardin</b>	
<u>MATIN</u>	<u>APRES-MIDI</u>
1 AS	1 AS
1 MM en horaires coupés	

<b>UNITE DE 37 lits rez-de-chaussée</b>	
<u>MATIN</u>	<u>APRES-MIDI</u>
2 AS 1 MM	2 AS 1 MM
1AS en horaires coupés	

#### ANIMATEUR (5 j/7) – PSYCHOLOGUE - KINESITHERAPEUTE

<b>50 lits</b>
animateur en journée du lundi au vendredi
Psychologue présent 1 jour par semaine
Kinésithérapeute/aide-kiné 1 heure du lundi au vendredi

#### LA NUIT

La continuité de l'accompagnement est assurée par 1 AS et 1 Maîtresse de maison. Une procédure de gestion des situations urgentes permet l'accès à un avis ou à l'intervention d'un médecin.

### La professionnalisation

---

Le plan de formation du pôle permet à chaque professionnel de développer ses connaissances et compétences par des formations adaptées à l'accompagnement des personnes âgées. Ces besoins sont identifiés et recensés par le cadre lors de l'entretien annuel d'évaluation.

## LES LOCAUX

---

Les 50 lits sont répartis sur 2 étages,  
l'un au niveau de la chaussée, comprend 37 lits dont 6 d'hébergement temporaire et sera ouvert sur une terrasse couverte et  
l'autre au niveau du jardin accueille 13 résidents et est ouvert sur un jardin clos et une terrasse couverte.

### Les accès

---

L'entrée dans le bâtiment se fera soit en longeant le bâtiment du Centre de périnatalité de proximité, soit par l'accueil du bâtiment Robic.

Les escaliers et, ou, les ascenseurs permettent de desservir entre autres, les 2 niveaux de la structure.

Les 2 unités ont des accès distincts, au niveau rez-de-chaussée et rez-de-jardin.

### Les espaces extérieurs types jardin et terrasse

---

Les espaces extérieurs, jardin et terrasse couverte sont clos et sont accessibles aux personnes à mobilité réduite par des surfaces planes.

Ces espaces extérieurs permettent une continuité de la prise en charge en aménageant des espaces d'activités (jardinage) de déambulation extérieure pour les résidents et un endroit convivial pour le résident et sa famille, repas en plein air, détente (terrasses).

Egalement, l'ensemble du parc du CHD – site de Montaigu est accessible aux personnes, sur ses différents pôles aménagés.

### L'unité rez-de-jardin niveau rez-de-jardin (13 chambres)

---

L'accès à cette unité se fait par le jardin et par une entrée directe dans l'espace de vie commun.

**L'espace de vie commun** est aménagé en plusieurs espaces, un espace repas, un espace cuisine ouvert par un plan de travail accessible aux personnes en fauteuil roulant, un espace animation, un espace salon (dont les portes coulissantes permettent d'isoler cet espace et de le rendre ainsi plus intime).

Le lieu de vie, positionné au centre de l'unité, est un espace clé de la vie sociale de la résidence. Il permet aux résidents de circuler en toute sécurité entre l'espace extérieur (jardins clos) et intérieur. C'est aussi un espace convivial, qui doit faciliter les repères spatiaux et les regroupements sociaux.

**La cuisine ouverte** est sécurisée, mais ouverte sur le lieu de vie par un plan de travail. Cette organisation a pour objectif de :

- recréer une ambiance familiale
- permettre la participation des résidents aux activités courantes liés aux repas : préparation, mise du couvert et des activités occupationnelles et/ou thérapeutiques permettant de faire appel à la mémoire et aux différents sens à travers différents ateliers : ateliers cuisine, ateliers créatifs : pâte à sel....

Les équipements (évier, four, plaques chauffantes...) permettent des ateliers cuisine et, ou, pâtisserie,

**L'office** est un relais de l'office central. Il permet la préparation des petits déjeuners et goûters. La vaisselle sale sera renvoyée à l'office central via les chariots de régie-thermie.

Le local chariots repas permet la mise en chauffe de ces derniers,.

**L'espace salon**, aménagé avec des fauteuils de repos, table basse est un lieu de repos et de détente pour les résidents, ainsi que pour les familles lors de leur visite à leur parent.

### **Les chambres avec salle de bain intégrée**

Les chambres sont individuelles.

La surface de chaque chambre permet aux résidents en fauteuil roulant de se mouvoir aisément et permet l'utilisation de divers matériels tels que verticalisateur, lève-personne.

L'aménagement permet au résident d'apporter des objets, petits meubles indispensables à ses repères. Plusieurs crochets dans les murs permettent l'installation de cadres.

Un placard intégré permet le rangement des valises, des vêtements et des effets personnels.

Les fenêtres sont suffisamment basses pour permettre à un résident alité ou assis de voir l'extérieur.

Dans chaque chambre, 2 fenêtres sont équipées : pour les baies de volets électriques, pour les petites, de volets en bois intérieurs.

Les chambres sont équipées de lit médicalisé et de fauteuil ergonomique, d'une table de chevet, d'un adaptable, d'une chaise pour les visites

Les chambres sont pourvues de prise à Oxygène et prise de vide, des branchements téléphone et télévision, d'appel malade.

La salle de bain, attenante à la chambre permet un accès direct par une porte coulissante adaptée à l'utilisation d'un chariot douche et d'un fauteuil roulant. Elle est équipée avec :

- un plan de toilette avec lavabo avec un miroir incliné : hauteur permettant la toilette assise ou accessible au fauteuil roulant.
- des étagères permettant le rangement du nécessaire personnel de toilette
- une douche sans bac avec barres d'appui
- un siphon au sol, permettant l'écoulement rapide de l'eau
- un sol anti-dérapant, afin d'éviter les chutes
- une cuvette de WC suspendue, facilitant le ménage.

**Des sanitaires publics** à proximité de l'espace de vie commun est accessible aux personnes à mobilité réduite.

**Une salle de bains commune** permet de proposer aux résidents des bains à visée thérapeutique, des temps esthétiques (coiffure, épilation). L'aménagement y est spécialement conçu.

#### **Un local lave-bassin**

Un local lave bassin situé à proximité des chambres, équipé d'un lave bassin, d'un point d'eau, d'une paillasse pour lavage ou décontamination de petit matériel, de rangements pour bassins et urinaux.

**Un poste de soins** permet la préparation des soins. Il est pourvu d'un poste informatique (diverses déclarations et commandes) et d'un lieu de rangement des dossiers de soins.

**Un bureau polyvalent** permet aux intervenants extérieurs de bénéficier d'un espace confidentiel pour recevoir les résidents, et, ou leur famille. Cet espace est muni d'un poste informatique. Ce bureau suffisamment grand est le lieu envisagé pour les réunions d'équipe pluri-professionnelle.

**Des locaux à destination logistique, technique** sont regroupés dans une aile de l'unité. Ils permettent de ranger et de stocker les besoins de fonctionnement de l'unité (3), répartis au sein de la structure.

Une réserve relais de linge propre et usage unique est équipée d'étagères et permet le stockage de l'échelle de linge (chariot navette entre le service blanchisserie du site et le service).

Deux espaces « sales » permettent le stockage temporaire des chariots de linge sale et des poubelles.

**Les circulations** sont équipées de main courante sur l'ensemble des couloirs.

**Les espaces extérieurs** sont accessibles par des portes vitrées, ouvertes à la déambulation des résidents : une terrasse couverte et un jardin clos, aménagé en enrobés et espaces limités de plantation, des jardinières à hauteur de fauteuil roulant sont également prévues.

### L'unité rez-de-chaussée (37 chambres)

L'organisation architecturale de cette unité est prévue à l'identique de l'unité pré-citée du rez de jardin et avec des équipements communs tels que décrits au-dessus.

Les surfaces et le nombre de locaux sont adaptés au nombre de résidents accueillis.

**Les chambres** sont identiques à l'aménagement de l'unité du rez-de-jardin.

Les chambres prévues pour l'accueil des personnes en hébergement temporaire sont identifiées dans une aile du service. Deux chambres communicantes sont prévues, afin de pouvoir accueillir un couple.

**Le bureau infirmier et la salle de préparation de soins** forment un pentagone, ouverts sur les circulations de l'unité et ont un accès direct à l'espace de vie commune. Cet ensemble est vitré sur la partie administrative pour favoriser la vigilance sur les personnes accueillies.

Le bureau infirmier est équipé de mobilier de bureau, de poste informatique et de rangement pour les dossiers de soins.

La salle de soins attenante comporte une partie « propre » et une partie « sale ». La partie « propre » est équipée de paillasse mobiles avec rangements, de l'armoire pharmacie, du chariot de dispensation de médicaments, de chariot de soins.

**La salle d'activité, d'animation** permet la mise en place d'activités manuelles, en lien avec la psychomotricité (gymnastique douce), culturelles...

Cet espace peut être agrandi par la mitoyenneté avec un salon dont la cloison amovible peut ainsi restée ouverte et permettre à un plus grand nombre de résident de participer ; ou au contraire, être maintenue fermée et ainsi permettre de prévoir 2 activités distinctes.

**La terrasse couverte** est accessible par la salle de vie commune, les 2 salons attenants, ainsi que par la salle d'animation.

Elle est aménagée par des salons de jardin, invitant à la détente et l'installation, des jardinières en hauteur égayeront cet espace par la plantation et l'entretien par les résidents, de fleurs et autres plantes décoratives (atelier jardinage).

L'accès direct aux passerelles en bois (vers la ville et longeant le CPP) invitent à la déambulation extérieur des personnes et de leur proches.

### **Les locaux communs à l'ensemble de la résidence**

- Vestiaires du personnel sécurisés et équipés de casiers individuels doubles, d'une douche et WC pour le personnel.
- Une salle de rangement du matériel équipé d'un point d'eau pour le nettoyage (fauteuils roulants, déambulateurs, matelas anti-escarres...).
- Un local de rangement et de stockage des lits et matelas (dynamiques, mémoire de forme)
- Un local de rangement du matériel animation

### **Les locaux hors unités de soin**

Au rez-de-chaussée

- Un bureau médical équipé de mobilier de bureau, d'un poste informatique,
- Le bureau du cadre, de mobilier de bureau, d'un poste information et d'un espace accueil familles.

Au rez-de-jardin

- Un bloc sanitaire public, situé au rez-de-jardin, muni de lavabo (accès mobilité réduite)