

PROJET DE SOINS 2025 - 2029

**RÉSIDENCE
LA CHESNAYE**
EHPAD PUBLIC

EHPAD RÉSIDENCE LA CHESNAYE

EHPAD PUBLIC AUTONOME
25 ROUTE DES FUSILLÉS DE LA RÉSISTANCE
92150 SURESNES

Date d'élaboration : avril 2025

SOMMAIRE

Préambule

1. Garantir la qualité la sécurité et la continuité des soins

4

1.1. Prise en charge de la douleur

1.2. Échelle de Braden et prévention des escarres

1.3. Poursuite du déploiement de la culture qualité – Gestion des événements indésirables

1.4. Analyse de pratiques et retour d'expérience

2. Renforcer la professionnalisation et la culture qualité

8

2.1. Formation continue et montée en compétence

2.2. Intégration des nouveaux professionnels

2.3. Référents thématiques

2.4. Outils qualité et implication au quotidien

3. Prévenir les risques liés à la santé physique, psychique et cognitive

11

3.1. Prévention de la dénutrition

3.2. Prévention des chutes

3.3. Prévention des troubles du comportement

3.4. Prévention du risque infectieux

4. Respecter les choix, les droits et la dignité des résidents

14

4.1. Projet de vie individualisé

4.2. Respect des droits fondamentaux

4.3. Expression des volontés et fin de vie

5. Renforcer l'ouverture de l'EHPAD et les partenariats

17

5.1. Partenariats avec les professionnels de santé extérieurs

5.2. Ouverture vers les familles et aidants

5.3. Vie sociale, intergénérationnel et bénévolat

6. Adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des unités

20

6.1. Unité de vie protégée (UVP).

6.2. Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

6.3. Évolution des modalités organisationnelles de travail

Conclusion

Préambule

Le projet de soins 2024–2029 de l'EHPAD Résidence La Chesnaye s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement et constitue une déclinaison opérationnelle des valeurs, orientations et missions portées par l'ensemble des professionnels. Il vise à structurer, harmoniser et améliorer l'organisation des soins, dans une dynamique continue de qualité, de sécurité et d'humanité.

Ce projet couvre une période de cinq ans (2025–2029). Il a été élaboré de manière participative avec les professionnels de santé, les référents thématiques (IDEC, psychologue, psychomotricienne, diététicienne, médecin coordonnateur) et la direction. Il s'appuie sur les recommandations de la HAS, du CEPIAS, de l'ARS, et intègre les particularités des résidents accueillis.

L'EHPAD Résidence La Chesnaye accueille 100 résidents, dont une partie au sein d'une unité de vie protégée (UVP), pour un total de 20 places, et dispose d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Les profils des résidents accueillis sont marqués par des troubles cognitifs, des pathologies chroniques, des situations de fin de vie, et des risques de dénutrition, de chutes ou d'escarres.

Le projet de soins repose sur 6 axes stratégiques, chacun décliné par grandes thématiques de soins, avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs permettant un suivi dans le temps.

Méthode d'élaboration

- Élaboré entre mars et avril 2025 avec la participation active de l'IDEC, IDE, AS, de la psychologue, du médecin coordonnateur
- Des groupes de travail thématiques ont permis de coconstruire les fiches actions des six stratégies structurantes
- La direction de l'établissement a été consultée pour valider le projet, en cohérence avec le projet d'établissement.

Les 6 axes stratégiques du projet de soins

- 1) Garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins
- 2) Renforcer la professionnalisation et la culture qualité
- 3) Prévenir les risques liés à la santé physique, psychique et cognitive
- 4) Respecter les choix, les droits et la dignité des résidents
- 5) Renforcer la coordination pluridisciplinaire autour du résident
- 6) Optimiser les pratiques et les outils professionnels

1. GARANTIR LA QUALITÉ LA SÉCURITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

1.1. Prise en charge de la douleur

La douleur est un symptôme fréquent en EHPAD, souvent sous-détectée ou mal exprimée, en particulier chez les résidents atteints de troubles cognitifs. Elle peut être aiguë, chronique, liée aux soins, somatique ou psychique. Sa détection et sa prise en charge rapide sont essentielles pour préserver la qualité de vie, prévenir les troubles du comportement et respecter la dignité des personnes âgées.

Qui fait quoi ?

- Aides-soignants : repérage et transmission quotidienne de la présence ou absence de douleur via les transmissions ciblées
- Infirmiers et aides-soignants : évaluation formalisée avec EVA ou Algoplus, les IDE mettent en œuvre le suivi traitements antalgiques
- Médecin coordonnateur : validation des protocoles, appui sur les cas complexes ou douleurs récurrentes
- Familles : partenaires dans l'observation des signes comportementaux inhabituels, notamment en UVP.

Quand ?

- Évaluation quotidienne systématique de la douleur pour chaque résident, lors des soins, mobilisations, changes ou repas, ou lors de chaque situation inhabituelle ou modification de comportement
- Revue des cas complexes en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire avec le médecin coordonnateur.

Comment ?

- Outils utilisés : EVA (résidents communicants), Algoplus (résidents non communicants)
- Traçabilité dans les transmissions ciblées : intensité, localisation, date, contexte, traitement mis en place et effet observé
- Protocole douleur interne appliqué
- Suivi de l'efficacité thérapeutique avec réévaluation.

Objectifs qualitatifs

- Créer une culture institutionnelle centrée sur la vigilance et le soulagement de la douleur
- Individualiser la stratégie antalgique selon le profil du résident
- Harmoniser les pratiques professionnelles autour de la détection et de la traçabilité.

Objectifs quantitatifs (2025–2029)

- 2025 : 100 % des résidents avec évaluation douleur quotidienne tracée
- 2026 : 100 % des soignants formés à EVA /Algoplus
- 2027 : 90 % des douleurs aiguës soulagées dans l'heure suivant la détection
- 2028 : audit annuel douleur : conformité > 95 %
- 2029 : 0 situation de douleur non repérée signalée par les familles ou l'équipe

1.2. Echelle de Braden et prévention des escarres

Pourquoi ?

Les escarres sont une complication évitable dans la majorité des cas, mais leur survenue en EHPAD reste fréquente, notamment en lien avec la perte d'autonomie, la dénutrition, l'incontinence, et l'alitement prolongé. Elles sont synonymes de douleur, de dégradation de l'état général, d'infections et impactent fortement la qualité de vie. La prévention du risque d'escarre est donc un enjeu prioritaire.

L'échelle de Braden, validée et recommandée par le CEPIAS et la HAS, permet de repérer précocement les résidents à risque, et d'adapter les soins de prévention.

Qui fait quoi ?

- Infirmiers : réalisent l'évaluation Braden à l'entrée du résident, tous les 6 mois et à chaque changement d'état ; mettent à jour le plan de soins ; renseignent le score dans le dossier de soins.
- Aides-soignants : surveillent l'état cutané au quotidien, appliquent les soins de prévention (mobilisation, hygiène, installation), et tracent leurs observations.
- Diététicienne : évalue le statut nutritionnel à l'aide du MNA, poids, et de l'IMC, identifie les risques de dénutrition, et propose des compléments nutritionnels adaptés. Elle transmet ses recommandations à l'IDE et l'IDEC et au médecin coordonnateur.
- Médecin coordonnateur : valide les protocoles de prévention, prescrit les dispositifs et les compléments nutritionnels si besoin, et intervient dans les cas complexes.

Quand ?

- À l'entrée : évaluation Braden dans les 24 à 48
- Tous les 6 mois ou à chaque alerte clinique
- Surveillance cutanée quotidienne par les AS
- Revue de cas à risque élevé en réunion hebdomadaire.

Comment ?

- Utilisation de l'échelle Braden (score ≤ 16 = risque)
- Intégration du score dans le logiciel de soins
- Plan de soins adapté selon le niveau de risque : mobilisation, coussins, matelas, soins de peau, hydratation, suivi nutritionnel
- Application des protocoles internes
- En cas d'escarre : plan de soins renforcé, suivi pluridisciplinaire avec le médecin coordonnateur.

Objectifs qualitatifs (2024–2029)

- Faire de la prévention d'escarre une routine professionnelle intégrée
- Améliorer la traçabilité des évaluations et plans de prévention
- Responsabiliser l'équipe sur la réactivité face aux signes cutanés
- Réduire la douleur, les hospitalisations et la perte de confiance liées aux escarres.

Objectifs quantitatifs à 5 ans

- 2025 : 90 % des dossiers comportent un score Braden à jour tous les 6 mois
- 2026 : 100 % des IDE formés à Braden et aux plans de soins associés
- 2027 : 100 % des résidents à risque $\geq$ modéré avec plan de prévention personnalisé
- 2028 : réduction de 30 % des escarres évitables par rapport à 2024
- 2029 : 0 escarre évitable de stade 3 ou 4 recensée sur les 12 derniers mois.

1.3 Poursuite du déploiement de la culture qualité – Gestion des événements indésirables

Pourquoi ?

La qualité et la sécurité des soins constituent une exigence essentielle en EHPAD. Les événements indésirables (EI) sont des situations qui remettent en cause la sécurité, la continuité ou la qualité de la prise en charge. Les signaler, les analyser et en tirer des enseignements sont des leviers de progrès collectifs. Développer une culture positive de l'erreur contribue à renforcer la confiance, à sécuriser les parcours de soins et à professionnaliser les pratiques. C'est aussi une obligation éthique et réglementaire, encouragée par la HAS et l'ARS.

Qui fait quoi ?

- Tous les professionnels : signalent tout événement indésirable (soins, chutes, erreurs, absence de traçabilité, ressenti d'un proche, etc.).
- IDEC : recueille les signalements, analyse avec la psychologue, assure le suivi et la mise en œuvre du plan d'actions.
- Infirmiers (IDE) : identifient, décrivent et transmettent les EI cliniques, participent aux actions correctives.

- Aides-soignants : signalent les incidents du quotidien (soins, hygiène, sécurité, relationnel), contribuent aux retours d'expérience.
- Médecin coordonnateur : participe à l'analyse des EI cliniques et graves, émet des recommandations.
- Direction : soutient la démarche qualité, valide les plans d'action transversaux.

Quand ?

- Dès qu'un événement indésirable survient ou est constaté (erreur de traitement, chute, fugue, incident relationnel, alerte d'un proche, etc.)
- Dans les 24h : signalement à l'IDEC
- Analyse hebdomadaire ou mensuelle selon la gravité, lors des réunions qualité
- Retour à l'équipe systématique sous 1 mois après chaque EI analysé.

Comment ?

- Fiche de signalement EI disponible et simplifiée (papier)
- Réunion d'analyse
- Élaboration de plans d'actions ciblés, suivi à 3 mois
- Communication des enseignements à toute l'équipe (réunion flash)
- Inscription des données clés dans le rapport d'activité de soins annuel.

Objectifs qualitatifs 2024–2029

- Créer une culture d'équipe fondée sur la déclaration sans jugement
- Tirer des enseignements utiles des erreurs pour améliorer la qualité
- Intégrer les familles dans l'évaluation perçue de la sécurité
- Responsabiliser chaque acteur dans la chaîne de signalement et de suivi.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des professionnels informés de la procédure de signalement des EI
- 2026 : 1 réunion mensuelle qualité incluant l'analyse d'un EI
- 2027 : 100 % des EI graves analysés et plan d'action formalisé
- 2028 : Implication de l'ensemble des métiers dans les signalements (IDE, AS, ASH, animation, cuisine, technique)
- 2029 : Taux de retour à l'équipe sous 1 mois ≥ 95 % pour les EI analysés.

1.4 Analyse de pratiques et retour d'expérience

Pourquoi ?

L'analyse de pratiques (APP) ou retour d'expérience (REX) permet de progresser collectivement, de prévenir les risques et de renforcer la cohésion. Il s'agit d'un levier de reconnaissance et d'amélioration continue.

Qui fait quoi ?

- IDEC / psychologue : animent les séances d'analyse
- Équipes de soins : participent, échangent, proposent des améliorations
- Direction : soutient les temps dédié

Quand ?

- 1 réunion par trimestre et par secteur de soins.

Comment ?

- Thème libre ou orienté (douleur, chute, soin difficile)
- Animation en petits groupes (1h)
- Traçabilité : fiche de synthèse et proposition d'actions.

Objectifs qualitatifs

- Favoriser la parole, la prise de recul, la cohésion d'équipe.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 1 réunion APP/REX par trimestre puis 100 % des services concernés
- 2026 : satisfaction ≥ 90 % des participants.

2. RENFORCER LA PROFESSIONNALISATION ET LA CULTURE QUALITÉ

2.1 Formation continue et montée en compétence

Pourquoi ?

La formation continue est indispensable pour garantir des soins adaptés, sécurisés et conformes aux recommandations. Elle permet de maintenir à jour les compétences, d'intégrer les évolutions professionnelles, et de valoriser les savoir-faire internes.

Qui fait quoi ?

- La direction et l'IDEC : pilote le plan de formation, suit les inscriptions, remonte les besoins
- Direction : valide le plan, veille à la compatibilité avec l'organisation
- Professionnels : s'inscrivent, participent activement, transmettent en équipe les apports reçus.

Quand ?

Mise à jour annuelle du plan de formation – Réalisation tout au long de l'année.

Comment ?

- Recueil des besoins en fin d'année N-1 à l'occasion des entretiens professionnels
- Intégration dans le plan de formation de l'année N+1
- Suivi des taux de réalisation, relances et bilans
- Organisation de formations internes (flash formation, sensibilisations ciblées).

Objectifs qualitatifs

- Renforcer l'adéquation entre besoins et formations proposées
- Développer la transmission des savoirs en interne.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des besoins recensés dans un tableau consolidé
- 2026 : 80 % des professionnels formés à au moins 1 thème prioritaire
- 2027 : 100 % des formations obligatoires réalisées dans les temps.

2.2. Intégration des nouveaux professionnels

Pourquoi ?

L'intégration est un temps clé de fidélisation, de qualité de soins et de prévention des erreurs. Elle permet à chaque nouveau salarié de connaître les valeurs, protocoles, outils et attentes de l'établissement.

Qui fait quoi ?

- IDEC : coordonne l'intégration, organise les binômes et le suivi
- Référents : accompagnent, expliquent, transmettent les bonnes pratiques
- Direction : valide le parcours et s'assure de son efficacité.

Quand ?

- Dès l'arrivée du professionnel – suivi lors du premier mois.

Comment ?

- Parcours structuré d'intégration (livret, checklist, binôme). Suivi à J7, J15, J30
- Fiche de retour d'expérience à remplir par le nouveau professionnel.

Objectifs qualitatifs

- Sécuriser les prises de poste – renforcer le sentiment d'appartenance

Objectifs quantitatifs

- 2024 : 100 % des nouveaux professionnels reçoivent un livret d'accueil
- 2025 : 100 % des parcours d'intégration tracés dans un tableau de suivi
- 2026 : taux de satisfaction des nouveaux ≥ 90 %.

2.3 Référents thématiques

Pourquoi ?

Les référents sont des relais opérationnels pour ancrer les bonnes pratiques. Ils diffusent les protocoles, participent à la formation des pairs et renforcent la dynamique qualité sur le terrain.

Qui fait quoi ?

- Direction / IDEC : désignent les référents, organisent leur valorisation
- Référents : assurent un rôle de ressource, de veille et de transmission dans leur domaine
- Équipes : identifient les référents et les sollicitent en cas de besoin.

Quand ?

- Désignation annuelle – Réunions de coordination semestrielles.
- Comment ?
- Fiches missions claires – affichage – binôme référent-IDEC
- Formation spécifique (douleur, escarre, hygiène, etc.)
- Participation aux audits internes et groupes de travail.

Objectifs qualitatifs

- Développer un réseau d'appui technique et humain de proximité.

Objectifs quantitatifs

- 2026 : 100 % des référents désignés et affichés
- 2027 : 100 % formés à leur mission
- 2028 : 1 réunion annuelle entre référents et IDEC.

2.4. Outils qualité et implication au quotidien

Pourquoi ?

La qualité ne se limite pas aux audits ou à la traçabilité : elle se vit dans les gestes quotidiens, la communication et l'observation. Donner du sens aux outils permet leur appropriation et renforce la sécurité des soins.

Qui fait quoi ?

- IDEC : conçoit, adapte et diffuse les outils qualité (fiches, affiches, protocoles)
- Équipes : utilisent les outils, proposent des ajustements, s'impliquent dans les temps qualité
- Référents : participent à l'animation et au relais terrain.

Quand ?

De manière régulière, dans la salle de réunion du rez-de chaussée.

Comment ?

- Mise à jour des protocoles dans les classeurs en salle de soins
- Flash qualité 1 à 5x/mois : focus sur un thème (douleur, escarres, hygiène, etc.)
- Affichage mensuel d'un indicateur clé (ex : taux de traçabilité douleur).

Objectifs qualitatifs

- Faire de la qualité un réflexe quotidien et partagé.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 1 à 5 flashes qualité/mois dans la salle de réunion
- 2026 : 100 % des unités impliquées
- 2027 : 90 % de conformité aux outils observée lors des audits internes.

3. PRÉVENIR LES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET COGNITIVE

3.1 Prévention de la dénutrition

Pourquoi ?

La dénutrition est un facteur de fragilité majeur en EHPAD. Elle aggrave le risque d'escarres, de chute, d'infection et diminue la qualité de vie. Elle peut être évitée par un repérage précoce, une prise en charge nutritionnelle adaptée et un suivi coordonné.

Qui fait quoi ?

- Diététicienne : évalue l'état nutritionnel, propose un plan d'action (CNO, enrichissements, textures, etc.)
- AS : tracent les données de poids, surveillent la prise alimentaire, encouragent, transmettent les observations
- Médecin coordonnateur : prescrit les compléments nutritionnels.

Quand ?

- A l'entrée évaluation nutritionnelle initiale par la diététicienne
- Tous les mois : surveillance du poids par la diététicienne.

Comment ?

- Utilisation du MNA, courbes de poids, IMC
- Fiches de suivi alimentaires saisies dans NETSoins, application protocoles repas.
- Coordination diététicienne (référente du suivi nutritionnel), en lien avec l'IDEC (organisation et traçabilité) et le médecin coordonnateur (validation et suivi médical).

Objectifs qualitatifs

- Repérer tôt, agir vite et coordonner les actions
- Maintenir une alimentation plaisir et adaptée.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 50 % des résidents évalués par le MNA2026 : 100 % des résidents dénutris avec protocole nutritionnel personnalisé
- 2026 : Réduction de 20 % des cas de dénutrition modérée par rapport à 2024.

3.2 – Prévention des chutes

Pourquoi ?

Les chutes sont fréquentes en EHPAD et ont des conséquences graves (fractures, syndrome post-chute, perte d'autonomie). La prévention repose sur l'évaluation du risque, l'aménagement de l'environnement, la vigilance et les actions collectives.

Qui fait quoi ?

- Psychomotricienne : réalise l'évaluation du risque de chute
- AS : repèrent les facteurs de risque, transmettent
- Kinésithérapeute : propose des bilans et des séances de renforcement
- Médecin : ajuste les traitements à risque (psychotropes, hypotenseurs)

Quand ?

- À l'entrée et tous les 6 mois
- À chaque chute : analyse avec fiche de signalement

Comment ?

- Outils de repérage (AGGIR)
- Audits environnementaux
- Fiche de chute, réunion mensuelle de revue des chutes.

Objectifs qualitatifs

Réduire les chutes évitables et renforcer la réactivité post-chute

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des résidents avec évaluation du risque de chute
- 2026 : 100 % des chutes tracées et analysées
- 2027 : réduction de 25 % des chutes avec traumatisme vs 2023

3.3 – Prévention des troubles du comportement

Pourquoi ?

Les troubles du comportement peuvent altérer le bien-être des résidents, créer des tensions avec les pairs et les professionnels. Ils doivent être compris comme des signaux d'alerte nécessitant une approche adaptée et non médicamenteuse prioritaire.

Qui fait quoi ?

- Psychologue : réalise les évaluations, propose des médiations ou ateliers adaptés
- IDE/IDEC : assurent le suivi clinique et la coordination
- AS : repèrent les signes traçabilité dans le logiciel NETSoins
- Médecin : réévalue les traitements si besoin.

Quand ?

- À l'entrée du résident
- Réévaluation trimestrielle
- À chaque signalement de comportement perturbateur.

Comment ?

- Utilisation des outils NPI
- Plans de soins individualisés, ateliers de stimulation
- Revue mensuelle en réunion de coordination.

Objectifs qualitatifs

- Développer une approche non médicamenteuse et adaptée
- Anticiper les crises par un suivi préventif.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 90 % des troubles évalués avec outil validé.
- 2026 : 100 % des plans de soins individualisés actualisés
- 2027 : Réduction de 30 % des recours aux traitements sédatifs en UVP.

3.4 – Prévention du risque infectieux

Pourquoi ?

Le risque infectieux est une priorité en collectivité. Il impacte directement la santé des résidents et le fonctionnement de l'établissement (isolement, hospitalisation, tensions d'équipe). Il nécessite une organisation rigoureuse et partagée.

Qui fait quoi ?

- IDE référent hygiène : anime la prévention, forme les équipes
- Tous professionnels : appliquent les mesures (SHA, nettoyage, isolement)
- Médecin coordonnateur : suit les épidémies, prescrit si besoin.

Quand ?

- En continu
- Réunions d'hygiène mensuelles
- Campagnes spécifiques (gastro, grippe, Covid-19).

Comment ?

- Protocole d'hygiène des mains, procédures d'isolement
- Suivi des IAS, audits hygiène
- -Registre des infections, EPI, signalement à l'ARS.

Objectifs qualitatifs

- Créer une culture partagée de l'hygiène et de la prévention.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des équipes formées à l'hygiène des mains
- 2026 : 1 audit hygiène par trimestre.

4 RESPECTER LES CHOIX, LES DROITS ET LA DIGNITÉ DES RÉSIDENTS

4.1 – Projet de vie individualisé

Pourquoi ?

Le projet de vie est un outil essentiel pour respecter les choix du résident, maintenir son autonomie et individualiser les soins. Il reflète ses habitudes, préférences, attentes et rythme de vie.

Qui fait quoi ?

Psychologue et AS : recueillent les souhaits, accompagnent l'expression du résident, coordonne l'élaboration et la réévaluation du projet de vie.

Équipe pluridisciplinaire : adapte les soins et l'accompagnement en fonction du projet.

Quand ?

À l'entrée du résident

Réévaluation annuelle et à chaque changement majeur de situation.

Comment ?

- Grille d'évaluation du projet de vie
- Entretiens formels avec le résident et ses proches
- Intégration dans le plan de soins et transmission des points clés à l'équipe.

Objectifs qualitatifs

- Centrer les soins sur la personne et non sur la pathologie. Impliquer le résident dans les décisions qui le concernent.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des résidents ont un projet de vie formalisé dans les 2 mois suivant l'entrée
- 2026 : 100 % des projets de vie réévalués annuellement
- 2027 : Satisfaction ≥ 90 % sur la prise en compte des préférences des résidents (enquête annuelle).

4.2 – Respect des droits fondamentaux

Pourquoi ?

Le respect des droits est au cœur du soin : liberté, dignité, confidentialité, consentement, intégrité physique. En EHPAD, cela implique vigilance, formation et posture éthique continue.

Qui fait quoi ?

- Tous les professionnels : garants de l'application des droits au quotidien
- IDEC / Direction : rappellent les obligations, analysent les manquements éventuels
- Psychologue : veille à l'expression de la volonté, notamment en UVP.

Quand ?

- En continu
- À chaque soin ou accompagnement
- Lors des événements indésirables (évaluation éthique possible).

Comment ?

- Affichages réglementaires, livret d'accueil, recueil du consentement
- Formation éthique et bientraitance
- Fiches de signalement si atteinte aux droits.

Objectifs qualitatifs

- Promouvoir une culture de respect et de bientraitance partagée
- Prévenir les situations à risque ou les atteintes non volontaires.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des professionnels sensibilisés aux droits des résidents
- 2026 : mise en place d'une fiche d'alerte en cas d'atteinte au droit
- 2027 : zéro situation grave signalée sans réponse institutionnelle adaptée.

4.3 – Expression des volontés et fin de vie

Pourquoi ?

L'accompagnement de la fin de vie en EHPAD est une composante essentielle du projet de soins. Il s'inscrit dans un cadre éthique, réglementaire et humain visant à garantir à chaque résident la possibilité de mourir dans la dignité, sans souffrance, dans le respect de ses volontés et entouré de bienveillance. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) rappellent l'importance d'un accompagnement adapté, personnalisé, apaisant et coordonné.

Qui fait quoi ?

- Le résident : dans la mesure de ses capacités, exprime ses volontés (directives anticipées, personne de confiance, souhaits de fin de vie)
- La famille : participe à l'accompagnement, est informée, soutenue et impliquée dans le respect des volontés du résident
- Médecin coordonnateur : détermine l'entrée en phase palliative, prescrit les traitements de confort, décide des limitations ou arrêts thérapeutiques en lien avec l'équipe et la famille
- Infirmiers (IDE) : administrent les traitements antalgiques et symptomatiques, assurent la surveillance clinique, le confort et le lien avec les familles
- Aides-soignants : réalisent les soins d'hygiène et de confort, assurent une présence bienveillante, repèrent les signes d'inconfort.
- IDEC : organise la coordination des soins, garantit la continuité de l'accompagnement et soutient l'équipe
- Psychologue : soutient le résident, les familles et l'équipe, propose des entretiens d'accompagnement et participe aux retours d'expérience
- Équipe PALIDOM : intervient à la demande en appui sur les cas complexes ou en phase terminale délicate.

Quand ?

- À l'entrée : recueil des volontés, directives anticipées et désignation de la personne de confiance
- Lorsqu'un état de santé devient irréversible ou évolue vers la phase terminale
- En phase palliative : mise en place d'un protocole personnalisé et coordination renforcée
- Dans les derniers jours : soins de confort intensifiés, présence continue, soutien familial.

Comment ?

- Protocole institutionnel de soins palliatifs : douleur, confort, surveillance symptomatique
- Utilisation de traitements antalgiques adaptés : prescription médicale selon évaluation clinique
- Implication de l'équipe PALLIDOM pour l'appui clinique
- Accès libre des familles, mise à disposition de chambres individuelles adaptées
- Réunion de retour d'expérience post-accompagnement avec les professionnels impliqués.

Objectifs qualitatifs 2024-2029

- Renforcer une culture partagée de la fin de vie respectueuse et coordonnée
- Favoriser un accompagnement centré sur les volontés du résident
- Garantir un soulagement optimal des symptômes
- Soutenir les proches et les professionnels face aux situations de fin de vie.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 70 % des résidents ont une fiche de recueil de volontés et une personne de confiance désignée
- 2026 : 100 % des IDE et AS formés aux soins palliatifs et au respect de la dignité en fin de vie
- 2027 : 100 % des situations de fin de vie avec protocole personnalisé et traçabilité des traitements de confort
- 2027 : Appui de l'équipe PALLIDOM sollicité dans 100 % des situations complexes identifiées
- 2028 : Réunions post-décès réalisées pour 100 % des accompagnements
- 2029 : Taux de satisfaction des familles ≥ 90 % sur la qualité de l'accompagnement en fin de vie.

5 RENFORCER L'OUVERTURE DE L'EHPAD ET LES PARTENARIATS

5.1 – Partenariats avec les professionnels de santé extérieurs

Pourquoi ?

La coordination avec les intervenants extérieurs (médecins traitants, spécialistes, HAD, kinésithérapeutes, laboratoires, etc.) est essentielle pour assurer une continuité et une qualité des soins.

Qui fait quoi ?

- IDEC : organise les interventions extérieures, suit la coordination avec les prescripteurs
- IDE : assurent le lien avec les professionnels de santé lors des soins
- Direction : contractualise si besoin avec les partenaires (HAD, téléconsultation, etc.).

Quand ?

- À l'entrée du résident
- À chaque changement de situation clinique
- Suivi régulier via le logiciel et les transmissions.

Comment ?

- Mise à jour de la fiche médecin traitant
- Contacts protocolisés avec les structures de santé partenaires
- Traçabilité des interventions extérieures dans le dossier de soins.

Objectifs qualitatifs

- Renforcer l'accès aux soins spécialisés
- Fluidifier les échanges avec les professionnels libéraux.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des fiches médecin traitant à jour
- 2025 : 90 % des dossiers comportent une traçabilité des interventions extérieures
- 2026 : 100 % des partenariats HAD ou téléconsultation formalisés.

5.2 – Ouverture vers les familles et aidants

Pourquoi ?

Les familles sont des partenaires du soin et du bien-être. Leur implication favorise l'adaptation du résident, le respect de ses habitudes et une meilleure compréhension de ses besoins.

Qui fait quoi ?

- psychologue : propose des temps d'échange ou de soutien
- IDEC : organise les réunions familles, répond aux demandes spécifiques
- Équipe soignante : communique au quotidien avec les proches.

Quand ?

- À l'entrée du résident
- Trimestriellement ou selon besoin (évolution, projet, difficulté).

Comment ?

- Réunions d'information ou de projet de vie
- Livret d'accueil
- Enquêtes de satisfaction
- Charte de communication famille-résidence.

Objectifs qualitatifs

- Renforcer le lien de confiance entre l'équipe et les proches
- Intégrer les familles dans la dynamique du soin.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des familles invitées à une réunion d'accueil ou d'information
- 2026 : 1 enquête de satisfaction familles/an
- 2027 : 90 % des familles satisfaites du lien avec l'équipe (résultat enquête).

5.3 – Vie sociale, intergénérationnel et bénévolat.

Pourquoi ?

Maintenir une vie sociale est essentiel pour prévenir l'isolement, stimuler les fonctions cognitives et renforcer l'estime de soi. Les partenariats avec les écoles, associations et bénévoles permettent de créer du lien et du sens.

Qui fait quoi ?

- animateur : coordonne les activités avec les partenaires extérieurs
- AS / psychologue : encouragent la participation, identifient les besoins
- Direction : conventionne avec les structures partenaires.

Quand ?

- Chaque mois : au moins une activité extérieure (sortie, visite, intervention)
- Suivi annuel des partenariats.

Comment ?

- Plan d'animation annuel incluant les partenaires extérieurs
- Tableau de suivi des participations
- Convention avec associations, écoles, communes.

Objectifs qualitatifs

- Créer du lien avec l'extérieur
- Maintenir la citoyenneté et les repères sociaux.

Objectifs quantitatifs

- 2026 : 100 des résidents participent à au moins une activité extérieure/an
- 2027 : 3 partenariats actifs (école, bénévoles, associations)
- 2028 : Taux de satisfaction ≥ 90 % sur les activités proposées

6. ADAPTER L'ORGANISATION DES SOINS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES UNITÉS

6.1 – L'unité de vie protégée (UVP)

Pourquoi ?

L'UVP accueille des résidents souffrant de troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer, démences apparentées). Elle nécessite une organisation renforcée centrée sur la sécurité, la stimulation, la gestion des troubles et la communication non verbale.

L'établissement a élaboré un projet de service spécifique à l'unité de vie protégée.

Qui fait quoi ?

- IDEC : coordonne l'organisation spécifique de l'unité
- Psychologue, psychomotricienne : soutiennent les équipes, forment aux approches adaptées
- AS/IDE : assurent une présence constante et adaptée
- -Médecin coordonnateur : supervise les plans de soins individualisés.

Quand ?

- Quotidiennement : observations et réajustements
- Réunion de coordination mensuelle.

Comment ?

- Horaires adaptés, rythmes souples, référents stables
- Activités ciblées de type PASA ou stimulation cognitive
- Formation Alzheimer et gestion des comportements.

Objectifs qualitatifs

- Sécuriser et apaiser le quotidien
- Offrir un accompagnement individualisé et digne.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 100 % des professionnels de l'UVP sont formés à la gestion des troubles cognitifs
- 2026 : réduction des troubles du comportement sévères (grille NPI).

6.2 – Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

Pourquoi ?

Les résidents atteints de troubles cognitifs modérés bénéficient d'un accompagnement adapté via le PASA. Cela permet de maintenir les capacités restantes et de prévenir les troubles du comportement.

L'établissement a élaboré un projet de service spécifique au PASA.

Qui fait quoi ?

- Psychomotricienne et les ASG : conçoit les ateliers, organise les admissions et surveille la file active, suit les effets sur le comportement.
- ASG formées : encadrent les séances.

Quand ?

- 6 jours/semaine d'ouverture, selon les capacités des résidents, deux groupes de niveaux sont réalisés de 3 jours chacun.

Comment ?

- Ateliers thérapeutiques : mémoire, motricité fine, créatif, moteur, cognitif, sensoriel.
- Bilans cognitifs réguliers.

Objectifs qualitatifs

- Maintenir les fonctions cognitives et relationnelles.
- Proposer un accueil bienveillant et non médicalisé.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : 80 % de taux de participation active
- 2026 : amélioration observée de l'humeur et des interactions (grille APADEM).

6.3 – Evolution des modalités organisationnelles de travail

Pourquoi ?

L'établissement s'engage dans une dynamique d'adaptation continue de son organisation, au plus près des besoins réels des résidents. Cette ambition repose sur une volonté forte de faire évoluer les pratiques

professionnelles et les modalités de travail, afin d'optimiser la qualité, la sécurité et la cohérence de la prise en charge dans chaque unité.

Ainsi, une nouvelle organisation du temps de travail est envisagée pour permettre la présence conjointe de deux aides-soignants au sein de chaque étage, sur la même plage horaire. Cette mesure vise à garantir une continuité et une fluidité dans les accompagnements tout au long de la journée, en renforçant la disponibilité des professionnels aux moments clés de la vie quotidienne des résidents.

Par ailleurs, des rotations régulières entre les étages seront progressivement mises en œuvre. Cette mobilité, pensée comme un levier de montée en compétence et d'enrichissement professionnel, favorisera une harmonisation des pratiques de soins. Elle permettra également de faire circuler les savoir-faire, de renforcer la cohésion d'équipe et d'offrir à chaque résident une prise en charge nourrie de l'expérience collective de l'ensemble des soignants. Cette approche s'inscrit pleinement dans une logique d'amélioration continue, au bénéfice du résident comme du professionnel.

Enfin, l'adaptation de l'organisation des soins aux besoins des résidents par étage (poly pathologies, soins lourds, perte d'autonomie, profil de vigilance élevé) implique une répartition des compétences cohérente avec les besoins réels des résidents.

Qui fait quoi ?

- IDEC : adapte les plannings, affecte les professionnels selon les profils
- Direction : valide l'organisation et évalue les charges en lien avec la qualité
- IDE/AS : font remonter les besoins, difficultés et ajustements nécessaires.

Quand ?

- Réajustement trimestriel si besoin
- Réunion d'étage mensuelle

Comment ?

- Tableau d'indicateurs par étage : chutes, nutrition, actes techniques
- Analyse qualitative du profil des résidents

Objectifs qualitatifs

- Garantir une sécurisation continue des résidents
- Aligner les moyens humains sur les besoins des résidents tout au long de la journée

- Fluidifier les transmissions et la coordination.

Objectifs quantitatifs

- 2025 : cartographie des besoins des 4 étages actualisée ; mise en place du dispositif
- 2026 : amélioration du taux de traçabilité des soins dans les étages $\geq$ 95 %.

Dispositif de suivi et évaluation

- Tableau de bord annuel
- Réunions de suivi semestrielles IDEC/direction
- Bilan intermédiaire en 2026.

CONCLUSION

Ce projet de soins 2024–2029 marque l'engagement collectif de l'EHPAD Résidence La Chesnaye en faveur de soins sécurisés, personnalisés, dignes et coordonnés. Il est évolutif et évalué régulièrement.

EHPAD Résidence La Chesnaye
EHPAD public autonome
25 route des Fusillés de la Résistance
92150 Suresnes

**RÉSIDENCE
LA CHESNAYE**
EHPAD PUBLIC