



# LE PROJET D'ETABLISSEMENT EHPAD -2015/2020



# 1- Contextualisation

## 1- Contextualisation

---

### 1.1- Présentation de l'établissement

1.1.1- L'histoire de l'établissement

1.1.2- Identification

1.1.3- L'implantation géographique, l'accessibilité

1.1.4- Les recommandations et textes de référence

### 1.2 - Présentation de l'activité

1.2.1 - La capacité et l'activité de l'établissement

1.2.2 - Les caractéristiques de la population accueillie

### 1.3 - Présentation de l'environnement externe

1.3.1 Environnement régional

1.3.2 Environnement local

1.3.3 Anticipation- Evolution de la population

1.3.4 Le schéma régional d'organisation médico-sociale

## 2 La politique de l'établissement et le projet managérial

---

### 2.1 - La démarche d'élaboration du projet d'établissement

### 2.2 - Les valeurs et les missions de l'EHPAD

2.2.1 Les valeurs de l'établissement

2.2.2 Les missions de l'établissement

### 2.3- Les orientations stratégiques

## 3 - L'accompagnement des résidents

---

3.1. - L'accueil de la personne âgée et sa famille

3.2 - La place de la famille dans l'accompagnement de la personne âgée

3.3 – Favoriser l'expression et la participation de la personne âgée

## 4 - La nature de l'offre de service et son organisation

---

### 4.1- La nature de l'offre de service

4.1.1 – Les différents services

4.1.2 – Le cadre de vie

4.1.3- Une journée type

### 4.2- L'organisation interne de l'offre de service

**4.2.1 – Le projet de vie individualisé**

**4.2.2 – Le projet de soin**

**4.2.3– Le projet d’animation**

**4.2.4 – Des prestations hôtelières au service des résidents**

**4.2.5 – L’ancrage des activités dans le territoire : partenariat et ouverture**

## **5 – Les principes d’intervention**

---

**5.1– Les sources des principes d’intervention**

**5.2- La gestion des paradoxes**

## **6 – La politique Qualité et de Gestion des risques**

---

## **7 – Le projet social**

---

## **8 – Les objectifs d’évolution, de progression, de développement**

---

## **9 – Annexes**

---

**9.1- L’organigramme fonctionnel de l’EHPAD**

**9.2- L’abrégé du rapport de l’évaluation externe**

**9.3- Décision de l’ARS suite au rapport de l’évaluation externe**

**9.4- Les 11 fiches projets du projet d’établissement**

# **1- Contextualisation**

---

## 1.1- Présentation de l'établissement

---

### 1.1.1– L'histoire de l'établissement

Le Refuge Protestant a été fondé en janvier 1850 à l'initiative de la communauté protestante et d'un groupe d'industriels de la ville au nombre desquels figure au premier chef Pierre-Elie Houlès, alors Maire de Mazamet, à qui l'on doit également la création de la première Société de Secours mutuel et la prospérité de l'industrie textile régionale. Prévu initialement, pour accueillir, selon la formule de l'époque, « des vieillards, honnêtes et abandonnés, des deux sexes », il devait rapidement passer du stade de l'hôpital à celui de Maison de Retraite.

L'Association à but non lucratif, reconnue d'utilité publique en 1907 par Georges Clémenceau, n'a cessé de se développer pour accueillir 55 pensionnaires, et en héberger 13 autres dans deux Résidences pour Personnes Agées (en 1977 : rue saint-jacques et en 1985 : Rec des Auriols).

En 1953, le transfert en clinique ou en hôpital des pensionnaires devenus malades ou impotents constituant un double déracinement -après avoir quitté leur foyer familial, ils perdaient leur foyer d'adoption- l'idée de la construction d'une petite polyclinique médico-chirurgicale de 30 lits a été alors retenue et réalisée. Pendant près de cinquante ans, cette clinique devait jouer un rôle important dans notre cité jusqu'à ce qu'en 1998 le schéma d'organisation sanitaire préconise pour le Refuge, du fait de sa trop petite taille et de la faiblesse de son plateau technique, une transformation de l'activité en clinique de Soins de Suite et de Réadaptation. En 1999, la clinique s'oriente donc, vers la prise en charge de proximité des personnes âgées originaires de Mazamet et de ses environs, au sortir d'une hospitalisation dans les services de chirurgie et de médecine publique ou privée et vers l'accueil des personnes en fin de vie.

Conventionnée par l'Etat et le département, la Maison de Retraite est devenue médicalisée en 2004.

En 2014, l'association se dote d'un service d'aide à la personne pour accompagner ses résidents, et s'inscrire dans une offre complémentaire de maintien à domicile.

En 2015, afin de se mettre en conformité avec le Projet régional de Santé, l'association décide l'agrandissement de la clinique qui atteindra 30 lits en 2018. A l'occasion de ces travaux, elle réalise la fin de l'humanisation de l'EHPAD et dédie un espace à la création d'un EASA conformément à la convention tripartite du 26 mars 2010.

### 1.1.2– Identification

L'association gestionnaire est une association privée à but non lucratif, fondée le 26 janvier 1906. Elle est reconnue d'utilité publique depuis 6 octobre 1907.

Ses statuts mis à jour le 19 mars 2003 lui assignent l'objet suivant :

- « D'accueillir et d'accompagner comme résidents, des personnes âgées des deux sexes, au sein d'une Maison de Retraite, mais également de toutes les résidences appartenant à l'Association ou de tous biens immobiliers qu'elle pourrait acquérir à cet effet.
- De proposer des Soins de Suite et de Réadaptation étant donné qu'ils recouvrent des soins continus comportant une dimension éducative relationnelle en vue d'une réinsertion globale des patients,
- D'offrir d'autres formes de soins ou d'hébergement en fonction de l'évolution des besoins ou/et des dispositions législatives et réglementaires. »

L'association gère consécutivement :

- Un EHPAD de 55 lits, objet du présent projet

- Une clinique de soins de suite et de réadaptation de 23 lits
- Un service à la personne agréé et 13 appartements pour personnes âgées autonomes

### **1.1.3- L'implantation géographique, l'accessibilité**

Située au Sud-Est du Département du Tarn et à 18 kilomètres de CASTRES, 60 Km d'ALBI et 85 Km de TOULOUSE, la Maison de Retraite du Refuge Protestant se situe dans Mazamet commune et chef-lieu de canton, peuplé de 10.544 habitants.

De par sa localisation, l'établissement bénéficie de plusieurs atouts.

- ⇒ Tout d'abord, l'institution se situe en plein centre de la commune à deux pas de la Mairie dans une zone calme. Ce point est particulièrement important au regard de la nécessité, soulignée par de nombreux spécialistes en gérontologie, de permettre aux personnes âgées de demeurer présentes dans la vie sociale de la commune.
- ⇒ Cette localisation favorise également, lorsqu'elles sont possibles, les sorties et les déplacements des personnes âgées ainsi que les visites des familles et des proches. Il existe un accès direct sur la place de la mairie, par ascenseur.
- ⇒ De même, l'établissement est mitoyen de commerces, du Temple, et de la Mairie et cette proximité participe au maintien du lien social avec l'activité antérieure des personnes.
- ⇒ La structure, facile, offre en outre la possibilité de stationnement grâce à un parking dans son enceinte même et d'un parking public gratuit à moins de 100 mètres de la Maison de Retraite.
- ⇒ L'association est implantée sur un terrain de 7000 M<sup>2</sup>, sur lequel sont exploités plusieurs bâtiments pour une surface totale de 8276 M<sup>2</sup>.

## 1.1.4– Les recommandations et textes de référence

### Recommandations de l'ANESM applicables aux structures médico-sociales

Intitulé	Date
• Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	Octobre 2010
• Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service	Mai 2010
• Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement	Novembre 2009
• La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles	Juillet 2009
• Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Décembre 2008
• Ouverture de l'établissement à et sur son environnement	Décembre 2008
• Les attentes de la personne et le projet personnalisé	Décembre 2008
• Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées	Juillet 2008
• La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre	Juillet 2008
• Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles	Avril 2008

### Recommandations de l'ANESM spécifiques aux EHPAD

Intitulé	Date
• Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement	Mai 2014
• Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : accompagnement personnalisé de la santé du résident	Novembre 2012
• L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Mars 2012
• Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents	Janvier 2012
• Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne	Septembre 2011
• Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement	Février 2011
• L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social	Février 2009

**Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » publiées en octobre 2007, conjointement par la DGAS et SFFG.**

**La loi du 2 janvier 2002 (loi 2002-2) rénovant l'action sociale et médico-sociale.**

En particulier, cette loi détermine 7 droits fondamentaux :  
Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité,  
Libre choix entre les prestations domicile/établissement,

Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé,  
Confidentialité des données concernant l'utilisateur,  
Accès à l'information,  
Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours,  
Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

## **Le C.A.S.F. - Code de l'Action Sociale et des Familles.**

### **Loi N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.**

Cette loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées vient couronner l'édifice au service de la personne handicapée. Elle a en premier lieu donné une définition du handicap, basée sur deux éléments : l'existence d'une déficience chez la personne l'existence d'obstacles dans l'environnement, qui empêchent la personne de mener ses activités et sa vie normalement.

### **Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.**

### **LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**

## **1.2 - Présentation de l'activité**

---

### **1.2.1 - La capacité et l'activité de l'établissement**

- Activité médico-sociale 8710A : EHPAD, N° de FINESS : 810 003 814, SIRET :777 243 239 00020
- L'EHPAD est habilitée pour une capacité de 55 lits d'accueil permanent, par autorisation du 3 novembre 1987.
- Il est intégralement habilitée à l'aide sociale départementale (dernier renouvellement le 1<sup>er</sup> juin 2004)
- Il est médicalisé depuis 2004.
- L'autorisation a été renouvelée jusqu'au 2 janvier 2032 , à la suite du premier cycle d'évaluation

### **1.2.2 - Les caractéristiques de la population accueillie**

L'établissement accueille une grande majorité de femmes avec seulement 21% d'hommes.

Un seul couple est hébergé malgré l'existence de 3 chambres doubles. Il y a donc 58 lits pour une autorisation respectée de 55 places.

Les résidents proviennent en grande majorité du département, seule 1 personne était domiciliée dans un département limitrophe à son entrée. L'audience de l'établissement est donc très locale, souvent dans les limites de la communauté de commune. Sur les deux dernières années 2014 et 2015, 80% des personnes accueillies (22 en 2014 et 12 en 2015) provenaient de leur domicile et 90% étaient originaires de la commune et âgées de 88 ans en moyenne. L'association jouit d'une bonne réputation dans la cité, et les inscriptions sur liste d'attente sont parfois formulées très tôt. Le taux d'occupation est proche de 99% (pour une moyenne régionale de 96%)



- Repères sur les personnes accueillies à l'EHPAD :

	2013	2014	2015
<b>Nombre de résidents présents</b>	55 résidents	55 résidents	55 résidents
<b>Age moyen</b>	88.94 ans	88.87 ans	88.50 ans
pourcentage de GIR 1	9.26%	12.73%	9.09%
pourcentage de GIR 2	24.07%	32.73%	25.45%
pourcentage de GIR 3	24.07%	7.27%	29.09%
pourcentage de GIR 4	22.22%	30.91%	20%
pourcentage de GIR 5	12.96%	9.09%	9.09%
pourcentage de GIR 6	7.41%	7.27%	7.27%
<b>Dernier GMP validé</b>	585	608	610
<b>Dernier Pathos Moyen Pondéré validé (en 2009)</b>	274		

Le niveau de dépendance des résidents à l'entrée augmente régulièrement (en 2015, trois quart des entrants étaient dépendants), avec des admissions de plus en plus tardives.

L'établissement n'est pas en mesure d'accueillir des personnes présentant des troubles apparentés Alzheimer. Chaque année, 24% de dossiers d'inscriptions sont rejetés pour des raisons liées au dossier médical.

La création d'un EASA et d'un secteur « sécurisé » reste en projet à l'horizon 2019-2020, (elle est anciennement inscrite aux objectifs de la convention tripartite en cours). Ceci est vécu comme une grosse lacune par rapport à l'ambition de l'association et des équipes soignantes. Très rarement, des transferts dans d'autres établissements sont même rendus nécessaires pour la sécurité du résident (3 transferts en 2015).

Conséquence des entrées plus tardives, la durée moyenne de séjour a perdu 6 mois en dix ans. Elle était de 4.55 ans en 2004 et n'est plus que de 3.96 ans en 2015. Il s'agit d'une moyenne qui cache des disparités importantes, certains résidents étant là depuis très longtemps.

- Le taux de renouvellement est de 21% en 2015
- Le taux d'hospitalisation en 2015 est de 45%. Le nombre de jours d'hospitalisations rapporté à l'année est de 1%
- En 2015, 9 résidents sont décédés (et 3 transférés). Le taux de décès est donc de 16%. 2 résidents sur 3 décèdent dans l'établissement en moyenne.

Dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie, des partenariats sont mis en place avec une équipe mobile de gériatrie du CHIC<sup>1</sup>, et une association de soins palliatifs (RESOPALID<sup>2</sup>). La clinique SSR

<sup>1</sup> CHIC : centre hospitalier intercommunal de Castres Mazamet

<sup>2</sup> RESOPALID : association réseau soins palliatifs et douleur du Tarn

située dans les mêmes bâtiments dispose également d'un lit de soins palliatifs, utilisés notamment pour des résidents de l'EHPAD, ceci limitant les déracinements de fin de vie vers le centre hospitalier.

## Repères sociaux

L'établissement est habilité 100% aide sociale et 4 résidents en bénéficient. Le revenu fiscal moyen des résidents accueillis s'élève à 16 801 €, avec une disparité importante. Le revenu médian des résidents est de 12 677 €. Il est très proche du revenu médian des personnes âgées en France (13 962 € (INSEE 2014)). La dépendance moyenne facturée annuellement est de 5 542 €, pour une APA moyenne de 3 920 €. 14 résidents ont un reste à charge dépendance compte tenu de leurs revenus situés au-dessus des plafonds. Les prix de journées 2015/2016 de l'EHPAD sont de 52.35€ pour l'hébergement, auquel s'ajoute 5.24€ pour la dépendance minimale GIR5/6.

Les liens avec les familles sont par ailleurs très hétérogènes, certains bénéficiant d'un réseau familial nombreux et présent. Le taux de participation et d'implication dans la vie de l'établissement reste faible, malgré les efforts de communication externe que nous menons. Nombre d'enfants ne résident pas dans la commune.

## 1.3 - Présentation de l'environnement externe

### 1.3.1 Environnement régional

La population âgée potentiellement dépendante pourrait s'accroître dans les huit départements de Midi-Pyrénées, mais dans des proportions bien différentes d'un département à l'autre : de + 25 % en Aveyron à + 48 % en Haute-Garonne. Les structures par âge des populations actuelles, les évolutions démographiques et les comportements migratoires variables expliquent ces différences

**La population âgée dépendante augmenterait davantage en Haute-Garonne**  
**Évolution de la population âgée potentiellement dépendante par département - Projections 2010-2030**

	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hauts-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	Midi-Pyrénées
<b>Projections de la population âgée potentiellement dépendante</b>									
2030-2010	1 200	2 100	9 900	1 500	1 700	2 000	3 000	2 100	23 500
2030/2010	29 %	25 %	48 %	29 %	34 %	30 %	30 %	37 %	36 %
<b>Projections de la population âgée</b>									
2030-2010	20 100	27 700	132 900	22 900	24 500	22 700	41 400	32 400	324 600
2030/2010	45 %	32 %	54 %	39 %	43 %	33 %	38 %	53 %	44 %
<b>Projections de la population âgée en l'absence de migrations (scénario alternatif de projection)</b>									
2030-2010	7 600	10 600	144 700	9 200	5 900	11 900	21 700	17 900	
2030/2010	18 %	13 %	59 %	16 %	11 %	17 %	20 %	30 %	
<b>Taux de dépendance (%)</b>									
en 2010	9,5	9,7	8,4	9,2	9,1	9,6	9,2	9,2	9,0
en 2030	8,5	9,1	8,0	8,5	8,5	9,4	8,6	8,3	8,5

Sources : Omphale 2010 Insee, Enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 Insee-Drees, Recensement de la population 2007

## 1.3.2 Environnement local

L'agglomération de Mazamet Aussillon compte 16 150 habitants. 4 EHPAD totalisent une capacité d'accueil de 369 places. Un établissement sanitaire du Centre hospitalier intercommunal de Castres Mazamet gère également une unité de soins de longue durée disposant de 70 lits.

## 1.3.3 Anticipation- Evolution de la population

Malgré la création de plus de 2 500 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD) entre 2006 et 2012, des disparités d'équipement significatives perdurent en Midi-Pyrénées.

En 2030, en Midi-Pyrénées, les femmes représenteraient toujours près des deux tiers des personnes dépendantes. Néanmoins, la part des hommes serait un peu plus grande qu'aujourd'hui (37 % en 2030, contre 35 % en 2010). Le nombre des hommes âgés potentiellement dépendants augmenterait relativement plus vite que celui des femmes à partir de 2022.

## 1.3.4 Le schéma régional d'organisation médico-sociale

Le schéma régional d'organisation médico-sociale vise à faire évoluer l'offre des établissements et services médico-sociaux de la région, pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux. Il précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

Le volet « personne âgée » du schéma régional d'organisation médico-sociale présente quatre grands thèmes :

### **THEME I- Développer les dispositifs d'orientation et de soutien aux aidants**

Orientation 1 : Développer le dispositif « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA)

1.1 Poursuivre le déploiement des dispositifs MAIA dans les territoires de santé

1.2 Assurer, via les dispositifs MAIA, une continuité de prise en charge entre structures sanitaires et médico-sociales dans le territoire

Orientation 2 : Développer les formations d'aide aux aidants

### **THEME II- Poursuivre la diversification de l'offre en développant les services et les alternatives à l'hébergement**

Orientation 1 : Conforter l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

1.1 Favoriser l'accès aux SSIAD pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus

1.2 Améliorer la capacité des SSIAD à prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Orientation 2 : Développer et diversifier les structures de répit

2.1 Structurer et développer les accueils de jour

2.2 Développer les plateformes d'accompagnement et de répit

2.3 Structurer et développer les hébergements temporaires

### **THEME III- Optimiser l'offre en établissements**

Orientation1 : Adapter l'offre de logement et d'hébergement pour répondre à la diversité des besoins des personnes âgées

1.1 Encourager la création de logements intermédiaires adossés à des EHPAD

1.2 Privilégier l'accueil des personnes âgées dépendantes dans les EHPAD

Orientation 2 : Favoriser l'équité d'accès dans la région

2.1 Redéployer des places d'hébergement permanent entre bassins de santé d'un même territoire

2.2 Évaluer les besoins complémentaires

Orientation 3 : Adapter la prise en charge en établissement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

3.1 Développer la création de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)

3.2 Développer la création d'unités d'hébergement renforcées (UHR)

3.3 Améliorer la capacité des EHPAD non équipés de PASA/UHR à prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement

### **THEME IV- Garantir la qualité des prises en charge et l'efficience des structures**

Orientation 1 : Assurer l'amélioration de la qualité de prise en charge en EHPAD

1.1 Améliorer la qualité médicale des prises en charge et l'évaluation des EHPAD

1.2 Renforcer la professionnalisation en EHPAD

Orientation 2 : Promouvoir l'efficience des établissements et services

2.1 Développer les coopérations, mutualisations et regroupements

2.2 Accompagner les EHPAD en convergence tarifaire pour un retour à l'équilibre

## **2 La politique de l'établissement et le projet managérial**

---

## 2.1 - La démarche d'élaboration du projet d'établissement

---

L'élaboration du projet d'établissement 2015-2020 a constitué un temps fort dans la vie de l'établissement. Elle a favorisé une démarche participative permettant à chaque professionnel de s'interroger sur sa pratique et a contribué à l'amélioration de la prise en charge dans un cadre ouvert et collectif.

La place des usagers et des familles a été importante dans l'élaboration des différents volets du nouveau projet d'établissement. Un résident et un représentant des familles ont été intégrés dans chacun des groupes de travail.

Un comité de Pilotage a été installé et a réfléchi sur:

- les missions, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement
- l'ouverture vers l'extérieur (les partenariats)
- la gestion des paradoxes
- le projet qualité/gestion des risques
- le projet social (les professionnels et les compétences mobilisées)
- les objectifs d'évolution, de progression, de développement

Pour compléter cette réflexion, le comité de pilotage a défini six groupes de travail (composés de membres du personnel, de la Direction, des résidents et des familles) afin de travailler sur les thématiques suivantes (au regard de la recommandation de l'ANESM de mai 2010) :

### ***-Le public et son entourage :***

- l'accueil de la personne âgée et sa famille
- la place de la famille dans l'accompagnement de la personne âgée
- favoriser l'expression et la participation de la personne âgée

### ***-La nature de l'offre de service et son organisation :***

- les différents services
- le cadre de vie
- une journée type

### ***-L'organisation interne de l'offre de service:***

- le projet de vie individualisé
- le projet médical/ projet de soin
- le projet d'animation
- le projet hôtelier

Les groupes ont travaillé d'avril à décembre 2015 et chacun d'eux a procédé :

- ✚ à l'analyse de situation (bilan de l'existant)
- ✚ à la définition d'objectifs et modalités d'évaluation
- ✚ à l'élaboration d'un plan d'action

<i>Les groupes</i>	<i>Les thématiques travaillées</i>	<i>La composition</i>
<b>Groupe 1 : le public et son entourage :</b> Réunions : 17/04-06/05-09/06-23/06	-l'accueil de la personne âgée et sa famille -la place de la famille dans l'accompagnement de la personne âgée -favoriser l'expression et la participation de la personne âgée	Direction/S.générale/IDEC/qualificienne/ASH/Animatrice + 1 usager + 1 famille
<b>Groupe 2 la nature de l'offre de service :</b> Réunions : 15/09-01/10-22/10	-description des différents services Le cadre de vie : aménagement des espaces et architecture (projet d'humanisation des carrés, secteur sécurisé) -une journée type	Direction/CDS/IDEC/qualificienne/ASH/IDE/AS/S.Tec hnique + 1 usager + 1 famille
<b>Groupe 3 : l'organisation de l'offre de service</b> 4 sous-groupes	<b>Projet individualisé (ss-groupe 3-1)</b> Réunions : 10/04 et 17/04	Direction/Médecin/IDEC/qualificienne/psychologue/ASH/IDE/Animatrice + 1 usager + 1 famille
	<b>Projet médical/projet de soins (ss-groupe 3-2)</b> Réunions : 25/09 et 16/10	Médecin/IDEC/psychologue/pharmacienne/IDE/AS/qualificienne + 1 usager + 1 famille
	<b>Projet d'animation (ss-groupe 3-3)</b> Réunions : 10/11 et 24/11	Direction/S.Générale/IDEC/qualificienne/ASH/AS/Animatrice + 1 usager + 1 famille
	<b>Projet hôtelier (ss-groupe 3-4)</b> Réunions : 22/05-19/06-10/07	Direction/Médecin/IDEC/CDS/cuisinier/lingère/S.technique/qualificienne/Animatrice/1agent cuisine + 1 usager + 1 famille

## 2.2- Les valeurs et les missions de l'EHPAD

---

### 2.2.1 Les valeurs de l'établissement :

Le refuge protestant a pour but de venir en aide aux personnes mises en difficultés par l'âge ou la maladie. En conséquence, ses objectifs sont :

- D'accueillir et d'accompagner comme résidents, des personnes âgées des deux sexes, au sein d'une Maison de Retraite, mais également de toutes les résidences appartenant à l'Association ou de tous biens immobiliers qu'elle pourrait acquérir à cet effet.

- De proposer des Soins de Suite et de Réadaptation étant donné qu'ils recouvrent des soins continus comportant une dimension éducative relationnelle en vue d'une réinsertion globale des patients,

- D'offrir d'autres formes de soins ou d'hébergement fonction de l'évolution des besoins et/ou des dispositions législatives et réglementaires. C'est pourquoi il affirme et reconnaît :

*- La dignité de la personne humaine par la recherche, l'écoute et le respect de sa volonté tout au long de sa vie*

*- Le droit et la liberté de chacun de bénéficier d'un accompagnement personnalisé, adapté à ses attentes*

*- la liberté de vivre dans un milieu qui implique de la part de tous un respect mutuel, dans une communication faite de confiance, de tolérance et d'écoute. De donner un sens à la vie en respectant la personne dans son identité.*

Les missions et orientations stratégiques sont définies : accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne, répondre au mieux à leurs attentes et offrir un lieu de vie qui assure de façon permanente aux personnes accueillies :

- l'hébergement,
- le maintien de l'autonomie,
- les aides à la vie courante
- les soins médicaux et paramédicaux,
- les activités de la vie sociale

### 2.2.2 Les missions de l'établissement :

- **Mission de qualité de vie quotidienne**

Offrir aux résidents un cadre d'hébergement adapté, sécurisé et chaleureux.

- **Mission d'aide à la vie quotidienne**

Favoriser le maintien de l'autonomie et le plus longtemps possible au travers de toutes les activités de la vie quotidienne.

- **Les aides de la vie courante**

Offrir à chaque résident les aides nécessaires et adaptées

**Les soins médicaux et para-médicaux**



Assurer un suivi médical et la continuité de la prise en charge du résident grâce à la coordination des professionnels internes et des intervenants extérieurs.

- **Les activités de la vie sociale**

-Favoriser l'épanouissement personnel, le maintien du lien social et familial.

-Préserver l'exercice de la citoyenneté

Toutes ces missions contribuent à assurer une vie quotidienne agréable dans le respect des droits, des rythmes de vie individuels, de l'intimité.

Fidèle au projet de ses fondateurs, respectant le principe de laïcité qui régit les relations sociales depuis le début du XXe, le Refuge Protestant se réclame de références chrétiennes et humanistes qui éclairent et guident son action.

C'est pourquoi il affirme et reconnaît la dignité de la personne humaine par la recherche, l'écoute et le respect de sa volonté, la lutte contre la souffrance comme priorité, le droit de chacun de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et adapté à ses difficultés.

D'autre part, le Refuge Protestant veille à ce que les convictions et la liberté de conscience soient respectées. Les valeurs fondatrices de l'établissement ont été maintenues tout au long de son histoire et ont contribué à l'évolution de ses nouvelles missions.

**NOS ENGAGEMENTS:**

**Ecouter et prendre en compte** les attentes de la personne

**Evaluer les besoins** de la personne et vérifier leur adéquation avec les services offerts.

Elaborer et mettre en œuvre un projet de vie singulier et co-construit

**Respecter** la liberté, la vie privée, l'intimité et la dignité du résident tout au long de son séjour.

**Associer** le résident au projet d'établissement à travers le Conseil de la Vie Sociale et des familles.

**Accompagner** le résident et ses proches jusqu'au terme de sa vie

**Offrir** un lieu de vie animé, confortable, convivial et sécurisant.

**Assurer** un suivi médical et la continuité de la prise en charge du résident grâce à la coordination des professionnels internes et des intervenants extérieurs.

**Assurer** une restauration de qualité satisfaisant les habitudes alimentaires du résident.

**Développer** des relations de complémentarité avec les acteurs médicaux et médico-sociaux du secteur.

## 2.3- Les orientations stratégiques

---

Les objectifs majeurs du projet d'établissement 2015-2020 ressortent de l'analyse de la situation de l'établissement dans son environnement, de l'autoévaluation interne, de l'évaluation externe et des évolutions en cours ou à venir du secteur médico-social. Ils se situent autour du projet de vie, qui est le coeur du projet d'établissement, et doivent être déployés selon une logique d'ouverture et de collaboration entre les professionnels afin de mieux accompagner les résidents qui y sont accueillis.

L'accompagnement proposé en EHPAD doit surtout répondre aux besoins et/ou attentes de chaque résident. Chaque prestation proposée doit donc être centrée sur la personne pour répondre au mieux à ses demandes.

Chacun des agents doit donc faire vivre ce projet d'établissement au travers de ses actions en mettant toute son énergie, toutes ses compétences au service de l'accompagnement des résidents, dans une logique de bienveillance auprès des personnes accueillies et d'une réflexion autour de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Dans cette optique, l'établissement a défini, pour les cinq prochaines années, les axes stratégiques suivants:

- ↳ ***Développer l'interdisciplinarité au service du résident en réalisant un travail interne de cohésion entre les différentes équipes : communication interne, organisation, décloisonnement des prestations, complémentarité des tâches et renforcement de la satisfaction au travail.***
- ↳ ***Adapter le positionnement de l'établissement aux besoins des usagers et à l'offre de prise en charge. Faciliter l'expression collective et individuelle des usagers afin d'identifier les besoins quantitatifs et qualitatifs des résidents pour y répondre au mieux.***
- ↳ ***Adapter l'organisation des soins pour répondre aux besoins des résidents, favoriser le maintien de l'autonomie, personnaliser l'accompagnement des résidents.***
- ↳ ***Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement : Inscription de l'établissement dans des démarches de partenariat (Rapprochement/mutualisation avec d'autres associations, projets de consolidation institutionnelle).***
- ↳ ***Poursuivre l'amélioration continue des locaux et des espaces aux besoins (Projet d'extension SSR permettant de recentrer le médicosocial sur 2 secteurs, de faire les travaux de réhabilitation et de proposer un secteur sécurisé)***
- ↳ ***Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques***

### **3 - L'accompagnement des résidents**

---

## 3.1 - L'accueil de la personne âgée et sa famille

---

L'accueil du résident est un processus et non une action un jour donné. Le processus d'accueil comprend aussi bien l'étape de renseignement que la phase de pré-admission et d'accueil de la personne. Ce processus court jusqu'à l'intégration de la personne qui comprend les trois premiers mois de vie au sein de la structure.

### **BILAN DE L'EXISTANT**

Les étapes préalables à l'admission du résident sont organisées, suivies et tracées.

La procédure d'accueil se décline en différentes étapes clés :

- La demande d'information ou de renseignements,
- La visite de pré-admission,
- L'admission du nouveau résident,
- L'intégration du résident au sein de la structure.

Toute personne souhaitant être hébergée dans l'établissement, doit formuler sa demande auprès du Secrétariat Général. Elle sera inscrite sur le registre « liste d'attente ».

Un dossier médical (adressé ultérieurement au médecin coordonnateur), à compléter par le médecin traitant, est remis à la personne ainsi qu'une plaquette d'information sur l'EHPAD.

Après analyse du dossier médical par le médecin coordonnateur (vérification si l'état de santé est compatible avec la prise en charge de l'établissement), un courrier confirmant l'inscription est adressé systématiquement à la personne.

Lorsqu'une chambre se libère et correspond à l'état de santé de la personne, un ou deux membres de la Commission d'Accueil prend contact avec la personne pour une visite de pré-admission.

Lors de cette visite, le médecin coordonnateur se fait une première idée des fonctions cognitives de la personne, dresse une synthèse de son état général à partir du dossier médical transmis par le résident ou plus généralement la famille et rempli par le médecin traitant.

Après confirmation du dossier médical par le médecin coordonnateur, la secrétaire générale remet au futur résident les documents suivants : le livret d'accueil, la fiche de demande de renseignements, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, la liste du mobilier et le trousseau (mais certains documents sont à réactualiser) et un rendez-vous pour une Commission d'Accueil est fixé. L'admission est prononcée lors de cette commission.

L'entrée se fait, en début de semaine, de préférence l'après-midi. Le résident est accueilli avec un bouquet de fleurs et une carte de bienvenue qui sont déposés dans sa chambre.

Dès son arrivée, le résident est pris en charge par le personnel soignant et hôtelier.

Un trombinoscope est remis au résident pour lui présenter les différentes équipes.

Dans les semaines qui suivent, le nouveau résident sera présenté à tous les résidents lors d'un apéritif de bienvenue.

### Points faibles :

- Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ne sont pas réactualisés
- Absence dans le dossier du résident d'avenant annuel au contrat de séjour
- Actuellement, l'établissement ne peut pas accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué car il ne possède pas une unité dédiée. Un des projets du Refuge, pour les années à venir, est la création d'un secteur sécurisé.

### **AXES D'AMELIORATION**

Une des orientations que s'est fixée l'établissement est d'améliorer la qualité de l'accueil et sa personnalisation. La mise en place du dossier de pré-admission unique (national) a déjà simplifié les démarches pour les familles.

Voici les axes d'amélioration définis pour les 5 prochaines années :

<b>Objectifs opérationnels</b>
Améliorer le recueil des habitudes de vie de la personne, informations nécessaires à l'accompagnement du résident
Personnaliser l'accueil du résident
Améliorer la qualité de l'accueil
<b>Plan d'action</b>
Créer un « livret du résident » (comprenant le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et l'avenant) remis en amont de son admission qui le suivra tout au long de son séjour et sera complété au regard de l'évolution de son projet de vie
Réactualiser les documents remis au résident : contrat de séjour, règlement intérieur
Créer un avenant au contrat de séjour pour chaque nouveau résident dans les 6 mois qui suivent l'admission
Intégrer le projet de vie individualisé au dossier informatisé du résident afin de mettre à disposition et de partager les informations de l'ensemble du personnel.
Créer un avenant au contrat de séjour pour les anciens résidents et le réactualiser chaque année
Réactualiser la procédure d'accueil
Informers l'ensemble des résidents et des professionnels de l'arrivée d'une nouvelle personne y compris les résidents qui restent en chambre par une affiche de bienvenue à mettre au niveau des salles à manger Saint-Jacques et Tournier et du salon du Parc
Mener à bien le projet de création d'un secteur sécurisé

## 3.2 - La place de la famille dans l'accompagnement de la personne âgée

---

La présence de la famille de chaque résident concourt à la réalisation d'une prise en charge individualisée, et qui respecte la vie sociale du résident.

Son accueil relève d'une des missions du Refuge et nous avons des obligations à son égard.

L'accueil constitue un moment particulièrement fort pour le futur résident, mais aussi pour son entourage et pour l'institution, dans la mesure où il conditionne la place de chacun des acteurs dans un processus complexe caractérisé par des intérêts divergents.

Dans ce contexte, il apparaît comme essentiel pour l'institution de restituer la phase d'accueil aux yeux des familles sur la base des principes suivants :

-refuser d'admettre une personne âgée contre sa volonté, c'est-à-dire tant qu'elle n'a pas réalisé qu'elle ne peut plus vivre chez elle;

-refuser toute coalition avec la famille ou les proches, mais les amener à parler au préalable du placement à leur aîné;

-faire prendre conscience à la famille que l'institution n'est pas la solution à leur problème, mais un outil qu'elle va utiliser pour résoudre les difficultés auxquelles elle est confrontée, c'est-à-dire, faire en sorte que tous ses membres deviennent acteurs de leur propre histoire au lieu d'être de simples spectateurs d'une réalité qui leur sera imposée

-établir un partage des actions mises en place à l'intention du résident, dans le respect du rôle des professionnels et des aidants naturels, en invitant les familles à la définition et la réactualisation des projets de vie

### BILAN DE L'EXISTANT

#### ***Les familles sont largement accueillies :***

##### A l'accueil :

Une fois qu'une chambre se libère, un contact avec le futur résident et sa famille est établi, pour s'assurer du maintien du souhait d'admission.

Une visite de l'établissement est organisée, l'usager et la famille repartent avec un dossier d'inscription, (livret d'accueil, un exemplaire de contrat de séjour, dossier de présentation de la maison de retraite avec ses différents annexes)

L'usager est reçu en commission d'accueil composé du directeur, le médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, attaché de direction, usager et sa famille pour contractualiser son admission.

##### Tout au long du séjour :

Les familles et amis sont invités : aux Journées du Refuge, à toutes les manifestations, ils ont la possibilité de prendre le repas en salle à manger.

Les espaces privatifs et collectifs sont prévus dans le projet architectural l'établissement afin de faciliter non seulement la convivialité et la vie en société entre les résidents, mais également les visites des familles et des intervenants externes.

Les résidents et les proches sont informés sur la vie de l'établissement par:

- l'affichage du journal écrit par les résidents « les mémoires du Refuge »
- l'affichage du programme d'animation
- la diffusion du journal « Les Echos du Refuge »
- le site Internet du Refuge : rubrique « Animation »

Des réunions du Conseil de Vie Sociale avec les représentants des résidents et des familles sont organisées plusieurs fois par an pour présenter les différents projets, les actions d'améliorations mises en place, les investissements, travaux et achats....et échanger sur les différents thèmes abordés.

Les attentes des résidents et de leur entourage sont analysées à partir :

- du questionnaire de satisfaction
- de réflexions des équipes lors des réunions de synthèse sur l'évaluation du projet d'établissement et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM
- de réunions du Conseil de la Vie Sociale de la réunion de restitution, à l'ensemble des résidents et des familles, sur les résultats de l'enquête de satisfaction
- des groupes de travail sur les différentes thématiques du projet d'établissement

## **AXES D'AMELIORATION**

Un des enjeux est de veiller à l'amélioration du lien triangulaire institution-résident-famille et de favoriser l'implication des familles dans la vie de l'EHPAD en développant notamment la communication avec les familles et en améliorant la diffusion de l'information auprès des familles mais en laissant l'utilisateur au cœur de ses décisions

Voici les axes d'amélioration définis:

Objectifs opérationnels
Développer la communication avec les familles (communication par mail ou Sms)
Renforcer le lien avec les familles
Améliorer la diffusion de l'information auprès des familles

Plan d'action
Recenser les adresses électroniques des familles pour développer la communication par courriel ou SMS aux familles=> joindre plus facilement les familles et réponses plus rapides de la part des familles
Diffuser suffisamment à l'avance, à la personne référente de la famille, les dates pour invitation à certaines manifestations : fête d'anniversaire de leur parent, apéritif de bienvenue de leur parent, apéritif de fin d'année, les sorties pique-nique...
Diffuser auprès des résidents et des familles, les animations internes à la structure ainsi que les animations extérieures en ville
Inciter la famille à définir sa place dans le cadre du projet de vie individualisé

### 3.3– Favoriser l’expression et la participation de la personne âgée

---

Conformément à la réglementation et aux recommandations de bonnes pratiques en EHPAD, l’expression et la participation individuelle et collective des usagers est recherchée.

Des commissions permettant l’expression des usagers sont en place dans l’établissement:

- ***Le conseil de la vie sociale et des familles***

La création d'un conseil de la vie sociale (CVS) est obligatoire dans les Ehpads. Le CVS doit être consulté sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement, notamment :

- l’organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- les activités, les animations socioculturelles et les services thérapeutiques ;
- les projets de travaux et d'équipement ;
- la nature et le prix des services rendus ;
- l’affectation des locaux collectifs ;
- l’entretien des locaux ;
- le relogement en cas de travaux ou fermeture ;
- l’animation de la vie institutionnelle, les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants et les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

- ***La CRUQ (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge)***

La loi du 4 mars 2002 et le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 ont instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. La CRUQ permet d’associer les représentants des usagers au fonctionnement des établissements de santé.

L’EHPAD étant adossé à un secteur sanitaire (la clinique de soins de suite et de réadaptation), l’établissement a mis en place une CRUQ qui formalise un plan annuel d’actions portant sur la qualité de l’accueil et de la prise en charge également sur le secteur médico-social.

- ***Une commission des menus*** a lieu toutes les 5 semaines

Elle vise à définir les menus en tenant compte de l’équilibre nutritionnel, des impératifs d’hygiène, des approvisionnements et des attentes des résidents.



De plus, tous les deux ans, une enquête de satisfaction est réalisée auprès des usagers et des familles par le biais d'un questionnaire. Et une réunion de restitution des résultats de l'enquête de satisfaction, à l'ensemble des résidents et des familles, est systématiquement organisée afin que chacun puisse s'exprimer sur les thèmes suivants :

- l'accueil
- les relations avec le personnel et les résidents
- la qualité de vie
- les prestations hôtelières (repas, linge, maintenance, sécurité)
- les animations
- les soins

## **BILAN DE L'EXISTANT**

D'après le constat réalisé par les évaluateurs externes en octobre 2014 :

### **- Le Conseil de la vie sociale et des familles :**

La composition du CVS est en lien avec le quota réglementaire. Cependant, il est noté un déséquilibre entre le nombre de participants aux CVS : entre les professionnels de l'EHPAD et les résidents et/ou les familles. Cela est expliqué par la présence d'intervenants en lien avec l'ordre du jour.

Lors de la visite de l'évaluation externe, il est exprimé par des résidents présents au CVS, le sentiment d'une réunion très organisée, planifiée et très professionnelle par laquelle ils sont parfois « dépassés ».

Et selon les propos recueillis de certains résidents, les principaux freins à l'expression seraient : « ne pas oser s'exprimer », « avoir peur de déranger, de gêner », « subir l'institution ».

### **- La Commission des Menus:**

La représentation de résidents est faible (2 personnes) permettant peu l'expression des avis et surtout la représentativité des avis.

### Les préconisations des évaluateurs externes ont été les suivantes :

-Veiller à un équilibre des représentations afin de promouvoir un environnement facilitant l'expression des usagers et de leurs familles.

-Développer des modalités et moyens devant améliorer l'expression des résidents dans ces réunions.

- Promouvoir la mise en place d'une commission restauration ouverte à tous les résidents permettant de repenser la dynamique autour du repas, sa présentation, sa qualité.

De plus, dans l'établissement, l'enquête de satisfaction est réalisée tous les deux ans et non de façon annuelle comme le recommande l'ANESM. Un questionnaire de satisfaction a été proposé aux résidents et aux familles en 2011 et en 2013. Le taux de retour de ces questionnaires est de 47%.

## AXES D'AMELIORATION

Un des axes stratégiques que s'est fixé l'établissement est de faciliter l'expression collective et individuelle des usagers afin d'identifier les besoins quantitatifs et qualitatifs des résidents pour y répondre au mieux. L'intérêt étant de connaître la population à un instant T et son évolution, pour anticiper et faire consécutivement évoluer la prestation de service de l'établissement aux attentes.

Pour le renouvellement du conseil de la vie sociale et des familles en juin 2015, une large campagne d'information a été menée auprès des résidents et des familles par :

- courrier adressé aux familles et résidents,
- affichage en salle de vie,
- groupes de paroles,
- animation : la place du village
- réunions du CVS,
- réunions avec les familles

Quelques améliorations pour le nouveau CVS ont été discutées en groupes et des actions ont été proposées pour le prochain CVS :

- modification des quotas :
  - o plus de représentants des résidents et des familles
  - o moins de représentants du personnel
- une préparation sera faite en amont de chaque CVS par un groupe de paroles avec les résidents
- le CVS analysera systématiquement les demandes soit émanant des groupes de paroles soit des boîtes à idées
- l'ordre du jour sera établi avec le président et la secrétaire du CVS
- un compte rendu sera fait aux résidents par groupes lors des animations
- une fenêtre sur le site Internet du Refuge intitulée « dialogue avec les familles » permettant de recueillir les avis et suggestions.

Afin d'améliorer le taux de retour du questionnaire de satisfaction, un groupe de travail sera créé pour revoir les modalités de l'enquête de satisfaction ainsi que le questionnaire. Quelques propositions d'améliorations ont déjà été recensées auprès de résidents et de familles :

- scinder l'enquête en deux parties :
  - o une année, une enquête sur l'accueil/les soins
  - o l'année suivante, une enquête sur l'hôtellerie/l'animation
- retravailler le contenu et la forme du questionnaire (privilégier les questions fermées pour une facilité de remplissage)
- demander aux bénévoles de l'association d'aider les résidents qui en ont besoin, pour le remplissage du questionnaire
- souligner l'importance du questionnaire auprès des familles (CVS, commission d'accueil)
- réaliser également un sondage en ligne sur le site du Refuge...

Voici les axes d'amélioration définis pour les 5 prochaines années :

Objectifs opérationnels
-------------------------

Favoriser l'expression des résidents et des familles et leur participation : enquête de satisfaction, Conseil de la vie sociale et des familles
---

Redynamiser les commissions de menus
--------------------------------------

Plan d'action
---------------

Créer un groupe de travail spécifique sur l'enquête de satisfaction (revoir les modalités et le questionnaire)
--

Les noms et coordonnées des nouveaux représentants des résidents et des familles au CVS seront communiqués avec le livret d'accueil (fiche à insérer dans le livret d'accueil)
--

Mettre en place des groupes de paroles avec les résidents pour préparer les CVS
---

Dynamiser la boîte à idées
----------------------------

Mettre une fenêtre sur le site Internet du Refuge intitulée « dialogue avec les familles » permettant de recueillir des avis et suggestions et d'inscrire les dates du CVS.
---

Créer des outils de mesure synthétisant le recueil des attentes et le confronter régulièrement aux capacités d'évolution de la prestation fournie »
---

Participer à des réunions sur l'expression des usagers entre établissements
---

## **4 - La nature de l'offre de service et son organisation**

---

## 4.1– La nature de l’offre de service

---

### 4.1.1 – Les différents services

Chaque professionnel participe à la prise en charge globale des résidents. Les compétences de chacun sont mises au service de la personne âgée dans le but d’assurer des prestations de qualité dans les domaines de l’accueil, de l’hôtellerie, des soins et des loisirs. Parce que la perception par le résident de la qualité de service passe par une vocation de chaque professionnel à répondre à la demande, l’interdisciplinarité et le découplage des tâches est un axe stratégique du projet. Cette ambition est traduite dans la fiche de poste de chaque professionnel.

L’ensemble des professionnels est acteur de la mise en œuvre de la démarche qualité.

#### 4.1.1.1 Les services administratifs:

Les services administratifs s’articulent autour de l’organisation décrite ci-dessous :

**La Direction** : Le Directeur est nommé par le Conseil d’Administration. Il assure la direction de la Maison de Retraite. Outre la responsabilité de la bonne marche de l’établissement, les relations avec les différents partenaires (*financeurs, organismes financiers, établissements et services sanitaires, médico-sociaux, sociaux, fournisseurs,...*), le directeur coordonne la direction des ressources humaines, la gestion administrative, comptable et financière de la structure. Au-delà de son rôle de gestionnaire, le directeur autorise les entrées des résidents suivant les décisions de la Commission d’Accueil. Sa compétence est encadrée par un document unique de délégation. Il est assisté par un cadre administratif qui le remplace en cas d’absence.

#### **Le Secrétariat général :**

Le secrétaire général est nommé par le conseil d’administration. Il accueille les résidents, les familles, les visiteurs et intervenants externes aux heures ouvrées. Il assure le suivi des dossiers administratifs des résidents (APA, APL,...), courriers divers des résidents, facturation. Il fait appliquer le règlement aux intervenants.

Le secrétaire générale assure également le système de communication avec la diffusion des informations.

Le secrétaire général assure l’interface avec le Conseil de vie sociale, coordonne la vie associative et les interventions des bénévoles dans le cadre des animations.

#### **Le service paye/comptabilité :**

Il est assuré par le comptable

Le comptable a pour principales missions :

- ⇒ Gestion comptable : traitement et suivi des factures vérifiées, saisie informatique des opérations comptables et générales.
- ⇒ Assure la répartition des comptabilités par secteur
- ⇒ Elabore avec le Directeur les budgets prévisionnels
- ⇒ Assurer le traitement de la paye
- ⇒ Formaliser les documents comptables selon les procédures des tuteurs

### **Formation / DPC :**

Il est assuré par le cadre de santé, en collaboration avec l'IDEC, et a pour principales missions:

- ⇒ D'assister le Directeur pour le recrutement du personnel,
- ⇒ D'organiser et de planifier les tâches et les évaluations du personnel
- ⇒ De proposer un plan de formation annuel
- ⇒ D'élaborer le programme DPC annuel interne à l'établissement

### **Le service qualité :**

Il est assuré par le qualitatif qui a pour principales missions :

- ⇒ D'accompagner l'établissement dans la mise en place, le suivi et l'animation de la démarche qualité/gestion des risques selon les référentiels en vigueur
- ⇒ De mettre en place le système documentaire et en assurer sa mise à jour
- ⇒ De suivre les indicateurs qualité et les enquêtes de satisfaction
- ⇒ De développer, mettre en œuvre et gérer le programme de Gestion des risques.

A la suite du départ annoncé du Directeur, une nouvelle organisation sera mise en place en 2016 après validation du Conseil d'Administration. Les rôles de chacun seront redéfinis en conséquence.

### **4.1.1.2 Les services Logistiques :**

Ces services compte actuellement 15.01 ETP répartis entre les ASH, le service restauration, la lingerie et le service technique.

#### **🔑 Les ASH (Agent de Service Hôtelier)**

10.51 ETP, sont en charge de l'entretien ménager de l'établissement (8.25 ETP ASH jour et 2.26 ETP ASH Nuit).

Les ASH mettent en œuvre le projet d'établissement en matière d'accueil, d'hygiène et de confort hôtelier des résidents. Ils participent à la qualité de vie des résidents.

Ils assurent notamment au quotidien :

- ↪ La Fonction hôtelière, incluant l'entretien des locaux
- ↪ L'accompagnement et le service aux résidents
- ↪ La fonction linge
- ↪ La prévention des risques : sécurité incendie, risques de chutes, légionellose

#### **🔑 Le service restauration**

Le chef de cuisine et son équipe participent à la vie quotidienne du résident par la réalisation des mets et le déroulement du service en salle à manger (3 ETP). Ils collaborent avec l'équipe soignante.

Ils réalisent des préparations chaudes et froides, envoient des mets pour le service dans les salles de restauration et des plateaux pour le service en chambre, repas des personnels.

Ils sont garants de l'application de la méthode HACCP tant au niveau de la réception des marchandises qu'au niveau de la production alimentaire et du nettoyage. Leur rôle est prépondérant dans la prévention des risques alimentaires et la mise en œuvre des régimes spéciaux.





### La Lingerie

La lingère (0.5 ETP) assure l'entretien du linge personnel des résidents et d'une partie du linge de l'établissement: lavage, repassage, livraison, petits travaux de couture.

Le linge plat est pris en charge par une blanchisserie extérieure à l'établissement ainsi que les tenues du personnel. C'est la lingère qui gère l'envoi du linge sale et la réception du linge propre avec redistribution dans les services et au personnel.

### Le service technique

Par leur polyvalence, les agents du service technique (1 ETP) assurent au quotidien :

-  L'entretien des espaces extérieurs et des bâtiments
-  La gestion des travaux d'entretien et d'investissement
-  La commande de fournitures et consommables divers
-  La maintenance et la sécurité des installations et équipements

#### **4.1.1.3 des animations :**

Une équipe d'animation composée d'une animatrice à temps plein, d'intervenants spécialisés et de membres bénévoles adhérents à l'association de l'Entraide Protestante de Mazamet et alentours, propose aux résidents des:

- Activités de loisirs : loto, belote, cuisine, jeux de société, apéritifs de bienvenue, anniversaires ...
- Activités culturelles : lecture, occitan, mémoire, scrabble, groupe de paroles, correspondance et rencontres intergénérationnelles, conférences ...
- Activités en lien avec la nature : Amis des Jardins et des oiseaux (Refuge classé LPO), jardinage
- Activités sociales : tricot pour les sans-abris, téléthon, Bande de soins pour le Sénégal.....
- Activités sportives : gymnastique douce, marche ...
- Activités artistiques: poterie, tricot, travaux manuels, arthérapie ...
- Sorties extérieures : pique-nique, visites de musée, repas au restaurant

#### **4.1.1.4 Une aide à la vie quotidienne et une surveillance médicale des soins**

sont assurées en continu par une équipe de professionnels :

- Médecin Coordonnateur
- pharmacienne
- Infirmière Coordinatrice

- Infirmières
- Aides-soignantes
- Agents de service hôteliers
- Animatrice
- Psychologue
- Diététicienne
- Ergothérapeute

Un dentiste intervient en vue d'établir un bilan et le suivi bucco-dentaire de chaque résident ; les personnes sont ensuite éventuellement orientées pour les soins.

Le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice sont chargés de la coordination des soins et s'assurent de leur qualité. Un projet de soins est élaboré avec l'ensemble de l'équipe soignante.

#### Le médecin coordonnateur (0.30 ETP)

Le médecin assure la coordination avec les différents intervenants internes et externes. A ce titre, il contribue à l'information gérontologique des intervenants libéraux et salariés concernant les règles d'hygiène, la prévention des chutes, la nutrition, les troubles du comportement...

De plus, le médecin coordonnateur, fait partie intégrante de la Commission d'Admission et émet un avis médical concernant les résidents et les admissions des futures personnes âgées en mettant en évidence l'adéquation de l'état de santé de ces personnes avec les capacités d'accueil et soins de l'E.H.P.A.D. Il évalue la nécessité d'organiser des transferts lorsque l'état du résident est incompatible avec les moyens disponibles de prise en charge.

#### Le pharmacien (0.25 ETP)

Il assure la gestion de la pharmacie à usage interne et la délivrance du traitement des résidents (prescrit par le médecin traitant ou spécialistes).

#### L'Infirmier coordinateur (0.70 ETP)

Véritable interface entre équipe de soins, la direction, les résidents, les familles, les services extérieurs et les instances représentatives.

L'IDE coordinateur est chargé d'encadrer et d'animer l'équipe de soins autour d'objectifs définis dans le projet de soins de l'établissement. Il suit la bonne mise en œuvre du projet d'établissement.

#### Ses missions :

- Mise en place de l'organisation des soins au quotidien
- Animation et gestion de l'équipe soignante
- Accueil et suivi des stagiaires
- Coordination avec les partenaires médico-sociaux extérieurs
- Evaluation des projets et des actions mises en place
- organisation et suivi de la mise en œuvre des projets de vie individualisés



### 🔑 Les infirmier(e)s (3.30 ETP)

Ils accomplissent et garantissent les soins dispensés aux personnes âgées de l'établissement de l'admission jusqu'à la fin de vie. Ils sont responsables des soins infirmiers régis par le Décret de compétences du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)s, et le décret n°93-221 du 16 février relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Les infirmiers encadrent les aide-soignants et les différents stagiaires.

### 🔑 Les aides soignant(s) (6.80 ETP jour et 2.30 ETP nuit)

Ils assurent les soins d'hygiène et de confort de la personne âgée, apportent leur aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne des résidents ayant perdu tout ou partie de leur autonomie temporairement ou définitivement.

### 🔑 Le Psychologue (0,20 ETP)

il intervient à différents niveaux.

le psychologue procède à des entretiens individuels pour discerner d'éventuels problèmes en cas de troubles dans les changements de comportements (*agressivité, repli sur soi...*). De même, il réalise des évaluations via des diagnostics afin de cerner les capacités existantes des résidents. Il est co-producteur du contenu du projet de vie.

La psychologue propose aussi un soutien auprès des familles par des rencontres dans un souci de déculpabiliser la famille, accompagner les proches d'une personne âgée en fin de vie, maintenir les liens familiaux et affectifs...

Concernant le personnel, le psychologue est susceptible de diriger des réunions de synthèse en informant les équipes des problèmes rencontrés par certains résidents. Il contribue à cette approche en donnant des informations qui pourront aider pour la mise en œuvre du projet de vie.

### 🔑 L'ergothérapeute (0.30 ETP)

L'ergothérapeute est amené, en priorité, à évaluer les capacités fonctionnelles des résidents, aménager l'environnement direct des personnes. Il conseille le service technique sur les aménagements des chambres et des parties communes lorsque des travaux sont envisagés.

Il joue un rôle important dans la prévention des chutes.

### 🔑 Le diététicien

Il élabore en collaboration avec le chef de cuisine, les menus hebdomadaires destinés aux résidents. Il veille également au respect des règles nutritionnelles et au suivi des régimes alimentaires en fonction des pathologies.

Il est membre de la Commission des menus.

#### **4.1.1.5 Des Intervenants Externes**

La Maison de Retraite bénéficie également de la présence de professionnels qui interviennent comme acteurs de la qualité des soins et de la prise en charge des résidents, et comme membres de l'équipe pluridisciplinaire au même titre que les personnels salariés.

##### **Les médecins libéraux :**

Les résidents ont le libre choix du médecin traitant. Ils prescrivent les soins et communiquent avec la famille en lien avec l'infirmier coordonnateur.

Pour le renouvellement des traitements, le médecin traitant vient un fois par trimestre ou plus si nécessaire.

##### **Les kinésithérapeutes :**

Assurent des actions préventives de mobilisation des résidents et de rééducation fonctionnelle afin que les résidents retrouvent l'autonomie d'un ou plusieurs de leurs membres pour aider aux gestes simples de la vie courante. Ils interviennent ponctuellement sur prescription médicale pour des raisons thérapeutiques ou préventives dans les domaines de la mobilité, de la motricité.

Ils préviennent les chutes des résidents par un positionnement postural adapté et *un* réapprentissage de la marche.

##### **Les pédicures :**

Interviennent sur demande de la personne âgée, des familles, personnel soignant, ou sur prescription médicale.

## 4.1.2 – Le cadre de vie

Le cadre de vie est adapté à la mission, il offre des lieux d'activité et d'accompagnement appropriés aux besoins de la population accueillie.

### BILAN DE L'EXISTANT

#### Les lieux communs :

L'établissement propose un cadre de vie confortable:

- un espace d'accueil et d'information aménagé
- deux salles de restauration
- Une salle de vie et une salle d'activités
- l'établissement dispose de différents salons pour accueillir les familles et visiteurs ainsi que d'un salon de coiffure

La climatisation est installée dans les deux salles à manger, la salle de vie ainsi que dans les circulations et salons.

#### Les lieux privés :

La personne accueillie est encouragée et accompagnée pour recréer un espace individualisé et intime, propre à renforcer l'appropriation de son nouveau lieu de vie..

Toutes les chambres sont équipées d'un lit électrique à hauteur variable, d'une prise de télévision et de téléphone et d'un système d'appel malade.

Les salles de bain du secteur TOURNIER sont conformes: avec aire de rotation pour les fauteuils et équipées d'un lavabo accessible aux personnes en fauteuil roulant, des rangements accessibles, d'une douche accessible, équipée de barres d'appui et d'un siège douche.

### AXES D'AMELIORATION

Une des forces de l'EHPAD est la proximité (dans le même bâtiment) d'un SSR. Ceci a garanti le développement d'une culture de soins rigoureuse et de qualité. A contrario, cela tend à donner une perception d'établissement « sanitaire » et pas assez d'un lieu de vie et de résidence médico-social.

Sa faiblesse principale est l'absence d'un espace d'activité et de soins adaptés (EASA) permettant l'accueil des personnes désorientées.

De plus, la configuration de l'établissement (divisé en 3 secteurs: Rec, Tournier et Saint Jacques) complexifie l'orientation des résidents et visiteurs et la maison de retraite, une signalétique est mise en place mais doit être améliorée et homogénéisée sur l'ensemble de l'établissement.

L'établissement s'est engagé dans une démarche d'investissement d'ampleur visant la réhabilitation et l'agrandissement d'un secteur et la fermeture d'un autre.

La volonté des acteurs (dirigeants associatifs, direction et équipe pluridisciplinaire) est de créer un véritable lieu de vie où les résidents pourront retrouver un équilibre dans leur vie quotidienne. L'établissement souhaite se doter des moyens d'accueil spécialisés (EASA) nécessaires au maintien en son sein des personnes présentant des troubles cognitifs.

Les espaces privatifs et collectifs sont prévus dans le projet architectural afin de faciliter non seulement le confort, la convivialité et la vie en société entre les résidents, mais également les visites des familles et des intervenants externes.

#### OBJECTIFS :

- Libérer un espace dédié pour l'accueil d'un EASA
- Homogénéiser l'équipement et le confort des chambres
- Réduire le nombre de secteurs
- Faire une salle du personnel et créer un bureau cuisine et animation
- Placer des aides pour prévenir les TMS (rails dans quelques chambres)

Le projet porte sur la réalisation de :

- 12 chambres d'EHPAD sans création de lits / suppression secteur du REC
- Equipement d'un EASA

Voici les axes d'amélioration définis pour les 5 prochaines années :

Objectifs opérationnels
Terminer l'humanisation des toutes les chambres, en réaménageant 12 chambres avec salle de bain privative, dans une réserve foncière sur le secteur « Saint Jacques »
Regrouper l'EHPAD sur 2 secteurs et non plus 3 (suppression du « rec des auriols »)
Libérer un espace dédié pour l'ouverture espérée d'un EASA
Faciliter l'orientation et les circulations des résidents, visiteurs et salariés
Moderniser et personnaliser les espaces collectifs
Améliorer les conditions de travail
Se doter d'un appel-malade offrant une mobilité pour les usagers

Plan d'action
2015 : élaboration du projet
2016 /2017 : réalisation des travaux d'humanisation et de création de l'espace EASA
2018 : travail sur l'obtention d'un budget de fonctionnement EASA
2019 : ouverture de l'EASA et d'un étage nocturne « sécurisé »
2020 : révision de l'ensemble de la signalétique
Placer des équipements lève-malade pour conforter les résidents et prévenir les TMS
Aménagement d'un nouveau réfectoire salariés, bureau cuisinier

### 4.1.3 – Une journée type

L'ambition de l'établissement est d'offrir à chaque usager un mode de vie le plus proche possible de ses attentes et de ses habitudes.

Tout en tenant compte des contraintes de la vie collective et des besoins des résidents, l'établissement promeut la mise en œuvre d'une vie quotidienne choisie et garante des libertés individuelles.

Le temps du petit déjeuner, de la toilette, des soins fait l'objet d'une étude avec l'équipe soignante lors de la réunion de synthèse. Le temps du matin est plus dans une prise en soin personnalisée.

Les petits déjeuners font l'objet d'une personnalisation au niveau du goût et des habitudes de la personne. Une fiche de recueil des habitudes au petit déjeuner est élaborée par les ASH permettant de préparer le plateau du PDJ la veille.

Sur les différents secteurs, les ASH distribuent les petits déjeuners en chambre dès 8h.

Le temps des toilettes fait l'objet d'une personnalisation, l'objectif étant de laisser un maximum d'autonomie à la personne. Les toilettes démarrent à 6h30 et se terminent vers 11h30.

Tous les résidents sont levés le matin au fauteuil (sauf résident en fin de vie). Les résidents les plus autonomes, ont la possibilité de se doucher dans les douches individuelles des chambres ou dans les salles de bain communes sur les paliers.

Pour les résidents dépendants, la toilette est effectuée en binôme et les toilettes des résidents en soins palliatifs, sont réalisées en binôme aide-soignant - infirmier.

Après la toilette, tous les résidents sont habillés en tenue de jour, en prenant en compte les souhaits des résidents.

Après décision en réunion d'équipe et intervention de l'ergothérapeute et afin de faciliter l'autonomie du résident, des aides techniques (déambulateur, canne...) peuvent être apportées.

Des animations ou ateliers thérapeutiques (ateliers mémoire, arthérapie, ateliers cuisine...) sont proposés aux résidents

La matinée s'achève pour le résident par le service du repas en salle à manger. Ce temps fait l'objet d'une réflexion pluri-professionnelle en CLAN (réunissant cuisiniers, diététicienne, personnel de restauration, soignants, résidents, médecin coordonnateur, IDEC, cadre de santé). Les textures, aliments, quantités sont adaptés à chacun; les plans de table sont réalisés en fonction des affinités.

Un agent s'installe à la table avec les résidents qui ont besoin d'un accompagnement

Après le repas, c'est le temps de la sieste ou du repos. Les résidents qui le souhaitent sont soit installés dans leur chambre ou en salle de vie. Les soins du coucher et lever de sieste sont effectués par le personnel soignant.

Les après-midi sont consacrées au collectif, l'objectif général étant de créer ou maintenir du lien social.

Les sorties sont libres pendant les heures d'ouverture des portails extérieurs et un badge leur est remis pour accéder plus facilement au centre-ville. En dehors de cette plage horaire et

pour des raisons de sécurité, le résident devra avertir de l'heure de sortie ou d'entrée dans l'établissement.

Dans l'après-midi, une boisson est proposée à l'ensemble des résidents qu'ils soient en chambre ou sur un temps d'animation.

Le repas du soir se prend également en salle à manger.

Comme le matin, le temps du coucher fait l'objet d'une personnalisation. Ce temps du coucher débute à 19h et peut s'étendre jusqu'à 22h30 ou 23h dans ce cas, il est relayé par l'équipe de nuit.

L'équipe de nuit arrive à 20h55.

Ce temps du coucher est important car il conditionne un sommeil de qualité. Il est important de respecter les habitudes et rituels du coucher qui favorisent l'endormissement.

Ce temps est personnalisé au maximum mais il est encore trop rapide. Ce point sera à retravailler après les travaux de réhabilitation des chambres et la réorganisation des deux secteurs.

Un passage systématique est fait dans toutes les chambres en début de nuit avec le service de la tisane pour ceux qui le désirent.

## AXES D'AMELIORATION

Voici les axes d'amélioration définis pour les 5 prochaines années :

Objectifs opérationnels
En fonction du recueil des attentes réalisé au niveau individuel et collectif (PVI et CVS), Personnaliser davantage le service du petit déjeuner et des repas, en menant notamment , si identifié, une réflexion sur les horaires des repas et sur l'organisation du petit déjeuner
Rendre le repas plus convivial et améliorer la qualité hôtelière

Plan d'action
Revoir le service du PDJ : demander chaque jour aux résidents ce qu'ils souhaitent, leur donner la possibilité de changer (préparer le PDJ au moment).
Discuter en groupe de paroles comment améliorer le temps du repas, la remontée des résidents en chambres sur le secteur St-Jacques (privilégier les personnes à mobilité réduite) afin d'éviter l'encombrement du couloir St-Jacques et de l'ascenseur, les bousculades et conflits.
Réfléchir avec un groupe de travail (ss-groupe CLAN) pour améliorer le service : mettre une corbeille de pain sur les tables, des saucières... proposer un plateau de plusieurs fromages..., nappes, musique, ambiance, tenue des professionnels, proposer à midi, service dans un sens et le soir dans un autre pour éviter de commencer toujours par les mêmes résidents)

## 4.2- L'organisation interne de l'offre de service

---

### 4.2.1 – Le projet de vie individualisé

#### INTRODUCTION

Le résident est un être singulier, un tout indivisible qui rencontre à un moment de sa vie une ou plusieurs difficultés, liées ou non à un problème de santé l'empêchant de demeurer dans son environnement habituel. L'accompagnement proposé en EHPAD n'est donc pas uniquement soignant a pour ambition de répondre aux besoins et aux attentes du résident.

L'accompagnement personnalisé du résident concourt au développement d'une culture de la bientraitance impliquant une recherche constante d'amélioration des pratiques d'accompagnement quotidiennes et la nécessité d'imiter la vie à la maison.

Le projet de vie est une démarche dynamique de co-construction qui aboutit le plus souvent à un compromis (attentes, analyse, objectifs différents de la personne elle-même, de l'entourage, des professionnels, mais aussi principe de réalité) mais qui privilégie partout où cela est possible l'adaptation aux attentes.

Cette construction du projet personnalisé est issue d'un dialogue régulier avec la personne en constante évolution, ouvert aux événements et aux incidents de parcours.

#### BILAN DE L'EXISTANT

Dès l'entrée un recueil d'habitudes de vie, des besoins et des goûts est réalisé par une équipe pluridisciplinaire : psychologue, IDEC, IDE, soignant référent (AS), animatrice.

Ce recueil est analysé et permet l'identification des besoins selon le référentiel des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson : 10 besoins en référence au projet de soins et 4 besoins en référence au projet de vie du résident.

Cette trame organisée et renseignée permet au référent (de chaque recueil) de réaliser une synthèse complète, organisée et lisible.

Cette analyse est complétée par l'évaluation gériatrique réalisée par le médecin coordonnateur.

Chacun des membres de l'équipe est responsable de la recherche d'informations et de sa mise en ordre sous forme d'un dossier. Cependant, on ne considère pas cette personne comme le référent du résident.

Les outils servant à l'élaboration du projet individualisé (Démarche de soins et projet de vie) sont les suivants:

- évaluation gériatrique (médecin coordonnateur) : test Norton/ escarres, évaluation état nutritionnel
- synthèse de la psychologue (MMS/ score mental minimum)
- bilan médical d'entrée,
- synthèse de l'ergothérapeute,(test Tinetti-gest up and go)
- recueil de données des habitudes de vie (psychologue et soignant référent)
- transmission
- GIR

Une réunion est planifiée une fois par mois composée de : Médecin coordonnateur, IDEC, IDE, AS, AMP, ASH, psychologue et ergothérapeute. Elle permet l'analyse pluridisciplinaire des informations recueillies et l'élaboration du projet individualisé en 2 parties : démarche de soins et projet de vie.

Ce projet est ensuite formalisé selon une trame unique: déclinant sous forme de tableau problèmes (soins/risques), objectifs, actions, suivi/délai, évaluation.

La personne et/ou son représentant est inscrite dans le processus de réflexion, d'élaboration et de formalisation de son projet : recueil d'informations, identifications des goûts et envies, participation à la synthèse contractualisant (signature) du projet individualisé.

#### Points faibles :

-47% des résidents (soit 25 résidents) disposent d'un projet de vie individuel formalisé.

-le projet individualisé n'est pas intégré dans le dossier informatisé du résident

- pas d'homogénéité au niveau du recueil des données : habitudes de vie, besoins... (les données sont dispersées sur différents supports : feuilles de recueil, transmissions...)

- le projet de vie individualisé ne fait pas l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

-les projets individualisés ne sont pas systématiquement évalués chaque année.

### **AXES D'AMELIORATION**

La finalité première du projet de vie individualisé est la personne résidente. Il est la projection dans l'avenir de ce que souhaite la personne et l'expression de ses aspirations et de ses choix. Ainsi, l'objectif du projet de vie individualisé est d'organiser une vie collective et individuelle proche de celle vécue au domicile. Ceci en considérant les besoins du résident, en respectant ses habitudes et ses préférences quotidiennes, et en lui proposant les différents dispositifs mis en place par l'établissement (animation....).

Cependant, il n'en demeure pas moins qu'indirectement ce projet a aussi une incidence d'une part sur le personnel qui accompagne quotidiennement les résidents, et d'autre part sur l'institution qui est engagée dans une démarche de qualité, et qui s'engage consécutivement à challenger son offre au regard de la demande exprimée.

Cela va nécessiter :

- d'optimiser le rôle du personnel soignant en vue d'une meilleure individualisation de l'accompagnement des résidents. Ceci en sondant leurs observations et impressions auprès des résidents, en les sollicitant et les inscrivant dans l'élaboration et le suivi des objectifs personnalisés.
- d'exercer, évaluer et faire progresser une démarche qualité interdisciplinaire au service de chaque personne résidente. Ceci en mettant en place dans le cadre du projet de vie: une meilleure collaboration des différents services de l'établissement ; un suivi et une évaluation de cette collaboration en fonction des objectifs personnalisés préalablement définis.

Voici les axes d'amélioration définis pour les 5 prochaines années :



#### **4.2.1.1. Le recueil et l'observation des besoins et habitudes**

Objectifs opérationnels
Faciliter et homogénéiser le recueil des habitudes, des attentes et besoins
Rendre ce recueil plus pertinent et exhaustif
Plan d'action
Mettre en place un 1er recueil en amont de l'admission : Créer une fiche de recueil qui sera remise au résident au moment de la visite de la chambre => 1ères données recueillies avant l'entrée
Elaborer une maquette de « projet individualisé » (en s'appuyant sur le projet programmé dans OSIRIS) pour permettre le recueil des données par les différents professionnels (médecin coordonnateur, IDEC, IDE, AS, animatrice, ASH).
Réaliser le recueil par les professionnels sur les 2 premiers mois

#### **4.2.1.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident**

Objectifs opérationnels
Optimiser le processus pour la réalisation et l'évaluation du projet de vie personnalisé
Pour les nouveaux résidents : mettre en place l'élaboration du projet individualisé au cours du 1 <sup>er</sup> trimestre
Poursuivre l'élaboration du projet individualisé pour tous les résidents présents
Mettre en place l'évaluation annuelle des projets individualisés et la formalisation de l'avenant annuel au contrat de séjour

Plan d'action
Création de la maquette du projet de vie avec objectifs/actions/ évaluations (cf 4.2.1.1)
Tester la mise en œuvre du projet de vie sur les prochains résidents qui vont rentrer et réajuster le format
Paramétrage dans OSIRIS de la maquette « papier » validée => Projet individualisé intégré au dossier informatisé du résident
Création d'un guide utilisateur OSIRIS
Réaliser un calendrier pour l'élaboration et l'évaluation des projets individualisés

#### **4.2.1.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident**

Objectifs opérationnels
Renforcer l'implication du personnel dans le recueil des habitudes/besoins et le suivi des objectifs inscrits dans les projets individualisés

Plan d'action
Elaborer une procédure « Projet de Vie Individualisé : Elaboration et actualisation »
Planifier une réunion de synthèse à 2 mois pour faire le bilan et définir les objectifs et formaliser le projet individualisé
Dans chaque secteur, mettre en place un classeur regroupant les projets individualisés des résidents.
Instaurer des référents AS et ASH/secteur : programmer les évaluations des projets individualisés au changement de secteur (1 fois par an : au mois de mai)

## 4.2.2 – Le projet médical et projet de soin

### 4.2.2.1 – Organisation de la prise en charge médicale et soignante

#### ➤ ➤ Aide à la vie quotidienne et surveillance médicale :

Une aide à la vie quotidienne et une surveillance médicale des soins sont assurées en continu par une équipe de professionnels (détaillée dans le chapitre 4.1.1):

- Médecin Coordonnateur
- Pharmacienne
- Infirmière Coordinatrice
- Infirmières
- Aides-soignantes
- Agents de service hôteliers
- Animatrice
- Psychologue
- Diététicienne
- Ergothérapeute
- Secrétaire

Un dentiste intervient deux fois par an (vacations de 3h) en vue d'établir un bilan bucco-dentaire à chaque résident ; les personnes sont ensuite orientées pour les soins.

#### ☞ Ses objectifs

- Garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins en relation avec les différents intervenants extérieurs (médecin traitant, Kinésithérapeute, pédicure)
- Maintenir une qualité de vie tout en respectant la dignité de chacun
- Promouvoir la bienveillance
- individualiser la prise en charge en élaborant le projet de vie personnalisé

Le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice sont chargés de la coordination des soins et s'assurent de leur qualité. Un projet de soins est élaboré avec l'ensemble de l'équipe soignante.

## ➤ ➤ Suivi médical des résidents

Lors de l'inscription, un dossier médical rempli par le médecin traitant est demandé au futur résident.

A l'admission d'un résident, son dossier médical informatisé OSIRIS est créé. Les intervenants médicaux et paramédicaux ont accès à ce dossier afin de le compléter et de prendre connaissance d'informations.

### **Le dossier du résident informatisé comprend :**

- Le dossier administratif
- Le dossier médical
- dossier pharmacie
- Le dossier de soins= les dossiers :
  - Infirmier
  - Kinésithérapie
  - Ergothérapie
  - Psychologue

**Un dossier papier est créé en parallèle.** Les données sont regroupées dans un classeur par résident.

Le dossier médical : il contient les données ayant trait à la dépendance (grille AGGIR), aux ATCD (renseignés par le médecin coordonnateur), aux troubles actuels (observation médicale, grille PATHOS) et aux moyens pour y remédier. Il garde une trace de la commission d'admission, l'évaluation des premiers besoins, les principaux événements pathologiques, les examens complémentaires, des diagrammes d'action de soins ainsi que le courrier de spécialistes.

Le dossier de soins : il mentionne la liste quotidienne des médicaments, des EBM (Ecrans Bilans Mesures du dossier de soins informatisé), des soins. Il porte trace des transmissions et des projets personnalisés.

Les dossiers individualisés à jour, permettent ainsi la coordination des soins.

Le principe de la confidentialité des informations est garanti au niveau du dossier de soins :

- l'accès au dossier informatisé est sécurisé (droit d'accès par fonction et mot de passe),
- les dossiers « papier » sont rangés dans les bureaux des soignants fermés par un digicode,
- le personnel est sensibilisé, à la confidentialité des informations contenues dans les dossiers individuels (note d'information à affichage permanent, respect du secret professionnel est inclus dans le contrat de travail (article n°8) et le règlement intérieur)

## ➤ ➤ Continuité de la prise en charge /permanence de soins

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de l'établissement : Infirmière coordonnatrice, IDE, AS, animatrice, psychologue, ergothérapeute.

La continuité des soins est assurée 24h/24h grâce à la présence d'une aide-soignante la nuit.

Le médecin coordonnateur est présent sur la structure un jour par semaine, le vendredi.

De nombreuses transmissions ont lieu permettant la continuité des soins :

- des transmissions inscrites quotidiennement sur le dossier informatisé du résident par chaque acteur des soins permettant d'identifier facilement les éléments notables, devant modifier l'accompagnement et la surveillance des résidents
- des transmissions orales, chaque jour, aux changements d'équipe
- transmission ciblée du matin
- une réunion de synthèse, autour du médecin coordonnateur, 1 fois par semaine, pour élaborer des projets spécifiques, pour en évaluer les résultats et assurer le suivi médical.

Des intervenants extérieurs peuvent être consultés (dentistes, ophtalmologistes, ORL, spécialistes locaux sur la ville ou au CHIC CASTRES- MAZAMET, clinique du SIDOBRE, kinésithérapeutes, podologues, biologistes, radiologues....).

La mise en place d'un réseau de soins permet d'assurer à tout résident la continuité des soins. L'établissement a signé des conventions : avec l'équipe mobile de gériatrie, avec le CMP, le CHIC Castres-Mazamet et le Résopolid 81 pour les soins palliatifs, France Alzheimer.

Une procédure sur la permanence des soins a été élaborée. Elle décrit les modalités d'accès aux différents professionnels (médecin, IDE, pharmacienne et ambulance) la semaine et le week-end.

En cas d'urgence, l'IDE fait appel au médecin traitant, au médecin de garde (en cas d'absence du médecin traitant) de 20h à minuit en semaine ou de 8h à minuit le dimanche appel du 3966.

La proximité de l'IDE de nuit du SSR facilite la prise en charge des urgences.

#### **➤ L'accompagnement en fin de vie/soins palliatifs**

Le recueil de la désignation de la personne de confiance est réalisé par la psychologue qui explique au résident l'importance et le rôle de la personne de confiance dès son admission.

Depuis la mise en place du binôme médecin coordonnateur et IDEC et à la demande du personnel, l'établissement assure les soins jusqu'à la fin de vie.

L'IDEC, IDE, le Medco et la psychologue réalisent un bilan de prise en charge et identifient et planifient la démarche de soins et l'accompagnement palliatifs. Ils font systématiquement le bilan et l'analyse post prise en charge.

L'indication de la prise en charge de soins palliatifs est discutée collégialement en réunion d'équipe. Le médecin coordonnateur favorise la collaboration avec le médecin traitant par la mise en place d'une démarche thérapeutique. Les soins palliatifs sont assumés grâce à la disponibilité du médecin coordonnateur (nuit et weekend) ou du médecin traitant.

Une attention particulière est portée lors d'une prise en charge en soins palliatifs par le renfort temporaire de l'équipe permettant une approche adaptée en temps et respectueuse de la personne.

La psychologue intervient sur demande pour soutenir les familles.

Une convention avec le RESOPALID est signée permettant si besoin l'intervention : équipe mobile, conseils, appui techniques.

Le personnel soignant IDE et AS suivent des formations sur les soins palliatifs.

Afin d'assurer la continuité des soins, en l'absence du médecin, le CLUD a travaillé sur des prescriptions anticipées. Ces prescriptions sont valables pour une durée de 72h et doivent être remplies et signées par le médecin traitant et le médecin coordonnateur (ces prescriptions sont toujours accompagnées du protocole infirmier correspondant). Ces prescriptions concernent :

- l'utilisation du SCOPODERM ou SCOPOLAMINE pour la prise en charge de la dyspnée
- l'utilisation de la morphine injectable

Des protocoles concernant les soins palliatifs ont été travaillés et diffusés aux professionnels de santé :

- les soins de bouche
- l'aspiration trachéale
- la toilette complète au lit
- le capiluve
- la réfection du lit
- la relation avec la famille

Depuis décembre 2012, création d'un Comité d'Ethique ouvert aux médecins de ville et professionnels de santé travaillant dans d'autres EHPAD. Il permet le Débat et le Partage d'expériences de vie, entre professionnels sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des résidents en fin de vie.

L'établissement demande à la famille du résident si des dispositions particulières ont été prises pour les obsèques. Si le résident n'a pas de famille, l'établissement réalise les démarches dans le respect des dernières volontés et convictions religieuses du résident.

#### ➤ ➤ **Circuit du médicament**

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne. La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements.

Un audit annuel portant sur le circuit du médicament a permis la sécurisation des différentes étapes de la prescription à l'administration des médicaments.

La délivrance des médicaments est nominative et individuelle. Les différents secteurs de l'EHPAD sont approvisionnés, par la pharmacienne, une fois par mois en rotation de 1 secteur de l'EHPAD par semaine.

Les containers de transport sont scellés et contiennent les sachets individuels identifiés et eux même fermés avec une copie de la feuille de traitement nominative

Les IDE préparent dans chaque secteur les piluliers individuels, une fois par semaine (1 secteur par jour).

Les médicaments sont distribués et administrés en salle à manger ou en chambre matin, midi et soir selon les protocoles validés par la cellule « management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ».

La dotation « besoins urgents » de l'armoire à pharmacie du SSR permet d'assurer la gestion des urgences médicamenteuses.

#### ➤ ➤ **La prévention de la maltraitance-promotion de la bientraitance :**

Entre 2011 et 2014 tous les professionnels ont suivi une formation sur la démarche de Bientraitance en EHPAD. Cette formation a été accompagnée d'un audit réalisé sur les pratiques professionnelles. Suite à cet audit, un plan d'action a été élaboré et une charte de Bientraitance a été créée par les professionnels formés, puis validée par les instances et présentée au Conseil de Vie Sociale. La charte de Bientraitance a été diffusée à l'ensemble du personnel et elle est remise à tout nouvel agent, qui

s'engage, en signant son contrat de travail, à l'appliquer. Elle est également affichée dans chaque secteur au niveau des salles de soins.

Une organisation est mise en place, au sein de l'établissement, pour le signalement des événements indésirables. Tout acte de suspicion de maltraitance peut être signalé par l'intermédiaire de la fiche de signalement d'incident.

La procédure décrit le signalement, le traitement et l'analyse par le CREX (Comité de Retour d'Expérience) afin de mettre en place des actions correctives immédiates et des actions de prévention pour éviter que ce cas se reproduise.

#### **4.2.2.2 – Gestion des risques, prévention et développement des soins gériatriques**

##### **➤ ➤ Le dépistage et la prise en charge de la douleur**

Depuis le 28 octobre 2009, un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) a été créé en interne pour travailler sur les protocoles de prise en charge de la douleur et sur les Soins Palliatifs. Ce CLUD se réunit plusieurs fois dans l'année et certaines réunions associent les médecins de ville, les IDEC et autres soignants des autres EHPAD mazamétains, le Resopalid 81.

Les objectifs fixés sont les suivants :

- Repérage des symptômes douloureux
- Evaluation de la douleur
- Optimisation du suivi de la douleur physique et/ou psychique

Des protocoles ont été créés par le CLUD et mis à disposition du personnel dans les classeurs de protocoles dans les unités de soins et sont mis en ligne sur le Serveur informatique (prise en charge de la douleur de la personne âgée, toilette chez un patient/résident douloureux, utilisation des opiacées, traitement des effets secondaires des opiacées, utilisation du FENTANYL par voie transdermique, équivalences morphiniques, protocole d'utilisation de la morphine douleurs intenses, utilisation de la morphine injectable à la seringue électrique, un aide-mémoire de prescription des antalgiques destiné au personnel médical et soignant).

De même tous les comptes rendus du CLUD sont mis à disposition des professionnels sur le Serveur dans « gestion documentaire ».

Dans l'établissement, deux échelles ont été choisies par le CLUD et sont utilisées:

- si le résident est communicant, on utilise l'échelle d'auto-évaluation : l'échelle visuelle analogique (EVA)
- si le résident n'est pas communicant (ou l'interrogatoire non fiable), on utilise l'échelle d'hétéro-évaluation : ALGOPLUS

Pour les résidents en difficulté psychologique, un entretien avec la psychologue attachée à l'établissement est mis en place. En cas de troubles psychiatriques plus lourds, une convention a été signée avec le centre psychiatrique de LAVAU.

##### **➤ ➤ La prévention et la prise en charge des chutes**

Une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge du risque de chute et les actions mises en oeuvre ont permis de définir des objectifs d'amélioration portant sur : la prévention, le signalement et les paramètres à l'origine des chutes.

A l'admission, une évaluation systématique du risque de chute, est réalisée à l'aide d'un test (appui unipodal, get-up and go) pour chaque nouveau résident.

Une fiche de déclaration des chutes ainsi que la traçabilité des chutes de chaque résident avec une échelle de criticité sont mises en place. Les objectifs étant de repérer les facteurs de risques, les personnes à haut risque. Les risques des résidents sont ainsi en « rouge », « orange » ou « vert » facilitant la vigilance et l'alerte individualisée.

Un bilan des chutes, est réalisé chaque trimestre, en équipe pluridisciplinaire (autour du médecin coordonnateur, de l'IDEC, et de la qualitiennne) ainsi qu'une analyse concernant les risques afin de réfléchir à des actions ciblées à mettre en place évitant toute récurrence de chute: sensibilisation/éducation du résident, possible intervention de l'ergothérapeute et d'un kinésithérapeute, évaluation et prise en charge médicale....

Les contentions sont exceptionnelles et réalisées sur prescriptions médicales. Elles sont réajustées hebdomadairement.

### **>> La prévention et la prise en charge des escarres**

Un groupe pluridisciplinaire « ESCARRES » a été mis en place depuis 2003. Ce groupe a établi des protocoles de prévention et de traitement des escarres.

Le risque d'escarre est évalué par le médecin coordonnateur à l'aide de l'échelle NORTON lors des démarches de soins.

Une fiche de déclaration d'escarres a été élaborée, elle est mise en place dès qu'une escarre apparaît, une AS référente est chargée de suivre l'évolution de l'escarre (prise de photos à chaque évolution de stade), remplissage de la fiche de plaie.

Des kinésithérapeutes, choisis par les résidents interviennent au sein de l'établissement. Mais les synthèses et bilans de prises en charge ne sont pas systématiquement transmis à l'équipe de soins, dans le dossier OSIRIS.

### **>> La prévention et la prise en charge de la dénutrition**

Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée avec les professionnels concernés, les membres de la Commission des Menus et le CLAN, pour promouvoir le rôle central de l'alimentation (solide et liquide) en termes de convivialité mais aussi en termes de prévention.

Un MNA est réalisé un mois après l'entrée du résident (Mini Assessment Nutritional) par l'AS.

En cas de perte de poids, une fiche de suivi des ingestions est mise en place et analysée avec le support de la diététicienne.

Une pesée est effectuée tous les mois. Un tableau de suivi des courbes de poids est réalisé ; elle permet la vigilance et l'anticipation d'une dégradation nutritionnelle par l'IDE et l'AS. La diététicienne et le médecin coordonnateur interviennent dans l'adaptation des régimes spécifiques.

Une fiche de surveillance de l'alimentation est mise en place sur 3 jours, dès qu'il y a perte de poids, ou un bilan biologique perturbé. Cette fiche est ensuite transmise à la diététicienne qui l'analyse et décide de supplémenter l'alimentation en protéines si nécessaire.

Un travail est mené actuellement sur l'enrichissement « naturel » des plats. Avec la collaboration du cuisinier et de la diététicienne, mise en place de l'enrichissement avec des produits « naturels » pour les résidents dénutris (albumine < 35).

L'efficacité de cet enrichissement sera contrôlée avec dosage de l'albumine.

Un dentiste (retraité) intervient trois fois par an (vacations de 3h) pour réaliser des bilans buccodentaires et permettre l'orientation anticipée vers les soins.

## **>> Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement**

Le rapport d'activité médicale précise qu'une vingtaine de personnes, soit un tiers des personnes hébergées, souffre d'états dépressifs cycliques. Ils sont suivis par les médecins traitants et la psychologue. Mais à ce jour, aucune évaluation n'est réalisée avec échelle pour dépister les troubles du comportement.

Une convention a été signée avec l'équipe mobile gériatrique du CHIC Castres- Mazamet afin de lui adresser certains résidents pour réaliser des bilans cognitifs, donner des conseils de prise en charge individualisés après présentation du dossier par le médecin coordonnateur.

La formation du personnel soignant pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence est effective :

- une AS a suivi la formation d'assistant de soins en gériatrie
- le personnel soignant a suivi la formation « Comprendre et communiquer maladie Alzheimer »

Une convention avec le CMP de secteur est signée : elle doit permettre le suivi des personnes par une IDE psy du CMP dans l'EHPAD.

L'IDEC doit veiller à la régularité des visites IDE du CMP.

Le médecin traitant est appelé systématiquement face à l'agressivité, le risque de fugue, l'agitation et l'anxiété majeure. La création d'un EASA inscrit dans le projet architectural, est en cours de réalisation. Le EASA permettra d'accueillir dans la journée des résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

Dans cet espace, des activités sociales et thérapeutiques seront proposées dont les principales caractéristiques sont :

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

L'environnement architectural répondra à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir un lieu de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

## **>> L'analyse et la maîtrise du risque infectieux**

L'établissement dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N) qui est chargé d'organiser la prévention des infections au sein de l'établissement. Une Cellule Hygiène est mise en place. Elle est composée d'un médecin, IDEC, pharmacienne qui est présidente du CLIN, cadre de santé du SSR, correspondants hygiène formés et qualitatienne.

La Cellule Hygiène élabore les protocoles d'hygiène et assure leur application.

Une fois par an, la Cellule Hygiène remplit le document d'analyse du risque infectieux (DARI), les résultats sont transmis et discutés en CLIN afin d'élaborer un plan d'actions.



Des formations à l'hygiène et des évaluations de l'application des protocoles sont mises en place.

La vaccination contre la grippe, le tétanos et le pneumocoque chez les résidents fragilisés, est effectuée en l'absence de contre-indication. La vaccination contre la grippe est pratiquée entre le 15.10 et 15.11 de chaque année.

Le vaccin anti-pneumococcique est réalisé tous les 5 ans sur prescription médicale.

## AXES D'AMELIORATION

Voici les axes d'amélioration que nous avons définis pour plusieurs années :

Objectifs opérationnels
Améliorer le suivi médical et para-médical en optimisant l'outil informatique OSIRIS
Améliorer la prise en charge des personnes qui présentent des troubles cognitifs et du comportement avec la création d'un EASA.
Poursuivre la gestion des risques (identification des risques, actions d'amélioration et de prévention): maîtrise du risque infectieux, sécurisation du circuit du médicament, risque chutes, escarres...

Plan d'action
Paramétrer dans OSIRIS les différents suivis (dans « écran bilan mesure ») : douleur, plaies et cicatrisation, vaccination, soins bucco-dentaires.... Ainsi que des alertes pour : albumine, pace-maker...
Changer les postes informatiques (PC en « clients légers ») afin d'améliorer la connexion au serveur informatique et optimiser la maintenance.  Mettre en place un poste informatique dans le bureau de l'IDEC afin de libérer le poste « soignant » pour les médecins et faciliter leur accès à OSIRIS.
Déployer sur tous les secteurs les tablettes OSIRIS pour mettre en place la validation des soins en temps réel
Mettre en place des vacations ErgoT (1 fois/trimestre) en attendant le recrutement d'un ergothérapeute
Réalisation des travaux de réhabilitation EHPAD et création d'un EASA et d'un espace nocturne sécurisé
Mettre en place des formations du personnel sur l'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs et du comportement.
Mise en œuvre du programme annuel LIN ainsi que du plan d'action issu du DARI
Poursuivre les réflexions d'Ethique : Comité d'Ethique interne et participation à d'autres comités d'éthique
poursuivre le travail des groupes et commissions sur la démarche qualité et la gestion des risques
Formation de l'ensemble du personnel à la prévention bucco-dentaire

## 4.2.3 – Le projet d'animation

L'animation est essentiel dans la vie d'un résident. Il ne s'agit pas uniquement de distraire ou faire passer le temps, mais de donner de l'existence au temps, de maintenir la personne dans la réalité, de lui donner une place réelle ainsi que l'envie de se projeter dans l'avenir en mettant en oeuvre des projets. Essayer de faire que le lendemain ne soit plus une inquiétude ou un vide, mais bel et bien la continuité de la vie envisagée de la manière la plus positive possible.

L'objectif de chacun trouve sa place dans la maison de retraite et que chacun puisse se sentir important en mettant en avant les capacités restantes de chacun et non les capacités perdues.

Enfin, il est à noter qu'un projet d'animation n'est pas figé puisqu'il est soumis aux spécificités des attentes des résidents. Afin d'évaluer ces changements, un sondage sera effectué auprès des résidents et du personnel de l'EHPAD. Il est enrichi de la participation du CVS et par le contenu des projets de vie individualisés.

### BILAN DE L'EXISTANT

L'animation au Refuge repose sur un principe remarquable qui est celui de donner du sens à la vie du résident au travers des différentes activités. L'établissement ne limite pas son projet d'animation à des moyens occupationnels mais vise à permettre la réalisation personnelle des résidents et la poursuite d'une implication sociale véritable, concrète et respectueuse des singularités (ex : activités de production de produits bénéficiant aux sans-abris, aux personnes précarisées vivant dans les pays africains).

#### ○ L'encadrement des animations :

##### ↳ Une animatrice :

Une animatrice diplômée est actuellement en poste à temps plein sur l'animation proprement dite. Elle prend en charge les activités à visée thérapeutique mais aussi à visée sociale notamment celles en rapport avec l'estime de soi. Elle est secondée par un CAE animation.

##### ↳ Des bénévoles :

Une équipe de bénévoles de ***l'association « L'Entraide Protestante »*** anime différentes activités à caractère social en collaboration avec l'animatrice salariée de l'établissement, sous la coordination de la secrétaire générale. Cette contribution représente 1.5ETP.

Une convention de collaboration a été signée avec cette association afin de fixer les conditions et les modalités de collaboration aux diverses activités d'animation à visée sociale interne et externe. L'entraide protestante propose à l'établissement de poursuivre son investissement par la mise en place de « visiteurs ».

o **La programmation des animations :**

Au cours du dernier trimestre, des rencontres avec les bénévoles de l'activité, la Présidente de l'association et l'animatrice sont organisées pour réaliser un bilan spécifique de chaque activité, une prévision future, une évaluation des besoins.

A l'issue de ces rencontres, le programme annuel d'animation est élaboré.

Des fiches d'animation sont élaborées et proposées comme outil de guidance pour les membres bénévoles. Ces fiches précisent notamment:

- l'aménagement de la salle,
- le matériel nécessaire,
- la population pour laquelle l'activité est adaptée,
- les principes de l'activité (fonctionnement, consignes, variantes, encadrement/ accompagnement, etc...)
- les axes d'évaluation

o **L'évaluation des animations :**

Afin de pouvoir suivre l'évolution des animations ainsi que l'investissement des résidents, des fiches ont été créées :

- fiche des objectifs et du descriptif de chaque activité,
- fiches de compte-rendu des animations renseignées par animatrice et/ou intervenants,
- fiche de suivi quantitatif individualisé, mais elle ne qualifie pas le degré de participation, et la satisfaction des résidents.

Un tableau de suivi des animations a également été mis en place. Il a pour principe de répertorier pour chaque résident l'ensemble des activités auxquelles ce dernier participe. Ainsi, il permet d'identifier les préférences de chacun.

Une évaluation permettra de dégager à moyen terme des objectifs d'animation à la fois collectifs mais également individuels.

o **La communication des animations :**

Les résidents et les proches sont informés sur la vie de l'établissement par:

- l'affichage du programme d'animation
- la diffusion du journal « Les Echos du Refuge »
- le site Internet du Refuge : rubrique « Animation »

Un compte-rendu annuel des animations réalisé à partir des fiches d'évaluation est présenté, au Conseil de Vie Sociale.

Des articles relatant les activités de l'année sont insérés dans les Echos du Refuge créé depuis 1994. Cette revue est ensuite distribuée aux adhérents de l'association, aux futurs résidents et familles, aux résidents ....

Toutes les animations paraissent dans la presse locale (Dépêche du Midi, Montagne noire, Journal d'Ici) et dans la revue ENSEMBLE.

- **Le budget des animations :**

Annuellement une grille de préparation budgétaire détaillant les investissements en matériel et les frais de fonctionnement est à compléter et à remettre à la direction pour accord.

Les achats sont effectués après validation d'un bon de commande par la direction

- **Les animations à visée sociale**

- ☞ **Les animations Hebdomadaires**

Les activités réalisées dans l'EHPAD sont loto, chorale, lecture, cinéma, scrabble, journal, goûter en chanson, conférences diapositives, belote, couture, tricot (projet d'aide aux sans-abris), cours d'Occitan

- ☞ **Les animations Ponctuelles**

**Musique et spectacles**

**Rencontre inter-établissements**

**Semaine du Goût**

**Repas à thème**

**Repas améliorés avec menus et/ou décorations de tables : Pâques, Noël, Nouvel An.**

- ☞ **Les sorties**

- ☞ **L'ouverture sur l'extérieur**

Le Refuge est ouvert sur l'extérieur. Cette ouverture se traduit par:

- des animations avec des écoles, collèges, lycées, association de « Nonvoyants d'Augmontel », maison de retraite de Labruguière
- des conférences, expositions sont organisées dans les murs du Refuge
- lorsque c'est possible, en fonction des horaires des animations et de la disponibilité des bénévoles, participation à des animations locales : marché de Noël, les Floriales, kermesse protestante
- les résidents peuvent bénéficier de certains services offerts par le territoire: visite de musée, spectacles, marché
- Les personnes accueillies participent à des groupes d'entraide : ex : confection de bandelettes pour l'Afrique, bonnets et chaussettes pour les sans-abris.

- ☞ **Les animations individuelles**

Ces animations commencent à se mettre en place avec l'équipe des bénévoles visiteurs de l'aumônerie.

Il s'agit d'un accompagnement un pour un, nécessaire pour les résidents moins autonomes, moins attirés par les animations collectives.

Actuellement, quelques accompagnements individuels sont en place :

- Faire la lecture
- Faire des promenades

o **Les animations thérapeutiques**

- Atelier équilibre : travailler sur le risque de chute
- Atelier avec des animaux : avec la psychologue
- Atelier « mémoire » : proposer des animations pour les résidents ayant des troubles cognitifs

## AXES D'AMELIORATION

### Objectifs opérationnels

Instaurer une dynamique institutionnelle en partenariat avec tous: écoute des demandes du résident par l'ensemble du personnel (lors d'un soin, d'une toilette...).Sensibilisation du personnel aux plannings d'animation, travailler en partenariat avec les familles et les collaborateurs qui souhaiteraient apporter leur aide à l'animatrice selon ses compétences et son savoir –faire.

Développer les accompagnements individuels avec les bénévoles visiteurs.

Recréer « l'esprit maison » et laisser des résidents s'investir dans des activités quotidiennes

Développer les animations à visée thérapeutique

### Plan d'action

Améliorer la coordination entre les professionnels : participation de la Présidente du CVS et de la Direction à certaines réunions d'équipe le vendredi.

Intégrer les ASH aux transmissions quotidiennes du matin.

Mener une réflexion sur les « référents » des projets de vie individualisés et leurs rôles.

Développer les animations à visée thérapeutique : dégager le CAE animation pour les activités à visée sociale afin de libérer l'animatrice pour développer les animations à visée thérapeutique à partir des projets de vie individualisés.

Créer un groupe pluri-professionnel pour la décoration des espaces collectifs.

Mise à jour du site Internet de l'établissement avec les résidents.

Mettre sur chaque chariot de ménage, le programme d'animation.

## 4.2.4 – Des prestations hôtelières au service des résidents

Un EHPAD est avant tout un lieu de vie, en tant que tel il dispense des prestations d'hôtellerie et de maintenance qui interagissent avec les autres fonctions de la structure. Ces fonctions sont stratégiques à plus d'un titre.

Elles sont fondamentales pour les résidents qui jugent de la qualité des prestations particulièrement par le prisme des fonctions logistiques. Elles sont également très importantes pour l'établissement. Un établissement avec sa propre blanchisserie et sa propre cuisine propose un accompagnement complet du résident.

Les enjeux des fonctions logistiques sont divers :

- Reflet de la qualité de la prise en charge
- Recherche de la performance économique
- Recherche de l'efficacité organisationnelle
- Autonomie de l'établissement

### 4.2.4.1 – Projet Restauration

Le temps repas doit être un temps de plaisir et de vie sociale. Le cadre est ainsi accueillant et adapté à l'état des résidents (décoration, les couleurs des murs, tableaux ...). Le maintien et/ou le retour du plaisir de la table est favorisé par tous moyens notamment en offrant un service à table de qualité et respectueux du libre choix de la personne. De même, la qualité des repas et leur organisation ont pour objectif de lutter contre la dénutrition et les troubles des conduites alimentaires. La production des repas sur site permet d'avoir une qualité optimale grâce à l'achat direct de produits frais.

La fonction restauration est encadrée par trois critères d'action :

- La sécurité sanitaire, garantie par les protocoles respectés (HACCP)
- Le respect des goûts des résidents (commission menus),
- La qualité gustative et la présentation des repas

Le service restauration est en interaction permanente avec :

- Les services hébergement et de soins (prévisions de sorties, repas de sorties, régimes, repas spéciaux),
- Les services administratifs, lingerie, entretien technique, entretien des locaux (prestations conjointes, entretiens et réparations diverses).

## **BILAN DE L'EXISTANT**

La cuisine dispose de circuits et matériels ad hoc (chambres froides, cellules de refroidissement, chariots bains mari, matériels de production...). La plonge est séparée avec circuit dissocié. Un programme de maintenance est géré par la logistique.

La sécurité alimentaire est organisée :

- un Plan de maîtrise sanitaire est mis en place

-le personnel du service restauration a été formé à la démarche HACCP et des protocoles sont élaborés et appliqués

-la traçabilité est réalisée au niveau :

- des contrôles de température
- du plan de nettoyage
- des étiquettes alimentaires
- des contrôles de température ...

### **Les repas :**

Le cuisinier fait appel à une centrale de référencement (la CACIC) et à des fournisseurs locaux (catalogue numérique de producteurs locaux).

La production est organisée le jour même (environ 100 repas par services).

Les menus sont établis sur 5 semaines puis vérification par la diététicienne, avant diffusion ils sont validés en commission des menus qui a lieu toutes les 5 semaines

Un menu de substitution est proposé.

Les régimes et les textures modifiées sont travaillés avec la diététicienne.

Une commission des menus a lieu toutes les 5 semaines. Elle vise essentiellement à définir les menus et à établir une démarche qualité autour des repas et du service (suivi des propositions, problématiques rencontrées, etc.). Elle permet aux résidents de s'exprimer et d'établir une communication entre les résidents, cuisiniers, soignants, personnel de restauration.

Un CLAN (Comité de liaison Alimentation-Nutrition), créé en octobre 2011, participe à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle du résident et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire.

Le CLAN définit un programme d'actions à mener dans le domaine de la Nutrition et de l'Alimentation. Il accompagne et valide les actions de mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions. Il détermine les objectifs d'intervention et assure la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires.

Les actions inscrites dans le programme sont les suivantes :

-Travailler sur l'amélioration : des régimes, des textures, de la présentation des plats et du service en salle à manger

-Evaluer l'état nutritionnel de tous les résidents

-Promouvoir l'alimentation plaisir

-Participation à la campagne régionale d'évaluation des Biodéchets

- Mettre en œuvre la charte Développement Durable signée avec le conseil général et la convention « approvisionnement en produits alimentaires de proximité »

Les points faibles soulevés lors de l'évaluation externe:

- **Le cadre de vie :**

- o L'environnement de la salle à manger est relativement dépouillé : pas de nappage, pas de décoration

- **Les repas :**

- o Les repas sont servis à 18h le soir

- Les repas bien qu'équilibrés sur le plan nutritionnel n'ont pas de présentation stimulante pour les résidents
- Le service en chariot dénote une approche de service de collectivité et peu de service « maison »
- **L'expression des résidents :**
  - Une commission « menus » a lieu toutes les 5 semaines. Elle vise essentiellement à définir les menus. La représentation de résidents est faible (2 personnes) permettant peu l'expression

**Les préconisations des évaluateurs externes ont été les suivantes :**

- Reconsidérer l'horaire du repas du soir
- Améliorer le cadre de restauration des résidents afin de stimuler le plaisir et les sens lors de ce temps essentiel de la vie en établissement
- Développer une approche du service et de présentation des repas en adéquation avec un service intime et personnalisé, visant à augmenter le critère de restauration plaisir.
- Travailler autour de la prestation restauration pour augmenter le concept de repas plaisir.
- Promouvoir la mise en place d'une commission restauration ouverte à tous les résidents permettant de repenser la dynamique autour du repas, sa présentation, sa qualité.
- Promouvoir une réflexion autour du thème « alimentation/plaisir »

**AXES D'AMELIORATION**

Depuis 2003, une démarche d'amélioration continue de la qualité au niveau de la restauration est effective. Les actions d'amélioration ont d'abord concerné, la sécurité sanitaire (méthode HACCP, formation, élaboration de protocoles, achat de matériel, mise en place d'une maintenance préventive des équipements...). Petit à petit les actions ont couvert d'autres domaines avec la mise en place de la commission des menus et du CLAN.

De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en œuvre, comme exemples : analyse des menus, suppression de certains plats peu appréciés des résidents, patients, ajout de certains plats suggérés lors des commissions de menus, amélioration des desserts... toujours dans un souci de repas « comme à la maison ». Le CLAN travaille sur une politique d'alimentation plaisir. Des repas à thème sont proposés, une formation sur l'alimentation a été dispensée à des professionnels. Dans le cadre du développement durable, nous travaillons sur la lutte contre le gaspillage alimentaire et l'approvisionnement local.

Le constat des évaluateurs externes nous conforte dans nos choix et alimente nos plans d'action. Voici les axes d'amélioration que nous avons définis pour plusieurs années :

<b>Objectifs opérationnels</b>
Améliorer le cadre de restauration afin de stimuler le plaisir et les sens
Maintenir le niveau de sécurité sanitaire
Mettre en œuvre les actions inscrites au programme annuel du CLAN
Recueillir les avis et suggestions des résidents et des familles sur la prestation restauration
Mettre en œuvre la convention « approvisionnement en produits alimentaires de proximité »
Poursuivre la réduction des biodéchets et la lutte contre le gaspillage alimentaire



Plan d'action
Créer un groupe de travail pour réfléchir à l'environnement du repas : décoration de la salle à manger, des tables, éclairage, organisation du service, les tenues des professionnels...
Mettre à jour le PMS et réactualiser les protocoles et fiches de traçabilité, suivre les recommandations des services vétérinaires
Travailler avec le CVS pour recueillir l'avis des résidents et organiser une enquête de satisfaction ponctuelle sur la restauration (horaire du repas du soir...)
Mettre en œuvre les 3 groupes de travail définis par le CLAN pour travailler sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les régimes</li> <li>- les textures</li> <li>- la présentation des plats et du service en salle à manger</li> </ul>
Suivre les préconisations de la société AGROPOINT suite à l'audit « approvisionnement en produits alimentaires de proximité »
Favoriser les fournisseurs locaux (utilisation du catalogue numérique mis en place par le conseil général)
Travailler avec le groupe Développement Durable sur les Biodéchets

#### 4.2.4.2 – Fonction Linge

##### **BILAN DE L'EXISTANT**

L'établissement a été désireux de mettre en place une démarche d'assurance qualité au niveau de la prestation linge (linge plat, linge des résidents et tenues professionnelles).

Une partie du linge est traitée par un prestataire externe et une autre partie est traitée en interne par la lingère.

**Le traitement du linge en externe :** *pour cette partie du linge, le rôle de la lingère est centré sur la gestion des stocks.*

L'établissement a changé en 2011 de prestataire externe pour le traitement du linge plat et les tenues professionnelles. Il s'est engagé avec la Société INITIAL, qui traite le linge qui lui est confié conformément au référentiel de bonnes pratiques BP G07-223, certifiée ISO 9001, conforme NF EN 14065 et engagée dans une démarche Développement Durable (certifié fibre citoyenne). L'objectif étant de se mettre en conformité dans le cadre d'une démarche qualité et de Développement Durable.

Le Linge plat est assuré par le prestataire extérieur via deux livraisons par semaine de linge plat et tenues professionnelles selon dotation. La livraison se fait dans les services Tournier, Rec, St Jacques et SSR. Le prestataire livre le propre et reprend le sale=> les évaluateurs externes ont soulevé le problème des conditions de transport du linge dans le camion du prestataire.

Le linge propre et le linge sale circulent dans le même camion .Le linge propre est sur un chariot non hermétique, filmé (pas toujours) et le chariot houssé. Le linge sale mis dans des sacs est sur un chariot non hermétique.

Depuis le 6 juin 2015, l'établissement a résilié le contrat avec la société INITIAL. Une consultation est ouverte.

Un cahier des charges est en cours d'élaboration : réflexion en cours sur le nombre de passage (livraison), le nombre de stock, les conditions de transport du linge, les règles d'hygiène RABC et les critères Développement Durable.

**Le traitement du linge en interne :** *La lingère a bénéficié de formation dans le cadre de la démarche qualité autour du linge*

En interne, fin 2012, les locaux de la lingerie interne ont été entièrement restructurés (trois zones bien distinctes : zone sale, SAS zone neutre et zone propre) afin de pouvoir respecter une marche en avant et appliquer la démarche RABC.

La lingère va chercher les linges sales (2 fois par jour matin et midi) dans les étages à l'aide d'un chariot bac acier fermé (linge résident) et bac plastique pour les bandes et navettes de nettoyage. Elle alimente par la suite les machines à laver double porte.

La lingère est en charge du lavage séchage puis repassage et couture éventuelle. Le stockage du linge se fait sur des étagères houssées pour la distribution. La distribution est faite selon les secteurs deux fois par semaine.

Le linge est marqué par le résident et le linge à risque infectieux est identifié dans des sacs solubles dans des sacs dissociés.

## **AXES D'AMELIORATION**

En 2013, la Direction fait appel à un cabinet conseil, JPB Conseils, pour réaliser un audit de la fonction Linge et former le personnel de la Lingerie ainsi que du personnel des services de soins et des membres de l'équipe RABC. Le bilan de l'audit, met en évidence une fonction linge de très bonne qualité. Les quelques points négatifs ou mitigés sont essentiellement dus au fait que la blanchisserie soit neuve et que l'établissement a judicieusement attendu cette restructuration avant de se lancer dans des procédures écrites. Suite à cet audit, un classeur blanchisserie avec protocoles limitant le risque infectieux a été mis en place, un plan de nettoyage est défini et tracé, des contrôles avec prélèvement de surface sont mis en place.

Les résultats d'une enquête de satisfaction (dont une partie réservée au linge) réalisée en 2013 auprès des résidents et des familles ainsi que de nombreuses fiches de signalement de dysfonctionnement enregistrées au service qualité ont montré que des améliorations devront être faites à plusieurs niveaux :

- sur le délai de restitution du linge
- perte des vêtements
- état du linge

- restitution du linge : parfois le linge personnel d'un résident est restitué à un autre résident.

Voici les axes d'amélioration de la prestation linge que nous avons définis:

Objectifs opérationnels
Amélioration de la prestation externe : cahier des charges + appel d'offre
Amélioration de la prestation interne
Resensibiliser les familles et les résidents sur le marquage du linge

Plan d'action
faire une évaluation de la prestation linge par les professionnels utilisateurs
Elaborer un cahier des charges pour la prestation externe (traitement linge plat et tenues professionnelles)
Réaliser l'appel d'offre pour prestation linge externe
Réaliser en interne un audit du circuit du linge des résidents + plan d'actions
Mettre en œuvre le plan d'action suite à l'audit du circuit du linge des résidents
Information en commission d'accueil et au CVS sur le marquage du linge et surtout sur tout nouveau linge (changement de saison) et sur le traitement du linge délicat

#### 4.2.4.3 – Fonction Maintenance

##### **BILAN DE L'EXISTANT**

Une organisation est mise en place pour le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens par le service technique. Des travaux de peinture, entretien des bâtiments sont également suivis par les agents d'entretien.

La maintenance préventive des équipements et installations est organisée, un registre sécurité est tenu à jour depuis 1995 avec traçabilité des contrôles et inspections.

Pour la sécurité des biens et des personnes, un programme de maintenance préventive annuelle est mis en place pour les contrôles (réalisés en externe par des entreprises et en interne, réalisés par le service technique). Ce programme géré par le service technique, est réactualisé chaque année. Il est progressivement élargi aux équipements biomédicaux.

Un diagnostic accessibilité a été réalisé le 2/5/2012. Les travaux d'accessibilité ont été réalisés, d'autre restent nécessaires, ils le seront dans le cadre du projet de réhabilitation et de création du secteur sécurisé.

Au-delà de la réglementation, la sécurité incendie est une des priorités obligatoires de l'établissement, compte tenu du contexte architectural : mise aux normes du Système de

Sécurité Incendie, des Détection Incendie, des consignes de sécurité, réactualisation des plans d'évacuation et mise à jour des plans d'intervention de l'établissement. L'ensemble du personnel est formé à la sécurité incendie suivant deux modules de formation dispensés chaque année par une société agréée.

Le carnet sanitaire est en place. Les contrôles réguliers de l'eau sont réalisés en interne par les services techniques de l'établissement et consignés sur le carnet sanitaire qui regroupe :

- les protocoles et conduites à tenir,
- la traçabilité des actions
- les résultats des contrôles (12 prélèvements en 2 fois juillet et décembre)

Des analyses de l'eau sont effectuées en externe par un laboratoire d'analyse 2 fois par an et plus si nécessaire. Les contrôles pour la prévention de la légionellose sont effectués chaque année en juillet et décembre. L'attestation de contrôle de la légionellose est affichée dans l'établissement.

## AXES D'AMELIORATION

Les constats ainsi que les préconisations issus des évaluations internes et externes ont permis de définir des axes d'amélioration :

Objectifs opérationnels
Améliorer la traçabilité des interventions du service technique (planification des opérations requises, délai d'intervention, suivi des actions...)
Elargir l'utilisation du plan qualité aux actions issues des visites de contrôle et inspections
Optimiser la sécurité des résidents

Plan d'action
Rappeler aux professionnels (par note d'info et info avec bulletin de salaire) la procédure des interventions du service technique (utilisation du cahier d'intervention)
Intégrer dans le PAQ, les actions de maintenance (issues des contrôles externes et internes)
Mémoriser sur le téléphone des résidents le numéro de l'accueil afin qu'ils puissent avoir toujours un agent pour leur répondre (si les sonnettes ne fonctionnent pas).

### 4.2.5– L'ancrage des activités dans le territoire : partenariat et ouverture

L'établissement, par son initiative, développe son ouverture «à» et «sur» son environnement.

#### **4.2.5.1 –L’ancrage territorial et l’inscription de l’établissement dans des démarches de partenariat**

##### **>> L’établissement est inscrit dans plusieurs réseaux et participe à des groupes de travail:**

L'établissement est inscrit dans plusieurs réseaux départementaux ou régionaux pour différents domaines:

- Résopalid 81 pour les soins palliatifs
- UDEPA (l'union départementale des directeurs d'établissement de personnes âgées)
- REQUAMIP (réseau qualité de Midi-Pyrénées)
- ASP (association pour le développement des soins palliatifs du Tarn)
- QUALIRIS (réseau inter-hospitalier qualité/gestion des risques)
- FEP (Fédération de l'Entraide Protestante),
- LPO (Ligue de Protection des Oiseaux), ...

L'établissement participe à des groupes de travail avec:

- L'équipe territoriale vieillissement et prévention de la dépendance du Tarn
- L'UDEPA,
- Alliance des EHPAD protestants, sous l'égide de la FEP

Suite à la Loi HPST de 2009 et en partenariat à partir de 2011 avec la Fédération de l'Entraide Protestante, l'établissement a entamé une réflexion sur le rapprochement des institutions du réseau protestant en associant dès l'origine le Refuge Protestant de Castres et la Fondation J.BOST.

Les Principales mesures engagées sont:

- Création au sein du Conseil d'administration d'une commission de rapprochements des institutions protestantes;
- Membre avec le Refuge de Castres de l'alliance nationale des EHPAD protestants, créée le 28 mars 2015

Partenariat et participation du Refuge en 2014 :

- AG de la FEP à Nîmes les 4,5 et 6 avril 2014.
- AG de la Fondation J.BOST les 14 & 15 juin 2014
- CRIPP des 18 mars et 3 juillet 2014, transformé depuis le 18 mars 2015 en alliance région sud-ouest.
- participation à la journée du 14 octobre à Paris sur le projet de convention national des EHPAD protestants
- Comité d'éthique avec le Refuge de Castres le 19/11/2014
- Participation avec le Refuge de Castres au comité de pilotage de l'alliance nationale des EHPAD protestants , le 18 février 2015 et le 22 septembre 2015

##### **>> Un partenariat médical:**

Le partenariat médical est développé et structuré par des conventions :

- CHIC Castes-Mazamet,
- Clinique du Sidobre
- RESOPALID 81 (soins palliatifs),
- CMP de secteur,
- Equipe mobile de gériatrie

Des réunions annuelles ou biennuelles sont organisées avec les partenaires (médicaux, hospitaliers). Les bilans intermédiaires sont réalisés au cas par cas en fonction de la collaboration et des dysfonctionnements qui auraient pu être notés.

=>Mettre en place une évaluation annuelle des partenariats

#### **>> Un réseau de bénévoles**

Le réseau de bénévoles est actif dans l'établissement.

Une convention a été signée avec l'association « Entraide Protestante » de Mazamet afin de fixer les conditions et les modalités dans lesquelles les deux parties collaborent aux diverses activités d'animation à visée sociale interne et externe, ainsi qu'aux visites et au soutien des patients et des résidents de l'établissement.

Une équipe de bénévoles formés par l'association anime différentes activités à caractère social en collaboration avec l'animatrice salariée.

Des réunions avec les bénévoles des activités, la Présidente de l'association et l'animatrice sont organisées pour un bilan spécifique de chaque activité : une prévision future, une évaluation des besoins.

L'entraide protestante propose à l'établissement de poursuivre son investissement par la mise en place de « visiteurs ».

=>Promouvoir cette initiative en privilégiant l'intervention de « visiteurs de résident » vers une animation ou un accompagnement un pour un, nécessaire pour les personnes moins autonomes, moins attirées par l'animation et la vie collective.

### **4.2.5.2 –L'ouverture sur l'extérieur pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accueillies.**

#### **>> Le maintien des liens sociaux**

L'accueil des familles, l'animation et le projet de vie en général contribuent à préserver les liens sociaux.

Les familles et amis sont invités aux Journées du Refuge, à toutes les manifestations, ils ont la possibilité de prendre le repas en salle à manger.

#### **>> L'implication sociale et citoyenne des résidents**

L'animation repose sur un principe remarquable qui est celui de donner du sens à la vie du résident au travers des différentes activités. L'établissement ne limite pas son projet d'animation à des moyens occupationnels mais vise à permettre la réalisation personnelle des résidents et la poursuite d'une implication sociale véritable et concrète.

Les personnes accueillies participent à des groupes d'entraide (ex : activités de production de produits bénéficiant aux sans-abris, aux personnes précarisées vivant dans les pays africains).

#### **>> L'ouverture sur l'environnement local**

Le Refuge est ouvert sur l'environnement local. Cette ouverture se traduit par:

- des animations avec des écoles, collèges, lycées, crèches, MJC, association de « non-voyants d'Augmontel », des maisons de retraite
- des conférences, expositions sont organisées au sein du Refuge
- lorsque c'est possible, en fonction des horaires des animations et de la disponibilité des bénévoles, participation à des animations locales : marché de Noël, les Floriales, les journées paroissiales, telethon
- les résidents peuvent bénéficier de certaines opportunités offertes par le territoire: visite de musée, spectacles, marché
- l'association participe aux réunions d'animation de l'UDEPA

- L'association a signé la charte départementale pour la pratique de l'occitan

*=>Diffuser aux résidents et familles les animations internes à la structure ainsi que les animations de la ville, notamment par le site web et la création d'une newsletter.*

L'établissement est également un terrain de stage reconnu par différentes écoles du département (Institut de Formation en Soins Infirmiers, lycées, lycées professionnels ...)

## **5 – Les principes d'intervention**

---



## 5.1– Les sources des principes d'intervention

---

L'éthique du Refuge trouve sa source dans :

☞ ses valeurs:

Fidèle au projet de ses fondateurs, respectant le principe de laïcité qui régit les relations sociales depuis le début du XXe siècle, le Refuge Protestant se réclame de références chrétiennes et humanistes qui éclairent et guident son action.

C'est pourquoi il affirme et reconnaît la dignité de la personne humaine par la recherche, l'écoute et le respect de sa volonté, la lutte contre la souffrance comme priorité, le droit de chacun de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et adapté à ses difficultés.

D'autre part, le Refuge Protestant veille à ce que les convictions et la liberté de conscience soient respectées. Les valeurs fondatrices de l'établissement ont été maintenues tout au long de son histoire et contribuent à l'évolution de ses nouvelles missions.

☞ ses missions :

Les missions de l'EHPAD est d'assurer un certain confort de vie en maintenant ou restituant un équilibre psychologique et physique et le plus d'autonomie possible.

Par ailleurs, nos objectifs visent également à accompagner au mieux les personnes dans le respect et la dignité, en s'appuyant toujours sur le principe qu'une personne âgée est un être singulier avec une histoire, des émotions, des désirs et des attentes.

☞ Les textes :

- les textes spécifiques au secteur social et médico-social : Les outils de la loi 2002-2, comme le projet personnalisé, contrat de séjour,
- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de la HAS

## 5.2- La gestion des paradoxes

---

La mise en œuvre des principes d'intervention soulève des difficultés qui sont à la source même de l'action sociale et médico-sociale.

Le projet d'établissement permet d'explicitier, sur le plan éthique et technique, la manière dont l'établissement va prendre en compte les paradoxes propres à la prise en charge et l'accompagnement des personnes, que ce soit dans le domaine de la personnalisation des réponses, de la dynamique collective, de la prise de risques, de la protection des personnes, de la recherche de l'autonomie...

A chaque établissement sa réponse propre, qui constitue en quelque sorte sa carte d'identité, son positionnement éthique et technique.

Il est important que ces paradoxes puissent être évoqués, formalisés dans ce document afin que les professionnels puissent s'appuyer sur ces écrits lorsqu'ils se trouvent en difficulté face à certaines situations paradoxales.

Au Refuge protestant, les thèmes suivants font l'objet de réflexions qui alimentent les débats et les conduites :

### ***-Liberté et sécurité***

L'établissement doit :

- offrir aux résidents, un cadre d'hébergement adapté, sécurisé et chaleureux. Il doit être le garant de la sécurité des résidents.
- favoriser le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible au travers de toutes les activités de la vie quotidienne.

Comment assurer un niveau de sécurité de nature à exclure tout risque sans entraver d'aucune manière la liberté de choix et de mouvement des résidents ?

La solution est sans doute dans le compromis, lequel implique un savant dosage : un maximum de liberté, un minimum de contraintes (contention, isolement, confinement...) pour un risque limité. Accepter une bonne fois pour toutes de renoncer, d'une part au risque « 0 » et d'autre part à la liberté absolue.

Au sein de l'institution, la contention physique est évitée autant que possible. La prévention des chutes ne passe pas par la contention des résidents. Une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet de maintien de l'autonomie locomotrice.

Une réflexion est menée lors des réunions « chute » trimestrielles où les chutes sont analysées en fonction d'une échelle de criticité.

Pour des résidents chuteurs, un atelier « équilibre » leur est proposé afin de les apprendre à se relever, de travailler l'équilibre et connaître quelques consignes.

Le recours à la contention physique est très rare, du fait notamment du profil des résidents, et ce n'est uniquement que dans une vision sécuritaire que cette décision est prise suite à une prescription médicale.

L'information du résident et/ou de la famille est systématique. De plus, des solutions en lien étroit avec la famille et/ ou le résident permettant d'éviter la contention physique sont toujours recherchées et facilitées par du matériel adapté (lits Alzheimer privilégiés aux barrières de lit pour les personnes démentes ...).

Une réflexion est également menée en équipe lors des réunions de synthèse sur l'utilisation des fauteuils coquilles. Cette utilisation est limitée car elle peut être assimilée à une contention si un résident autonome y est maintenu toute la journée.

### ***-Individualisation de l'accompagnement et vie en institution***

Comme dans toutes collectivités, des contraintes existent au sein de l'établissement (les horaires des repas, les temps de toilettes par exemple).

Comment rendre la prise en charge individualisée lorsque celle-ci est organisée par une collectivité ?

L'individualisation de l'accompagnement passe, dans un premier temps, par l'élaboration du projet de vie individualisé pour chaque résident mais aussi par une réflexion pour que la prestation collective soit adaptée au résident et non l'inverse et qu'on essaye de transformer une contrainte en une opportunité (par exemple, le repas pris en salle à manger et non dans la chambre permet au résident de ne pas être isolé, de partager un moment de convivialité). Notre objectif c'est également de rendre le temps individuel et le temps collectif complémentaires, de casser ce paradoxe.

C'est l'agrégation des projets de vie individualisés ainsi que le recueil des attentes et besoins des résidents (à travers le CVS, le questionnaire de satisfaction, des groupes de paroles, intégration de résidents dans les groupes de travail) qui permettront l'adaptation de la prestation collective en optimisant l'utilisation des moyens vers l'individualisation.

### ***-Jusqu'où la stimulation est-elle bientraitance ?***

L'équipe s'interroge souvent entre la notion de stimulation et celle de maltraitance. La stimulation est bien différente de la maltraitance. C'est une incitation, un encouragement. Stimuler le résident, ce n'est pas le mettre en échec.

Le personnel doit pouvoir verbaliser ses difficultés envers un résident (et vice-versa), réfléchir sur sa pratique. Toute difficulté peut être abordée en réunion de synthèse le vendredi matin, en présence de la psychologue.

Des formations sur la Bientraitance sont régulièrement organisées.

### ***-Alimentation : plaisir ou sécurité ?***

Notre politique hôtelière est de favoriser le plaisir et de préserver le goût.

Une réflexion doit être menée pour éviter l'abus des textures modifiées par facilité d'organisation. Peut-on éviter les textures mixés/hachés et développer le « mou » ?

Dans un premier temps, une vacation d'un dentiste a été mise en place pour réaliser un bilan bucco-dentaire des résidents et leur apporter des petits soins.

D'autres actions d'amélioration vont être mises en oeuvre :

- mettre en place une vacation d'un orthophoniste pour évaluer le risque « fausse route » chez certains résidents
- créer un sous-groupe de travail du CLAN pour réfléchir sur les textures et développer la texture « molle »
- Mettre en place une prescription médicale pour les textures « mixés ».

Ce paragraphe n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais il est issu des réflexions souvent évoquées lors des réunions d'équipe.

Les principes d'intervention reflètent les choix de l'établissement. Ces choix généraux servent de référence et de guide lorsqu'il s'agit de traiter des situations individuelles.

Des espaces de réflexion sont prévus pour permettre un questionnement éthique autour de situations singulières complexes:

- **La réunion pluridisciplinaire de synthèse hebdomadaire**

La réunion de synthèse du vendredi matin, en présence de la psychologue, du médecin coordonnateur et de l'IDEC, est un espace de réflexion pour traiter les situations singulières complexes et aborder la mise en oeuvre des principes d'intervention en se basant sur une personnalisation, un traitement au cas par cas.

- **Les réunions d'élaboration ou évaluation du projet de vie individualisé**

Lors de ces réunions, les équipes pluridisciplinaires réfléchissent ensemble sur l'utilisation des moyens pour individualiser l'accompagnement. Elles proposent des objectifs simples et réalistes ainsi que des actions à mettre en oeuvre pour répondre aux attentes du résident en prenant en compte les contraintes inévitables liées aux soins et à la vie en collectivité.

Ceci en considérant les besoins du résident, en respectant ses habitudes de vie et ses préférences quotidiennes ainsi que les observations du personnel.

L'objectif de cette démarche est de permettre, au résident, malgré ses handicaps, de vivre dans la dignité, le confort, en privilégiant des petits plaisirs où des moments précis de la journée qui lui sont chers (visite d'un parent, partie de belote, feuilleton,...).

- **Le Comité de Retour d'Expérience (CREX):**

Tous les trimestres, un CREX se réunit pour analyser une situation, ou prise en charge, qui a posé problème ou qui a conduit à un évènement indésirable et réfléchir aux pratiques.

Ces comités permettent ainsi, en s'appuyant sur les enseignements de situations complexes, de préciser la mise en oeuvre des principes d'intervention.

- **Les Commission Qualité et Comité Ethique de l'UDEPA :**

Depuis plusieurs années, l'établissement est inscrit à l'UDEPA (l'union départementale des directeurs d'établissement de personnes âgées) et travaille avec la commission qualité.

En 2013, la commission qualité de l'UDEPA, en collaboration avec le comité d'éthique, a proposé aux établissements EHPAD du département, un certain nombre d'indicateurs qualité de la Bienveillance :

- L'incontinence :
  - o Nb de personnes réveillées/Nb de personnes incontinentes la nuit
  - o Nb de personnes incontinentes la nuit /Nb de personnes incontinentes le jour
- L'utilisation des fauteuils coquille : Nb de fauteuils coquilles utilisés
- L'utilisation des 2 barrières de lit : Nb de barrières (les 2) utilisées
- Prescription médicale pour contention au lit : Nb prescriptions médicales en cours/Nb de barrières (les 2) mises
- Nb de mixés ou textures modifiées
- Nb hachés/Nb de problèmes bucco-dentaires
- Nb de grenouillères/Nb de résidents incontinents
- Nb de litres de PHA utilisés
- Nb de toilettes au lit
- Nb de toilettes au lit en binômes
- Nb de personnes prises en charge avec appareil pour les transferts
- Nb de clés données
- Nb de résidents ayant accès à leur armoire
- Nb de chutes analysées
- Nb de projets personnalisés réalisés en équipe pluridisciplinaire

Le résultat de ces indicateurs a fait l'objet d'une réunion plénière permettant aux établissements de s'interroger sur leurs pratiques, de se comparer, et de soulever des réflexions comme par exemple :

- Réveille-t-on quelqu'un qui dort ? Hygiène ou respect ?
- Peut-on limiter l'usage des fauteuils coquille : confort ou stimulation ?

- Evaluer le bénéfice par rapport au risque et tracer le débat éthique pour la mise en place de barrières doubles au lit : liberté ou sécurité ?
- Peut-on limiter les mixés/hachés ? Plaisir ou sécurité ?
- Est-ce nécessaire de mettre des grenouillères lorsqu'on est incontinent ? autonomie ou dépendance ?
- Tendre vers la toilette debout : individualisation ou systématisation ?
- Favoriser l'utilisation des aides techniques : améliorer le confort des résidents et limiter les risques professionnels.
- Clés des chambres laissées aux résidents : respect du lieu privatif ou facilité d'organisation ? (au risque que le résident ne s'égare)

Afin d'optimiser notre démarche Bientraitante dans la conduite de notre activité et d'approfondir nos réflexions, il a été décidé d'inscrire l'établissement dans le comité d'éthique de l'UDEPA.

- **Différents groupes de travail:**

Les groupes de travail mis en place au sein de l'établissement participent également à alimenter nos débats et conduites :

- ⇒ Groupes de travail avec les résidents sur certaines thématiques du projet d'établissement (l'accueil, les projets individualisés, la participation des usagers...)
- ⇒ Sous-Groupes de Travail du CLAN sur les textures modifiées
- ⇒ Le Comité d'éthique sur la prise en charge en fin de vie
- ⇒ Le Conseil de la Vie Sociale et des familles

## **6 – La politique Qualité et de Gestion des risques**

---

La volonté du Refuge et de tous les professionnels qui y travaillent est d'apporter des prestations de qualité à ses usagers, dans le respect de la personne et de ses besoins et en limitant les risques.

Depuis 2003, la Direction est engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité qui évolue au regard des évaluations internes et externes (certification HAS, évaluation de l'EHPAD), des audits et des projets d'établissement.

## **BILAN DE L'EXISTANT**

La culture qualité du sanitaire initiée par les ordonnances Jupé de 1996 a été déclinée sur le secteur médico-social.

Le projet de management de la qualité et de la maîtrise des risques s'articule autour des 4 thématiques suivantes :

- o la Satisfaction et information des usagers
- o la Qualité
- o la Sécurité et gestion des risques
- o l'Evaluation

Pour chaque domaine, des objectifs ont été définis.

La gestion documentaire est organisée via un intranet structuré permettant ainsi l'accès aux documents et une diffusion maîtrisée de l'information.

Des plans d'amélioration sont construits et suivis. Le comité de pilotage définit un plan général, chaque commission fait son propre plan, via les réunions.

Des audits sont mis en oeuvre, chaque année sont réalisés : audit sur le circuit du médicament, 1 ou 2 audits CLIN (lavage des mains, toilettes...) audits de dossiers, audit sur l'information des résidents sur les chutes dans le cadre de programme DPC et les EPP. Des actions correctives sont identifiées dans le PAQ.

L'évaluation des pratiques professionnelles est structurée, utilisation du DPC (chute, gestion des risques CREX, l'amélioration de l'accueil...).

## **AXES D'AMELIORATION**

La Direction a décidé de renforcer et approfondir sa démarche d'amélioration de la qualité ainsi que sa maîtrise de l'ensemble des risques liés au fonctionnement de l'établissement afin d'aider les professionnels à intégrer davantage le processus qualité dans leur pratique.

Cette démarche doit être partagée par tous, à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Il doit en résulter l'émergence d'une véritable culture qualité commune à l'ensemble de l'établissement.

### Les enjeux :

- Prendre en considération les demandes exprimées par les usagers et les familles
- Décliner en actions concrètes une stratégie de gouvernance à travers la mise en œuvre d'un programme global d'amélioration continue de la qualité
- Améliorer la performance de nos organisations et de nos pratiques en privilégiant l'approche transversale des activités de la structure.

## Les principes :

### - **Impliquer les professionnels :**

L'amélioration de la qualité et de la sécurité repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus au quotidien.

### - **Chacun responsable :**

Le rôle de chacun est d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'utilisateur, au fonctionnement ou au management de l'établissement.

### - **Faire participer les usagers :**

Accepter le regard du client, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès. L'implication des patients/résidents dans leur prise en charge est recherchée, le recueil de leur satisfaction est organisé, ils sont associés aux décisions stratégiques en les accueillant dans les commissions et groupes de travail.

### - **Coopérer :**

Les compétences et les moyens sont partagés le plus possible au sein de l'établissement afin de limiter les cloisonnements.

### - **Susciter la transparence :**

Consiste à signaler, déclarer et prendre en compte les dysfonctionnements, avec une approche positive et constructive. Les erreurs et les dysfonctionnements sont perçus comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner.

### - **Développer la culture qualité :**

Consiste pour chaque professionnel à prendre en compte les attentes des usagers, à dire ce que l'on fait et à faire ce que l'on dit avec une volonté d'amélioration continue.

Pour mettre en œuvre cette politique, quatre axes principaux sont retenus pour les 5 années à venir, déclinés en objectifs opérationnels et plans d'action :


**AXE 1 : Approfondir la démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques**

**AXE 2 : Conduire une gestion globale des risques et des vigilances coordonnée**

**AXE 3-Améliorer la qualité de l'écoute des usagers et de leur information**

**AXE 4-S'inscrire dans une démarche de Développement Durable**



 **AXE 1- Approfondir la démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques**

**Nos objectifs sont :**

Objectifs opérationnels
Faire vivre la culture qualité et favoriser la participation de tous les acteurs
Développer une culture de l'évaluation
Réaliser une cartographie des processus permettant d'identifier les processus prioritaires et mener des actions d'amélioration continue de la qualité
Poursuivre et faire vivre la mise en place de la gestion documentaire du système qualité

Plan d'action
Développer une culture partagée de la sécurité des soins et les pratiques de management associées
Promouvoir un fonctionnement dynamique des commissions et groupes de travail liés à la qualité et à la gestion des risques
Actions de communication et sensibilisation

 **AXE 2- Conduire une gestion globale des risques et des vigilances coordonnée**

**Nos objectifs sont :**

Objectifs opérationnels
Poursuivre la mise en œuvre de la gestion globale des risques
Mettre en place une organisation permettant de faire face aux situations de crise

Plan d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>- Elaboration d'une cartographie des risques et définition d'objectifs mesurables de gestion des risques par secteurs d'activité</li><li>- Poursuivre la mise en place des CREX</li><li>- poursuivre les démarches d'amélioration continue : en hygiène hospitalière, sécurisation du circuit du médicament, l'évaluation des risques professionnels,</li><li>- conforter l'organisation et le fonctionnement des sécurités sanitaires</li><li>- structuration de la gestion des risques liés à l'informatique</li><li>- inscrire dans le PAQSS, les actions mises en œuvre suite aux contrôles extérieurs (programme maintenance préventive) et les suivre</li></ul>

- rédaction, actualisation et évaluation des plans de crise
- sensibilisation et formation du personnel

### **AXE 3-Améliorer la qualité de l'écoute des usagers et de leur information**

**Nos objectifs sont :**

Objectifs opérationnels
Mesurer efficacement la satisfaction des usagers
S'assurer de la qualité de l'information médicale et institutionnelle délivrée aux usagers
Organiser la participation des usagers à la vie institutionnelle

Plan d'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir les modalités de l'enquête de satisfaction des résidents et familles à l'EHPAD</li> <li>- Réaliser des évaluations ciblées de la satisfaction des usagers</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension de l'information médicale délivrée et consentement éclairé</li> <li>- Information du patient/résident lors de la survenue de dommages liés aux soins</li> <li>- Optimisation de l'accès au dossier médical</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associer les usagers et leurs représentants aux décisions stratégiques en les accueillant dans les commissions permettant leur expression (CRUQ, CVS)</li> <li>- Continuer à solliciter les usagers et leurs représentants pour participer à certains groupes de travail qui peuvent les concerner (comme cela a été le cas pour la rédaction du projet d'établissement, la réactualisation du livret d'accueil...)</li> <li>- Organiser des groupes de paroles lors de journées thématiques (ex : semaine de la sécurité des patients, semaine européenne du développement durable)</li> </ul>
--

### **AXE 4- S'inscrire dans une démarche de Développement Durable**

**Nos objectifs sont :**

Objectifs opérationnels
Sensibilisation des professionnels aux éco-gestes
Maîtrise et valorisation des déchets
Stratégie d'achats éco-responsable
Engagement dans des démarches régionales et départementales sur le développement Durable

## Plan d'action

- Sensibiliser le personnel aux trois piliers du développement durable : social, économique et environnemental.
- Réduire les consommations, la production de déchets et poursuivre la mise en œuvre d'une politique d'achats éco-responsables
- Poursuivre notre engagement pour favoriser l'approvisionnement local dans la restauration collective des EHPAD: (convention signée avec le conseil général) et obtenir le label « approvisionnement en produits alimentaires de proximité »
- Se préparer pour répondre à la nouvelle réglementation: les établissements sanitaires et médico-sociaux produisant plus de 10 tonnes en 2016, seront dans l'obligation d'organiser le tri et la valorisation des biodéchets
- Poursuivre la lutte contre le gaspillage alimentaire.

## **7 – Le projet social**

---

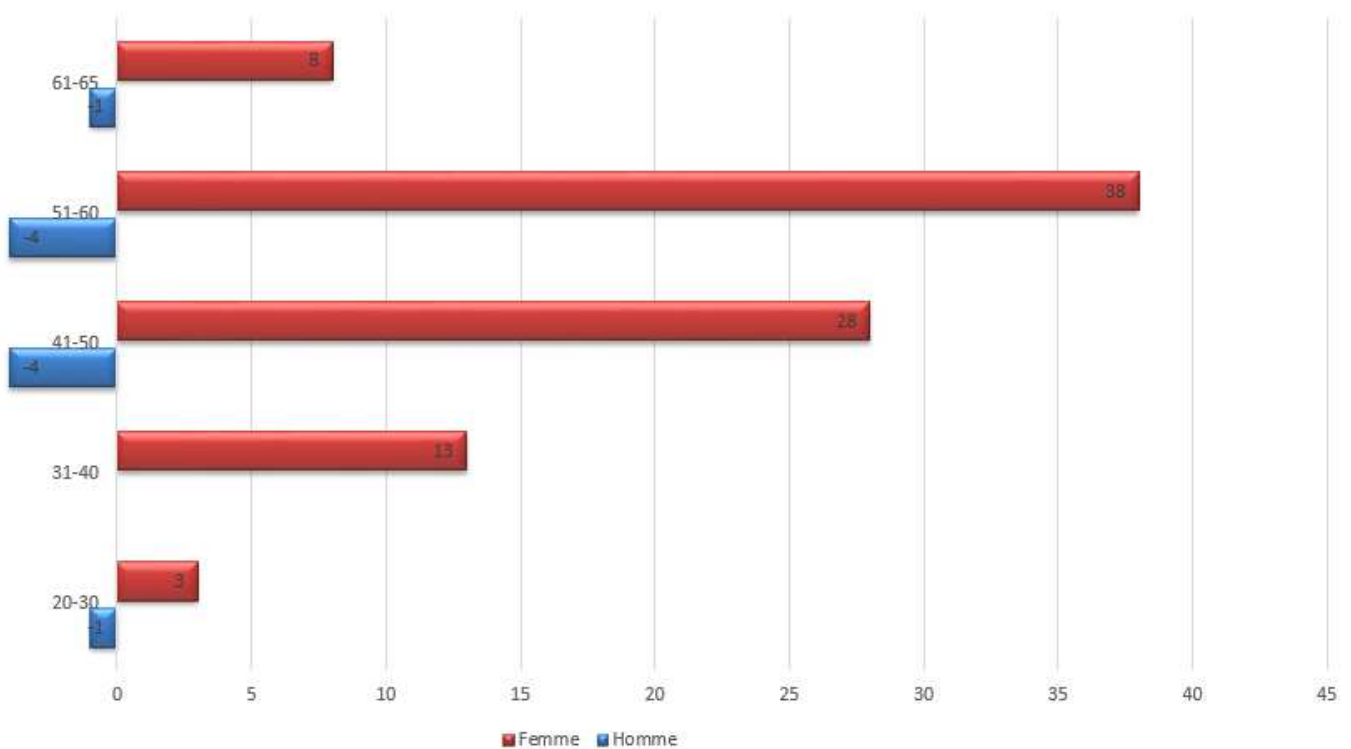
## RESSOURCES HUMAINES

### ►► Description du personnel: au 1<sup>er</sup> septembre 2015

L'établissement recense 10 hommes et 90 femmes. La moyenne d'âge de l'ensemble des membres du personnel s'élève à 48 ans. (cf. tableau en annexe), l'ancienneté moyenne est de 10 ans.

### ►► Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> septembre 2015 :

Age	Homme	Femme
20-30	-1	3
31-40		13
41-50	-4	28
51-60	-4	38
61-65	-1	8



L'établissement compte 70.70ETP répartis ainsi :

	<b>ETP</b>
Personnel en CDI	59.30
Personnel en CDD	11.40

►► **Bilan pour l'année 2014 :**

<b>ABSENCES 2014</b>					
<b>Nbr</b>	<b>34</b>		<b>J</b>	<b>1621</b>	
<b>Taux d'absentéisme</b>			<b>5,90%</b>		
<b>Maladie</b>		<b>Maternité</b>		<b>Accident du travail</b>	
<b>30</b>	<b>1572</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>34</b>
<b>5,72%</b>		<b>0,05%</b>		<b>0,12%</b>	

<b>FORMATIONS 2014</b>				52 agents		195 Jours	
<b>ADMINIST.</b>		<b>EHPAD</b>		<b>SSR</b>		<b>LOGISTIQUE</b>	
14	59	41	63,5	40	58	10	11
13%	30%	38%	33%	37%	30%	9%	6%
<b>CDI:</b>	44 Ag.	186 J	95%	<b>CDD:</b>	8 Ag.	9 J	5%
<b>Soignants</b>				24 agents		101 Jours	
<b>EHPAD</b>	12 Ag.	54 J	53%	<b>SSR</b>	12 Ag.	47 J	47%

**BILAN DE L'EXISTANT**

►► **Le recrutement:**

L'établissement dispose d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines en terme :

- d'effectifs (tableau des effectifs, pyramide des âges, mouvement du personnel départ à la retraite, congés maternité, congés maladie longue durée congés formation)
- de compétences (fiches de fonction et fiches de poste)

L'adéquation entre les moyens quantitatifs et qualitatifs est évaluée régulièrement au regard de l'évolution du GMP/PMP

Les besoins en termes de postes et de compétences requises sont définis par la direction avec l'encadrement.

La politique de recrutement de l'établissement fait l'objet d'une procédure écrite. Le recrutement s'effectue dans une optique de qualité et dans le respect de la convention collective.

Le personnel est recruté selon les critères de compétences, de qualité relationnelle et humaine, d'expérience et de qualification.

Une grille de critères globaux est utilisée pour tout recrutement. La direction demande, à chaque agent, d'adhérer aux valeurs de l'association, celles-ci s'inscrivant dans le respect des chartes : de la personne hospitalisée, de la personne âgée dépendante et charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Une vérification des conditions d'exercice des professionnels portant sur les titres et les diplômes et inscription aux conseils de l'ordre (si concerné) est effectuée lors du recrutement. Chaque agent dispose d'un dossier conforme à la législation.

Les procédures d'accueil et d'intégration des stagiaires et des professionnels sont formalisées et le dossier des professionnels est constitué.

=> *Faire viser la fiche de fonction*

*Mettre en place une check liste des documents remis visée par le salarié dans son dossier*

### ➤➤ **Le personnel est formé régulièrement:**

#### **Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées**

Des formations sont priorisées et programmées chaque année (selon les besoins notés dans le projet d'établissement, les formations obligatoires et le budget retenu). Un plan de formation est réalisé chaque année, il est proposé et approuvé par la DUP. Le plan de formation est ensuite présenté au Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT).

L'établissement est agréé ODPC (Organisme Développement Professionnel Continu). Il propose un plan annuel DPC aux professionnels qui se superpose au plan de formation annuel.

Mise à jour et suivi régulier du dispositif de formation en DUP.

### ➤➤ **Un entretien annuel entre l'encadrement et chaque agent est réalisé :**

L'entretien individuel a pour objectif d'évaluer l'adaptation du salarié au poste de travail.

Il permet de voir s'il correspond à sa fiche de fonction et de définir des objectifs et définir un plan d'action pour l'année à venir.

Cet entretien doit permettre de définir des objectifs comme levier de valorisation de la tâche.

=> *Formaliser et systématiser, pour tout nouvel embauché, l'entretien individuel après la période d'essai.*

*Etendre l'évaluation annuelle à l'ensemble du personnel de l'établissement.*

### ➤➤ **L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels :**

Le Document Unique est réévalué chaque année par des membres du CHSCT à partir des accidents de travail enregistrés dans l'année et les améliorations de poste apportées.

Au regard de cette évaluation, des actions d'amélioration sont proposées et hiérarchisées et un nouveau plan de prévention est élaboré.

Le Plan de prévention est soumis à approbation par le CHSCT et la DUP.

Les aides apportées aux personnes âgées dans leur quotidien entraînent souvent des efforts physiques importants. Ces efforts peuvent avoir des répercussions sur l'organisme. L'établissement met à disposition des équipes soignantes et non soignantes, le matériel adapté en vue de soulager les efforts à fournir.

Concernant les actions de prévention du risque infectieux définies, elles sont présentées au CLIN afin d'élaborer le programme annuel de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Pour les Accidents d'Exposition au Sang, les actions de prévention du risque infectieux sont également définies et programmées par le CHSCT et par le CLIN (ex : journée sur les AES organisée par l'EOH en juin 2008).

Une politique de prise en charge et de suivi des AES est en place (affiches, procédures formalisées, un Kit AES est à disposition dans les services).

La vaccination obligatoire des professionnels est suivie régulièrement par la médecine du travail. Chaque année, dans le cadre de la politique vaccinale, la Direction propose gracieusement, à tout le personnel, le vaccin antigrippal. Une campagne annuelle d'incitation à la vaccination est réalisée par les membres du CLIN et du CHSCT.

*=>Travailler sur la qualité de vie au travail : approche processus et définition d'un plan d'action qui sera présenté au CHSCT et à la DUP.*

#### ▶▶ **Le dialogue social est organisé :**

Depuis 2014, il y a un délégué syndical.

La DUP se réunit tous les mois conformément à la réglementation.

Les comptes rendus de réunions du CA, du CVS et du CHSCT sont présentés à la DUP.

De plus, la DUP prend en compte les demandes du personnel et dispose d'un budget versé par l'établissement afin de prendre en charge les œuvres sociales.

Des questionnaires de satisfaction du personnel ont été mis en place sur:

- l'accueil des nouveaux embauchés et stagiaires (enquête mise en place à partir d'octobre 2008)
- la qualité de vie au travail en 2013

#### ▶▶ **Un soutien psychologique au personnel est organisé :**

Intervention de la psychologue lors des réunions d'équipe, en entretien individuel, en cas de conflit entre personnel et résident, en cas de soins palliatifs difficiles ...

#### ▶▶ **Le personnel contribue activement à l'amélioration de la qualité de vie des résidents:**

Il existe des moyens permettant de recueillir et de tenir compte de l'avis des professionnels sur l'amélioration de la vie quotidienne des résidents :

- de la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire autour du médecin coordonnateur
- de la réunion trimestrielle sur la prévention des chutes
- de la réunion des recommandations de bonnes pratiques



- des audits réalisés chaque année (hygiène, circuit du médicament...)
- des groupes de travail sur l'élaboration du projet d'établissement

## AXES D'AMELIORATION

**Nos objectifs pour les cinq années à venir sont :**

Objectifs
Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants
Améliorer l'entretien individuel d'évaluation
Travailler sur la qualité de vie au travail

Plan d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faire viser la fiche de fonction par le salarié</li><li>-Mettre en place une check liste des documents remis visée par le salarié dans son dossier</li><li>-Formaliser et systématiser, pour tout nouvel embauché, l'entretien individuel après la période d'essai.</li><li>-Etendre l'évaluation annuelle à l'ensemble du personnel de l'établissement.</li><li>-Analyser le processus « qualité de vie au travail » et définition d'un plan d'action qui sera présenté au CHSCT et à la DUP.</li></ul>

## **8 – Les objectifs d'évolution, de progression, de développement**

---

## 8.1 Les objectifs prioritaires de développement 2015 à 2020

Les actions d'amélioration définies dans les fiches projets pour les 5 prochaines années concourent à répondre aux 6 axes stratégiques autour desquels a été construit le projet d'établissement :

- ① *Développer l'interdisciplinarité au service du résident en réalisant un travail interne de cohésion entre les différentes équipes : communication interne, organisation, décloisonnement des prestations, complémentarité des tâches et renforcement de la satisfaction au travail.*
- ② *Adapter le positionnement de l'établissement aux besoins des usagers et à l'offre de prise en charge. Faciliter l'expression collective et individuelle des usagers afin d'identifier les besoins quantitatifs et qualitatifs des résidents pour y répondre au mieux.*
- ③ *Adapter l'organisation des soins pour répondre aux besoins des résidents, favoriser le maintien de l'autonomie, personnaliser l'accompagnement des résidents.*
- ④ *Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement : Inscription de l'établissement dans des démarches de partenariat (Rapprochement/mutualisation avec d'autres associations, projets de consolidation institutionnelle).*
- ⑤ *Poursuivre l'amélioration continue des locaux et des espaces aux besoins (Projet d'extension SSR permettant de recentrer le médicosocial sur 2 secteurs, de faire les travaux de réhabilitation et de proposer un secteur sécurisé)*
- ⑥ *Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques*

N° Fiche projet	Chapitre	Objectifs	Axes stratégiques
<u>Fiche projet n°1</u> 3.1.L'accueil de la personne âgée et sa famille 3.2.La place de la famille dans l'accompagnement des résidents	<b>L'accompagnement des résidents</b>	-Améliorer et personnaliser l'accueil du résident -Développer la communication avec les familles -Améliorer la diffusion de l'information auprès des familles	③
<u>Fiche projet n°2</u> 3.3.Favoriser l'expression et la participation de la personne âgée		Favoriser l'expression des résidents et des familles et leur participation	②
<u>Fiche projet n°3</u> 4.1.La nature de l'offre de service		-Personnaliser davantage le service du petit déjeuner Rendre le repas plus convivial -Terminer l'humanisation des toutes les chambres, en réaménageant 12 chambres avec salle de bain privative, dans une réserve foncière sur le secteur « Saint Jacques »	③ - ⑤

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Regrouper l'EHPAD sur 2 secteurs et non plus 3 (suppression du « Rec des Auriols»)</li> <li>-Faciliter l'orientation et les circulations des résidents, visiteurs et salariés</li> <li>-Moderniser et personnaliser les espaces collectifs</li> <li>-Se doter d'un appel-malade offrant une mobilité pour les usagers</li> <li>-Améliorer les conditions de travail</li> <li>-Libérer un espace dédié pour l'ouverture espérée d'un EASA</li> </ul>	
<p><u>Fiche projet n°4</u> 4.2.1. Le projet de vie individualisé</p>	<p><b>La nature de l'offre de service et son organisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faciliter et homogénéiser le recueil des habitudes et besoins et rendre ce recueil plus pertinent</li> <li>-optimiser le processus pour la réalisation et l'évaluation du projet de vie individualisé</li> <li>-pour les nouveaux résidents: mettre en place l'élaboration du projet individualisé au cours du 1er trimestre</li> <li>-Renforcer l'implication du personnel dans le recueil des habitudes/besoins et le suivi des objectifs inscrits dans les projets individualisés</li> </ul>	<p><b>1-2-3</b></p>
<p><u>Fiche projet n°5</u> 4.2.4. Des prestations hôtelières au service des résidents- Restauration</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Améliorer le cadre de restauration afin de stimuler le plaisir et les sens</li> <li>-Maintenir le niveau de sécurité sanitaire</li> <li>-Mettre en œuvre les actions inscrites au programme annuel du CLAN</li> <li>-Recueillir les avis et suggestions des résidents et des familles sur la prestation restauration</li> <li>-Mettre en œuvre la convention «approvisionnement en produits alimentaires de proximité»</li> <li>-Poursuivre la réduction des biodéchets et la lutte contre le gaspillage alimentaire</li> </ul>	<p><b>2-5</b></p>
<p><u>Fiche projet n°6</u> 4.2.4. Des prestations hôtelières au service des résidents-Linge</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Amélioration de la prestation Linge interne et externe</li> <li>-Resensibiliser les familles et les résidents sur le marquage du linge</li> <li>-Recueillir les avis et suggestions des résidents et des familles sur la prestation Linge</li> </ul>	<p><b>2</b></p>
<p><u>Fiche projet n°7</u> 4.2.4. Des prestations hôtelières au service des résidents- Maintenance</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Améliorer la traçabilité des interventions du service technique (délai d'intervention, suivi des actions...)</li> <li>-Elargir l'utilisation du plan qualité aux actions issues des visites de contrôle et inspections</li> <li>-Optimiser la sécurité des résidents</li> </ul>	<p><b>2-5</b></p>

		-Recueillir les avis et suggestions des résidents et des familles sur la maintenance	
<u>Fiche projet n°8</u> <b>4.2.2.Le projet de soins</b>		-Améliorer le suivi médical et para-médical en optimisant l’outil informatique OSIRIS -Améliorer la prise en charge des personnes qui présentent des troubles cognitifs et du comportement avec la création d’un EASA. -Poursuivre la gestion des risques (identification des risques, actions d’amélioration et de prévention): maîtrise du risque infectieux, sécurisation du circuit du médicament, risque chutes, escarres...	<b>3</b>
<u>Fiche projet n°9</u> <b>4.2.3.Le projet d'animation</b>		-Instaurer une dynamique institutionnelle en partenariat avec tous: écoute des demandes du résident par l’ensemble du personnel (lors d’un soin, d’une toilette...).Sensibilisation du personnel aux plannings d’animation, travailler en partenariat avec les familles et les collaborateurs qui souhaiteraient apporter leur aide à l’animatrice selon ses compétences et son savoir –faire. -Développer les accompagnements individuels avec les bénévoles visiteurs. -Adapter les animations aux capacités des résidents afin d’éviter une animation « à deux vitesses ». -Développer les animations à visée thérapeutique.	<b>4</b>
<u>Fiche projet n°10</u> <b>7.Projet Social</b>	<b>Le projet social</b>	-Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants -Améliorer l'entretien individuel d'évaluation -Travailler sur la qualité de vie au travail	<b>1</b>

<p>Fiche projet n°11 <i>6.La politique Qualité et de Gestion des Risques</i></p>	<p><b>Le projet Qualité/Gestion des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Poursuivre la mise en œuvre de la gestion globale des risques</li> <li>-Mettre en place une organisation permettant de faire face aux situations de crise</li> <li>-Mesurer la satisfaction des usagers (la qualité perçue)</li> <li>-Organiser la participation des usagers à la vie institutionnelle</li> <li>-Sensibiliser le personnel et les usagers et visiteurs aux trois piliers du développement durable : social, économique et environnemental</li> <li>-Poursuivre notre engagement pour favoriser l’approvisionnement local dans la restauration collective des EHPAD: (convention signée avec le conseil général)</li> <li>-Se préparer pour répondre à la nouvelle réglementation des établissements sanitaires (obligation d’organiser le tri et la valorisation des biodéchets)</li> </ul>	<p><b>6 - 4</b></p>
--	---	---	---------------------

Les différentes actions inscrites dans ces fiches projets, émanant des groupes thématiques et validées par le comité de pilotage, viennent alimenter le Plan d’Amélioration continue de la Qualité de l’établissement. Une évaluation annuelle de ce programme est réalisée, permettant ainsi de suivre et d’actualiser régulièrement le projet d’établissement rendant ce document dynamique et évolutif.

## **9 – ANNEXES**

---

## **9.1 L'ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DE L'EHPAD**



## **9.2 L'ABREGE DU RAPPORT DE L'EVALUATION EXTERNE**

## **9.3 DECISION DE L'ARS SUITE AU RAPPORT DE L'EVALUATION EXTERNE**

## **9.4 LES FICHES PROJETS**

---

# **L'accompagnement des résidents**

---

---

## **La nature de l'offre de service et son organisation**

---

---

## **Le projet social**

---

---

# **Le projet Qualité/Gestion des risques**

---