



PROJET DE STRUCTURE FOYER D'ADULTES HANDICAPES

RESIDENCE DU BOIS MOCQUA

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.....	10
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.....	14
L'INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE DE QUALITE ET DE SECURITE.....	15
II- SPECIFICITE DU FOYER D'ADULTES HANDICAPES.....	16
PRESENTATION DU FOYER D'ADULTES HANDICAPES	16
LES MOYENS HUMAINS.....	18
Les professionnels qui interviennent	18
Répartition des ressources.....	18
La professionnalisation	19
Les principaux partenaires	19
LES LOCAUX.....	19
Les espaces communs concourent à maintenir les liens sociaux, favoriser la convivialité, améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement et à permettre à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement.	19
Au rez de chaussée.....	19
A l'étage.....	21
Les espaces extérieurs.....	21
ANNEXE 1	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. Le projet du Foyer d'Adulte Handicapé s'adresse à une population de 20 à 60 ans avec une orientation éducative prioritaire.

Ces accompagnements à différentes étapes du parcours de vie des résidents s'inscrivent dans une logique de filière déclinée 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-psi-chiatrique
- ⇒ 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-psi-chiatrique, 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 et le handicap
- ⇒ Soutenir les personnes âgées ou en situation de handicap à domicile
- ⇒ Diversifier les solutions d'accueil

Place de la prise en charge la personne âgée et/ou en situation de handicap 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 en situation de handicap**, en poursuivant une politique de « bienveillance » 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, sociaux et en santé mentale du département, et les professionnels du domicile

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.

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 » et de « la personne en situation de handicap » 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.¹
- S'inscrire dans une démarche qualité (évaluation, veille législative)

¹ 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.²

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 handicapée 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 individualisé³ 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. »⁴

Les objectifs

Considérer la personne âgée ou en situation de handicap, 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

²Instruction 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

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

⁴ 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 en situation de handicap (autonomie, dépendance, troubles du comportement, maladies psychiatriques, déficiences intellectuelles, socialisation,...)

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 ou handicaps 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 ou handicapée , 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 Mobiquad 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 et handicapée 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/absence au Foyer de Vie)

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 ; un rôle essentiel

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 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 AGE 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)s (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.

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^{er} 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 DU FOYER D'ADULTES HANDICAPES

Le projet Du Foyer d'Adultes handicapés Bois Mocqua intègre en totalité les éléments du projet secteur médico-social du CHD Vendée précédemment exposé.

PRESENTATION DU FOYER D'ADULTES HANDICAPES

Situé en périphérie de la ville de Luçon, le foyer est rattaché au site de Luçon du CHD Vendée. Il en est séparé de 2 km.

► *Typologie des résidents*⁵

La résidence du Bois Mocqua est un lieu de vie pour adultes en situation de handicap de 20 à 60 ans, non médicalisé, avec une orientation par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

► *Les missions et objectifs*

Sa mission principale est d'offrir un lieu de vie adapté qui favorise le développement personnel des résidents, leur intégration sociale et leur vie relationnelle, par la mobilisation de leurs acquis à travers le quotidien et des activités. Une attention toute particulière sera donnée à la qualité de vie et bien-être de chacun par des accompagnements individuels, dans un cadre de vie et fonctionnement collectif.

Pour cela, le foyer de vie répond à sa mission de placer l'utilisateur au centre du dispositif, en développant sa responsabilisation, son autonomie et sa participation. Dès lors, le résident n'est plus seulement bénéficiaire de l'intervention, mais aussi acteur de son projet

► *Les principes de fonctionnement*

La prise en charge est validée par la commission d'admission (tous les 2 ans ou selon besoins) 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.

► *Critères d'admissions*

L'admission d'une personne dans l'établissement peut se faire entre 20 et 60 ans.

Elle doit bénéficier d'un avis d'orientation en foyer de vie ou occupationnel (cf. règlement de fonctionnement) par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Au vu de ces capacités, elle doit bénéficier d'une mesure protection.

Une commission d'admission est mise en place tous les 2 ans, sur dossier (certificat médical, habitudes de vie...).

En référence à l'article 4 de la Charte des droits et des libertés, la personne doit exprimer autant que possible la volonté de venir vivre et s'inscrire dans l'établissement, en respectant les engagements de part et d'autre mentionnés dans le contrat de séjour (cf. règlement de fonctionnement).

⁵ Etude 2015 relative à la typologie des résidents accueillis (Annexe 1)

Pas ou peu de handicap physique associé, car l'établissement est destiné aux personnes adultes en situation de handicap qui disposent d'une certaine autonomie ne justifiant pas leur admission en Maison d'Accueil Spécialisée, sans être apte à exercer un travail même en milieu protégé (ESAT), mais qui ont une autonomie suffisante pour se livrer à des activités de détente et de développement personnel ;

Troubles mentaux le plus stabilisés ou compensés possible et ne présentant pas de facteur de risque pour la collectivité et les usagers, ne relevant pas d'une prise en charge continue à l'EPSM.

Pas de maladie chronique grave exigeant une prise en charge médicale et paramédicale constante.

► *Devenir des résidents de plus de 60 ans*

2 cas de figure :

⇒ Permettre aux résidents pour lesquels la situation personnelle le justifie, de rester au FAH Bois Mocqua au-delà de 60 ans tant que le projet de vie personnalisée va dans ce sens, que l'intégration du résident est adapté au reste de la population accueillie et que le niveau de dépendance le permet.

⇒ Créer des passerelles entre le FAH du Bois Mocqua et l'EHPAD de St Michel, afin d'éviter le sentiment de rupture lors du changement de lieu de vie des résidents et de garantir la continuité de l'accompagnement socio-éducative existante au FAH. Ces passerelles pourraient être construites avec d'autres structures du handicap, assurant un hébergement ou pas ainsi que les personnes atteintes de handicap encore au domicile ayant besoin d'être admises en EHPAD.

Cette continuité est possible, la participation commune des résidents de ces 2 structures aux ateliers « cuisine, jardinage, poterie », des activités sportives et/ou culturelles.

Ainsi en quittant le Foyer de vie pour l'EHPAD Saint Michel, les résidents de plus de 60 ans pourront continuer à bénéficier de ces activités et loisirs selon leurs souhaits, ceci par des organisations spécifiques et par la mutualisation des locaux et des professionnels.

► *Outil Projet de Vie Personnalisé spécifique*

L'équipe pluridisciplinaire du Foyer a choisi la grille ROCS (Référentiel d'Observation des Compétences Sociales) comme outil de construction des projets de vie personnalisés.

Ce ROCS a pour objectif de recenser, de faire un « état des lieux » des compétences des personnes accueillies. Cet outil permet non plus de partir de ce qui ne va pas, ce qui pose problème ou de ce qui est lié à l'événementiel, mais au travers de 25 critères d'avoir une vision plus fine des compétences des résidents.

Les compétences comportent 5 dimensions :

- La vie sociale,
- La vie affective,
- La vie quotidienne,
- La vie intellectuelle et culturelle,
- La vie dans l'environnement.

Dans chacune de ces dimensions, 5 critères sont proposés. Ils correspondent à des degrés d'évaluation.

Ces compétences sont observées, évaluées et analysées.

Les éléments marquants, les rencontres et le positionnement de la famille (si présente) permettent d'apporter un éclairage sur la situation et les demandes de la personne.

L'observation des compétences et les demandes de la personne sont confrontées lors d'une réunion d'équipe. C'est à cette étape que l'équipe pluridisciplinaire se positionne et pose les objectifs généraux de l'accompagnement.

De ces objectifs généraux découlent les prestations éducatives qui seront proposées à la personne.

La contractualisation finalise le projet.

LES MOYENS HUMAINS

Les professionnels qui interviennent

Les personnels sont mutualisés sur l'ensemble des 40 lits et répondent donc aux besoins des résidents

- Médecin traitant
- Médecin psychiatre/CMP/EPSM
- Cadre Socio-Educatif
- Infirmière
- Aides-soignantes et Aides Médico-psychologiques
- Maitresses de maison
- animateur
- Kinésithérapeute et orthophonistes libéraux
- Prestataire de ville : laboratoire, pharmacie

Répartition des ressources

CADRE Socio-Educatif

40 lits
0,50 ETP

INFIRMIERE (5j/7 du lundi au vendredi)

40 lits
1 entre 8h15et 15h45

AIDES SOIGANTES (AS) – (7j/7)

<u>MATIN</u>	<u>APRES-MIDI</u>
3 AS	2 AS
1 AS de J pour proposer des activités (hors WE)	

MAITRESSES DE MAISON (MM) – (7j/7)

<u>MATIN</u>	<u>APRES-MIDI</u>
2 M de M	1 M de M
en week-end : 1 M de M, en horaire de Coupure pour l'ensemble de la structure	

ANIMATEUR (5 j/7)

1 Animatrice en journée du lundi au vendredi
--

LA NUIT

La continuité de l'accompagnement est assurée par 1 AS et 1 Maîtresse de maison. Les professionnels ont accès aux urgences via le 15.

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 en situation de handicap. Ces besoins sont identifiés et recensés par le cadre lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Les principaux partenaires

Le Foyer du « Bois Mocqua » s'associe aux différents partenaires qui contribuent au bon fonctionnement de la structure et permettent aux résidents d'avoir un lien social avec l'extérieur et ainsi leur permettent de travailler sur l'autonomie, donc ainsi de répondre à leurs projets de vie personnalisés :

La ville de Luçon propose différents équipements sportifs, culturels et commerciales :

- Centres commerciaux ;
- Transport en commun ;
- Complexe sportif ;
- Bibliothèque ;
- Piscine municipale;
- Jardins publics ;
- Cathédrale ;
- Cinéma....

LES LOCAUX

Les espaces communs concourent à maintenir les liens sociaux, favoriser la convivialité, améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement et à permettre à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement.

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

Au rez de chaussée

La structure de forme circulaire, l'accès au rez de chaussée se fait par le hall qui occupe le cœur de la résidence (l'espace de vie commun):

Ce lieu, équipé de fauteuils, de petits canapés, de tables basses, favorise les échanges entre résidents (jeux de société, jeux de cartes, table de baby-foot, de ping-pong, musique, affichage des activités...). Ce lieu est stratégique car c'est aussi un lieu de passage et incontournable de la vie de la résidence, où tout le monde se croise, professionnels-résidents.

Des sanitaires publics, à proximité de cet espace de vie commun, sont accessibles aux personnes à mobilité réduite au rez-de-chaussée.

Un salon TV ouvert sur la salle à manger,

Une salle à manger où tous les résidents se retrouvent pour prendre leurs repas avec accès sur une terrasse équipée de tables et de bancs, donnant la possibilité de prendre les repas à l'extérieur.

Attenante à cette salle à manger, se situe un office avec les équipements nécessaires (évier, lave-vaisselle, rangements...). Il permet ainsi, le respect des règles d'hygiène alimentaires et d'assurer un service sur plateau dans la salle à manger. Cet office permet la

préparation des petits déjeuners et goûters. La vaisselle sale est lavée et essuyée par les résidents, encadrés par les maitresses de maison, puis renvoyée à l'office central via les chariots de régie-thermie. Un espace de ce local « chariot repas » est dédié à la mise en chauffe de ces derniers.

Cet office est aussi ouvert aux résidents pour la confection de gâteaux (d'anniversaire), car équipé d'un four...

1 « lingerie » servant de stockage et de salle de couture.

2 vestiaires pour les professionnels hommes et femmes.

Une salle d'activités « dite bibliothèque », dédiée principalement à des petits groupes, pour un atelier de lecture, des jeux de stés, utilisée aussi de salle de réunion, notamment lors de la préparation des séjours ou des temps forts... Cette salle sert aussi de salle de pause pour les professionnels.

Un salon fumeur, dédié aux résidents fumeurs de la résidence, s'ouvrant sur l'extérieur permettant l'aération.

Un local dédié à de l'archivage.

Un grand escalier en colimaçon, donnant accès au 1^{er} étage.

Une salle d'activités climatisée, permettant la réalisation d'activités en groupe d'activités manuelles, de loisirs...

Un poste de soins Infirmiers qui sert d'une part, au stockage et à la préparation des piluliers, équipé d'un poste informatique et téléphonique, permettant de réaliser notamment les diverses commandes et la prise de rendez-vous médicaux et d'autre part d'un lieu de rangement des dossiers médicaux, à la préparation et réalisation des soins et enfin de bureau de médecins venant en consultation sur la résidence.

Un 2^{ème} sanitaire pour les résidents.

Un poste de soins AS/AMP utilisé comme salle de transmissions, d'informations réservé à l'équipe (notes d'informations et plannings ...) et de lieu de rangement des dossiers d'accompagnements des résidents.

Une salle de « relaxation » permettant d'offrir des moments de détente aux résidents, en fonction de leur besoin et de leur PVP.

Un sanitaire pour les professionnels.

Un bureau pour l'animatrice, équipé d'un poste informatique + photocopieuse.

Le bureau dédié au Cadre Socio-Educatif, équipé d'un poste informatique.

Attenant à ce bureau, une pièce dédiée à l'équipe soignante (DI, écriture des projets...) et à l'équipe de maitresses de maison pour effectuer les commandes d'économats, de produits d'entretien...

Un local technique + coffre (pour la régie d'avance) + stockage de matériels.

Un ascenseur donnant accès au 1^{er} étage, pour les résidents à mobilité réduite ainsi que l'accès aux divers chariots de (de linge ou autres).

Un couloir s'ouvre sur les 20 chambres du rez de chaussée.

Des locaux logistiques de rangement et de stockage ainsi que des locaux technique se trouvent au rez de chaussée.

Une réserve relais de linge propre et à 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).

Un espace « sale » permettent le stockage temporaire des chariots de linge sale et des poubelles.

Un salon d'esthétique accueille les résidents pour tous les soins du visage et maquillage, soins capillaires. Une coiffeuse et une pédicure interviennent régulièrement (1 à 2 fois par mois).

1 « bagagerie » servant de stockage de vêtements des résidents.

2 salles de bain communes dont 1 équipée d'une baignoire adaptée pour les personnes à faible mobilité et avec bains bouillonnants, afin de proposer des bains relaxants aux résidents.

1 salle d'eau commune avec douche et WC.

1 salle de soins, stockant les produits de toilette et vêtements des résidents qui ne sont pas en capacité de les gérer + petits accessoires (rasoirs, pinces...) + tableau donnant des informations concernant des accompagnements spécifiques des résidents + chariot comportant le linge plat.

Un patio au centre de la desserte des chambres, aménagé de plantes.

A l'étage

1 couloir tout en baies vitrées circulaire, desservant 20 chambres, ayant pour centre une immense verrière qui surplombe le hall.

2 salles de bains communes permettent de proposer aux résidents des bains ou des douches.

1 salle dite de « soins » dans laquelle sont rangés tous les produits de toilette et petit matériel collectif

Un local ménage dans lequel sont entreposés les chariots de nettoyage.

Un local dit de « réserve » pour stockage des produits d'entretien.

Les espaces extérieurs

1 parc arboré, équipé de bancs, d'une table de ping-pong, un bassin à poissons.

Un bâtiment accueillant :

1 salle polyvalente, équipé de matériel hi-fi et d'un « bar ». Cette salle est utilisée pour accueillir jusqu' 80 personnes (?). Elle sert pour tous les évènements festifs de la résidence, tel que le pique-nique de la résidence (1/an), des rencontres inter-résidences, avec le CMJ, des activités sportives, des lotos...

Des sanitaires communs,

1 atelier « menuiserie » équipé de divers matériels,

1 atelier « humide », c'est à dire qu'il est possible de réaliser de la poterie (avec équipement : four, tour, lavabo), du rotin...

1 local de stockage,

1 garage pour 1 véhicule de 9 places.

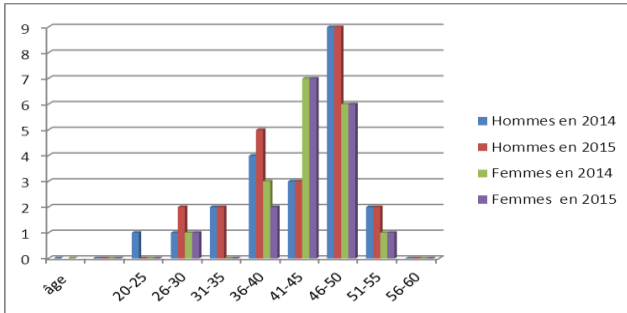
2 garages : 1 pour les vélos et 1 pour 1 véhicule de 7 places.

Attenant à ces garages, un local accueillant tout le matériel de jardinage.

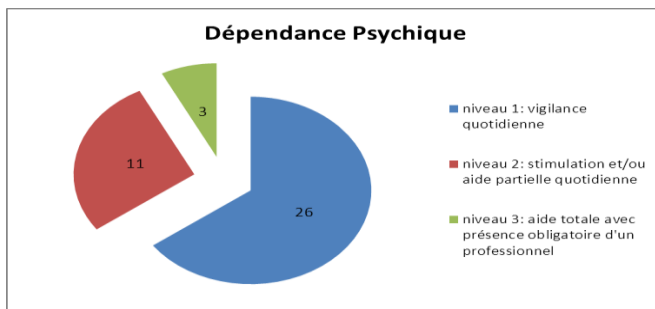
ANNEXE 1

- Répartition par âge et par sexe :

Ainsi il est possible de constater qu'en 2015 la majorité de la population accueillie se situe dans la tranche 36-50 ans



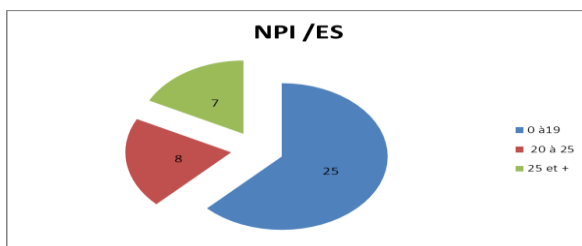
- Niveau de la dépendance Psychique :



CONSTATS :

- ✓ 7,5% de la population accueillie (soit 3 résidents) nécessite une aide totale avec présence obligatoire d'un professionnel
- ✓ 30 % de la population accueillie (soit 12 résidents), a besoin d'être stimulé et/ou besoin d'une aide partielle quotidienne.
A noter, sur ces 12 résidents, 3 résidents décompensent en moyenne 4 à 5 fois par an. Ceci implique la présence obligatoire d'un professionnel, ce, sur une durée pouvant aller de 1 à 4 semaines.
- ✓ 62,5 % de la population accueillie (soit 25 résidents) nécessite une vigilance quotidienne.

- Inventaire des troubles psychiques selon la grille NPI/ES



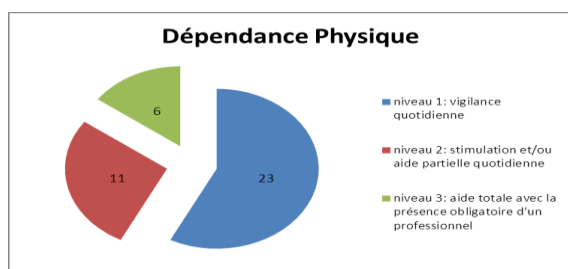
(Le caractère pathologique est retenu à partir de la cotation 20)

CONSTATS :

- ✓ 37,5 % de la population accueillie (soit 15 résidents) dont la cotation est supérieure à 20, présentent des troubles psychiques ayant des répercussions sur leur vie quotidienne, ce qui nécessite un accompagnement professionnel de proximité.

- ✓ 62,5 % de la population accueillie (soit 25 résidents) semble stabiliser avec un traitement.

- Niveau de dépendance physique

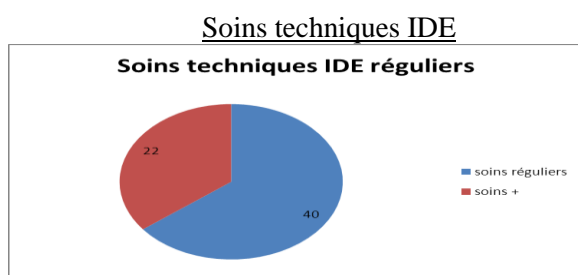


CONSTATS :

- ✓ 15 % de la population accueillie (soit 6résidents) a besoin d'une aide totale avec présence obligatoire d'un professionnel

- ✓ 27,5 % de la population accueillie (soit 11 résidents) a besoin d'être stimulé ou nécessite une aide partielle d'un professionnel au quotidien.

- Les besoins en soins :

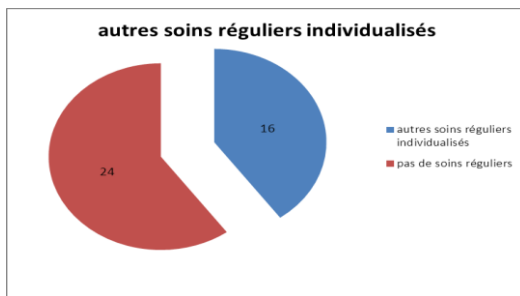


CONSTATS :

- ✓ 100 % des résidents ne sont en capacité actuellement de préparer leurs piluliers

- ✓ 55 % des résidents (soit 22) nécessite en plus des soins techniques IDE réguliers tel que : injection retard, prise de sang, pansements, dextro ...

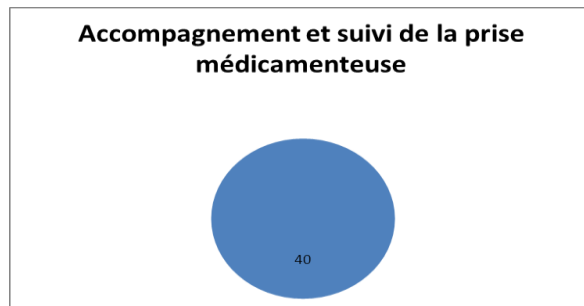
Autres soins individualisés



CONSTATS :

- ✓ 40 % de la population accueillie (soit 16 résidents) nécessite des soins autres que les soins techniques IDE tel que mise des bas de contention, séance de kiné, orthophoniste + soins tels que « pommades de confort, des collyres non médicamenteux ... »
- ✓ 60 % de la population accueillie (soit 24 résidents) n'a pas de soins réguliers individualisés.

- Accompagnement et suivi de la prise médicamenteuse



CONSTATS :

- ✓ 100 % des résidents accueillis, a besoin de professionnels qualifiés pour la distribution des traitements médicamenteux et de la vérification de leur prise.