

PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023



EHPAD – Résidence Le Ruban d'argent

- ✓ **Avis favorable lors du Conseil de la vie sociale du 3 décembre 2019**
- ✓ **Avis favorable lors du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du 4 décembre 2019**
- ✓ **Avis favorable lors du Comité technique d'établissement du 4 décembre 2019**
- ✓ **Approuvé lors du Conseil d'administration du 4 décembre 2019**

PREAMBULE

L'article L.311-8 du CASF stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Cet article se situe dans la section « droits des usagers » de la loi du 2 janvier 2002, dans laquelle figure l'ensemble des outils au service de ces droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, Conseil de Vie Sociale ou autre forme de participation, charte des droits et libertés, recours à une personne qualifiée.

Le projet d'établissement est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

- Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes.
- Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires.
- C'est un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement.

Le projet d'établissement est aussi l'outil qui sera au premier chef des éléments de preuve dans la démarche d'évaluation interne et externe à laquelle est soumise l'EHPAD ; aussi, sa rédaction prendra en considération les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements sociaux et Médico Sociaux (ANESM, devenue HAS) et les rapports d'évaluations interne (octobre 2018) et externe (janvier 2019).

Méthodologie d'élaboration du Projet d'Etablissement

Conformément aux préconisations de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale, la volonté a été de mettre en place une méthodologie basée sur une réflexion commune, pluridisciplinaire et une recherche de consensus.

Le Comité de Pilotage (COPIL)

Dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité, l'établissement a remis en place un Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques à la fin de l'année 2018. Composé de manière pluridisciplinaire, c'est l'instance qui a été choisie pour assurer le suivi de l'élaboration de ce projet d'établissement.

Composition du Comité de Pilotage Qualité et Gestion des risques :

- Directeur
- Adjointe des cadres / Adjointe administrative
- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé
- Animatrice
- Psychologue
- Infirmier, aide-soignant, ASH
- Agent technique
- Chef de cuisine

Le Comité de pilotage a procédé au lancement de la démarche lors de sa séance du 13 mars 2019. Il a validé le calendrier global et s'est assuré du bon déroulé des groupes de travail. Il a ensuite piloté la relecture et la validation du document avant présentation aux instances.

L'intégration des résultats des évaluations internes et externes

Dans le cadre de ses obligations réglementaires, l'établissement a réalisé une évaluation interne en octobre 2018 puis son évaluation externe en janvier 2019. La proximité de ces deux démarches a permis d'impulser une dynamique d'amélioration et de réflexion sur la stratégie de l'établissement à long terme et de formaliser un Plan d'action pour les cinq années à venir. Tout naturellement, l'établissement a donc fait le choix de se baser sur cette analyse et les rapports d'évaluation pour alimenter la réflexion des groupes de travail et le futur projet.

Les groupes de travail

L'établissement a fait le choix de mener la réflexion en interne, en associant le personnel et le Conseil de la vie sociale (notamment lors de sa séance du 16 mai et lors d'un groupe de travail spécifique).

Plusieurs groupes de travail ouverts à tous et animés par le Directeur ont été mis en place. Ils se sont déroulés du 6 mai 2019 au 6 juin 2019. L'annexe 1 présente la méthodologie globale, les groupes de travail réalisés ainsi que le calendrier global de la démarche.

Le choix des thèmes des groupes de travail s'est basé sur la cartographie des processus de l'établissement, validée en COPIL Qualité (la cartographie est disponible en annexe 3). Pour chaque groupe de travail, un document de travail a été réalisé (exemple en annexe 4), reprenant les objectifs du groupe, le processus concerné, les actions définies lors de l'évaluation interne, et les préconisations de l'évaluation externe concernant la thématique.

Lors de la réunion du groupe de travail, il a été proposé aux participants de reprendre les conclusions de l'évaluation interne, les préconisations de l'évaluation externe en faisant le bilan des actions réalisées, pertinentes ou caduques. Suite à cette actualisation, le groupe a procédé à la définition des nouveaux objectifs et actions pour les cinq années à venir.

Prise en compte de la convention tripartite et du CPOM

L'élaboration du projet d'établissement a pris en compte le bilan des objectifs de la Convention tripartite précédente (signée en 2009) et l'avenant à la convention tripartite (signé en 2013).

Dans le cadre de la négociation du CPOM, les objectifs présentés dans ce projet d'établissement reprennent les objectifs et actions mentionnées dans le diagnostic partagé discuté le 8 octobre 2019. Le CPOM doit être signé en 2020 pour une durée de 5 ans.

Validation et diffusion du Projet d'Etablissement

Le projet a été présenté pour avis au Conseil de la vie sociale le 3 décembre 2019, au CHSCT et en CTE le 4 décembre 2019. Le 4 décembre 2019, il a été présenté au Conseil d'Administration pour validation.

En décembre 2019, il a été transmis au Conseil départemental et à l'Agence Régionale de santé.

Sa durée de validité est de 5 ans.

Evaluation et actualisation du Projet d'établissement

Le projet d'établissement fera l'objet d'une évaluation annuelle en COPIL et d'une actualisation en 2021.

Le Plan d'actions sera évalué annuellement en COPIL ; les résultats seront communiqués aux instances notamment via la présentation du Rapport d'activité en avril.

Au second semestre de l'année 2023, un bilan sera réalisé et la démarche de réécriture engagée pour le nouveau projet d'établissement.

Organisation du document

Le présent projet d'établissement est organisé en plusieurs parties principales reprenant les principaux processus de l'établissement selon la cartographie présentée en annexe 3.

Cette cartographie sert de base au déploiement de la démarche qualité, qu'il s'agisse du suivi du Plan d'actions ou de la base documentaire qui est organisée selon ce classement.

En début de chaque partie, le document reprend le code correspondant et la description du processus.

En fin de partie ou de sous partie, le document reprend les objectifs assignés à chaque processus, les actions correctives validées et leur source : évaluation interne (EI), externe (EE), groupe de travail du projet d'établissement (PE) ou le CPOM.

Ces actions seront celles qui figureront dans le plan d'actions d'amélioration de la qualité. Le calendrier prévisionnel de réalisation des actions ainsi que les indicateurs associés seront indiqués dans le Plan d'actions informatisé dans le logiciel Qualité. Ce plan d'actions fera l'objet d'un suivi en COPIL Qualité tout au long de la réalisation du Projet d'établissement.

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
Méthodologie d'élaboration du Projet d'Etablissement	3
Le Comité de Pilotage (COPIL)	3
L'intégration des résultats des évaluations internes et externes.....	4
Les groupes de travail	4
Prise en compte de la convention tripartite et du CPOM	4
Validation et diffusion du Projet d'Etablissement	4
Evaluation et actualisation du Projet d'établissement.....	5
Organisation du document	5
PRESENTATION GENERALE.....	11
Histoire de la création de l'établissement	11
Inscription dans l'action médico-sociale.....	11
Inscription de l'EHPAD dans son environnement	11
Caractéristiques et provenance des personnes âgées accueillies.....	12
MISSIONS ET VALEURS.....	13
Le concept de personne.....	13
Nos valeurs.....	14
GOVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT (PM1)	14
Stratégie et politique de l'établissement (PM1-SP01)	14
Définition de la politique et de la stratégie générale	14
Organisation administrative et instances (PM1-SP02)	15
Fonctionnement courant	15
Instances	16
Management de la qualité et des risques (PM1-SP03)	17
Une démarche participative	17
Le suivi de la démarche qualité	19
La gestion documentaire informatisée	19
La mesure de la qualité	20
L'Evaluation.....	20
Le management des risques	20
La stratégie de développement durable.....	21
La stratégie de gestion des crises	22
Veille légale et réglementaire (PM1-SP04).....	24
DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS (PM2)	25
Droits et libertés (PM2-SP01)	25

L'information et le recueil du consentement	25
Le respect de la liberté individuelle et collective	25
La liberté d'aller et de venir	26
La promotion et le maintien de l'autonomie.....	26
Le maintien et la valorisation des relations sociales	27
La préservation de la dignité humaine	27
La qualité de vie	27
Ethique et bientraitance (PM2-SP02)	28
Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance.....	28
L'éthique pour se ressourcer	29
Participation des résidents et des familles (PM2-SP03)	30
Relations avec les familles et les proches.....	30
L'écoute et recueil de la satisfaction des usagers	31
RESEAUX ET PARTENARIATS (PM3)	32
Contexte territorial (PM3-SP01)	32
Coopérations (PM3-SP02).....	33
Conventions de ffilières et de prises en soins	33
Autres partenaires	33
Le groupement de coopération social et médico-social des EHPAD du Roussillon (GER)	33
L'association ESTAGLY.....	34
Bénévolat (PM3-SP03)	35
Les bénévoles et intervenants réguliers pour les animations	35
ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS (PR1)	36
L'admission (PR1-SP01).....	36
Accueil et évaluation (PR1-SP02)	37
Descriptif de l'accueil.....	37
L'évaluation gérontologique standardisée (EGS)	37
ELABORATION ET SUIVI DU PROJET PERSONNALISE (PR2)	38
Projet personnalisé (PR2-SP01)	38
Définition du projet personnalisé	38
Les objectifs du Projet personnalisé	38
Les acteurs du Projet personnalisé	39
Accompagnement médical et paramédical (PR2-SP02)	40
La vie quotidienne.....	40
Le repos de journée	41
Le coucher	41
La nuit.....	41
La coordination pluridisciplinaire des soins.....	41
La prise en charge des urgences	44

Principes de prise en charge des soins	44
Dossier du résident et transmissions.....	46
Le circuit du médicament	46
Prévention et gestion des risques (PR2-SP03).....	49
La structuration de la démarche.....	49
La prévention des déficits sensoriels.....	49
La prévention des troubles nutritionnels	50
La prévention de la déshydratation.....	51
La prévention des escarres et de la régression locomotrice	51
La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale	52
La prévention des chutes.....	52
La prévention de la douleur.....	53
La prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques.....	54
La prévention du déclin cognitif	54
La prévention du risque iatrogène.....	55
La prévention de la maltraitance	55
La prévention des infections associées aux soins.....	55
La prévention vaccinale et nosocomiale.....	56
Accompagnements spécifiques (PR2-SP04)	60
L'accompagnement psychologique	60
Les autres accompagnements	61
L'unité protégée.....	62
L'accueil de jour	67
L'hébergement temporaire	71
Activités, animations et vie sociale (PR2-SP05)	73
Présentation du projet d'animation	73
Objectifs du projet d'animation.....	73
Mise en place des animations.....	75
FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT (PR3).....	80
Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs (PR3-SP01).....	80
Sortie des résidents (PR3-SP02).....	81
Décès des résidents (PR3-SP03).....	82
RESSOURCES HUMAINES (PS1).....	83
Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents (PS1-SP01)	84
Le recrutement	84
Accueil du nouvel arrivant	84
L'Accueil des stagiaires	85
Emplois, carrières, rémunération (PS1-SP02).....	86
Gestion des carrières	86
Les textes applicables aux salariés.....	86
Rémunérations.....	86

Développement des compétences et politique de formation (PS1-SP03).....	87
Gestion prévisionnelle des métiers et compétences	87
Formation professionnelle.....	88
L'élaboration du plan de formation.....	88
Le budget de la formation professionnelle.....	88
Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (PS1-SP04).....	89
Prévention des atteintes à la santé physique et psychique	89
Prévention des risques psychosociaux et Qualité de vie au travail.....	91
La lutte contre les discriminations et le harcèlement	91
Le dialogue social et l'activité syndicale	91
Organisation du travail et gestion du temps de travail (PS1-SP05).....	94
Structure des effectifs.....	94
Organisation du travail	95
Gestion du temps de travail.....	95
COMMUNICATION (PS2).....	97
Communication interne et échanges d'informations (PS2-SP01)	97
Communication externe (PS2-SP02).....	98
LOGISTIQUE ET SECURITE (PS3).....	100
Hébergement et cadre de vie (PS3-SP01).....	100
Structure actuelle de l'EHPAD	100
Réaffectation des espaces communs.....	101
Agrandir la salle de restaurant par la construction d'une extension	102
Jardins et terrasses	102
Isolation et climatisation.....	103
Remplacement régulier du mobilier	103
Modifications architecturales de l'unité protégée	103
Création de deux chambres complémentaires.....	103
Accessibilité des locaux.....	103
Décoration et identité des espaces	104
Restauration (PS3-SP02)	106
Les temps de repas	106
Les modalités du service	106
La participation des résidents au choix de leurs menus.....	106
Organisation de la cuisine.....	107
Organisation de l'hôtellerie et de la plonge	107
Respect des principes d'hygiène (HACCP)	107
Gestion des approvisionnements alimentaires	108
Maintenance (PS3-SP03).....	110
Eau chaude sanitaire.....	110
Vérification et maintenances obligatoires des équipements.....	110
Maintenance des bâtiments et autres équipements	110
Circuit des déchets.....	112

Hygiène des locaux et du linge (PS3-SP04)	113
L'entretien des surfaces et des locaux.....	113
La gestion du linge	113
L'hygiène du linge	114
Transports (PS3-SP05).....	115
Sécurité des biens et des personnes (PS3-SP06)	116
Sécurité incendie.....	116
Sécurité	116
Système d'information (PS3-SP07)	117
Système informatique.....	117
Accès internet	118
Logiciels.....	118
Règles d'usage du système d'information et RGPD	118
ACHATS ET RESSOURCES FINANCIERES (PS4)	120
Orientations pluriannuelles (PS4-SP01).....	120
Le projet de rachat.....	120
Gestion budgétaire et financière (PS4-SP02).....	121
L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).....	121
L'Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).....	122
Fonction achat (PS4-SP03)	123
Contrôle de gestion et comptabilité analytique (PS4-SP04)	123
CONCLUSION	125
TABLE DES ANNEXES.....	126
ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement	127
ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement	127
ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.....	130
ANNEXE 3 – Cartographie des processus.....	132
ANNEXE 4 – Exemple de fiche de groupe de travail	133
ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement	136

PRESENTATION GENERALE

La résidence « Le Ruban d'Argent » est un établissement médico-social d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) autonome et relevant du statut de la fonction publique hospitalière. L'EHPAD est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'Aide Sociale, pour 30 % de sa capacité, de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie et de l'Allocation-Logement (sous condition de ressources).

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés de 60 ans au moins (sauf dérogation) sans aucune discrimination, dans le respect de ses capacités d'accompagnement et de soins de l'établissement définies dans ce projet d'établissement.

Histoire de la création de l'établissement

La résidence « Le Ruban d'Argent » est née de la volonté de la Municipalité de la commune de Pia qui a sollicité sa création le 2 décembre 2004.

Après l'avis favorable du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociales (CROSMS), le Conseil Général et anciennement la D.D.A.S.S des Pyrénées Orientales ont conjointement rédigés l'arrêté autorisant la création d'un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 76 lits dont 2 lits d'hébergement temporaires et de 4 places d'accueil de jour.

La première pierre a été posée en janvier 2008 par Christian BOURQUIN, Président du Conseil Général et Guy PARES, Maire de la Commune et après et plus de 20 mois de travaux, l'ouverture de la résidence a lieu le 16 décembre 2009.

En 2013, l'avenant n°1 à la Convention tripartite autorise une extension des places de l'accueil de jour passant alors de 4 à 6 places.

Inscription dans l'action médico-sociale

L'établissement participe à l'action sociale et médico-sociale telle qu'elle a été définie, dans la Loi du 2 janvier 2002, et notamment dans les articles suivants :

Article L. 116-1 « ***l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables (...), »***

Article L. 116-2 : « ***L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».***

Inscription de l'EHPAD dans son environnement

La résidence « Le Ruban d'Argent » bénéficie d'une situation géographique privilégiée au sein de la commune : elle est située à la périphérie de Perpignan, dans la plaine de la Salanque entre mer (à 10 min des plages) et montagne avec un magnifique point de vue sur le Canigou. L'établissement est situé au 112 Chemin de la poudrière à Pia.

L'établissement, qui se situe en zone périurbaine, est proche des grands centres médicaux (Centre Hospitalier Saint Jean, Cliniques Mutualistes, nombreux spécialistes en centre-ville...) et implanté dans un secteur ou de nombreux cabinets de médecins, infirmières, masseurs kinésithérapeutes et pharmacies sont installés.

Accès par la route :

L'autoroute A9 « la catalane » dessert Pia en empruntant la sortie 41 « Perpignan Centre – aéroport de Rivesaltes – Le Barcarès (2 kms de Pia)

La R.N 9 à l'entrée de Perpignan Nord, prendre la R.D 12 (chemin de Rivesaltes à Pia), contourner le rond-point et emprunter la R.D 12 qui passe sous la Route Nationale 9 jusqu'au prochain rond-point et prendre la direction de PIA qui se trouve à 1.2 km.

Par les airs :

L'aéroport « Sud de France » de Perpignan (situé à 8 kms de Pia).

Par le rail :

La gare de Perpignan est située à 10 kms de Pia et Rivesaltes à 5 km.

Par le bus du CD 66

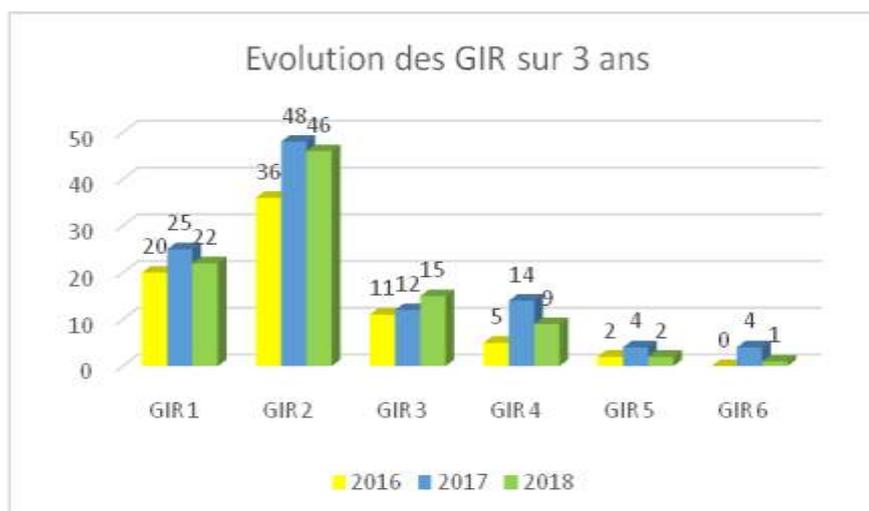
Ligne de Clairà à Perpignan (gare routière). L'arrêt le plus proche de l'établissement est situé à 500 mètres.

Caractéristiques et provenance des personnes âgées accueillies

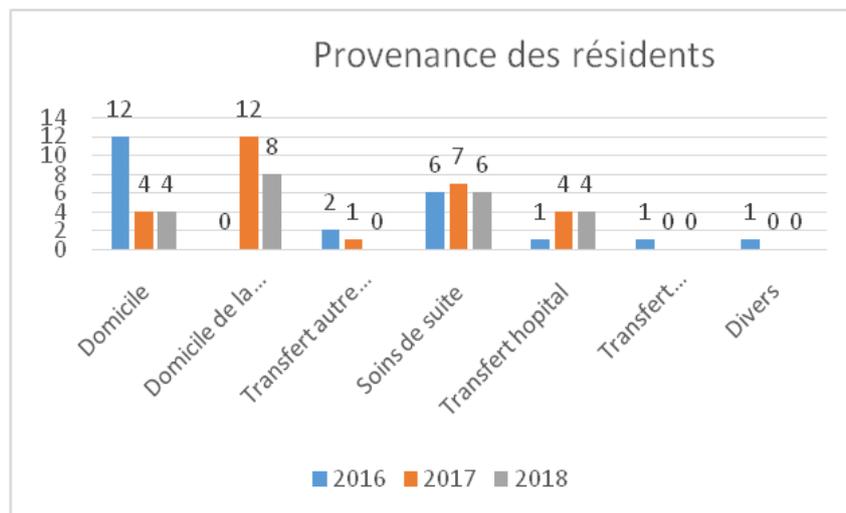
Depuis son ouverture le 16 décembre 2009, la résidence dispose d'un taux d'occupation proche ou au-delà des 99 %, et ce tout au long de l'année.

Une liste d'attente de demandes d'admission en file active permet de répondre rapidement aux besoins en cas de places vacantes. Les départs sont en général dus aux décès ou à des hospitalisations, mais aussi à des changements de résidence pour des raisons familiales.

Le GIR moyen pondéré augmente régulièrement depuis 2009, passant de 735 en 2013 à 812 en 2016, date de la dernière validation. L'augmentation régulière du GMP atteste de l'accroissement de la dépendance des résidents accueillis.



Par ailleurs, une majorité de résidents proviennent de leur domicile, de celui de la famille ou d'une entrée après un passage en hospitalisation ou en service de Soins de suite et de réadaptation (SSR).



MISSIONS ET VALEURS

Notre mission intègre les recommandations formulées dans les grands axes du schéma régional de l'organisation médico-sociale et notamment :

- « Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage
- Mieux articuler le secteur sanitaire avec le secteur médico-social
- Inscrire les personnes âgées ou handicapées dans des logiques de parcours de vie sur les territoires
- Impulser une politique visant à promouvoir la qualité de la prise en charge au sein des ESMS
- Il s'agit de favoriser la bientraitance,
- la politique de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins en établissements et services médico-sociaux »

Notre mission est principalement de préserver la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution en les considérant d'abord comme des êtres à part entière, pour leur permettre de conserver leur autonomie, leur personnalité, leur dignité, leur histoire, leurs liens sociaux, donc, de vivre.

Plus spécifiquement, l'accompagnement aux soins intègre également les missions suivantes :

- Maintenir un bon état de santé pour conserver un maximum d'autonomie et les capacités restantes
- Continuer à vivre, avoir des relations sociales
- Traiter et surveiller les pathologies en cours
- Prévenir les pathologies liées à l'institutionnel
- Dépister et prévenir les signes de fragilité du grand âge

Le concept de personne

La personne âgée est une personne, quels que soient ses handicaps, avant d'être une « personne âgée ».

Une personne est un être indivisible, unique, avec une histoire qui se poursuit et des projets singuliers. Cette globalité de la personne est faite de l'entrecroisement des multiples dimensions d'une vie, celle de son passé certes, mais aussi de son présent ; jusqu'à sa mort. Nous ne pouvons prendre connaissance avec discrétion de son histoire de vie que si elle nous y autorise.

Nos valeurs

Elles sont basées sur la mise en œuvre concrète et pragmatique de la bientraitance au quotidien et également étayées par la « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » qui rappelle en préambule une définition de la vieillesse : « *La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement. Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales. Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens. Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.* »

GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT (PM1)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM1	Gouvernance de l'établissement
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer une gouvernance équilibrée et fonctionnelle de l'établissement, et notamment disposer d'une stratégie, d'une politique claire et identifiée, d'une organisation administrative adaptée au besoin et d'instances consultatives et décisionnaires conformes. Ce processus vise également à promouvoir et organiser une politique de management de la qualité et des risques, mais également de développement durable proposant des outils efficaces. Enfin, il vise à permettre une veille légale et réglementaire efficace et régulière permettant d'adapter la stratégie au regard des évolutions du secteur ou contraintes nouvelles.
PM1-SP01	Stratégie et politique de l'établissement
PM1-SP02	Organisation administrative et instances
PM1-SP03	Management de la qualité et des risques
PM1-SP04	Veille légale et réglementaire

Stratégie et politique de l'établissement (PM1-SP01)

Définition de la politique et de la stratégie générale

La gouvernance de l'établissement se base sur une politique générale et des objectifs présentés dans ce projet d'établissement. La politique générale est définie par le Directeur de l'établissement et approuvée par le Conseil d'administration.

La politique de l'établissement s'inscrit dans le respect des lois, règlements et orientations régionales et locales de l'Agence régionale de santé et du Conseil départemental des Pyrénées orientales, et plus spécifiquement son CPOM qu'il convient de négocier, de suivre (bilan annuel) et d'actualiser si nécessaire (réévaluation du GMP- PMP et objectifs).

Dans le cadre de cette politique institutionnelle, le Directeur est chargé d'élaborer la stratégie de l'établissement visant à mettre en œuvre les objectifs du projet d'établissement et réaliser les actions prévues. Il assure également l'actualisation des priorités et leur adaptation aux besoins des résidents, du personnel et au bon fonctionnement du service public. Il est le garant de la continuité du service et de la qualité des soins et des prises en charge.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, la stratégie globale, intégrée au futur CPOM prévoit notamment la demande de reconnaissance de l'unité protégée comme Unité d'hébergement renforcée (UHR), la création d'un Pôle d'accueil et de soins adaptés (PASA) dans l'ancien logement de fonction et le dépôt d'un dossier de candidature pour la mise en place d'un projet innovant en lien avec les services à domicile.

Enfin, l'établissement envisage le passage au tarif global sans Pharmacie à usage intérieur (PUI) afin de pouvoir salarier ou rémunérer directement certains intervenants médicaux et paramédicaux et ainsi renforcer la coordination des soins.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM1-SP01	Stratégie et politique de l'établissement	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	S'assurer la mise en œuvre effective du projet d'établissement	
Action	Faire un bilan annuel de l'avancée du projet d'établissement dans le rapport d'activité	PE
Action	Actualiser le Projet d'établissement à mi parcours	PE
Objectif	Négocier et mettre en œuvre le CPOM	
Action	Négocier le CPOM	EI
Action	Réévaluer et faire valider le GMP et PMP	EI
Action	Réaliser les bilans intermédiaires des objectifs du CPOM	PE
Objectif	Développer les activités dans une logique de parcours	
Action	Formaliser un projet de prise en charge commun innovant avec l'association Pia Agly et les acteurs locaux	PE - CPOM
Action	Développer nos missions en créant un PASA (dossier déposé)	EI - CPOM
Action	Labelliser l'unité protégée en UHR	EI - CPOM
Action	Demander le passage au tarif global sans PUI	PE - CPOM

Organisation administrative et instances (PM1-SP02)

Fonctionnement courant

L'établissement dispose d'un organigramme général définissant les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'ensemble du personnel. Il est présenté en annexe 5.

Le Directeur est l'autorité de nomination de l'établissement. Le suivi administratif est assuré par deux adjointes : une adjointe des cadres seconde le Directeur dans ses fonctions et assure la gestion des ressources humaines, de la formation et la gestion de la paye, elle assure également un suivi des dépenses et la préparation du budget (l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses). Une adjointe administrative assure la gestion de la facturation, des résidents et les tâches de secrétariat.

En ce qui concerne l'encadrement soignant, il est composé d'un médecin coordonnateur et d'une cadre de santé ou IDEC, qui assurent la conduite des équipes IDE, AS et ASH et la coordination des soins.

Instances

Conseil d'administration :

Le Conseil d'administration est l'organe décisionnaire de l'établissement. Il définit la Politique Générale de l'établissement, vote le Budget (Etat prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD) et décide des investissements. Cette instance se réunit au moins trois fois par an et autant que nécessaire.

Etablissement public communal, l'établissement est présidé par le Maire de la commune de Pia.

Il est composé de 12 membres répartis selon le Code de l'action sociale et des familles :

- Les représentants des collectivités territoriales ;
- Les représentants du personnel ;
- Les personnalités qualifiées et les représentants des usagers.

Conseil de la vie sociale (CVS) :

Le conseil de vie sociale est une instance élue par les résidents et les familles de l'établissement. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel, le CVS donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie, projet d'établissement... Son rôle est consultatif.

Le conseil de la vie sociale a été créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale afin de renforcer les droits des résidents hébergés dans des établissements médico-sociaux. Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

Les personnes suivantes y siègent :

- Des représentants des résidents,
- Des représentants des familles,
- Des représentants du personnel,
- Un représentant du Conseil d'administration.

Les représentants des résidents et des familles sont élus pour une durée de trois ans maximum par tous les résidents et leurs familles dans le cadre d'élections organisées par l'établissement. Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale interviennent bénévolement.

Le président est élu par le CVS et doit obligatoirement être un résident ou un représentant des familles. Le directeur de l'établissement ou son représentant participe aux réunions avec voix consultative.

Le conseil de la vie sociale peut inviter qui il souhaite à participer à une de ses réunions, à titre consultatif, en fonction de l'ordre du jour. Il se réunit au moins 3 fois par an.

Le conseil de la vie sociale peut donner son avis et fait des propositions sur :

- Les projets de travaux,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- La mise en place de nouveaux services,
- Les modifications de la prise en charge ayant un impact sur les résidents,
- Le programme des animations,
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne...
- Les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants.

Les représentants des résidents et des familles élus au conseil de la vie sociale sont les interlocuteurs privilégiés des résidents et familles qui n'y siègent pas. Ils apportent des informations et des conseils aux résidents et à leurs familles. Avant la tenue d'un conseil, ils peuvent passer les voir et recueillir leurs remarques pour en faire part lors de la réunion. Les comptes rendus sont publics et seront affichés pour les résidents et les familles.

Comité technique d'établissement (CTE)

Présidé par le Directeur, il se réunit 4 fois par an et comprend des représentants syndicaux élus pour 4 ans. Il est notamment consulté pour avis sur les conditions et l'organisation générales du travail dans l'établissement, le budget et les comptes financiers, la politique de formation, le présent règlement intérieur et le projet d'établissement. Il assure le suivi des différents avis rendus. Il se réunit 4 fois par an et en session extraordinaire si nécessaire.

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Présidé par le Directeur, il est composé de membres délibératifs (représentants du personnel médical et non médical, directeur) et de membres consultatifs. Ces attributions portent sur les conditions de travail, la sécurité des personnels et l'hygiène des locaux.

Il dispose également d'un droit d'alerte et de retrait en réponse aux situations dangereuses. Cette instance consultative se réunit au moins quatre fois par an.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM1-SP02	Organisation administrative et instances	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Garantir la mise en œuvre des évolutions des instances sociales	
Action	Mettre en place le Comité social économique (CSE)	PE
Action	Valider le règlement intérieur du CSE	PE

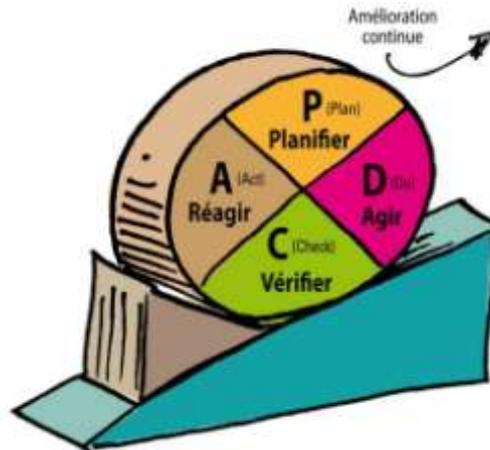
Management de la qualité et des risques (PM1-SP03)

Une démarche participative

La démarche qualité constitue un droit pour les usagers et un devoir pour les professionnels. La politique qualité est avant tout une démarche participative. L'amélioration continue de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs qualité dont le bénéficiaire central est le résident. Cette démarche suppose un engagement fort de la Direction de l'établissement, réitéré en décembre 2018 dans une note de service à l'ensemble du personnel.

Concrètement, il s'agit de la recherche d'une meilleure qualité en s'engageant dans une démarche concrète d'amélioration des processus (enchaînement d'actions, d'activités) et des pratiques. Les professionnels de terrain, par leur expérience, sont à même d'enrichir cette démarche ; leurs suggestions peuvent être à l'origine de projets d'amélioration. Cette démarche participative s'étend aux prestataires externes et aux résidents et leurs familles, selon les thématiques abordées et leur disponibilité.

La démarche est fondée sur la méthode du PDCA, à savoir le fait de Planifier (« Plan », c'est à dire définir la stratégie et les actions à mener), Agir (« Do », c'est-à-dire réaliser les actions prévues), Vérifier (« check », c'est-à-dire évaluer nos actions et s'assurer de l'efficacité des mesures prises) et Réagir (« act », c'est-à-dire ajuster nos actions et notre stratégie au regard des résultats et évolutions de la situation).



La démarche Qualité est structurée via un Comité de pilotage Qualité et Gestion des risques, la nomination d'un référent Qualité et l'identification de pilotes de processus.

Le comité de pilotage (COPIL)

Le COPIL Qualité Gestion des Risques a une mission politique, stratégique et opérationnelle :

- Définir et piloter la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la politique de gestion des risques de l'établissement
- Organiser et assurer le suivi des démarches d'évaluation (interne et externe)
- Assurer le suivi global et l'alimentation du Plan d'actions d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en lien avec les pilotes et référents
- Piloter l'écriture du Projet d'établissement et son actualisation régulière
- Organiser la politique d'évaluation et d'audit
- Assurer le suivi global des événements indésirables, plaintes et réclamations
- Organiser la définition et le suivi global des indicateurs de l'établissement

Ce comité a un rôle décisionnel et est multidisciplinaire. Il est composé des professionnels suivants :

- Directeur
- Adjointe des cadres / Adjointe administrative
- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé
- Animatrice
- Psychologue
- Infirmier, aide-soignant, ASH
- Agent technique
- Chef de cuisine

A cette composition s'ajoute les pilotes et référents thématiques nécessaires à la réalisation de ses missions.

Le référent qualité

Son rôle sera :

- D'assurer la coordination, l'animation, la gestion de la démarche en lien avec le Directeur, d'assurer le suivi de l'action des pilotes de processus et référents thématiques,
- D'assurer la gestion de la gestion documentaire et la coordination de l'actualisation des procédures et protocoles,
- D'apporter un soutien méthodologique : accompagnement des groupes de travail et formations,
- De préparer les travaux du comité de pilotage (suivi des événements indésirables) en lien avec les responsables de service et le Directeur,
- D'organiser la communication ascendante, descendante et transversale,
- D'assurer la gestion du logiciel Qualité comme référent.

Les pilotes de processus

Dans le cadre de la démarche d'analyse par processus, l'établissement a établi une cartographie des processus de l'établissement. Des sous processus sont aussi identifiés. Afin d'assurer le suivi des analyses et l'évaluation des risques liés à chaque processus, l'établissement doit désigner des pilotes et co-pilotes qui seront chargés de suivre l'avancée des actions et de piloter leur thématique.

Ces pilotes sont issus du COPIL et des différents services le cas échéants. Ils agissent sous la coordination du COPIL, du référent qualité et du Directeur.

Le suivi de la démarche qualité

Il se concrétise par l'identification des objectifs d'amélioration et la mise en place d'une planification des projets d'amélioration au sein du COPIL Qualité et Gestion des risques. Cette planification précise les actions à conduire pour atteindre les objectifs fixés.

Le plan d'actions prévoit :

- Les acteurs et/ou les processus concernés,
- Le pilote ou co-pilote de chaque action,
- L'évaluation et les indicateurs liés à l'action,
- L'échéancier et la date prévisionnelle de réalisation de l'action.

La gestion documentaire informatisée

La mise en place d'une gestion documentaire rigoureuse est nécessaire lors de toute mise en place d'une démarche qualité.

En effet dans le cadre de la démarche qualité une multitude de documents sont utilisés, créés (protocoles par exemples) et chacun d'eux vise un ou des publics précis, les professionnels ou les usagers. Ces documents doivent pouvoir être consultables, classés et actualisés.

L'établissement a fait le choix d'une gestion documentaire informatisée sur un logiciel dédié et de s'engager à réduire la place des classeurs papiers. Une procédure des procédures sera écrite afin de définir un modèle unique de procédure et de protocole, et de clarifier les règles de référencement de l'ensemble des documents.

Une démarche d'harmonisation se mettra progressivement en place au niveau du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER) dans laquelle s'inscrira l'établissement.

Le référent Qualité devra s'assurer de la cohérence et de la maîtrise du processus documentaire en lien avec le Directeur.

La mesure de la qualité

La mesure de la qualité est nécessaire : elle permet de contrôler le degré d'atteinte des objectifs et de rendre lisible pour tous les progrès institutionnels.

Différentes mesures existent :

- Les indicateurs qui permettent de mesurer un résultat (nombre de chutes par exemple)
- Le repérage des défauts et dysfonctionnements (transmissions intendants)
- Le respect du processus (conformité)
- La capacité des processus à répondre aux attentes (cohérence)
- Le développement de la démarche qualité
- La satisfaction des résidents et des professionnels
- L'évaluation des pratiques professionnelles
- L'évaluation de la sécurité des résidents, des prestations, des professionnels.
- Les résultats des enquêtes menées auprès du personnel, des résidents et des familles

Dans le cadre de la démarche structurée par processus, les indicateurs devront être redéfinis et fiabilisés afin d'assurer un suivi coordonné et efficient (notamment en lien avec les indicateurs du CPOM et déjà suivis par l'ANAP ou la HAS).

L'Évaluation

Cette démarche d'évaluation est obligatoire et règlementée, elle reste participative et dynamique.

Selon l'article 312-8 du CASF : « *Les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées selon les catégories d'établissements ou de services par un Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (..). Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation* ».

La démarche d'évaluation se décompose en deux temps :

- L'évaluation interne : elle est réalisée par le service sur la base d'un référentiel de bonnes pratiques choisi ou créé par le service. Elle doit avoir lieu au moins 3 ans avant le renouvellement d'autorisation.
- L'évaluation externe : elle est réalisée par un cabinet externe, habilité par l'ANESM (nouvellement intégrée à la Haute Autorité de Santé - HAS). La référence est le référentiel choisi par le service. Elle doit avoir lieu au moins 2 ans avant le renouvellement d'autorisation.

Pour répondre à ces exigences, l'établissement a réalisé une évaluation interne en 2015, une évaluation interne facultative en 2018 et son évaluation externe en 2019.

Dans le cadre de l'absorption de l'ANESM par la HAS, un travail est en cours au niveau national pour redéfinir les contours des futures évaluations. L'établissement ajustera sa politique qualité aux nouvelles exigences afin de préparer ces futures étapes et les professionnels.

Le management des risques

L'établissement doit redéfinir sa cartographie des risques en lien avec sa démarche d'analyse des processus. Un système de signalement des événements indésirables est en place via le logiciel de soins. Le signalement est ouvert à l'ensemble des professionnels et est vivement encouragé.

L'Événement indésirable (EI) est « tout évènement au sein de la résidence qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages pour le résident, le professionnel, le visiteur ou les biens. »

Il existe plusieurs types d'évènements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les évènements sentinelles, les précurseurs, les accidents, les évènements graves liés aux soins, etc. Ils sont classés selon leur gravité et criticité selon une échelle de cotation issue des recommandations.

Les principaux évènements à signaler concernent :

- Les situations de maltraitements, de négligences ou de violences
- Les évènements indésirables graves liés aux soins en général
- Les situations liées au comportement (agression, fugue, tentative de suicide,...)
- Les accidents du travail (Item document unique par unité de travail)
- La sécurité des biens et des personnes (inondation, vol, intrusion, début d'incendie,...)
- La défaillance du matériel/technique (notamment en cas de récurrence de transmissions intendances ou non résolues)
- L'hygiène alimentaire (restauration/PMS)
- Les traitements/médicaments (erreur de produit, erreur de dosage, erreur d'identité, erreur de voie d'administration).
- Les chutes et la déclaration de chute.

Une procédure de signalement des évènements indésirables a également été rédigée permettant de préciser les signalements et doit être actualisée au regard des évolutions du système de signalement.

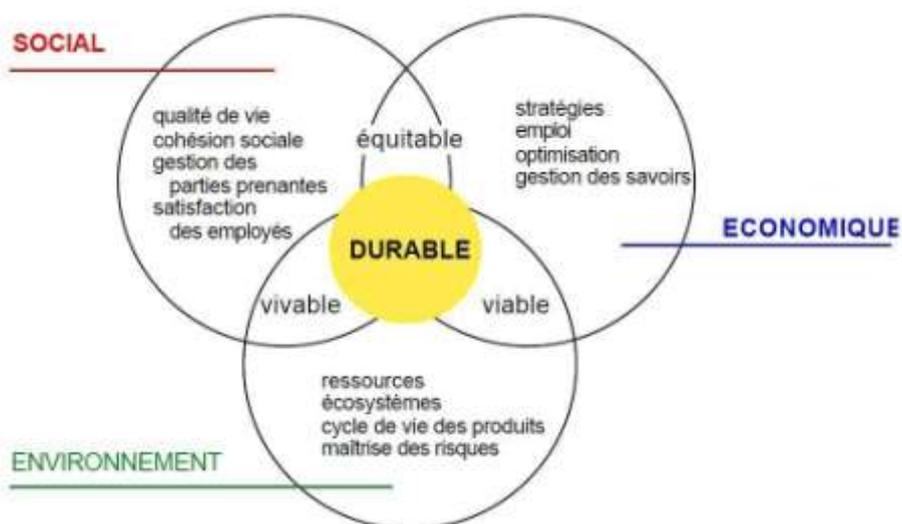
Les évènements indésirables comme les plaintes et réclamations devront également faire l'objet d'un recueil et d'une réponse formalisée.

Dans le cadre de ses obligations, le Directeur assure le signalement des évènements indésirables graves à l'Agence régionale de santé et au Conseil départemental.

La stratégie de développement durable

L'établissement est engagé dans une démarche de développement durable au quotidien. Toutefois, celle-ci n'est pas formalisée et relève de plusieurs actions transversales qui ne sont pas mises en cohérence.

Aussi, le choix a été fait d'inclure la réflexion durable lors de l'analyse de tous les processus de l'établissement, tout en permettant l'étude du sujet en tant que tel lors du COPIL Qualité.



La politique de développement durable de l'établissement vise à valoriser les réalisations actuelles et à approfondir l'engagement de l'établissement sur ces sujets. Notre ambition est de tendre à la diffusion d'une culture commune au sein de l'établissement qui se traduise au quotidien par des actions, des réflexes parfois et la généralisation d'un questionnement sur le bien-fondé de telle ou telle pratique au regard de son impact potentiel sur l'environnement, sur la qualité de vie au travail ou le bien-être du résident ou sur son efficacité économique.

Pour cela, la mobilisation de chacun (direction, encadrement, personnel de l'établissement, familles et résidents, mais aussi partenaires extérieurs) est à rechercher et à concrétiser au maximum. Chacun à son échelle, avec son métier ou sa fonction, a un rôle à jouer dans la mise en œuvre du développement durable.

Chacun aussi peut être force de proposition pour que de nouvelles actions viennent enrichir la stratégie. Cette stratégie est ainsi pensée comme un outil dynamique destiné à évoluer dans son contenu et dans sa déclinaison concrète au travers de nouvelles actions proposées au fil du temps et en fonction de notre actualité.

La stratégie de gestion des crises

L'établissement dispose d'un Plan bleu écrit et actualisé chaque année en juin. Ce plan permet notamment de formaliser les modalités de réunion de la cellule de crise et sa composition. Le Plan bleu actuel traite essentiellement de la gestion des épisodes de canicule.

Ce Plan bleu devra être réactualisé en intégrant l'ensemble des situations de risque susceptibles d'affecter l'établissement notamment les risques d'inondation, les risques terroristes, les risques électriques (DARDE), la formalisation d'un Plan de continuité d'activité (PCA) et un Plan de retour à l'activité (PRA).

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM1-SP03	Management de la qualité et des risques	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	S'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	
Action	Evaluer l'efficacité des réunions pluridisciplinaires d'étude des RBPP	EI - CPOM
Action	Evaluer la connaissance des RBPP par les professionnels	EI
Action	Mettre en ligne et diffuser les RBPP à l'ensemble des professionnels	EI - CPOM
Objectif	Renforcer la structuration de la démarche Qualité et Gestion des risques	
Action	Nommer un référent Qualité et gestion des risques	PE - CPOM
Action	Formaliser et organiser le suivi régulier du PACQ	EI - CPOM
Action	Réaliser une cartographie des risques par processus de l'établissement	PE
Objectif	Déployer un système de mesure et de pilotage de la qualité et de la gestion des risques efficient	
Action	Renforcer le suivi et le pilotage des indicateurs	EI
Objectif	Assurer le signalement et la prise en compte des événements indésirables	
Action	Former le personnel à la définition et au signalement des événements indésirables	PE
Action	Réorganiser le système de déclaration et d'analyse des événements indésirables	PE - CPOM
Action	Réorganiser le système de gestion des plaintes et réclamations	PE - CPOM
Objectif	Décliner les orientations développement durable dans l'ensemble des processus	
Action	Faire un bilan annuel de l'avancée des actions liées au développement durable	PE
Action	Intégrer la réflexion durable dans l'ensemble des analyses de processus	PE
Objectif	Actualiser la stratégie de gestion des crises	
Action	Actualiser le Plan bleu en intégrant l'analyse des risques et les différentes dimensions attendues (DARDE, PCA, PRA...)	PE
Action	Actualiser les protocoles et procédures de gestion des crises et des urgences	PE

Veille légale et réglementaire (PM1-SP04)

L'établissement assure une veille légale et réglementaire sur tous les sujets relatifs à son activité. Le maintien d'une veille réglementaire et sa prise en compte est essentiel afin :

- D'anticiper les évolutions du secteur
- D'assurer la conformité réglementaire des activités et des prestations
- D'assurer la conformité de ses pratiques aux dernières recommandations et bonnes pratiques

Au niveau de la gestion administrative, l'établissement dispose d'un abonnement à une lettre d'information médico-sociale. Celle-ci fait l'objet d'un envoi bi-mensuel précisant les dernières évolutions selon différentes thématiques.

Si cet envoi concerne l'ensemble du champ médico-social, il traite de manière non spécifique des évolutions dans le domaine des soins et des prises en charge (médicaments, bonnes pratiques, dernières innovations et études scientifiques...).

Également, la prise en compte des données issues de la veille réglementaire n'est encore pas formalisée ou institutionnalisée.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM1-SP04	Veille légale et réglementaire	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Diversifier les supports d'informations et de veille	
Action	Mettre en place une veille sur les sujets médicaux-soignants	PE
Objectif	S'assurer la prise en compte des évolutions légales et réglementaires	
Action	Intégrer l'analyse des résultats de la veille lors du COPIL Qualité	PE

DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS (PM2)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM2	Droits et participation des usagers
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir le respect des droits et libertés des résidents tout au long de leur séjour au sein de la résidence. Il vise également à mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique structurée et à s'assurer du déploiement de la politique de bientraitance dans l'ensemble des processus. Enfin, il doit permettre de définir et garantir l'expression, la participation et la prise en compte des demandes des familles et des résidents afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des prestations,
PM2-SP01	Droits et libertés
PM2-SP02	Ethique et bientraitance
PM2-SP03	Participation des résidents et des familles

Droits et libertés (PM2-SP01)

L'information et le recueil du consentement

L'information et le recueil du consentement du résident est un des meilleurs moyens de lutter contre l'exclusion et de favoriser l'adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie.

Dès la pré-admission et les premiers contacts avec les résidents et les familles, les professionnels recherchent le consentement de la personne. Ce consentement est formalisé lors de l'admission via la signature du contrat de séjour et via une mention sur le logiciel de soins.

Au delà, les résidents doivent être informés des soins et actions les concernant. Le consentement de la personne sera recherché à tous les moments même dans les actes du quotidien (repas, toilette,...).

Le respect de la liberté individuelle et collective

Il s'agit de la liberté de la personne d'exercer ses choix dans la vie quotidienne, de déterminer son mode de vie et de pouvoir choisir un lieu de vie adapté à ses attentes et à ses besoins.

La personne âgée doit pouvoir exprimer librement ses souhaits, ses volontés, à défaut l'avis de la personne de confiance ou de la famille sera recherché.

Cela se traduit concrètement par une adaptation de l'organisation et du bâtiment aux besoins et souhaits de la personne. L'architecture et les dispositifs de la résidence le ruban d'argent sont principalement conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

- L'espace commun est organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements.
- Il est accueillant et garantit la sécurité des résidents.
- La chambre est un espace privatif et individualisé : c'est le domicile de la personne âgée y résidant. La chambre est donc un cadre privé de la vie quotidienne, un territoire d'identité. La présence

d'objets personnels est vivement encouragée (fauteuil, décoration...) pour personnaliser ce nouveau lieu de vie.

Toutefois afin de préserver l'autonomie, les professionnels de l'EHPAD sont attentifs à ce que l'espace de circulation de la chambre ne soit pas trop encombré pour éviter les chutes et garantir la sécurité des résidents. Le règlement de fonctionnement définit les règles à observer en ce sens.

Chaque résident peut disposer librement de la clé de son espace.

La liberté d'aller et de venir

L'établissement favorise la liberté d'aller et de venir des résidents. Il assure un compromis entre le maintien de la sécurité et la liberté de déplacement et de mobilité. L'adaptation des prises en charge nécessite en effet certains aménagements, dans le cadre d'une unité protégée de 14 lits et la sécurisation de l'enceinte extérieure et des bâtiments, et la mise en place des contentions (évoquée dans le cadre du processus relatif aux projets personnalisés).

L'unité protégée

L'unité protégée « Jardin d'Eden » dispose d'un accès sécurisé par digicode en raison du profil des résidents accueillis, malades d'Alzheimer et apparentés, présentant un risque de fugue et de déambulation. La prise en charge est adaptée aux troubles du comportement et les sorties encouragées (familles, animations, etc.).

Les critères d'entrées et de sortie sont définis par l'équipe pluridisciplinaire et au regard de l'état de santé et cognitif des résidents accueillis. Un protocole devra être formalisé notamment pour réévaluer la pertinence du maintien dans cette unité et fluidifier les transferts vers l'unité classique.

L'enceinte de l'EHPAD

L'enceinte de l'EHPAD est sécurisée pour les personnes présentant des troubles cognitifs. Ainsi, pour ces dernières, il persiste une liberté d'aller et venir dans le parc de l'EHPAD. Les sorties principales sont sécurisées par digicode, et un système d'alarme permet d'alerter les soignants des sorties via les issues de secours. Un système de bracelet anti-fugue est en place (entrée principale) et fait l'objet d'une décision pluri-disciplinaire (un protocole devra être rédigé pour préciser les modalités de choix et d'évaluation pour le port de ces dispositifs).

Cependant, les résidents autonomes peuvent aller et venir à l'extérieur, ils connaissent le code d'ouverture du portail. Il leur est seulement demandé d'informer l'infirmière de leurs absences.

La promotion et le maintien de l'autonomie

L'autonomie de la personne est favorisée par les actions du quotidien :

- Maintenir la verticalisation et favoriser la marche,
- Mise en place d'une signalétique adaptée au sein des couloirs et des chambres (image choisie par les résidents),
- Utilisation de matériel ergonomique pour maintenir les gestes du résident,
- Prévention de l'incontinence : mises aux WC régulières, adaptation des protections aux besoins de la personne.

L'important est de ne pas faire à la place du résident et de favoriser les gestes de la vie quotidienne (toilettes, habillage, repas...).

Le maintien et la valorisation des relations sociales

Il s'agit de la liberté de communiquer, de se déplacer, de participer à la vie en société, mais aussi de maintenir les relations familiales les réseaux amicaux et sociaux

La liberté de communiquer

Chacun, s'il le désire et en est capable, possède sa propre ligne téléphonique et en assume directement les charges financières.

Le réseau téléphonique interne permet d'appeler, par numérotation abrégée, à tout moment, les responsables de l'établissement (numéros affichés auprès de chaque poste).

La correspondance

Le courrier est distribué et transmis quotidiennement aux résidents ou régulièrement aux familles. Ceux-ci peuvent choisir à l'admission le mode de distribution du courrier.

Le maintien des relations familiales ou sociales et des activités

Dans l'établissement, les visites des familles et des proches sont libres pour favoriser le maintien des liens familiaux. Les visites sont toutefois conseillées en dehors des soins.

La fête des familles organisée tous les ans crée ou soude le lien entre résidents, familles et professionnels.

Les familles sont conviées à l'élaboration et la discussion du projet de vie et participent aux commissions et instances représentatives de l'établissement (CVS notamment).

La préservation de la dignité humaine

Il s'agit de la liberté d'expression, de conscience ou encore de l'exercice des droits et de la protection juridique de la personne. L'établissement tend par exemple à faire respecter la volonté du résident dans les actes de la vie quotidienne : repas, toilette.

Lorsque la question se pose au quotidien par rapport à la confrontation entre la volonté de la personne et sa santé (refus de toilette par exemple) l'avis de l'infirmière est demandé. Les équipes tendent à accompagner, inciter la personne. Ce point est revu en équipe lors des transmissions et cette question est abordée lors de l'élaboration du projet personnalisé.

La qualité de vie

La qualité de vie est définie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS, 1993).

Ce concept renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives :

- L'état de santé physique de la personne, ses habilités fonctionnelles ;
- Ses sensations somatiques ;
- Son état de santé psychologique ;
- Son statut social, son environnement relationnel.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral des résidents constituent l'objectif constant de l'établissement.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM2 - SP01	Droits et libertés	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer l'information sur les droits et libertés	
Action	Remettre en forme (format, police plus grande) la charte des droits et libertés de la personne âgées dépendante	EI
Action	Revoir les lieux d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne âgées dépendante	EI
Action	Mettre en place la procédure ou note d'information sur l'accès au dossier à destination des résidents et familles	EE
Action	Faire connaître l'utilité des personnes qualifiées du Département auprès des résidents et des familles	EE
Objectif	Limiter les restrictions à la liberté d'aller et de venir	
Action	Formaliser la procédure du port de bracelet anti-fugue	EI - CPOM
Action	Rédiger une procédure d'entrée et de sortie de l'unité protégée	EI - CPOM
Objectif	Renforcer le recueil des consentements de la personne accueillie	
Action	Formaliser l'obtention du consentement lors de la visite de pré-admission	EI
Action	Formaliser l'ensemble des consentements tout au long du séjour (image,...)	PE

Ethique et bientraitance (PM2-SP02)

Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, absorbée depuis par la HAS) caractérise la bientraitance comme une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste de ses besoins. Pour la mise en œuvre d'une politique de bientraitance, l'ANESM a identifié quatre repères :

- L'utilisateur coauteur de son parcours,
- La qualité du lien entre professionnels et usagers,
- L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes,
- Le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance.

L'équipe respecte le plus possible la volonté du résident au quotidien et veille à respecter son rythme de vie en journée et lors du coucher.

Le résident participe à l'élaboration de son projet personnalisé, exprime ses besoins et ses choix.

La circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance

dans les établissements et les services médico-sociaux de la compétence de l'ARS précise la politique nationale qui comprend trois axes principaux :

- Améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- Renforcer l'efficacité, la fréquence des inspections, des contrôles et de l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus par l'établissement s'articulent autour de :

- L'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- L'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à favoriser la bientraitance. »

Les équipes sont formées régulièrement à la promotion de la bientraitance et au prendre soins.

Les protocoles de signalement de la maltraitance ont été écrits et diffusés. Ils seront actualisés dans le cadre de ce projet d'établissement.

L'éthique pour se ressourcer

La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage. Au plan institutionnel, il s'agit d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue (usagers, proches, représentants d'usagers, professionnels, personnes ressources...) déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention.

Malgré les réflexions actives au quotidien des équipes soignantes, l'établissement n'a pas encore créé ou participé à une démarche formalisée de réflexion basée sur l'éthique.

Les avantages de la mise en place d'un groupe de réflexion d'éthique ou d'un comité d'éthique sont nombreux :

- L'Éthique donne du sens aux pratiques
- La réflexion éthique est un espace d'autorisation de la pensée où le professionnel peut se poser les questions : est-ce que je fais « bien » ? En quoi mon action contribue-t-elle à une création de valeur pour la personne accompagnée ?
- Elle contribue à faciliter une prise de décision la plus « juste » possible
- Elle renforce les relations de confiance entre les acteurs.

Dans le cadre des actions de ce projet d'établissement, un référent « Ethique et bientraitance » sera nommé et en charge de créer un comité d'éthique et de bientraitance. Il définira ses missions et sa composition en lien avec le Directeur.

Ce comité agira en lien avec les futurs projets de comité d'éthique du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER) et du Comité d'éthique départemental.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM2 - SP02	Ethique et bientraitance	
Co-pilote	Psychologue	
Objectif	Formaliser la réflexion éthique et la politique de bientraitance	
Action	Formaliser un plan de développement de la culture de la bientraitance	EI - EE
Action	Poursuivre les formations sur la bientraitance	EI
Action	Désigner un référent thématique bientraitance et définir son rôle et ses missions	EI
Action	Installer un Comité d'éthique et de bientraitance	EI - PE
Action	Travailler à l'émergence d'un Comité d'éthique départemental dans le cadre du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER)	PE
Action	Formaliser le dispositif de signalement de la maltraitance et le diffuser à tout le personnel	EE
Action	Sensibiliser les nouveaux personnels et stagiaires à la maltraitance	EE

Participation des résidents et des familles (PM2-SP03)

Relations avec les familles et les proches

Le passage en institution peut marquer le franchissement d'une étape où l'aidant familial n'a plus à assurer le quotidien et peut aborder plus sereinement « la vie, les relations », avec son père ou sa mère ou son proche.

Si le côté dynamiseur de la famille est bien compris par le personnel, il faut désormais lui trouver une signification et une place dans les pratiques d'équipe, faute de quoi elle ne pourra pas contribuer à faire vivre le projet.

Un certain nombre d'actions peuvent être menées avec elle, mais il faut chaque fois relativiser en fonction de son désir et de ses possibilités d'investissement en le mettant constamment en rapport avec le souhait du résident.

La famille n'est pas là pour « faire à la place » du personnel, mais pour donner plus de sens au résident sur ce qui est fait, ou être simplement présent à ces côtés pour apporter réassurance et affection.

Les familles si elles le souhaitent peuvent être présentes lors des repas, gouters et animations et ainsi participer à la vie quotidienne du résident. Le règlement de fonctionnement n'interdit pas les visites ou la présence pendant les toilettes, mais il incite toutefois à différer la visite afin de ne pas intervenir pendant le déroulement des soins.

Les proches et les familles peuvent participer aux fêtes et événements, à l'élaboration du calendrier des animations, à la décoration de la chambre, ou encore assurer des sorties ou des promenades... Elles sont encouragées à agir avec les équipes en tant que bénévole.

Inversement certains proches ou certaines familles développent un sentiment de culpabilité dès l'entrée en établissement. Dès lors la psychologue peut intervenir pour le soutien des familles lors de l'entrée en établissement ou sur leur demande.

L'écoute et recueil de la satisfaction des usagers

L'établissement mesure la satisfaction des usagers c'est-à-dire des résidents et de leurs familles à travers différents dispositifs :

- Enquêtes de satisfactions par questionnaire pour recueillir le niveau de satisfaction (familles). Le résultat des enquêtes est transmis au CVS. Il sera également transmis au Conseil d'administration.
- Réunion des familles autour d'un moment de convivialité (1 à 2 fois par an).
- Résultats des conseils de vie sociale,
- Une boîte à suggestions est disponible mais mal identifiée et encore sous utilisée.

Le recueil de la satisfaction doit encore être renforcé en actualisant les questionnaires et remettant en place les enquêtes à destination des résidents à divers moments clefs de la prise en charge. Également, des modalités innovantes de recueil seront étudiées (boîtes à suggestions réadaptée, quizz en ligne et par courriel...).

Le recueil des plaintes et réclamations des familles ou usagers n'est pas encore totalement structuré. Actuellement, la messagerie interne ou les événements indésirables sont utilisés pour tracer un mécontentement ou une plainte d'un résident ou d'une famille. Le suivi de chaque événement est assuré par la cadre de santé ou l'administration selon les sujets.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM2 - SP03	Participation des résidents et des familles	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer la place des familles au sein de l'établissement	
Action	Inviter les familles au goûter avec le résident le jour de son arrivée à l'EHPAD	EI
Action	Identifier, localiser, organiser un espace d'accueil des familles	EI
Action	Poursuivre le travail accompli en réunissant régulièrement les membres du CVS	EE
Objectif	Rénover le système de recueil de la satisfaction	
Action	Mettre en place des recueils de la satisfaction des familles innovants tout au long du séjour	EI - CPOM
Action	Réactualiser le questionnaire de satisfaction	EI
Action	Remettre en place les enquêtes flash (trois mois après l'accueil)	EI - EE
Action	Assurer le traitement des résultats des enquêtes de satisfaction (suivi des actions)	EI
Action	Mieux valoriser (identifier) la boîte à suggestions	EI
Action	Relancer les enquêtes de satisfaction à destination des résidents	EI - CPOM
Action	Formaliser et organiser le traitement des plaintes et réclamations des résidents	EI
Action	Assurer le recueil, la traçabilité et la diffusion des remerciements et des satisfactions des résidents et des familles	PE

RESEAUX ET PARTENARIATS (PM3)

PROCESSUS MANAGEMENT	
PM3	Réseaux et partenariats
Pilote	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer l'inscription de l'établissement dans une logique de parcours territorial et d'implication dans la filière gériatrique locale. Cette dynamique implique la participation à diverses coopérations sur le territoire afin d'assurer des complémentarités de prise en charge, fluidifier les parcours et éviter les ruptures. Egalement, l'établissement vise à diversifier ses partenariats associatifs et en constituant un réseau de bénévoles à même de renforcer son action.
PM3-SP01	Contexte territorial
PM3-SP02	Coopérations
PM3-SP03	Bénévolat

Contexte territorial (PM3-SP01)

L'établissement s'inscrit dans l'organisation territoriale des soins du département des Pyrénées orientales. A ce titre, il participe à la filière gériatrique notamment avec le Centre hospitalier de Perpignan situé à quelques kilomètres.

Il agit également de concert avec le Centre hospitalier de Thuir et les établissements hospitaliers privés situés à proximité. Des conventions sont signées avec le CH de Perpignan et le CH de Thuir afin de structurer les filières.

L'établissement s'inscrit également au sein de priorités de l'Agence régionale de santé, à travers le projet régional de santé, ses déclinaisons locales et les projets et événements de prévention en santé publique.

La structuration doit encore être renforcée avec les acteurs de coordinations tels que la MAIA et le CLIC ou encore en lien avec les associations d'aide à domicile, dans une logique de parcours et de complémentarité des prises en charges.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM3 - SP01	Contexte territorial	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Renforcer les liens avec les acteurs locaux	
Action	Prendre contact et s'inscrire dans les actions de la MAIA et des autres acteurs de la filière	PE
Objectif	Participer aux actions et événements en lien avec la santé publique	
Action	Renforcer la communication et la participation en interne lors des événements de santé publique	PE

Coopérations (PM3-SP02)

Comme indiqué plus haut dans le cadre des filières, l'établissement coopère avec plusieurs établissements et structures locales. Il coopère également avec des prestataires libéraux afin d'améliorer la prise en charge des résidents au sein de l'établissement.

Conventions de filières et de prises en soins

Nous avons conventionné avec :

- Le Centre hospitalier de Perpignan pour la filière gériatrique et l'hygiène (CLIN)
- L'Hospitalisation à domicile (HAD)
- Le Réseau plaies et cicatrisation
- L'Equipe Mobile de soins palliatifs (CH)
- L'Equipe mobile de psycho-gériatrie (CH Thuir)
- Le laboratoire de biologie (examens biologiques)
- Les officines de ville (circuit du médicament et délivrance automatisée via une pharmacie dédiée)

Autres partenaires

Nous collaborons avec de nombreux professionnels tels que :

- Les intervenants libéraux dont la liberté de choix est laissée au résident ou à la famille : Médecins traitants et spécialistes, kinésithérapeute, podologue et pédicure, orthophoniste, dentistes,
- Les ambulanciers dont le choix est également laissé au résident,
- Une coiffeuse qui intervient une fois par semaine,
- Une esthéticienne,
- Une art-thérapeute,
- Une masseuse,
- Une association de sport adaptée,
- La Mairie de Pia
- Les associations de Pia et des environs,
- Les écoles de Pia, l'accueil de loisir,
- Les établissements du territoire de l'Agly (association ESTAGLY),
- Les Autorités de tarification et de contrôles (DSV, etc.).

Le groupement de coopération social et médico-social des EHPAD du Roussillon (GER)

Composé de 9 établissements publics autonomes, la convention constitutive a été signée en 2018. Le groupement revendique un « caractère public » qui se fonde sur une égalité d'accès aux soins en direction des personnes âgées et vise à offrir une prestation adaptée au meilleur coût quelles que soient les ressources de l'utilisateur.

Le groupement GER est doté de la personnalité morale de droit public. Ses membres ont pour valeur commune la solidarité, qui se traduit par la perspective de proposer des offres complémentaires, innovantes en termes de techniques d'accompagnement des personnes âgées.

Ce groupement est représentatif des différentes prises en charge et accompagnements proposés à la personne âgée sur le territoire des Pyrénées Orientales. Il propose ainsi un parcours d'accompagnement du domicile (SSIAD, SPASAD) jusqu'en établissement avec des prises en soins adaptées pour des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives.

Le groupement GER représente :

- 501 ETP en termes d'effectifs salariés dans le secteur médico-social,
- 980 places d'hébergement permanent, temporaire, accueil de jour et SSIAD,
 - Hébergement permanent : 810 places dont 91 places en unité protégée et 84 places réparties sur 6 PASA,
 - Accueil de jour : 48 places,
 - Hébergement temporaire : 25 places,
 - Places de SSIAD : 97 places soit 40 places à Millas et 57 places à Céret,
 - Environ 35.5 millions d'euros de budgets d'exploitation cumulés.

L'objectif principal du GSCMS GER est de valoriser l'activité médico-sociale des établissements publics en faveur des personnes âgées :

- En proposant un parcours cohérent et de qualité aux usagers,
- En structurant et harmonisant les pratiques et les savoir-faire des EHPAD, sur l'ensemble des activités déployées dans le cadre du projet d'accompagnement de la personne âgée du domicile à l'EHPAD,
- En proposant des innovations pour l'ensemble des activités déployées,
- En intervenant en complémentarité afin de mieux articuler les réponses sur un territoire donné,
- En étant un partenaire du GHT (Groupement Hospitalier du Territoire) dans le cadre du projet médical partagé et partenaire du PTSM (Projet Territoire en Santé Mentale) en tenant compte des spécificités des EHPAD dans la filière gériatrique,
- En rompant l'isolement institutionnel.

Au 1^{er} janvier 2019, le groupement est composé de 9 membres :

- La RESIDENCE LA LLEVANTINA - 100 Avenue Nelson Mandela - 66200 ALENYA
- La RESIDENCE COSTE BAILLS - 2 Bd des Evadés de France - 66200 ELNE
- La RESIDENCE FORCA REAL - 3 Allée E. Michelet - 66170 MILLAS
- L'EHPAD FRANCIS CATALA - 12 avenue du Conventionnel Fabre - 66320 VINCA
- L'EHPAD FRANCIS PANICOT - Rue du 19 mars 1962 - 66350 TOULOUGES
- La RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT - 112 Chemin de la Poudrière - 66380 PIA
- La RESIDENCE LES AVENS - 8 Bd National - 66600 PEYRESTORTES
- L'EHPAD LE MAS D'AGLY - 24 Avenue de Lattre de Tassigny - 66250 SAINT LAURENT DE SALANQUE
- L'EHPAD LA CASA ASSOLELLADA - 1 Rue de San Pluget - 66400 CERET

A ce jour, l'EHPAD participe à la mise en place d'un Plan de formation partagé, à la création d'une dynamique de Qualité de vie au travail commune, à la cartographie des achats, à la réponse commune aux appels à candidature de l'ARS, à un projet de télémédecine commun sur l'ophtalmologie, à l'organisation de groupes d'échange entre professionnels des différents établissements...

L'établissement souhaite donc poursuivre et accroître son implication dans ce groupement, en participant activement aux projets communs.

L'association ESTAGLY

L'établissement fait partie de l'association ESTAGLY, regroupant plusieurs établissements des différents champs du Handicap et des personnes âgées. Elle vise à créer des synergies et des moments d'échanges communs entre les usagers et les professionnels de ces structures.

Sont notamment organisés chaque année des Olympiades et un challenge culinaire. L'implication dans cette association est importante afin de proposer des rencontres entre les différents publics et afin de décloisonner nos établissements.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM3 -SP02	Coopérations	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Poursuivre l'intégration dans une dynamique de coopération et de mutualisation départementale	
Action	Participer aux actions du GER	PE - CPOM
Action	Participer aux actions de l'association ESTAGLY	PE - CPOM
Objectif	Poursuive la coopération au profit de l'amélioration des prises en charge	
Action	Actualiser les conventions avec les intervenants libéraux	PE
Action	Conventionner avec de nouveaux professionnels	PE
Action	Orienter et développer les partenariats à vocation intergénérationnels	PE
Objectif	Développer le partenariat avec la HAD du territoire	
Action	Organiser une réunion annuelle de bilan avec la HAD	PE - CPOM
Action	Inviter la HAD aux réunions de la commission de coordination gériatrique	PE - CPOM
Action	Protocoliser les modalités d'intervention de la HAD au sein de la structure	PE - CPOM

Bénévolat (PM3-SP03)

Les bénévoles et intervenants réguliers pour les animations

L'établissement favorise l'implication des familles en tant que bénévole notamment au moment des animations, évènements et sorties organisées tout au long de l'année. Au-delà des individualités, l'EHPAD souhaite s'engager vers la participation de nouvelles associations de bénévoles afin de renforcer son action. Ainsi, intervient déjà bénévolement l'association Les Blouses Roses une fois par semaine.

L'intervention bénévole au sein de l'établissement est formalisée par une convention de partenariat qui permet de fixer le cadre et la durée de l'intervention. Toutefois, l'établissement doit mieux formaliser les interventions, leur coordination et les objectifs de chacune d'entre elles, avec par exemple des bilans annuels et la mise en place d'objectifs précis.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PM3 - SP03	Bénévolat	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Développer et renforcer le réseaux des bénévoles	
Action	Contacteur de nouvelles associations susceptibles d'intervenir	PE
Action	Valoriser les actions des bénévoles (évènements, invitations)	PE
Action	Actualiser les conventions de partenariat avec les bénévoles	PE
Action	Formaliser les relations et les bilans avec les associations et bénévoles	PE

ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS (PR1)

PROCESSUS REALISATION	
PR1	Admission et accueil des résidents
Pilotes	Cadre de santé - Médecin coordonnateur
Finalité du processus	Ce processus a pour objet la définition et la formalisation des modalités d'admission, d'accueil et d'évaluation initiale des résidents, étapes qui sont essentielles et précèdent la définition du projet personnalisé du résident.
PR1-SP01	Admission
PR1-SP02	Accueil et évaluation

L'admission (PR1-SP01)

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à effectuer une visite préalable et doit renseigner le dossier d'admission.

A réception du dossier d'admission, un entretien de pré-admission est programmé au regard de l'évaluation initiale du dossier, l'éventuel futur résident rencontrera le médecin coordonnateur et le cadre de santé.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par le médecin traitant et sur la base de l'évaluation réglementaire (grille AGGIR), le médecin coordonnateur et le cadre de santé de la résidence donnent leur avis sur l'admission de la personne âgée pour présentation en commission d'admission.

La date d'admission du résident est fixée d'un commun accord ; elle correspond à la date de départ de facturation même si le résident décide d'entrer à une date ultérieure (entrée administrative).

Le Directeur réunit une commission d'admission qui étudie la demande au regard de :

- L'avis du Médecin Coordonnateur,
- L'avis du Cadre de Santé
- Du dossier administratif qui doit être obligatoirement constitué de l'ensemble des documents et formulaires du dossier d'admission, dûment renseignés.

Une fois la commission d'admission réunie, le Directeur prononce ensuite l'admission. En cas de refus définitif, celui-ci est signifié par courrier à la famille et le dossier détruit.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR1 - SP01	Admission	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Mettre en oeuvre et évaluer le protocole d'admission	
Action	Préciser les modalités de pré-admission	PE
Action	Evaluer le protocole de pré-admission	PE

Accueil et évaluation (PR1-SP02)

Descriptif de l'accueil

Le nouveau résident est accueilli par l'adjointe administrative en charge de la gestion des dossiers d'admission pour signature du contrat de séjour et finalisation du dossier si besoin.

Elle remet les clefs au résident ou à sa famille puis elle prévient l'équipe soignante (AS/ISGS/ASH) de l'arrivée du nouveau résident qui est conduit dans sa chambre puis en salle d'animation pour le goûter.

Les membres de l'équipe AS et ASH se présentent au nouveau résident. L'animatrice se présente également au résident, prend sa photo, ses habitudes de vies et souhaits d'animations, l'ASH recueille les goûts alimentaires et souhaits pour le petit déjeuner. Le résident choisit l'image positionnée sur sa porte de chambre.

L'AS fait l'inventaire des affaires du résident et complète les habitudes de vies (heure de levers de coucher, toilettes,...).

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Les objectifs de l'évaluation gériatrique standardisée sont :

- D'améliorer la performance diagnostique,
- D'optimiser l'accompagnement de la personne âgée,
- D'améliorer les capacités fonctionnelles,
- D'améliorer la qualité de vie,
- De réduire le recours aux soins inutiles : réflexion-bénéfice/risque,
- De dépister les personnes âgées fragiles et mettre en place un plan de soin spécifique de cette fragilité,
- De prévenir les complications,
- D'optimiser l'orientation vers le lieu de vie.

Un protocole définit les rôles de chacun dans cette évaluation et les interventions des différents professionnels.

Cette évaluation globale et pluridisciplinaire est réalisée dans le premier mois de l'entrée du résident et sert de base à la construction du projet personnalisé du résident.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR1 - SP02	Accueil et évaluation	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Mettre en œuvre et évaluer le protocole d'accueil du résident	
Action	Préciser les modalités d'intervention de l'ensemble des professionnels le jour de l'accueil	PE
Action	Formaliser l'inventaire et l'inscrire sur le logiciel de soins	PE
Action	Revisiter la trame et les critères de recueil des données (lors de l'entrée du résident)	EE

ELABORATION ET SUIVI DU PROJET PERSONNALISE (PR2)

PROCESSUS REALISATION	
PR2	Elaboration et suivi du projet personnalisé
Pilotes	Cadre de santé - Médecin coordonnateur
Finalité du processus	Ce processus reprend l'ensemble des actions visant à la prise en charge individualisée et coordonnée du résident, tel que l'accompagnement médical et paramédical, les actions de prévention et de gestion des risques, la prise en charge spécifique au sein de l'unité protégée, en accueil de jour et en hébergement temporaire, et les prestations d'animations, d'activités et de maintien de la vie sociale. Ces composantes et leur adaptation tout au long du séjour forment le projet personnalisé global du résident.
PR2-SP01	Projet personnalisé
PR2-SP02	Accompagnement médical et paramédical
PR2-SP03	Prévention et gestion des risques
PR2-SP04	Accompagnements spécifiques
PR2-SP05	Activités, animations, vie sociale

Projet personnalisé (PR2-SP01)

Définition du projet personnalisé

Le terme de "projet personnalisé" a été retenu pour qualifier la démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie (son représentant légal le cas échéant) et les équipes professionnelles.

Les projets personnalisés permettent :

- D'accompagner au mieux la personne âgée jusqu'à son départ de l'établissement,
- De garantir le respect de la personne accueillie en lui donnant la possibilité de s'exprimer,
- De donner le choix et la liberté à la personne et contribuer au respect de sa dignité et au respect de la charte de droits et libertés,
- De répondre à des exigences, des besoins et souhaits du résident : qualité de l'accueil, appropriation des lieux, qualité de l'animation, prise en compte de la fin de vie,
- D'organiser au mieux la prise en charge,
- D'assurer une traçabilité des besoins, des soins, des participations aux animations proposées.

Les objectifs du Projet personnalisé

La résidence le Ruban d'Argent a commencé la mise en place et l'élaboration des projets de vie en septembre 2012.

Les trois principaux objectifs du PP au sein du Ruban d'Argent :

- Objectif 1 : Assurer une continuité de vie et de bien-être à la personne résidente malgré le cadre de vie différent.

Ceci en considérant ses besoins qui justifient son institutionnalisation, en respectant ses habitudes et ses préférences quotidiennes, et en lui proposant les différents dispositifs mis en place par l'établissement (kiné, animations...) et en tenant compte de ses choix et de ses capacités.

- Objectif 2 : Impliquer autrement et valoriser le personnel soignant dans l'accompagnement des personnes résidentes.

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.

- Objectif 3 : Exercer, évaluer et faire progresser une démarche de qualité interdisciplinaire au service de chaque personne résidente.

Ceci en mettant en place une collaboration des différents services de l'établissement ; un suivi et une évaluation de cette collaboration en fonction des objectifs personnalisés préalablement définis.

Les acteurs du Projet personnalisé

Le projet personnalisé est élaboré par le référent AS du résident en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Il est discuté en réunion et restitué au résident et à sa famille.

La notion de référence

Chaque résident dispose d'un référent, désigné parmi le personnel aide-soignant, à son entrée dans l'établissement. Il s'agit des référents AS appuyés des référents ISGS (pour la partie médicale/soins techniques).

- Pour les IDE : le repère est l'unité
- Pour les AS : le repère est la chambre

Le référent est l'interlocuteur privilégié de la personne quant à ses besoins et à ses souhaits quotidiens. Il suit le projet de la personne et participe à son évaluation. Il est, également, un relais entre le résident, sa famille et les professionnels.

La participation du résident et de sa famille

Si cela est possible, le résident est associé en amont à la définition de son projet. A défaut, les informations lui sont communiquées. La participation de sa famille est également encouragée lorsque le résident le souhaite ou si le résident ne peut y participer. Toutefois, il conviendra d'engager une réflexion sur la place réelle des proches dans cette élaboration.

Les intervenants libéraux (médecin, kinésithérapeute, etc.) peuvent également être associés, si besoin, notamment lors de la réunion projet.

La réunion projet

La réunion hebdomadaire de revue des projets personnalisés est pluridisciplinaire. Elle est composée des personnes ressources et de tout participant permettant de construire le projet.

Elle valide les objectifs et actions à mener et formalise le projet par écrit. A la suite de la réunion, le projet est enregistré sur le logiciel de soins et disponible pour l'ensemble des soignants (notamment une transmission « flash » aux équipes).

Le projet doit être présenté au résident et à sa famille qui procèdent à sa signature. Cette étape est toutefois parfois difficile au regard de la dépendance des résidents. Il doit ensuite être annexé au contrat de séjour.

Le suivi de la démarche

Les référents sont chargés de coordonner la démarche des projets de vie personnalisés en lien avec le pilote du processus. Un suivi est réalisé en COPIL Qualité lors de l'étude du processus sur l'avancement des projets et leur actualisation.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP01	Projet personnalisé	
Co-pilote	Psychologue	
Objectif	Finaliser la mise en place des projets personnalisés	
Action	Définir le mode de communication du contenu et de l'avancée des projets à l'ensemble des agents	EI - PE
Action	Actualiser la procédure d'élaboration et de suivi des projets personnalisés	EI - EE
Action	Revisiter les critères de la trame des PP	EE
Action	Prendre en compte les spécificités de l'accueil de jour et de l'unité protégée	EI
Action	Définir le rôle des proches dans l'élaboration du projet personnalisé	EI
Action	Définir le rôle et les missions des référents "résidents"	EI

Accompagnement médical et paramédical (PR2-SP02)

La vie quotidienne

Le lever

Chaque résident est réveillé le plus souvent selon son rythme tout en respectant l'incontournable de la prise médicamenteuse à heures régulières et le respect d'un jeûne nocturne inférieur à 12 heures.

Il est important de travailler sur la façon d'entrer en contact avec la personne le matin au lever, de ce fait l'équipe veille à frapper avant d'entrer et à se présenter avec douceur.

L'aide à la toilette et à l'habillement

Préserver l'intimité corporelle, en particulier lorsque les personnes sont dépendantes et vulnérables, est une condition fondamentale de préservation de l'identité personnelle.

La toilette et les soins du corps sont des moments personnels ; selon les personnes accueillies, les enjeux en termes d'intimité sont différents.

La personne est protégée du regard des autres (les toilettes sont assurées portes fermées) et accompagnée dans la construction de son intimité.

L'autonomie du résident veille à être conservée au moment de la toilette. Les produits et le linge de toilette sont individualisés et les vêtements des personnes accueillies sont personnels et non standardisés.

Le repos de journée

Les temps de repos sont organisés à la demande des résidents. Ils s'assoupissent sur les fauteuils et quelques-uns demandent à réintégrer leur chambre pour faire la sieste.

Le coucher

Pour favoriser un coucher individualisé serein, nous adoptons la ligne de conduite suivante :

- Mettre en place les soins du coucher (déshabillage, mises aux WC,...),
- Etre calme,
- Mettre à disposition tout ce que la personne veut ou a besoin,
- Respecter les rythmes de vie, les rituels (laisser un fil lumineux selon la demande...),
- Vérifier la température de la chambre,
- Réassurer les personnes (angoisse du soir, solitude...).

La nuit

Les accès vers l'extérieur sont fermés par l'équipe de nuit vers 21h15 ; tous les accès sont vérifiés. Certains résidents s'enferment dans leur chambre à clé pour se sécuriser (toutes les chambres disposent d'un loquet intérieur).

La tisane est proposée en début de nuit au premier tour de garde en même temps que la distribution des médicaments et que les changes et repositionnement en utilisant du matériel adapté (draps de glisses,...).

Durant le reste de la nuit quand les résidents dorment, les professionnels ne les réveillent pas automatiquement pour les changer, car nous privilégions le sommeil et le repos. Cependant, il faut quand même exercer une surveillance et au tour suivant, le change est réalisé si le résident est réveillé. Les changes non faits sont signalés et motivés.

Les principes de l'équipe de nuit :

- Si des personnes se réveillent la nuit, nous proposons une collation, nous rassurons, nous répondons aux besoins.
- Si des personnes présentent une agitation nocturne et/ou déambulent : nous les surveillons, tentons de les rassurer et les laissons déambuler en les accompagnants puis, progressivement, nous les encourageons à se coucher.
- En cas de problème ou de questionnements sur l'état de santé d'un résident, l'AS peut faire appel à l'équipe IDE d'astreinte du Centre hospitalier.

Des fiches de mobilisation, d'hydratation et la surveillance des selles sont renseignées durant la nuit, si nécessaire, et basculées dans le logiciel de soins.

La coordination pluridisciplinaire des soins

La coordination pluridisciplinaire s'exerce à plusieurs niveaux de manière interne, elle permet de :

- Coordonner l'ensemble des actions mises en place auprès des résidents, leur adéquation et leur bon déroulement ;

- Organiser les divers moyens nécessaires à une politique de soins, personnalisée, cohérente, décidée en équipe (documents, informations, réunions...)
- Gérer l'emploi du temps de chaque membre de l'équipe médicale et paramédicale placée sous sa responsabilité ;
- Mettre en place la formation de l'ensemble des personnels.

Les prestations d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes libéraux, transports sanitaires...) ne sont pas comprises dans le forfait tarifaire de l'EHPAD, et sont facturées au résident ou à son représentant légal. Elles sont remboursées par les caisses d'assurance maladie et les mutuelles aux conditions habituelles.

Le choix du médecin traitant (liste à disposition) est laissé à la liberté du résident ou de sa famille.

En interne, la coordination des soins est exercée entre les différents professionnels soignants sous la responsabilité du médecin coordonnateur assisté du cadre de santé.

Rôle du médecin coordonnateur

Sous l'autorité administrative du directeur, le médecin coordonnateur :

- Organise et anime l'équipe soignante, élabore, coordonne et évalue le projet de soin ; il a une fonction d'organisation et d'animation de l'équipe et dispose d'une autorité fonctionnelle sur les professionnels de santé salariés,
- Coordonne l'intervention des professionnels de santé libéraux auprès desquels il promeut les bonnes pratiques,
- Préside la commission de coordination gériatrique dont l'ordre du jour est préparé avec le directeur,
- Prépare le rapport d'activité médicale, rapport d'information dont les données individuelles doivent rester anonymes. La finalité de ce rapport est de permettre une prise en soin de qualité ; il apporte au directeur qui le signe, des éléments pour la gestion de l'établissement. Dans ce cadre, le médecin coordonnateur intervient en qualité de conseiller technique gériatrique auprès du directeur.
- En cas de situation exceptionnelle (urgence et/ou risques vitaux) et dans les cas prévus par décret, le médecin coordonnateur peut prescrire.
- Le médecin valide le PMP et le GMP (coupe PATHOS et grille AGGIR)

Le médecin coordonnateur de l'établissement entre en rapport avec le médecin généraliste, le service hospitalier pour tout ce qui concerne les problèmes d'épidémiologie, de retour d'hospitalisation.

La commission de coordination gériatrique

Le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.

La commission est composée :

- du directeur de l'établissement ou son représentant,
- des médecins salariés de l'établissement,
- du cadre de santé ou de l'infirmier diplômé d'État en charge de la coordination de l'équipe soignante au sein de l'établissement,
- des salariés de l'établissement suivants : les infirmiers diplômés d'État, les psychologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes
- de l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral,
- du pharmacien d'officine lorsque l'établissement ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur,

La commission de coordination gériatrique est consultée sur :

- Le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre,
- La politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative à certains dispositifs médicaux, produits et prestations,
- Le contenu du dossier type de soins,
- Le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement,
- Le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation de l'établissement,
- L'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins,
- Les bonnes pratiques gériatriques.

Enfin, il convient de noter que la commission de coordination gériatrique a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé intervenant dans l'établissement, et qu'elle doit se réunir au minimum deux fois par an sur un ordre du jour établi conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.

L'infirmière coordinatrice et l'équipe soignante

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de l'établissement : médecin coordonnateur, cadre infirmier, I.S.G.S, aides-soignantes, aides médico psychologiques et les ASH.

L'EHPAD bénéficie d'un accompagnement soignant 24 h/24 h. La nuit, une astreinte IDE est mise en place dans le cadre d'une convention avec le Centre hospitalier de Perpignan.

La cadre de santé

Le cadre de santé est garant de l'organisation et de la continuité des soins. Les missions de l'infirmière coordinatrice ou du cadre de santé sont multiples.

En matière de gestion des ressources humaines :

- Encadrement, animation et gestion de l'équipe soignante,
- Réalisation, gestion des plannings et remplacements,
- Evaluation annuelle des équipes de références,
- Participation avec le directeur à l'élaboration du plan de formation (définition des besoins, détermination des actions et évaluation des formations retenues sur les pratiques professionnelles),
- Participation au recrutement des agents des équipes de référence,
- Elaboration et suivi des fiches de postes et des fiches de tâches,
- Accueil et organisation de l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires,

En matière d'organisation des soins et de l'hygiène :

- Organisation des soins et de la continuité des soins,
- Gestion et coordination du dossier (soins,...) informatisé des résidents,
- Elaboration en lien avec la direction et les équipes des projets personnalisés et de soins conformément au projet d'établissement et aux objectifs de la convention tripartite ou du CPOM,
- Elaboration, suivi, actualisation et contrôle des protocoles de soins et d'hygiène en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante,
- Elaboration de la grille AGGIR en lien avec l'équipe soignante validé par le médecin coordonnateur,
- Coordination des soins entre l'équipe de références et les intervenants médicaux et paramédicaux externes.

En matière d'accompagnement des résidents :

- Préparation des entrées des nouveaux résidents et des personnes accueillies à la journée,
- Réalisation des entretiens de pré-admission en lien avec le médecin coordonnateur si nécessaire,
- Accueil des résidents, des personnes accueillies à la journée et de leur famille,
- Participation à la mise en place du projet personnalisé.

L'équipe infirmière

La coordination des soins est aussi réalisée par les IDE au quotidien en fonction de l'état de santé des résidents.

L'équipe soignante et les ASH appellent toujours l'infirmier (e) en cas de problème de santé du résident.

L'IDE fait le relais avec les autres services (cuisine, ouvrier d'entretien pour des courses).

La prise en charge des urgences

Les premiers soins sont donnés sur place par les soignants présents, un chariot « urgence » situé en salle de soin étant disponible à cet effet. Ensuite, selon le cas, la prise en charge est assurée sur place ou le résident est transféré dans une structure appropriée (hôpital/clinique).

Devant toute urgence ressentie, la prise en charge va dépendre de la compétence de l'équipe soignante en poste. Nous disposons d'un protocole « urgences médicales ».

En cas d'urgence il est fait appel au médecin traitant, pendant les heures ouvrables, sinon au praticien d'astreinte (15 ou SOS médecin).

En cas d'hospitalisation, un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est imprimé et remis sous enveloppe cachetée au transporteur sanitaire de même que les copies des attestations et de la carte de sécurité sociale et la mutuelle contenue dans le dossier papier du résident.

Dans le cadre de la mise en place du Dossier médical partagé (DMP), le DLU sera automatiquement transféré dans le DMP.

Principes de prise en charge des soins

Les soins infirmiers techniques, d'aide et d'accompagnement sont dispensés par des professionnels qui collaborent entre eux. Les principes qui sous-tendent ces prestations sont basés sur le maintien des capacités des personnes âgées, mais aussi sur l'amélioration de leur confort et de leur qualité de vie.

La collaboration et la continuité s'inscrivent dans le projet de vie et de soins de la personne ; projet négocié avec cette dernière et avec son entourage.

L'équipe collabore aussi avec des intervenants extérieurs pour lesquels des obligations, notamment de traçabilité dans le dossier de chaque résident s'appliquent.

Les soins sont dispensés dans un ordre logique et basé sur le rythme chronologique d'une journée, ainsi que sur l'état de santé de chaque personne.

Visites des médecins

Les médecins traitants :

Ils sont appelés en fin de semaine en fonction des dates de renouvellement des ordonnances et sont informés pour la semaine suivante. Une liste de noms de résidents à voir est insérée dans le dossier du médecin correspondant.

Les IDE accueillent les médecins traitants et assistent à la visite. La visite se déroule dans la chambre ou dans la salle de soins et prioritairement en dehors des temps de repas ; le bureau du Médecin coordonnateur peut être utilisé par ses confrères si besoin.

Les médecins spécialistes :

Le médecin traitant ou l'IDE prennent le rendez-vous. A chaque fois la famille est prévenue.

Examens

Il existe une convention avec un laboratoire d'analyses : le vendredi un listing des prélèvements à faire est transmis et réajusté au cours de la semaine suivante, les prélèvements de sang sont faits par le laboratoire.

D'autres prélèvements (selles et urines notamment) sont réalisés par les infirmiers(e) et les AS. Les laborantins se déplacent en cas de prélèvements en urgence ou de prélèvements sur ajoutés dans la semaine.

Les résultats sont transmis par le biais du module de biologie du logiciel de soins. Pour les résultats papiers éventuels, ils sont ventilés dans chaque dossier par l'ISGS, certains médecins équipés reçoivent les résultats au cabinet. Il existe un protocole INR.

Imagerie médicale

Les examens sont réalisés sur prescription médicale, la prise de rendez-vous est effectuée par les IDE ou par la famille si elle est accompagnante. Il est fait appel à un transporteur sanitaire pour le déplacement (en fonction de la prescription) ou à la famille.

L'établissement n'accompagne pas pour les examens ou les visites, mais à chaque fois la famille est prévenue. L'établissement garantit le choix du résident ou de sa famille concernant l'ambulance.

Les résultats sont quelques fois transmis ultérieurement et récupérés en ligne de manière sécurisée.

Les réunions :

Deux réunions cliniques sont organisées le lundi et le jeudi, respectivement pour traiter des sujets de l'unité protégée et de l'unité classique. Ces réunions ont lieu en présence de tous les professionnels (médecin coordonnateur, cadre de santé, IDE, AS, ASH, animation, psychologue, diététicienne, ergothérapeute).

Il existe aussi des réunions de préparation des projets festifs (animation, cadre de santé, cuisine, direction) pour définir l'organisation à mettre en place et les différentes commissions (menus, restauration, animation...).

Une réunion inter-service a lieu tous les mois et réunit un représentant de chaque service au-delà des services de soins. Elle permet de faire le point sur les problématiques concernant l'ensemble des équipes et d'informer les services sur les orientations et projets en cours. Des réunions de service sont réunies selon les besoins.

Dossier du résident et transmissions

Le dossier de la personne accueillie est une aide et un outil pour tous les professionnels, pour mieux répondre aux besoins des personnes.

Le dossier du résident est informatisé et l'établissement tend à la constitution d'un dossier unique et numérisé. Les prescriptions d'examens de laboratoire ou imagerie médicale et de kinésithérapie sont rédigées sur informatique, comme les ordonnances médicamenteuses.

Les transmissions sont un des outils mis à disposition des professionnels pour optimiser la continuité et la cohérence des soins et prises en charge.

Les transmissions ciblées, dans le dossier de l'usager, permettent un suivi fiable de l'état de santé de ce dernier par le partage d'un vocabulaire et d'une technique d'écriture communs.

Les mots clefs

Dans le dossier informatisé, des mots clés permettent la sélection de transmissions individualisées et/ou collectives. Pendant les soins, la traçabilité est effectuée sur tablette. Après les soins, la traçabilité est effectuée dans le logiciel de soins en salle de transmissions.

Tous les acteurs soignants écrivent dans le dossier, les non soignants font part de leurs observations qui sont retranscrites par un soignant.

Les transmissions écrites doivent être lues à chaque prise de poste.

Les transmissions orales entre les équipes sont importantes pour mettre du sens et de la distance sur les pratiques et prendre des décisions en équipe.

Le circuit du médicament

Prescriptions

L'ordonnance est rédigée par le médecin traitant sur le logiciel du dossier patient : prescription de renouvellement - Prescription de changement de traitement ou traitement occasionnel, prescriptions d'examens de laboratoire ou imagerie médicale, de kinésithérapie...

Cependant, tous les médecins ne prescrivent pas encore sur informatique. Dans ce cas le médecin coordinateur rentre la prescription dans le logiciel de soins.

Délivrance pharmaceutique

Elle est réalisée dans le cadre d'une convention avec une pharmacie (délivrance robotisée). Ce système permet de libérer du temps infirmier et d'assurer une meilleure sécurité du circuit du médicament.

Si besoin, la pharmacie passe tous les jours à 16 h 30 du lundi au vendredi afin de faire un point sur les prescriptions. En cas de passage d'un médecin pour une prescription en urgence le vendredi soir, la pharmacie passe le samedi matin.

L'IDE vérifie les préparations à administrer. Une référence IDE est mise en place chaque semaine (le mercredi) pour que le référent médicament puisse faire les vérifications nécessaires.

Administration

Les gouttes sont préparées au moment de la prise pour l'unité classique. En ce qui concerne les traitements de nuit, ils sont préparés dans la journée par l'IDE.

Aide à la prise

L'IDE distribue les traitements selon la prescription médicale. Elle administre les gouttes, les formes injectables et les patchs. L'aide à la prise est effectuée par les IDE et parfois les AS: matin au petit déjeuner et le soir pour le dîner. La nuit, l'AS de nuit distribue et aide à la prise des médicaments vérifiés par les IDE.

Surveillance

Les effets indésirables sont signalés à l'ISGS. Les troubles du comportement sont observés et signalés, les paramètres vitaux suivis. Ceci est abordé en transmissions. Les ISGS transmettent au médecin. L'enregistrement des prises et des non-prises est effectif grâce au logiciel de soins. Une signature électronique mentionne l'heure de la prise ou le refus du traitement.

Gestion des toxiques

Les toxiques sont mis dans un coffre et la pharmacie est fermée à clé. Il existe une ordonnance sécurisée. Chaque toxique délivré est noté sur un registre des toxiques rappelant le nom du résident et la dose administrée conformément à la prescription.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP02	Accompagnement médical et paramédical	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Optimiser la réalisation des actes de la vie quotidienne	
Action	Réévaluer le respect des temps de jeûne nocturne	PE
Action	Réévaluer le temps des toilettes (réalisation, traçabilité et temps dédié)	PE
Action	Réévaluer le temps des couchers (réalisation, traçabilité et temps dédié)	PE
Action	Réévaluer le travail de nuit et l'enchaînement des tâches	PE
Action	Renforcer la participation des résidents aux actes de la vie quotidienne à travers les projets personnalisés : distribution du courrier, journal...	EI
Objectif	Renforcer la coordination des soins	
Action	Se conformer aux exigences relatives au fonctionnement de la commission de coordination gériatrique	EI
Action	Renforcer la communication avec les intervenants extérieurs	EI
Action	Sensibiliser les médecins traitants à l'utilisation de Netsoins	EI
Action	Formaliser les conventions d'activité libérale	EI

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP02	Accompagnement médical et paramédical	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la sécurité de l'intervention des équipes de nuit	
Action	Assurer la formation spécifique des équipes de nuit	EI
Action	Revoir et actualiser les fiches de tâches des personnels de nuit	EI
Objectif	Garantir la qualité et l'efficacité des échanges d'informations	
Action	Engager une réflexion sur les temps de transmissions au sein de l'organisation du travail (positionnement et durée)	PE
Action	Améliorer les transmissions entre les professionnels (écrites, ciblées, formation des agents	EI
Action	Définir en équipe le secret partagé et engager une formation sur ce thème	EI
Action	Développer la traçabilité des actions menées dans le cadre du plan de soins	EI
Action	Prévoir une formation des personnels à Netsoins et un suivi des personnels formés	EI
Objectif	Renforcer l'information des résidents et des familles sur l'accompagnement médical et paramédical	
Action	Informier plus systématiquement les résidents des modifications de leur plan de soins	EI
Action	Formaliser une procédure d'accès du résident aux informations médicales qui le concerne	EI
Action	Informier plus systématiquement les résidents des modifications de leur plan de soins	EI
Objectif	Sécuriser et optimiser la gestion du dossier informatisé du résident	
Action	Tendre vers un dossier du résident unique et numérisé	EI - PE
Action	Se conformer aux exigences réglementaires et aux recommandations relatives à la mise en place du dossier médical unique	EI - EE
Action	Revoir les droits et habilitations des différents personnels pour l'accès au dossier médical via Netsoins	EI
Action	Mener un travail en équipe autour du secret professionnel, du secret médical	EI
Objectif	Renforcer l'évaluation de la qualité des soins	
Action	Structurer une démarche d'évaluation institutionnelle pour la qualité des soins	EI
Action	Tracer les évaluations de la qualité des soins	EI
Action	Programmer des analyses de pratiques professionnelles	EE
Objectif	Garantir la mise à jour des protocoles et recommandations	
Action	Organiser la mise à jour des protocoles médicaux	EI
Action	Revoir et réactualiser les protocoles (en cas de décès - en cas d'hospitalisation)	EI

Prévention et gestion des risques (PR2-SP03)

La structuration de la démarche

Mettre en place des actions de prévention nécessite au préalable une connaissance personnalisée et objective de chaque personne âgée. Aussi, l'appréciation de l'état de santé du futur résident ne se limitera pas à la recherche de pathologies, mais concernera le statut familial, l'autonomie, la dépendance, l'état cognitif. L'outil efficace, fiable, reproductible qui va permettre de réaliser cette analyse et surtout d'instaurer des mesures préventives est l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS).

En complément des professionnels qui participent à l'EGS, la démarche s'appuie sur un réseau interne de référents thématiques (IDE, AS, ASH) formés et dotés de temps dédiés afin de mener à bien leurs missions. Ce réseau doit encore être développé, clarifié et pérennisé.

L'ensemble des acteurs peuvent s'appuyer sur des professionnels spécialisés, mobilisés dans le cadre de conventions avec le Centre hospitalier, notamment concernant les plaies et la cicatrisation, ou encore l'hygiène.

La prévention des déficits sensoriels

L'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne est intimement liée au traitement des informations saisies dans son environnement par ses sens : vision, audition, odorat, goût et toucher. Le repérage de l'altération de ces sens doit être systématique.

Déficience visuelle

De nombreuses modifications anatomiques surviennent progressivement avec l'âge au niveau de l'œil : perte d'élasticité, atrophie cutanée,... Un opticien vient régulièrement à la demande de l'établissement pour la réfection/réparation des lunettes et les diagnostics peuvent être réalisés par télé-médecine.

Nous proposons les prises en charge suivantes :

- Orientation vers une consultation ophtalmologique
- Encourager le port de verres propres et intacts
- Promouvoir un éclairage intensifié, mais indirect
- Fourniture d'un cadran téléphonique à gros caractères, et de livres à gros caractères
- Le regard directement dans les yeux des résidents
- Les objets indispensables à la personne au bon endroit en fonction de l'état de la vision centrale et périphérique.

Déficience auditive

La perte de l'ouïe est l'un des dérèglements chroniques fréquents chez la personne âgée. Toute perte auditive rend la communication difficile ce qui entraîne des problèmes pouvant affecter la qualité de vie et les activités quotidiennes.

Privée de la capacité à communiquer, la personne âgée peut paraître intellectuellement déficiente. Il est donc important que la perte auditive soit décelée le plus tôt possible et traitée.

Les appareils doivent être mis lors de la toilette et retirés au moment du coucher. Le port d'appareils doit être notifié dans le logiciel de soins.

La bouche et la cavité buccale

La bonne hygiène bucco-dentaire est source de bien-être ; le brossage de dents et les soins de bouche font partie de l'aide à la toilette et nécessitent la mise en place de protocoles individualisés.

Les soins de bouche sont un enjeu dans l'accompagnement de la personne âgée et l'établissement a défini deux priorités :

- Favoriser ou maintenir une communication satisfaisante avec l'entourage
- Traiter tout inconfort et douleur causé par la maladie (ou les effets secondaires des traitements)

Dans l'établissement lors de la toilette du matin et lors du coucher les AS doivent assurer l'hygiène dentaire ou des appareils. Des soins de bouches peuvent être prescrits en plus.

Les personnes en fin de vie bénéficient de soins de bouches régulièrement durant la journée et la nuit. Dans le cadre des projets de télémédecine, l'établissement souhaite renforcer les interventions de spécialistes au niveau bucco-dentaire.

La prévention des troubles nutritionnels

Pour cette prise en charge, nous mettons en place les actions suivantes :

- Repérer les résidents à risque,
- Peser le résident et calculer son I.M.C,
- Lutter contre les altérations de la cavité buccale,
- Lutter contre les idées reçues : les besoins caloriques d'une personne âgée sont identiques à ceux du jeune adulte,
- Lutter contre le risque de déshydratation toute l'année et non seulement à la saison chaude, mais aussi au moment de mise en route du chauffage en proposant régulièrement des boissons,
- Lutter contre la dénutrition en apportant des repas « maison » enrichis et de la complémentation alimentaire,
- Limiter les régimes restrictifs si possibles pour faciliter une meilleure alimentation,
- Doser l'albumine pour apprécier la sévérité de la dénutrition, adapter la prise en charge et sa réponse,
- Adapter les textures pour les personnes ayant des problèmes de mastication, de déglutition.

Les préparations cuisinées en textures dites normales sont déclinées pour les textures modifiées ainsi tous les résidents dégustent le même plat. Les préparations sont hachées ou mixées au dernier moment (dans le respect de la méthode HACCP) et présentées de manière agréable.

Les résidents sont pesés tous les mois et une fiche d'alimentation est établie si besoin. Nous disposons d'une plate-forme de pesée et d'un système de pesée qui sera installé sur les rails. Des compléments nutritionnels oraux sont mis en place sur prescription médicale.

Quand une personne ne mange pas, nous mettons en place un suivi alimentaire. Le médecin coordonnateur et la diététicienne assurent un suivi et préparent un bilan qui est remis au médecin traitant par l'infirmière (dossier du médecin correspondant). Il existe, entre autres, un protocole de prévention nutritionnel qui devra être actualisé.

Une fiche de recueil des habitudes alimentaires (petit déjeuner, préférences, repas, aversions, allergies, textures,...) est mise en place dès l'entrée. Cette fiche est partagée avec le service de restauration qui doit assurer une mise à jour tous les mois en lien avec la diététicienne et les référents alimentation. Elle est affichée en cuisine et à l'office.

Il existe un plat de remplacement sur le poisson (jambon). L'alimentation est enrichie naturellement ou avec une poudre protéinée.

Un tableau reprenant les régimes hyper-protéiné est actualisé toutes les semaines par la diététicienne, inscrit sur le logiciel de soins et le tableau est affiché à l'office.

Une collation nocturne est proposée pour les personnes diabétiques, pour celles qui se réveillent et ont faim et pour les personnes qui ont un jeûne nocturne important (compote, gâteaux, fruits, vache qui rit).

Les régimes sont mis en place sur prescription médicale et une information est faite à la cuisine.

Il s'agit des régimes :

- Sans sel : très rarement prescrit par les médecins
- Hypocalorique : sur prescription médicale ou sur volonté personnelle, mais surveillée
- Fibres, anti diarrhéique ou autres...

La prévention de la déshydratation

Il existe un plan de soins pour chaque résident dans le logiciel de soins qui prévoit la prise d'hydratation quotidienne pour tous les résidents tout au long de l'année renseignée par les infirmiers, les ASH (petit déjeuner, repas midi et soir), l'animation (10h, 14h, 15h30, 17h) avec transmissions écrites dans le dossier informatisé par l'équipe de nuit.

Il existe un protocole de prévention de la déshydratation en perfusion sous-cutanée et le plan canicule est élaboré. Il existe un protocole d'hydratation et un protocole de contrôle de la déshydratation.

Tout au long de l'année, nous réalisons 4 tours d'hydratation, à 10 h à 14 h à 17 h et à partir de 21 h en plus des 3 repas et du goûter.

Il persiste une difficulté pour quantifier ce que les personnes autonomes boivent. Le sirop est additionné pour ceux qui n'aiment pas l'eau. Pour ceux qui ont des difficultés de déglutition, il existe de l'eau gélifiée, des yaourts, des compotes,...

La prévention des escarres et de la régression locomotrice

L'ensemble des agents (de soins et d'animation) veillent à la mobilité des résidents, et les projets spécifiques de stimulation sont, si besoin, élaborés en équipe, formalisés et évalués.

Des kinésithérapeutes interviennent, sur prescription, dans l'établissement. Le choix de matériel adapté (lits, matelas, coussins, aides techniques...) fait l'objet d'une réflexion d'équipe. Un effort particulier est fait sur le plan des apports protéino-énergétiques.

L'aide à la marche pour les actes de la vie quotidienne et l'accès aux ascenseurs, le maintien de l'autonomie lors de la toilette favorise la mobilisation. Nous encourageons la personne à s'habiller seule ou avec une aide partielle.

L'animatrice a mis en place des exercices physiques 1fois/semaine. Les jeux de ballons, les ateliers permettent de préserver la psychomotricité (pliage des serviettes, desserte des tables,...).

Un atelier « bien-être » pour les personnes dépendantes a été mis en place (massages).

Les changements de position favorisent le maintien de l'état cutané (éviter que des plaies apparaissent). Nous évitons l'alitement et sommes attentifs au maintien de l'hydratation et de la nutrition. Nous mettons en place des préventions d'escarres (effleurage). Nous prêtons attention aux transferts. Lors des soins d'hygiène, nous veillons à bien rincer la peau, chaque résident doit avoir au moins une douche hebdomadaire.

Nous utilisons du matériel adapté :

- Matelas à mémoire de forme systématique avec introduction du matelas à air quand il y a une formation d'escarres avec des coussins de décharge (position canoë)
- Coussins de positionnement lors de l'installation des personnes assises en fauteuils.

La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre, en particulier : faciliter le repérage et l'accès aux toilettes, éviter les « couches d'accueil », favoriser la continence et lutter contre la constipation.

Avec les mesures mises en place (alimentation riche en fibre, hydratation, mise aux WC, verticalisation et la marche, adaptation des traitements, adaptation du traitement laxatif systématiquement avec la morphine ou les codéinés), nous prévenons la constipation.

L'état du transit digestif est surveillé par l'ensemble des équipes et tracé sur le logiciel de soins (qui émet des alertes).

Nous avons planifié un accompagnement aux WC 3/jr. Il existe des référents incontinence AS et ISGS. Chaque résident dispose d'un protocole concernant la gestion de son incontinence régulièrement réévalué.

Sonde urinaire : nous tentons un sevrage le plus souvent possible, sauf pour certaines personnes qui ont une pathologie qui le nécessite.

La prévention des chutes

Après avoir évalué l'état de santé du résident, les facteurs prédisposant intrinsèques et précipitant intrinsèques et extrinsèques, on évaluera le risque de chute pour une meilleure prise en charge. C'est le rôle du projet de soins, mis en place par le médecin coordonnateur avec la coopération des différents membres de l'équipe : Médecin traitant – Kinésithérapeute – Infirmière – Diététicienne - Aides-soignants - Psychomotricien ou Ergothérapeute. Les chutes ne sont pas inévitables chez la personne âgée, mais elles peuvent être prévenues par le maintien d'un bon état général physique, psychique et environnemental.

Nous veillons à :

- Sensibiliser le personnel au problème des chutes et le former à la prise en charge,
- Identifier les sujets à risques,
- Réduire le temps d'alitement au détour d'une pathologie intercurrente,
- Traiter les maladies responsables des troubles de la marche et de l'équilibre,
- Apporter des conseils de chaussage, soins de pédicurie,
- Développer l'apprentissage d'aides à la marche (canne, tripode, déambulateur), l'apprentissage du relever après une chute,
- Sensibiliser à temps les personnes âgées sur les bienfaits de l'activité physique (gymnastique, marche, danse...),
- Optimiser la gestion des médicaments : fenêtres thérapeutiques, prescription de courte durée si possible, savoir arrêter un traitement et l'expliquer la personne âgée très attachée à ses comprimés
- Prendre en compte la presbycusie, la presbytie et proposer lunettes et aide auditive dont l'adaptation est d'autant plus facile que l'âge est moindre,
- Eduquer et contrôler la nutrition et l'hydratation : le déficit vitaminique et en oligo-éléments qui résulte d'une diminution de la nutrition est très néfaste à la marche et donc favorable aux chutes,
- Gérer l'environnement : aménagement des locaux,
- Eviter l'isolement : favoriser un environnement psychoaffectif et social (famille, animations, ateliers, bénévoles...).

De la chute à la contention

La contention est une entrave à la liberté individuelle.

La recommandation indique que la contention ne peut être réalisée que sur prescription médicale pour 24 h, reconduite si nécessaire et après réévaluation par une prescription médicale motivée toutes les 24 h. C'est une source de déconditionnement physique, de l'apparition d'une confusion mentale qui est l'origine d'un risque élevé de chutes.

Dans certaines situations la contention peut-être nécessaire :

- Prévenir la chute du tronc en avant par un harnais
- Empêcher le résident de se lever quand la station debout est impossible
- Empêcher le résident de glisser vers l'avant lorsqu'il est installé au fauteuil

L'établissement met en œuvre une réflexion systématique autour de la contention pour la recherche du rapport bénéfice/risque. L'équipe reste vigilante sur la nécessité d'une prescription médicale étayée pour toute contention.

L'établissement est également vigilant à la réduction/suppression de toute contention chimique.

La prévention de la douleur

La douleur est un symptôme fréquent avec l'âge, souvent sous-évaluée en raison de la multiplicité de sa manifestation. Elle doit être repérée lors de l'entretien, mais également, au travers des activités de la vie quotidienne. Dès qu'un changement est constaté, il faut penser à un phénomène douloureux d'expression non verbale :

- perte de poids, anorexie
- perte d'autonomie
- anxiété, insomnie
- régression, opposition
- attitude antalgique

L'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents. Afin d'évaluer la douleur nous utilisons les grilles d'évaluation suivantes :

- La grille ALGOPLUS pour les personnes avec des déficiences de verbalisation
- La grille EVA pour les personnes communicantes ainsi qu'une échelle analogique

Toutes ces échelles figurent parmi les protocoles. L'évaluation et le suivi sont faits en équipe et transmis au médecin.

Une réflexion autour de la douleur a été mise en place avec l'appui du programme MOBIQUAL (formation auprès des équipes soignantes et réalisation du protocole douleur) par le médecin coordonnateur.

Une convention est signée avec l'EMSP pour bénéficier de l'intervention/expertise pour les réseaux de soins palliatifs et la prise en charge de la douleur.

En ce qui concerne l'évaluation de souffrance psychologique, on oriente vers la psychologue qui peut mettre en place des évaluations de la souffrance.

Un psychiatre intervient mensuellement dans la structure pour le suivi de certains résidents.

L'équipe développe, valorise dans la pratique quotidienne différents « petits moyens » tels que :

- L'installation, les coussins, l'écharpe, les tisanes, le froid, la neuro-stimulation
- La relaxation, les changements de position, le fauteuil
- Les activités récréatives, occupationnelles avec une valorisation des capacités restantes (douleur)
- Impliquer la personne dans la réalisation de certaines activités (distraction)
- Rôle du (de la) psychologue : travailler la relation thérapeutique
- Prise en charge médicamenteuse, lorsque cela est nécessaire (Mise en place des protocoles)

La prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques

Les mesures concernant la place de l'alimentation, de la locomotion, de l'entretien sensoriel, du bien-être physique et mental contribuent à prévenir l'isolement et ses conséquences délétères.

L'accueil des familles, l'animation et le projet de vie en général, ainsi que l'inscription de l'établissement dans un réseau médico-social coordonné contribuent à préserver le pouvoir décisionnel et les liens personnels des résidents.

Il est présenté aux nouveaux résidents l'ensemble du programme d'animation et d'accompagnement individuel existant (psychologue, association).

L'établissement oriente les résidents vers l'animation pour la création ou le maintien du lien social et favorise les liens familiaux. Les visites des proches ou des familles sont libres (il n'y a pas d'horaires fixes de visites). Des événements festifs (fête des familles) sont organisés pour maintenir le lien familial.

Nous favorisons les placements à tables par affinités et sommes vigilants à tout changement de comportement (isolement) et sur les causes possibles.

La prévention du déclin cognitif

Les troubles de la mémoire sont fréquents avec l'âge et compliquent le vieillissement. Il est essentiel de faire la part entre les troubles de la mémoire liés au vieillissement qui resteront stables et ceux liés à une maladie neuro-dégénérative.

La mission du médecin coordonnateur est de guider et de former les équipes en fonction du type de trouble de la mémoire ou du comportement et de faire le lien avec les médecins traitants.

En effet, selon le type de pathologie neuro-dégénérative, l'équipe devra s'adapter pour garder une qualité de communication et de gestion de la vie quotidienne (par exemple Démence Fronto Temporale et Maladie d'Alzheimer).

La visite de pré-admission permet d'évaluer les besoins et les troubles cognitifs de la personne par l'utilisation d'outils d'évaluation comme le M.M.S.E, le test de l'horloge ou le GDS. Cela est régulièrement réévalué par le médecin coordonnateur ou la psychologue. Le M.M.S.E est l'outil de surveillance des maladies neuro-dégénératives diagnostiquées. Il sera régulièrement répété afin d'adapter la prise en charge aux capacités cognitives.

L'établissement est conventionné avec le CH de Perpignan dans le cadre de la filière gériatrique ce qui permet de mettre en place des consultations mémoires et évaluations gériatriques.

Dès que des troubles cognitifs existent, le risque d'apparition de troubles du comportement est plus important (agitation, apathie, troubles de l'alimentation...). Pour les prévenir, on s'efforcera d'éviter tout changement non préparé, d'expliquer au résident ce qui va être réalisé, de ritualiser et de respecter ses rituels.

Egalement, l'établissement dispose d'un espace Snoezelen d'éveil des sens et du personnel formé (une formation est organisée régulièrement) mais il est encore sous utilisé.

Pour optimiser la prise en soins de ces résidents, il convient :

- De mettre en place des activités adaptées pour maintenir les capacités cognitives
- D'apprendre à connaître et repérer les troubles du comportement
- De développer l'utilisation de l'espace Snoezelen

La prévention du risque iatrogène

La complexité de la thérapeutique médicamenteuse des personnes âgées, fragiles, poly pathologiques et polymédiqués, qui est souvent légitime, nécessite une analyse approfondie de l'ordonnance pour optimiser les thérapeutiques :

- Adaptation des posologies (poids, IMC, fonction rénale,...)
- Modalités d'administration (horaires, distance des repas, vigilance pour les thérapeutiques pilées, à la gestion des gouttes,...)
- Pertinence des indications
- Durées de prescription
- Interaction médicamenteuse
- Indications non traitées
- Déclaration des effets indésirables

Le logiciel de soin de l'établissement est équipé d'une base de données médicale qui alerte sur les interactions médicamenteuses et les contres indications.

Le premier facteur de risque est le nombre de médicaments, avec des médicaments à index thérapeutique étroit et exposant à une toxicité dose-dépendante (toxicité augmente avec le nombre de prises)

Le deuxième facteur de risque est représenté par les modifications physiologiques du devenir du médicament chez le patient âgé. Ces modifications augmentent le risque d'interactions médicamenteuses.

Dans l'établissement pour limiter ce risque nous :

- Sensibilisons les médecins (courriers ou commissions) sur les interactions médicamenteuses.
- Nous appuyons sur l'évaluation gériatrique standardisée qui va dépister les personnes âgées fragiles et donc à haut risque
- Développons la réflexion-bénéfice/risque pour les thérapeutiques à haut risque iatrogène

La prévention de la maltraitance

La maltraitance est plurifactorielle. Elle peut prendre une forme active ou passive, et son origine peut être humaine (agents, familles, résidents), environnementale ou sociale.

La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont prises en compte dans le projet de vie de l'établissement (fait pour rendre aux résidents leur dimension citoyenne), et par le projet de soins (fait pour personnaliser les prises en charge).

L'établissement se base sur la philosophie de l'Humanité qui favorise la bienveillance

L'établissement a formé les agents à la prévention de la maltraitance (ALMA et MOBQUAL) et réalisé un protocole de définition et un protocole de gestion de la maltraitance

Le cas particulier de la contention (parfois nécessaire, parfois mal traitante) est évalué en équipe, et répond à un justificatif médical et à une prescription.

La prévention des infections associées aux soins

Les établissements médico-sociaux formalisent chaque année leur démarche de prévention des infections associées aux soins en renseignant un « document d'analyse du risque infectieux » (DARI).

Le DARI comporte 3 étapes :

1/ **Evaluation du risque** : Recensement des épisodes infectieux survenus, détermination de leur criticité et hiérarchisation des phénomènes infectieux en fonction de leur criticité.

2/ **Gestion du risque** :

- Analyse du niveau de maîtrise interne du risque infectieux de l'établissement, cette étape pourra être réalisée à partir du manuel d'autoévaluation,
- Elaboration d'un programme d'actions (PA) prioritaires, qui devra porter une attention particulière sur des thématiques ciblées.
- Détermination d'un calendrier de réalisation du PA et de la périodicité des évaluations.

3/ **Communication** : Information à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés.

Une première évaluation sur la base du DARI a été réalisée en avril 2012 et fait apparaître un score de 37.8 % dans l'atteinte des objectifs. Une seconde évaluation a été réalisée en 2013. Les résultats de cette dernière avec 50.5 % des objectifs atteints montrent que l'établissement a progressé sur la formalisation et la gestion globale du risque infectieux. Une actualisation a enfin été réalisée en 2018 et a permis de formaliser un nouveau plan d'action.

La prévention vaccinale et nosocomiale

La vaccination contre la grippe, le tétanos et le pneumocoque est effectuée, en l'absence de contre-indication.

La vaccination antigrippale, prise en charge par la sécurité sociale pour la plupart des résidents est effectuée, sur prescription du médecin, par les infirmières de l'institution, entre le 15 octobre et le 15 novembre de chaque année (inscrit dans les soins à signer). Pour les nouveaux résidents, l'autorisation du résident ou de la famille est demandée avant la vaccination. Le refus de vaccination de la part des résidents est noté dans le logiciel de soins.

Le vaccin antitétanique peut être fait séparément ou associé au vaccin antigrippal. Le vaccin contre le pneumocoque est recommandé tous les cinq ans, sur prescription du médecin.

Les dates des vaccinations et le numéro des lots des vaccins figurent sur le dossier de soins.

Des protocoles d'hygiène adaptés au risque de transmission infectieuse sont formalisés (protocoles CLIN). Des formations à l'hygiène et des évaluations périodiques des pratiques sont mises en place.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la structuration de la démarche de prévention et gestion des risques liés aux soins	
Action	Nommer les référents thématiques et définir leurs missions	EI
Action	Systematiser la réalisation de l'EGS	PE
Objectif	Prévenir les déficits sensoriels	
Action	Former le personnel au repérage des troubles sensoriels	EI
Action	Identifier et développer les activités à but thérapeutique	EI
Action	Assurer un meilleur suivi des prothèses (dentaire, auditive, lunettes)	EI
Action	Renforcer les formations des personnels soignants dans le domaine bucco-dentaire	EI
Action	Revoir et actualiser le protocole pour l'entretien des prothèses dentaires	EI
Action	Travailler au développement de la téléconsultation dans le domaine bucco-dentaire	EI
Action	Développer les conventions avec les dentistes	EI
Action	Systematiser un bilan sensoriel et bucco-dentaire pour tous les résidents	EI
Objectif	Prévenir les troubles nutritionnels et de déshydratation	
Action	Revoir et actualiser les protocoles sur le risque de dénutrition et de déshydratation	EI
Action	Revoir l'organisation et la gestion de la traçabilité des textures, des poids et de l'hydratation via Netsoins	EI
Action	Former les personnels sur les troubles de la déglutition occasionnés par le positionnement des résidents lors des repas (en lien avec l'ergothérapeute)	EI
Action	Poursuivre et promouvoir la supplémentation protéinée	PE
Action	Réfléchir à une mise en place ciblée du manger-main	PE
Action	Réfléchir à la diversification des menus de remplacement et aux menus plaisir	PE
Action	Sensibiliser les médecins traitant à la réévaluation des traitements en cas de déshydratation	PE
Action	Formaliser un protocole sur la gestion des fausses routes.	EI

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir les escarres et la régression locomotrice	
Action	Développer la traçabilité des escarres via Netsoins	EI
Action	Mettre en place une évaluation initiale du risque d'escarres	EE
Action	Mettre en place avec l'ergothérapeute une évaluation du risque d'escarre facilitant le choix des matériels de prévention au lit et au fauteuil	EE
Action	Revoir et actualiser les protocoles d'escarres (condition de dépistage préventif et curatif)	EI
Action	Refaire des formations pour les personnels sur les plaies et la cicatrisation	EI
Objectif	Prévenir les anomalies d'élimination urinaire et fécale	
Action	Systematiser la retransmission des selles sur le logiciel de soins	EE
Action	Mettre à jour et actualiser les protocoles relatifs à l'élimination	PE
Objectif	Prévenir les chutes et limiter la contention	
Action	Créer un atelier "équilibre"	EI
Action	Améliorer les déclarations de chute	EI
Action	Nommer un référent chute/contention et reprendre l'analyse des causes de chutes pour une meilleure prévention	EI - EE
Action	Revoir et actualiser le protocole chute	EI
Action	Réfléchir sur la mise en œuvre de programmes d'activités physiques adaptées (APA)	EI
Action	Actualiser la procédure de mise sous contention	EI
Objectif	Prévenir la douleur	
Action	Poursuivre la formation des personnels à la prise en compte de la douleur (cotation...)	EI
Action	Poursuivre les efforts en faveur de l'évaluation initiale et de la traçabilité de la douleur	EI - EE
Action	Revoir et actualiser les protocoles sur la douleur	EI
Action	Mettre en place le référent douleur	EI
Action	Sensibiliser au recours à l'équipe mobile douleur du CHP	EI

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir l'isolement relationnel et la souffrance psychique	
Action	Développer les partenariats externes afin de lutter contre l'isolement social et affectif	EI
Action	Formaliser un protocole sur le risque suicidaire	PE
Action	Renouveler la formation des personnels sur le repérage des troubles psychiques	EI
Action	Formaliser un protocole sur la souffrance psychique et la dépression	EI
Action	Mener une réflexion d'équipe sur l'accompagnement à la vie affective et sexuelle	EI
Objectif	Prévenir le déclin cognitif et les troubles du comportement	
Action	Formaliser un protocole sur la gestion des troubles du comportement	EI - CPOM
Action	Développer et généraliser les formations sur les troubles du comportement	EI - CPOM
Action	Assurer la formation régulière des personnels à l'utilisation de l'espace Snoezelen	EI - EE
Action	Optimiser l'utilisation de l'espace Snoezelen (temps dédiés et planning d'utilisation)	EI - CPOM
Action	Intégrer la thérapie Snoezelen dans les projets personnalisés en fonction des besoins et/ou attentes des résidents	EE
Action	Mieux tracer l'enregistrement et le suivi des événements indésirables liés à des situations de violence	EI
Objectif	Prévenir le risque iatrogène	
Action	Clarifier la délégation médicamenteuse aux AS	EI
Action	Renforcer la sécurité du stockage des médicaments (code de la pharmacie, etc).	EI
Action	Revoir et actualiser les protocoles sur les risques de prise des médicaments	EI
Action	Mettre en place en collaboration avec la pharmacie une procédure de restitution des toxiques inutilisés (sécurité du médicament)	EE
Action	Mettre en place en collaboration avec la pharmacie une liste préférentielle de médicaments	PE
Action	Sensibiliser les médecins à l'utilisation de Netsoins pour la prescription	EI

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP03	Prévention et gestion des risques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Prévenir le risque infectieux	
Action	Mettre en œuvre et actualiser le DARI	EI
Action	Revoir la localisation des dispositifs de lavage des mains	EI
Action	Rappeler aux IDE les règles d'hygiène de base entre deux patients	EE
Action	Mettre en place des formations régulières sur l'hygiène des locaux et des soins	EE
Action	Mettre à jour et actualiser les protocoles relatifs au risque infectieux	EI
Objectif	Prévenir le risque de maltraitance	
Action	Actualiser les deux protocoles sur le risque de maltraitance	EI
Action	Formaliser le dispositif de signalement et le diffuser à tout le personnel	EE
Action	Sensibiliser les nouveaux professionnels et les stagiaires au risque de maltraitance	EE
Action	Renforcer l'affichage du numéro d'appel Maltraitance et le faire figurer dans le livret d'accueil	EI

Accompagnements spécifiques (PR2-SP04)

L'accompagnement psychologique

L'établissement dispose d'un temps de psychologue à hauteur de 30% et qui sera augmenté dans le cadre de la signature du prochain CPOM.

Plus particulièrement, la psychologue :

- Participe à l'accueil des résidents : entretien d'accueil, recueil de données sur l'histoire et habitudes de vie, éclairage des équipes soignantes sur le profil psychologique du résident
- Assure le suivi et le soutien psychologique des résidents et des familles : accompagner les résidents et les familles à l'étape d'entrée en institution, réaliser les entretiens individuels, mettre en place des groupes de paroles, réaliser les bilans psychologiques et cognitifs, participer à l'élaboration de procédures et protocoles en lien avec le bien-être psychologique de la personne
- Contribue au maintien de l'autonomie : mise en place de tests d'évaluation cognitive, des troubles du comportement, de la personnalité ; réalisation d'ateliers/activités favorisant la stimulation cognitive notamment au jardin d'Eden
- Soutient l'écriture de projets individualisés : participation aux groupes d'écriture du projet d'établissement, réalisation des projets individuels des résidents, transmission des éléments nécessaires de l'histoire de vie des résidents aux professionnels de soins dans le cadre du secret partagé sur le logiciel de soins et en réunion pluridisciplinaire.
- Participe à la mise en œuvre des politiques de santé publique : la psychologue connaît les politiques de santé publique, les applique dans l'intérêt des résidents et forme et informe les équipes sur les thèmes retenus

- Accompagne à la fin de vie : accompagnement des résidents et des familles.
- Activités spécifiques : participation aux réunions de transmission ciblées toutes les semaines et aux réunions projets pour l'écriture et le suivi des projets de vie, participation aux réunions de coordination soignantes.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer l'accompagnement psychologique des résidents et des familles	
Action	Augmenter le temps de présence de la psychologue	EI - CPOM
Action	Mettre en place des ateliers cognitifs avec les résidents	EI
Action	Relancer les séances Snoezelen (exigence de formation)	EI - PE
Action	Associer les psychologue au déploiement de la politique de QVT	EI

Les autres accompagnements

Le choix des résidents est respecté pour toute intervention d'un professionnel extérieur (kiné, pédicure,...).

- Les kinésithérapeutes interviennent sur prescription médicale. L'établissement souhaite que chaque Kinésithérapeute complète ses observations dans le logiciel de soins. Leur activité est encadrée par une convention. Toutefois, les conventions devront être actualisées. Les kinésithérapeutes, l'orthophoniste, la pédicure font un bilan d'entrée dans la prise en charge et doivent faire un bilan de fin de prise en charge à chaque renouvellement.
- La pédicure intervient à la demande du personnel et après accord du résident/famille.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer la coordination et la cohérence des interventions de kinésithérapeutes	
Action	Garantir la traçabilité adaptée des interventions des kinés sur netsoins	PE
Action	Renforcer le mode d'identification des kinés (badges, blouses)	EI
Action	Retrouver un espace pour une salle kiné avec du matériel dédié (fauteuil, déambulateur, table, espalier...)	EI
Action	Systématiser le passage des demandes de kinés par l'équipe soignante de l'établissement	PE
Action	Demander la transmission d'un planning d'intervention des kinés	PE
Objectif	Améliorer la traçabilité de la prestation de la pédicure	
Action	Améliorer la visibilité des tarifs de la pédicure (convention)	EI
Action	Améliorer la traçabilité des interventions de la pédicure sur Netsoins	EI

L'unité protégée

Présentation du projet de l'unité protégée

L'Unité protégée du Jardin d'Eden est un service de l'établissement créé pour répondre à une demande d'accompagnement spécifique. En effet, le vieillissement de la population augmentant le nombre des maladies neuro-dégénératives nécessite de trouver un accompagnement professionnalisé en institution.

Dans ce contexte, promouvoir le bien-être et l'autonomie physique et psychologique de la personne âgée est primordial, et les proches « aidants naturels » se trouvent souvent démunis. Ainsi, pour les personnes atteintes de ces maladies, être accueilli dans une petite unité de vie et de soins protégée permet de recevoir une approche personnalisée et adaptée à leurs besoins.

Le personnel formé à la prise en charge auprès de ce public, met en place collégalement un accompagnement particulièrement adaptée à chacun. Le projet de cette unité s'inscrit en complémentarité du projet de l'ensemble de l'établissement et dans le cadre des recommandations et plans nationaux.

Valeurs partagées

La philosophie partagée par les professionnels exerçant à l'unité de vie se caractérise par une acceptation respectueuse des personnes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette acceptation se manifeste par un accueil et un accompagnement individualisé prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles cognitifs et comportementaux.

- La douceur, la patience, l'empathie et l'adaptabilité sont des qualités requises érigées en valeurs fondamentales dans la relation aux résidents.
- La liberté, le respect des choix et des volontés exprimées sont aussi au centre des valeurs partagées
- Humanité, dignité, bienveillance : « bonne ambiance » entre tous, agents, résidents, visiteurs : chaleur humaine, ambiance familiale, respect de la dignité (continuité de l'histoire de vie du résident), garantie de la sécurité des résidents et le climat de confiance.
- Solidarité : écoute et soutien aux familles, équilibre du triangle Familles / Agents / Résidents, respect des choix du résident, collégialité entre tous les professionnels
- Justice et Equité : avoir la même considération pour chacun quelque soient les différences, éviter les jugements, rester neutre
- Autonomie : accompagner et guider le résident, éviter de faire « à la place », respect et confiance dans les choix de vie du résident, préserver l'accomplissement des actes.

Mission et objectifs de l'unité protégée

L'unité Protégée « Jardin d'Eden » a pour mission de répondre aux objectifs du Plan Alzheimer et aux recommandations de bonnes pratiques en assurant la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies, en leur conservant leur place de sujet à part entière et leur dignité.

Cette mission implique :

- La réalisation d'un projet personnalisé dans un cadre global permettant pour chaque résident la préservation des capacités
- Un accompagnement spécifique préventif et curatif des troubles grâce à une observation documentée des pratiques et de leurs effets et en privilégiant les approches non médicamenteuses lorsque cela est possible
- La sécurisation, le réconfort et l'aide aux résidents
- La participation active et l'offre de soutien à leurs proches associés au projet d'accompagnement
- L'organisation, la motivation et la formation des professionnels dans le cadre d'un travail transdisciplinaire
- Une architecture, des équipements et une organisation adaptée au public accueilli et aux conditions de travail des professionnels

Population accueillie

L'unité accueille 14 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée qui ont besoin d'une structure sécurisée. Ces personnes présentent des troubles liés à cette maladie avec les risques inhérents. Elles sont en perte d'autonomie et ont besoin d'un accompagnement qui les rassure dans les gestes de la vie au quotidien. Elles sont âgées de plus de 60 ans ou avant par dérogation.

L'unité conçue et organisée comme un lieu d'accompagnement non définitif permettant de répondre à un besoin d'une certaine période de la vie. Aucun critère de type religieux, philosophique, économique, social, linguistique, géographique... ne peut faire obstacle à l'accueil d'un(e) résident(e).

L'accueil peut se faire à différents stades de la maladie, de ses premiers symptômes aux phases plus avancées, à l'exception des personnes dont la mobilité du corps est très réduite sans évolution favorable à long terme. Cette mobilité sera réévaluée régulièrement.

Au cours du séjour, l'évolution de la dépendance et l'incapacité prolongée à se mouvoir, entrainera le transfert du résident dans l'unité classique plus adaptée, sur décision de l'équipe pluridisciplinaire. Le résident et la famille en sont informés et une date de transfert est déterminée. Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement précisent ces principes visant à assurer un parcours de soins adapté au sein de la structure.

Par ailleurs, l'unité n'a pas vocation à accueillir des résidents présentant des troubles du comportement d'origine psychiatrique sévères ou mettant en danger les autres. Si ces troubles se révèlent au cours du séjour, l'établissement se réserve la possibilité de demander un accueil dans une structure spécialisée. L'accueil d'un résident peut être remis en cause si celui-ci ou celle-ci ne parvient pas du tout à s'adapter, s'il refuse durablement sa situation, ou s'il ne peut tirer aucun bénéfice de l'accompagnement proposé dans l'unité de vie.

Cadre de vie et aménagement de l'unité

L'entrée de l'unité est sécurisée par un digicode.

L'unité dispose de plusieurs espaces communs : une salle de vie commune, un salon Télé, un salon dans la circulation, une salle d'activité et une salle d'eau commune. Elle dispose d'un espace snoezelen d'éveil des sens, accessible à tous les résidents de l'établissement. Une coursive est aménagée pour permettre la déambulation des résidents. Les soignants disposent d'espaces de stockage et d'une salle de soins et de transmission. L'unité dispose enfin d'un jardin clos qui sera réaménagé et d'une terrasse privative agréable l'été.

Concernant les espaces privés, les chambres sont identiques au reste de l'établissement. Elles peuvent être fermées à clef par les résidents ou le personnel. Elles peuvent toujours s'ouvrir de l'intérieur et avec un passe de l'extérieur. Les familles sont invitées à personnaliser la chambre.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, l'EHPAD priorisera le réaménagement de l'espace de vie de l'unité en ouvrant celui-ci sur la circulation. En face, dans un local de stockage, sera créée une cuisine thérapeutique (lave vaisselle, plaques de cuisson, etc.). Le nouvel espace sera convivial, aéré et directement accessible vers la terrasse.

Egalement, le couloir de déambulation sera rénové afin de mettre fin aux problèmes d'infiltrations récurrents et afin de réguler la température de cet espace.

Le mobilier sera également progressivement remplacé pour les espaces communs de l'unité (salons, salle de vie...) et à l'extérieur (mobilier de jardin, stores...). En ce qui concerne le jardin, il sera retravaillé en lien avec le lycée agricole (barrières, bancs, jardinières) et un revêtement adapté sera posé pour permettre la déambulation. Un terrain de pétanque et d'activité sera étudié en son centre en lien avec les équipes.

Enfin, la décoration sera revisitée dans le cadre de la réflexion prévue sur la signalétique intérieure et la future identité de l'EHPAD et de ses unités.

Rythme de vie

Le fonctionnement est souple dans l'amplitude horaire et respecte chacun des rythmes des résidents.

Au réveil, les souhaits et besoins de chacun sont respectés. La journée est organisée en fonction du désir de chaque résident au jour le jour, ce qui implique une bonne connaissance globale de chaque résident par son dossier, son histoire de vie, ses proches.

Il est proposé et négocié par le dialogue un programme d'activités valorisant le résident.

L'important n'est pas le « nettoyage » mais le moment de plaisir des gestes assurant une hygiène suffisante. Pour certains résidents, une prise de rendez-vous peut permettre d'éviter le stress de l'imprévu.

Le petit déjeuner est organisé à partir de 8h et jusqu'à 9h en s'adaptant aux goûts de chacun. Le résident peut se servir lui-même seul, accompagné ou être servi.

L'équipe veille simplement à ce qu'un minimum de conditions d'hygiène et de sécurité soit respecté. Normalement, le petit déjeuner est servi dans la salle sauf pour raisons de fatigue ou problème de santé. Le petit déjeuner est pris avant la toilette des résidents.

Normalement, le matin est plus consacré à des activités libres pour les résidents qui ont terminé leur toilette.

Au moment du repas du midi, les agents présents (une ASH et une AS/AMP) distribuent les repas et propose l'aide alimentaire. Ceux qui le souhaitent peuvent aller à la sieste.

Pour les résidents qui restent dans la salle de vie, une animation est proposée tous les après midi suivi d'un goûter. Après le goûter, les équipes proposent des ateliers (bien être, musique, etc.).

Le soir, un temps calme est proposé avant le repas qui a lieu à partir de 18h. Les équipes accompagnent ensuite les résidents qui le nécessitent pour le coucher.

Animations et vie sociale

L'unité protégée devra déterminer un programme d'animation hebdomadaire. Celui-ci fera le lien avec les projets personnalisés et permettra la participation régulière des résidents de l'unité aux animations collectives proposées dans l'unité classique, aux événements ou aux sorties. Des intervenants extérieurs interviennent également (une art thérapeute par exemple) et d'autres seront amenés à intervenir dans le cadre de ce projet (sport adapté).

De préférence l'activité proposée sera ciblée sur un petit nombre de résident dans un espace et un temps adaptés (salon TV, salle de vie, salle d'activité...). Il convient de noter que dans le projet de cette unité, le résident peut aussi rester inactif et que les activités sont adaptées aux situations du moment.

Les résidents sont invités à participer à tous les moments de la vie du service et en particulier :

- Les activités faisant l'objet d'une programmation hebdomadaire qui sera affichée lisiblement (ateliers, jeux de mémoire, chants, danse, lecture, boutique, tricot-couture, pliage de serviettes, jardinage, promenades, gymnastique douce, jeux de société...).
- Les animations exceptionnelles (sorties, repas à thème, spectacles, anniversaires, kermesse, fêtes des familles...).

Le programme est adapté en fonction des circonstances, et susceptible d'être modifié. Les activités sont proposées sans forcer la personne ni tenter de la raisonner lorsqu'elle refuse d'y participer. Des alternatives peuvent être alors proposées.

Malgré les difficultés relatives aux besoins en personnels qui peuvent être atténuées par le soutien de proches ou de bénévoles, des sorties extérieures devront être développées car très bénéfiques (balades, magasins, expositions, marchés...).

Des rencontres inter-générationnelles sont parfois organisées en particulier autour du jardin thérapeutique et devront être développées.

Place des proches dans la vie du service

Les familles, les amis, les voisins, les visiteurs sont chaleureusement accueillis dans une relation de confiance. Leur présence est très importante dans le cadre respectueux de la vie de l'unité.

Les proches (...) peuvent tous être « acteurs » dans l'accompagnement des résidents, chacun gardant son rôle et sa place, en fonction de chaque situation individuelle :

- Une participation aux repas et les divers actes de la vie quotidienne des résidents peuvent être possible selon les circonstances.
- Les proches (...) sont invités aussi à participer à la vie de l'établissement et à ses instances : Conseil de vie sociale, commission des menus.
- Les animations, activités et sorties sont particulièrement ouvertes à la participation de tous.

Les souhaits de proches de s'impliquer ou non dans la vie de la personne au sein de l'établissement seront respectés sans jugement.

Il n'existe pas d'horaires de visite mais il est préférable de privilégier les visites entre 11h et 20h comme pour l'ensemble de l'établissement. En dehors de ces horaires, il est conseillé de prévenir le service.

Les proches ont en charge les vêtements et produits d'hygiène personnelle des résidents et sont invités à transmettre les informations utiles au personnel.

Ils peuvent être sollicités pour aider à comprendre les habitudes de vie de leur proche à lors de la définition du projet personnalisé.

Les personnels sont à l'écoute et ne portent pas de jugement. Ils peuvent aussi guider et orienter les proches vers des aides compétentes (cadre de santé, infirmières, psychologue, médecins, association...).

Equipe pluridisciplinaire et formations spécifiques

L'équipe de l'unité protégée est composée d'aide soignante ou d'AMP et d'ASH.

Le travail dans ce service est basé sur le volontariat des agents ce qui suppose qu'ils soient motivés. Toutefois, dans le cadre de la continuité du service, l'ensemble des agents de l'établissement sont susceptibles de travailler dans cette unité.

Les agents disposent :

- d'une part de compétences de base : techniques de soin, nursing, accompagnement à la vie quotidienne, « manutention », surveillance et capacité d'intervention, techniques d'hygiène et de sécurité
- d'autre part de compétences spécifiques : maintien de l'autonomie, attitude face aux personnes présentant des troubles du comportement (reformulation, la validation, la diversion, musique,...) maîtrise de techniques d'animation adaptées.

Au-delà, d'autres professionnels doivent pouvoir être sollicités, sur la base du discernement et de l'analyse des situations, pour apporter leurs compétences complémentaires. Ces intervenants ponctuels interviennent chacun dans leur domaine : infirmière, Art thérapeute, psychologue, psychiatre de l'équipe mobile, pédicure, ergothérapeute, animateurs, médecins généralistes, médecin coordonnateur, kinésithérapeutes. Des ateliers spécifiques seront organisés (chute, cognitifs).

Les diplômes professionnels sont requis pour exercer dans le service : Aide Médico psychologique, Aide soignant, BEP Sanitaire et social ou Service aux personnes ou agent d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes, auxiliaires de vie sociale.

Dans les années à venir, la spécialisation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) sera renforcée et proposés pour les agents ne disposant pas encore de cette compétence. Le renforcement et l'amélioration continue des compétences et des connaissances de l'équipe de cette unité est une priorité de ce projet d'établissement.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Développer et formaliser les animations et activités de l'unité protégée	
Action	Formaliser un planning d'animation hebdomadaire	PE
Action	Privilégier les sorties extérieures et la participation aux évènements internes ou locaux	PE
Action	Développer les activités intergénérationnelles et les partenariats	PE
Action	Formaliser un projet de repas thérapeutiques en lien avec la future cuisine thérapeutique	PE - EI
Objectif	Renforcer la formation et la spécialisation des équipes de l'unité protégée	
Action	Former en ASG l'ensemble de l'équipe	PE
Action	Renforcer les formations spécifiques à l'unité protégée	PE
Objectif	Améliorer et optimiser l'organisation du travail	
Action	Permettre une meilleure répartition des agents afin de garantir la présence d'un soignant des deux cotes de l'unité	PE
Action	Réduire la pénibilité et répartissant la charge de travail (semaines et tâches)	PE
Objectif	Revisiter l'organisation architecturale et l'aménagement de l'unité protégée	
Action	Ouvrir l'espace de vie et créer une cuisine thérapeutique	PE
Action	Rénover le couloir de déambulation	PE
Action	Redéfinir le thème et la décoration de l'unité en lien avec la nouvelle signalétique	PE
Action	Remplacer le mobilier des espaces communs	PE
Action	Remplacer le mobilier de jardin	PE
Action	Installer des stores sur la terrasse	PE
Action	Retravailler le jardin thérapeutique et créer un potager	PE
Action	Créer un terrain de pétanque et d'activité au centre du jardin	PE
Action	Reprendre le revêtement de sol du chemin afin de permettre la déambulation	PE
Action	Sécuriser les massifs du jardin en apposant des barrières et jardinières	PE

L'accueil de jour

Présentation du projet de l'accueil de jour

L'accueil de jour a pour objectif de préserver, stimuler et restaurer les capacités des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Le nombre de jours d'accueil est déterminé au cours de la visite de pré-accueil et redéfini en fonction du désir de la personne âgée, du bilan réalisé par les professionnels intervenant dans cet accueil et des attentes des aidants.

À tout moment, l'accueil peut prendre fin si la personne âgée en exprime le désir et si l'équipe rencontre des limites dans l'accompagnement de la personne accueillie (troubles du comportement, agressivité...). L'accueil de jour sera ouvert 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 10h00 à 17h00 sauf les jours fériés.

Un accueil en continu, pouvant aller jusqu'à cinq jours par semaine, sera envisagé en fonction des besoins et des attentes des personnes accueillies ainsi que leurs familles. La fréquence optimale de l'accueil est de trois fois par semaine. Moins d'une fois, la personne aura des difficultés à trouver ses repères. En fonction de l'état cognitif de la personne, des jours de présence lui seront proposés afin d'intégrer la personne selon ses besoins.

La pérennisation du projet d'accueil de jour et sa viabilité à long terme nécessitera de mettre en place une stratégie de communication dédiée pour améliorer la connaissance du service auprès des familles et de nos partenaires (cf. Processus Communication ci-après).

Valeurs partagées

L'accueil de jour s'inscrit pleinement dans les valeurs de l'établissement et l'application de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

A ce titre, l'accompagnement est individualisé en prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles cognitifs et comportementaux.

Objectifs de l'accueil de jour

L'accueil en journée proposé par l'établissement vise plusieurs objectifs :

Pour les personnes âgées accueillies :

- Stimuler les fonctions à travers d'activités de la vie quotidienne
- Favoriser et améliorer les conditions de maintien de la personne à domicile (pour elle et pour les aidants)
- Redonner à la personne accueillie de la valeur dans les yeux des aidants
- Préparer l'entrée en Institution en familiarisant la personne (*et sa famille*) à l'EHPAD et rendre l'admission future moins difficile à vivre
- Bénéficier d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé, au même titre que les résidents de l'EHPAD
- Rompre avec l'isolement social

Pour les aidants :

- Bénéficier d'un temps de répit en journée
- Profiter et participer à des collaborations et des temps d'échange avec l'équipe du service
- Être au cœur du Projet d'Accompagnement Personnalisé de la personne accueillie pour qu'il puisse se poursuivre au domicile et améliorer l'accompagnement au domicile.
- S'associer à des activités, sorties, fêtes,...mettant en lien les personnes accueillies, les résidents de l'EHPAD, les bénévoles, les familles.

Pour l'établissement :

- Favoriser le décloisonnement en ouvrant l'accueil de jour sur l'EHPAD et mutualiser les moyens humains pour optimiser l'accompagnement sur le service de jour
- Rompre l'isolement et restaurer le lien social en créant des dynamiques de rencontres avec les résidents de l'EHPAD, en partageant des activités entre accueil de jour et EHPAD.
- Fournir des Projets d'Accompagnement Personnalisés et des informations de suivi aux institutions qui accueilleront les personnes passées par l'Accueil de Jour afin d'optimiser la qualité d'accueil des futurs résidents

Population accueillie

Des critères d'admission sont établis. Ils sont les suivants :

- Critères médicaux : Une évaluation gériatrique préalable à l'admission est indispensable. Cette évaluation est basée sur l'avis d'une équipe pluridisciplinaire (médecin traitant, gériatre, neuropsychologue...). L'accueil de jour est proposé aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'adresse à des personnes ayant conservé un minimum de verbalisation et de compréhension, un rapport à la réalité, à la marche, des capacités de manipulation même partielles, des besoins de contact et des capacités relationnelles à mobiliser.
- Critères cognitifs : selon l'évaluation cognitive, le degré de détérioration des fonctions cognitives et l'état psychologique du patient, une prise en charge adaptée lui sera proposée selon les critères d'accueil et de l'organisation de la structure.
- Critères d'âge : Une dérogation est nécessaire pour les personnes de moins de 60 ans.

Des critères d'exclusion sont établis. Ils sont les suivants :

- Critères médicaux : Etat cognitif relativement préservé ou très altéré voire grabataire (ne permettant pas de communication verbale). En effet, lorsque l'état d'un résident se dégrade fortement, il est recommandé de transférer le résident dans un autre service plus adapté.
- Critères géographiques : Les personnes accueillies ne doivent pas avoir, plus de 20 minutes de transport de leur domicile à l'accueil. En conséquence, les transports sont limités dans la zone de Pia, Claira, Rivesaltes, Perpignan Nord.

Transports

Le transport est organisé par l'établissement. L'agent technique est en charge de cette prestation ou, à défaut, par l'agent en charge de l'accueil de jour si nécessaire.

L'établissement dispose d'un véhicule de service. Celui-ci devra être remplacé pour l'adapter au public transporté (cf. Sous Processus Transports).

Une facturation est établie au regard des tarifs fixés par le Conseil d'administration en référence aux dispositions règlementaires relatives aux frais de transports.

Cadre de vie et espace dédié

L'accueil de jour est situé dans une salle dédiée en rez-de-chaussée. La salle de vie dispose d'un accès en rez-de-jardin sécurisé. L'espace est pensé pour faciliter l'orientation spatiale des résidents et sécurise la déambulation. Il est conçu pour assurer l'accueil de 6 personnes simultanément. La salle de vie est dotée d'une cuisine thérapeutique, un espace salle à manger/salle d'activité et un salon avec une télévision.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, l'EHPAD engagera le déménagement de l'accueil de jour dans une nouvelle salle, plus proche d'un futur espace douche et WC.

Dans le cadre de ce déménagement, un espace extérieur dédié et clôturé sera aménagé.

Rythme de vie et prise en charge

La journée en accueil de jour est organisée comme suit :

- Temps d'accueil des résidents et de leur famille à partir de 10h.
- Activité du matin
- Temps de repas à partir de 12h
- Temps de repos (sieste, moment calme...)
- Activité d'après-midi et ateliers thérapeutiques
- Temps de préparation au départ des résidents à partir de 16h45
- Fin de l'accueil à 17h.

Dans le cadre de la prise en charge du résident, le respect inconditionnel de la personne présentant des capacités cognitives altérées nécessite de mieux comprendre son comportement via une attention bienveillante et empathique, afin de proposer des modalités de soutien et une organisation adaptées.

Pour cela, il est pratiqué :

- Une observation régulière de l'état général afin de signaler tout changement, négatif ou positif, à la famille (améliorations, participation mais encore des changements physiques tels que des hématomes, perte de lunettes et/ou prothèse auditive et/ou appareil dentaire, plaintes diverses, changements comportementaux...)
- Une évaluation de l'état nutritionnel par le suivi d'une courbe de poids pour chaque personne accueillie (pesée une fois par mois). En cas de perte de poids, l'équipe le signalera aux familles qui en informera le médecin traitant
- Un recueil formalisé par transmissions informatiques des troubles psychologiques et comportementaux observés, devant aboutir à un ajustement des pratiques
- Des réunions de travail guidées par une réflexion éthique, intégrant les risques de maltraitance, ainsi qu'une évaluation des activités mises en place pour en déterminer les apports et les limites de la prise en charge
- Un travail en équipe, notamment en cas d'évènement inhabituel ou situation complexe nécessitant un ajustement des protocoles internes en concertation avec les ressources spécifiques (équipe mobile gériatrique, service de géronto-psychiatrie)
- La psychologue et la cadre de santé pourront organiser des réunions individuelles avec les familles en fonction des observations de l'équipe (concernant la personne accueillie elle-même et/ou son entourage)

Pour chaque résident, un projet personnalisé sera mis en place. Le projet prévoira notamment des activités tant ludiques que thérapeutiques animées par l'agent de l'accueil de jour. Ce projet personnalisé est établi conformément au processus d'élaboration et d'actualisation des projets de l'ensemble des résidents d'établissement.

Les personnes accueillies participeront par exemple aux tâches liées au moment du repas (mettre le couvert, préparation culinaire, débarrasser la table, ranger la cuisine...) dans une logique de réapprentissage des tâches quotidiennes.

Animations et vie sociale

L'animation se fait dans le respect des droits et libertés individuelles qui sont garantis à toute personne prise en charge. L'animation s'articule autour de 3 notions fondamentales constituant la base de sa dynamique, quel que soit le public accueilli : les désirs, les attentes et les besoins des personnes accueillies. Verbale ou non verbale, l'animation privilégie l'autonomie de la personne, le plaisir à faire ou à être, dans une ambiance conviviale et ludique.

- Préservation des acquis : à travers des sollicitations soit dans des actes de la vie quotidienne (mettre la table, préparer un dessert, ...), soit dans des ateliers spécifiques (jeux mémoire,

gymnastique douce, balade, lecture à voix haute, ...), l'animation vise le développement de l'attention et de la concentration, la conscience de son schéma corporel.

- Estime de soi, expression personnelle : les animations concernées favorisent l'épanouissement personnel, valorisent la personne à un moment de sa vie où les incapacités progressent. Elles visent à retrouver ou préserver le goût, le plaisir de vivre.

En ce qui concerne la vie sociale, elle s'exerce à l'intérieur de l'accueil de jour à travers tout ce qui permet le partage, la rencontre (repas, fête, anniversaire, conversation, lecture à voix haute,...), à l'extérieur à travers des sorties, courses, visites,... Elle vient atténuer l'enfermement, l'exclusion que représente le handicap qu'il soit physique ou psychique. Elle permet d'appartenir à un groupe social.

Place des proches au sein de l'accueil de jour

L'accueil permet une participation active des familles par un soutien psychologique et en favorisant l'écoute et le conseil aux aidants. L'établissement associe et informe en continue les familles.

Elles seront systématiquement renseignées sur l'évolution de la maladie de leur parent. Elles bénéficieront par ailleurs d'un accompagnement personnalisé.

Les familles sont invitées à participer à la vie de l'accueil de jour, à ses activités et aux sorties organisées. Elles sont invitées à respecter le règlement intérieur de l'accueil de jour et les termes du contrat de séjour en fournissant tous les documents demandés pour l'organisation et le suivi de la prise en charge (ordonnances médicales...).

Equipe dédiée et interventions de l'équipe pluridisciplinaire

L'accueil de jour est organisé par la cadre de santé qui affecte un agent à ce service du lundi au vendredi. Un aide-soignant (ou une AMP) est dédiée à l'accueil de jour. Afin d'assurer la continuité du service, d'autres personnels de l'équipe soignante peuvent être affectés à l'accueil de jour, notamment en cas d'absences de l'agent dédié. Le personnel affecté à l'accueil de jour est formé aux troubles du comportement et aux prises en charges spécifiques.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Améliorer la prise en charge personnalisée en accueil de jour	
Action	Formaliser le protocole d'entrées et de sorties de l'accueil de jour	PE
Action	Mobiliser les professionnels de l'établissement lors d'ateliers dédiés en accueil de jour	PE
Action	Etudier des achats de matériel dédié pour optimiser la prise en charge (chariots de ménage et de change)	PE
Objectif	Revoir les espaces et les aménagements de l'accueil de jour	
Action	Engager le déménagement de l'accueil de jour dans une nouvelle salle adaptée	PE
Action	Réorganiser les espaces de l'accueil de jour (vestiaire, cuisine, salle de bain, salon, etc)	PE
Action	Créer un jardin dédié à l'accueil de jour (potager, jardin thérapeutique,...)	PE

L'hébergement temporaire

Présentation du projet d'hébergement temporaire

L'établissement dispose de deux lits d'hébergement temporaire autorisés et installés. Ces places visent à accueillir des personnes âgées autonomes, semi-dépendantes ou dépendantes de façon ponctuelle. La durée de l'accueil ne peut excéder 90 jours par an, consécutifs ou non.

L'accueil en hébergement temporaire répond à un besoin spécifique et vise à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en leur offrant une solution d'accompagnement en cas d'indisponibilité des aidants. Il donne aux aidants naturels un moment de répit pour se ressourcer. L'entourage ou la famille de ces résidents pourront recevoir une aide psychologique de la psychologue de l'établissement.

Le séjour temporaire peut servir de transition entre une hospitalisation et un retour à domicile, tout en apportant les soins et l'accompagnement nécessaires.

Au regard de l'évaluation pluridisciplinaire et de l'avis de la Commission d'admission, l'hébergement temporaire peut également préparer un hébergement permanent au sein de l'établissement lorsqu'il s'avère que la prise en charge à domicile n'est plus durable. A défaut, un hébergement permanent est recherché dans un autre établissement.

L'admission dans l'établissement s'effectue dans les mêmes conditions que lors d'un séjour permanent et le résident bénéficie des mêmes services. L'accent est toutefois mis sur un accompagnement particulièrement attentif et proche, en étroite collaboration avec son réseau relationnel. Le résident participe, selon ses préférences, aux animations organisées dans l'établissement, et peut ainsi progressivement s'y intégrer.

Objectifs de l'hébergement temporaire

Pour la personne accueillie, l'hébergement temporaire va permettre :

- De préserver des contacts sociaux et participer aux animations collectives, en tenant compte des capacités et des choix de la personne
- De partager des moments de bien-être et redonner du plaisir à la personne
- De proposer une alternative entre le maintien à domicile et l'entrée en institution ou entre une hospitalisation et un retour à domicile le temps de mettre en place des aides appropriées

Pour la famille, l'hébergement temporaire a pour but :

- D'apporter des informations, des conseils et un soutien à la famille et aux aidants en collaboration avec le médecin traitant
- De leur apporter un soulagement d'une durée déterminée dans la prise en charge à domicile de leur parent (vacances, aménagement du domicile...)

Population accueillie

Les critères d'admission sont identiques que pour l'hébergement permanent en termes d'âge et de dérogation éventuelle.

Modalités d'accueil en hébergement temporaire

Le dossier d'admission déposé est le même que celui d'hébergement permanent (cf. Processus Admission).

L'étude du dossier met en avant les raisons invoquées par les aidants pour bénéficier de l'hébergement temporaire ainsi que le plan de financement et les aides sollicitées auprès du Conseil départemental dans le cadre des dispositifs prévus.

L'accueil en hébergement temporaire s'effectue toute l'année, sous réserve de places disponibles, pour une durée maximum de 3 mois consécutifs. Les périodes peuvent être réservées à l'avance par les résidents ou leur famille.

L'admission se fait après avis de la Commission d'admission dans les mêmes conditions que pour l'hébergement permanent.

La Commission d'admission se prononce au regard des places disponibles. Jusqu'à présent, les lits ne sont pas identifiés et l'établissement rencontre des difficultés à disposer de lits disponibles (basculement en hébergement permanent fréquent, etc.) au regard des demandes, qui sont par ailleurs faibles.

A ce titre, l'établissement a testé depuis fin 2019 l'identification d'un lit dédié à l'hébergement temporaire, une solution qui pourrait ne pas être économiquement viable à long terme. Aussi, l'EHPAD souhaite la création de deux nouvelles places d'hébergement afin d'identifier définitivement les places temporaires et mettre en place une vraie filière (demande faite lors de la négociation du CPOM). Cette évolution est un préalable nécessaire à la mise en œuvre efficiente du projet d'hébergement temporaire.

Une partie du coût de l'hébergement temporaire peut être financée par le Conseil départemental au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de l'Aide sociale à l'Hébergement ou par d'autres dispositifs déployés par les pouvoirs publics.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP04	Accompagnements spécifiques	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Mettre en œuvre la stratégie d'hébergement temporaire de l'établissement	
Action	Augmenter la capacité d'hébergement de deux lits afin d'identifier les lits d'hébergement temporaire	PE - CPOM
Action	Rédiger le protocole d'entrée et de sortie d'hébergement temporaire	PE

Activités, animations et vie sociale (PR2-SP05)

Présentation du projet d'animation

L'animation est un élément déterminant de la qualité de vie en établissement. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (volonté d'individualisation des actions menées auprès des usagers) ont généralisé la notion de projet d'animation dans les structures (cohésion sociale, vie sociale).

Objectifs du projet d'animation

Favoriser les relations sociales

Les relations sociales ne doivent pas être restreintes uniquement aux relations avec la famille et les professionnels. Le besoin d'appartenance à un groupe ou un réseau doit être maintenu. C'est ce lien entretenu avec autrui qui permet au résident de se sentir reconnu, d'exister dans la société (amis, voisins, associations...).

Pour éviter l'appauvrissement de ce tissu social qui peut conduire au sentiment de solitude et d'isolement, les ressources et les souhaits des résidents doivent être identifiées afin de maintenir la personne dans une dynamique de vie. L'évaluation gériatrique standardisée et le recueil lors de l'accueil du résident permettent le recueil des souhaits d'animation et des anciens liens sociaux à maintenir.

Comme indiqué plus haut, le Conseil de Vie Sociale est une instance consultative sur toutes les questions de la vie de l'EHPAD. Elle est un lieu d'expression des résidents et de leurs familles. Les résidents connaissent par voie d'affichage la composition du Conseil de Vie Sociale et le compte rendu est public. Les représentants des familles et des résidents sont consultés sur l'ordre du jour et peuvent recueillir les demandes en amont des séances. Un comité des résidents sera remis en place pour organiser le recueil des sujets à porter à la connaissance du CVS.

Une commission des menus permet aussi de recueillir leur degré de satisfaction et leurs suggestions sur les repas servis de même qu'une commission animation concernant les activités proposées. La composition, le fonctionnement et les missions de ces deux commissions devront toutefois être formalisés pour plus de clarté.

Favoriser l'entretien des relations avec la famille et les proches

Le maintien des relations avec la famille et les proches est déterminant pour la santé psychologique du résident et contribue à son adaptation dans son nouvel environnement. En effet, le sentiment d'abandon est fréquent chez le résident dans les premiers temps de son entrée en institution même lorsqu'il a été associé à cette décision. Ce sentiment est renforcé par les pertes de repère occasionnées lors du changement du contexte de vie.

Pour répondre à cet objectif, l'équipe d'animation garantit les éléments suivants :

- Instaurer une vie quotidienne la plus clémente possible pour le résident en favorisant et en encourageant les visites sans contraintes d'horaires, en encourageant les visites des animaux de compagnie avec la participation des familles et des proches, en invitant les familles et les proches à partager des moments de convivialité, par exemple lors des manifestations festives qui se déroulent au sein de l'établissement.
- Intégrer les familles dans la vie l'institution : si elles le souhaitent les familles peuvent être associées à l'organisation de certaines manifestations, et participer à certaines animations. Elles peuvent participer à des ateliers comme bénévoles.

- Sorties extérieures avec participation des familles (spectacles, restaurant, cirque...).
- Favoriser et développer les contacts avec la famille éloignée (développer l'usage d'internet, de la visioconférence et créer un espace numérique).

Faciliter l'adaptation de l'usager à sa nouvelle vie

Chaque résident va s'adapter de manière différente en fonction d'une part, de la préparation de son entrée avec son entourage, des conditions qui l'ont amené à décider de son entrée en institution, et d'autre part, de sa personnalité, de ses capacités physiques et ou psychologiques.

Pour faciliter l'adaptation de l'usager dans l'institution, l'équipe d'animation met en place les éléments suivants :

- Elle présente le résident : l'animatrice présente le nouveau résident dès son arrivée aux autres résidents (temps d'animation du jour).
- Elle participe à la réunion projet et à la définition du projet personnalisé.
- Elle veille à respecter les souhaits et les désirs de chacun, les encourager à conserver leurs biens dans les conditions de sécurité compatibles avec l'institution.
- Elle veille à faciliter le maintien des habitudes de consommation dans la mesure du possible et selon les capacités du résident (coiffeur, achats divers en magasin...) et afin de préserver leur autonomie le plus longtemps possible.
- Elle invite chaque personne à personnaliser son espace de vie en encourageant le résident et son entourage à apporter petits objets, petits meubles, photographies, créations faite en animation).

Pour favoriser cette adaptation, l'établissement envisage de formaliser les éléments clefs de l'accueil des résidents par l'animatrice (remettre en place un cadeau de bienvenue, offrir un cadeau lors des anniversaires, etc.).

Favoriser la participation et l'implication des résidents

L'élaboration du projet personnalisé permet d'identifier les différentes expériences professionnelles et sociales du résident. L'équipe d'animation peut donc se saisir de ces informations et les valoriser pour encourager le résident à partager ses connaissances et son savoir-faire au sein de la structure, afin qu'il soit pleinement acteur de son séjour.

Sur le plan collectif, l'équipe d'animation doit :

- Solliciter le résident pour participer à des réunions et instances institutionnelles (CVS, CA, commissions des menus, commission d'animation...) afin de le rendre acteur dans l'institution.
- Répondre aux attentes des résidents lorsqu'ils sont force de proposition pour la mise en place d'activités spécifiques de groupe (cf. création d'un comité des résidents).
- Proposer aux résidents qui le peuvent de participer à des manifestations extérieures
- Informer et proposer l'animation « collective » du jour, par le biais d'un planning diffusé et à mettre en place dans un semainier.

Sur le plan individuel :

- Laisser le résident en position de choix et ce, quelle que soit sa pathologie.
- Investir le résident dans son projet personnalisé (soins-autonomie-vie).
- Maintenir l'implication de la personne accueillie « tant qu'il le peut » en lui laissant la possibilité de composer son emploi du temps quotidien (participer ou non aux activités, accomplir des services pour d'autres).
- Permettre au résident de se sentir reconnu au sein de l'établissement.
- Apporter une aide personnalisée aux résidents selon leurs demandes (réponse à un courrier, établir une commande, soins de bien-être spécifique, courses personnelles...)

Etre acteur au sein de la cité (rôle de citoyen)

L'établissement a pour mission de promouvoir la citoyenneté afin d'encourager les personnes accueillies à exprimer leurs droits et se positionner en tant qu'acteur.

Afin de réaliser cette mission, l'établissement a identifié les objectifs suivants qui devront être renforcés :

- Informer les résidents de l'actualité de la société pour pouvoir réagir ; mise à disposition du journal et lecture collective.
- Solliciter la personne pour participer à la vie citoyenne et sociale (repas, fêtes calendaires).
- Organiser et proposer un accompagnement lors des périodes d'élection (locales, législatives, présidentielles, européennes).
- Encourager les sorties culturelles (musée, évènement sur le patrimoine local...).
- Permettre la pratique du culte à la demande du résident
- Solliciter le résident pour participer aux rencontres intergénérationnelles (enfants des écoles, lycée agricole, enfants du personnel, périscolaire, accueil de loisirs).
- Participer à la vie culturelle de la commune (Expositions...)
- Proposer des visites au cimetière pour les personnes concernées

Proposer des activités innovantes et adaptées à chacun

Chaque résident doit trouver sa place dans l'institution. Le recueil de données, l'élaboration du projet personnalisé doit permettre d'identifier les capacités physiques et cognitives du résident ainsi que ses motivations. Cette analyse doit permettre de mettre en place des animations et activités adaptés et d'innover dans le choix de celles-ci au quotidien.

Pour cela l'équipe d'animation doit varier les activités et être en quête permanente de nouvelles idées et divers projets vont structurer ce projet d'animation (création d'un poulailler, accueil d'animaux, d'un terrain de pétanque, d'un potager, revoir les espaces et leur vocation...).

Au-delà des animations organisées par l'établissement, l'association Les Amis du Ruban d'argent permet de compléter le panel proposé d'animations et de sorties. Cette association autonome est composée de membre des familles et du personnel de l'établissement.

Elle organise divers évènements et perçoit une subvention annuelle de l'établissement. Grâce à son action, des sorties sont organisées au profit des résidents (séjour à la montagne, restaurants, sortie à la plage, pique nique, le tout sur des sites adaptés aux personnes âgées et à mobilité réduite...) et des évènements au sein de l'EHPAD (vide grenier, fête des vendanges, etc.).

C'est un soutien très important à la politique d'animation de l'établissement et l'engagement des membres de l'association bénéficie d'un plein soutien de la Direction de l'établissement.

Mise en place des animations

L'équipe d'animation

Au sein de l'établissement, une animatrice est la référente de l'animation. Elle est assistée d'une aide animatrice afin de permettre une présence également les weekends et donc des animations du lundi au dimanche.

Les animatrices interviennent chaque jour de la semaine de 10h à 17h30.

Les animatrices doivent faire preuve de souplesse pour modifier leurs horaires en fonction des situations et manifestations organisées.

Le rôle de l'animatrice est de favoriser et de maintenir les liens sociaux, relationnels et culturels entre résident/famille/animateur et l'équipe, stimuler les fonctions sensorielles et cognitives, maintenir l'autonomie en tenant compte des besoins, des désirs et des souhaits, et des centres d'intérêts des résidents.

L'animateur a une relation privilégiée avec les résidents et les familles en raison de son rôle, ce qui lui permet d'être médiateur entre résident/famille et équipe soignante. Il doit se référer au cadre de santé ou au Directeur pour les décisions importantes ou pour transmettre des informations en lien avec l'accompagnement du résident.

Ce travail d'équipe permet de tenir compte des dimensions sociales, relationnelles, affectives, psychologiques afin d'élaborer ensemble le projet personnalisé des résidents.

Les fonctions principales de l'animateur :

- Élaborer et mettre en place des projets d'animation (réalisation de fiches techniques d'animation, évaluation et suivi de l'animation sur le logiciel de soins).
- Apporter des aides dans les actes de la vie quotidienne des résidents (aide à la lecture et à la rédaction de courriers, aide pour ranger et réorganiser leur chambre, aide pour les déplacements, soutien psychologique...) et répondre aux besoins de chacun pour améliorer leur qualité de vie dans l'établissement.
- Entretenir des liens étroits avec les familles, notamment les informer de la participation aux animations de leur proche, les contacter pour l'achat de vêtements et/ou produits d'hygiène, répondre et écouter leurs demandes, les solliciter pour participer à la vie de l'établissement.
- Accueillir et encadrer les bénévoles (ateliers, projets, culte...)
- Accueillir et encadrer les stagiaires
- Proposer des activités diverses et variées le matin et l'après-midi
- Rechercher des moyens humains (familles, bénévoles, intervenants), financiers et matériels (Association Les Amis du Ruban d'argent, EHPAD, Commune, Conseil Départemental...) pour la réalisation des différents projets d'animation (aussi bien les projets d'animation du quotidien que pour des projets plus conséquents : séjours, vacances, sorties...).
- Élaborer le planning d'animation annonçant : jour, date, anniversaires, pour l'afficher dans le semainier afin de donner des repères d'animations aux résidents et aux familles
- Organiser les moments de recueillement et la communication lors des décès (chevalet dans le hall, etc.)
- Décorer les lieux de vie en fonction des saisons et des fêtes
- Maintenir les acquis et investir les résidents à travers des actes de la vie quotidienne (plier du linge, arroser les fleurs...)
- Aide et accompagnement lors de soins de bien-être (individuel) et pour les rendez-vous chez le coiffeur ou les autres intervenants.

Les activités proposées

Les activités, animations ou ateliers sont proposés selon le planning des animations affiché à la semaine et dans le semainier confectionné par les animatrices et les résidents.

L'animatrice doit transmettre les informations régulièrement dans le dossier informatisé du résident. Ces transmissions se font par résident et par activités au regard des animations réalisées de la journée.

Elles doivent encore être encouragées et développées dans le logiciel de soins via une actualisation régulière des activités référencées.

Des activités à la semaine :

- Des activités motrices, notamment des jeux d'adresses (quilles, jeux de ballons...), ainsi que des promenades
- Des activités manuelles, créatives (collage, peinture,..) ; les objets confectionnés par les résidents servent à décorer l'établissement en fonction des périodes de fête ou des saisons.
- Un atelier de cuisine thérapeutique, préparation de gâteaux, etc. Cette activité est toujours très appréciée car elle permet de se remémorer des recettes et astuces d'autrefois.
- Des activités ludiques, jeux de société en fonction des envies des résidents, le loto tous les vendredi et le dimanche (avec un petit lot à gagner.
- Des activités de multi-expression : chant, danse, lecture de contes,...
- Des activités de stimulation cognitives faisant appel aux connaissances et à la mémoire ont été mises en place (jeux de mots, baccalauréat, le pendu, quizz...)
- Des activités en extérieur : celles-ci ont lieu ponctuellement mais doivent être développées en fonction des saisons.
- Le journal est également lu quotidiennement avant le repas de midi et pour les personnes qui le demandent l'animatrice aide à la rédaction du courrier.
- Des échanges individuels avec les personnes ne participant pas forcément en semaine (séances de coiffure par les animatrices, etc.).

Des activités au mois :

- Activités religieuses, une prière est prononcée tous les mois, un samedi matin, par le prêtre du village et une messe est donnée pour Noël.
- Activités soins du corps, manucure, épilation une fois par mois par une esthéticienne
- Soins de coiffure pour les résidents qui le souhaitent une fois par semaine par une coiffeuse habilitée.
- Des animations musicales sont proposées aux résidents le samedi au moins une fois/mois pour la fête des anniversaires du mois autour d'un goûter.
- Venue de bénévoles : les blouses roses par quinzaine ou tout autre bénévole habilité.

Des activités aux périodes de fêtes :

Pour Pâques, les enfants de l'accueil de loisirs de Pia, les enfants du personnel et les petits enfants des résidents, viennent chercher les œufs de Pâques cachés dans le jardin de l'EHPAD.

Au début de l'été, la fête des familles est organisée avec la participation des familles, des professionnels et de tous les résidents (secteur ouvert et sécurisé). Également, une fête des vendanges est organisée par le biais de l'association Les amis du Ruban d'argent.

Pour Noël, nous organisons un repas avec tous les résidents et les professionnels, en présence du Conseil d'administration.

Participation aux animations

La participation aux animations est libre. Afin de favoriser la participation, le planning des animations est présenté lors de l'entrée du nouveau résident, ses souhaits de participations sont recueillis. Les personnes dépendantes vont quand même en animation et participent par des expressions non verbales. Les objectifs en matière d'animation sont recueillis lors de l'élaboration du projet personnalisé (en lien avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, médecin coordonnateur, psychologue, cadre de santé, référent AS).

Pour l'instant, des activités collectives sont principalement réalisées. L'animatrice propose toutefois des temps individuels lors des activités de soins esthétiques, de massage des mains, de coiffure par exemple.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP05	Activités, animations, vie sociale	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Favoriser les relations sociales	
Action	Identifier les liens sociaux à maintenir lors de l'entrée (amis, réseaux anciens, activités associatives...)	PE
Objectif	Favoriser l'entretien des relations avec les familles et les proches	
Action	Encourager les familles à s'impliquer comme bénévole (flyer de l'association, etc)	PE
Action	Mieux communiquer avec les familles sur la participation aux activités et sur le programme d'activité	PE
Action	Mettre en place un espace numérique dédié aux résidents et aux familles (accès internet, visioconférence, etc).	PE
Objectif	Favoriser l'adaptation du résident à sa nouvelle vie	
Action	Réaliser une liste des actions à mener par l'animatrice au moment de l'entrée du résident	PE
Action	Remettre en place un cadeau de bienvenue dans la chambre du nouveau résident	PE
Action	Offrir un cadeau lors de chaque anniversaire	PE
Action	Formaliser un protocole relatif à la conservation des biens et objets de valeurs et à la gestion de l'argent de poche	PE
Action	Revoir le circuit du courrier des résidents et les modalités de distribution	PE
Objectif	Favoriser la participation et l'implication des résidents	
Action	Améliorer la traçabilité pour les animations et sorties (refus)	EI
Action	Développer la traçabilité des activités réalisées avec les résidents en collectif ou en individuel	EI
Action	S'attacher à rechercher systématiquement la participation des résidents	EI
Action	Renforcer la participation des résidents aux actes de la vie quotidienne à travers les projets personnalisés : distribution du courrier, journal,,,	EI
Action	Clarifier et formaliser les modalités de réunion de la commission d'animation	PE
Action	Renforcer la communication autour des animations proposées (programme diffusé, semainier, annonce verbale journalière)	PE
Action	Mettre en place des annonces sonores pour les moments forts de la journée (repas, événements...)	PE
Action	Renforcer la communication autour des réunions du CVS et des comptes rendus (affichage et lecture aux résidents...)	PE
Action	Remettre en place un comité des résidents pour préparer les réunions du CVS	PE

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR2 - SP05	Activités, animations, vie sociale	
Co-pilote	Animatrice	
Objectif	Etre acteur au sein de la cité (rôle de citoyen)	
Action	Mieux communiquer sur les possibilités offertes pour favoriser le vote des résidents (affichage lors des élections, modalités de transport proposé...)	EI - PE
Action	Transmettre un courrier aux tutelles pour organiser avec eux le vote des résidents	PE
Action	Favoriser le déplacement des résidents qui le souhaitent au cimetière (seul ou accompagné)	EI - PE
Action	Relancer la pratique du culte pour ceux qui le souhaitent (messes)	PE
Objectif	Proposer des activités innovantes et adaptées à chacun	
Action	Identifier et développer les activités à but thérapeutique	EI
Action	Mettre en place un fond musical tous les jours et identifier les moments propices	PE
Action	Revoir les différents temps et espaces d'animation (temps du soir, salons à réinvestir)	EI - PE
Action	Relancer les séances de cinéma	PE
Action	Créer un poulailler et accueillir des animaux	PE
Action	Créer un potager et relancer l'activité de jardin thérapeutique	PE
Action	Créer une liste des jeux disponibles et prévoir l'acquisition de jeux adaptés aux troubles du comportement	PE

FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT (PR3)

PROCESSUS REALISATION	
PR3	Fin de l'accompagnement
Pilotes	Médecin coordonnateur - Cadre de santé
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir un accompagnement efficient et adapté lors de la fin du séjour du résident. Cette étape est appréhendée à travers la mise en place des mesures relatives à l'accompagnement à la fin de vie et aux soins palliatifs mais également l'organisation des sorties des résidents et la gestion des décès au sein de l'établissement.
PR3-SP01	Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs
PR3-SP02	Sortie des résidents
PR3-SP03	Décès des résidents

Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs (PR3-SP01)

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale. La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

Les situations impliquant des prises de décision complexes sont fréquentes et nécessitent une réflexion interprofessionnelle et interdisciplinaire. Dans des situations palliatives, il s'agit donc d'administrer des soins actifs qui ne sont pas nécessairement techniques, délivrés dans une approche globale d'une personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Ils visent en particulier à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne et à soutenir son entourage.

Les soins palliatifs se distinguent des soins terminaux qu'ils dépassent largement : « *les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle à brève échéance. Ils sont coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Il s'agit d'assurer le confort de la personne âgée jusqu'au bout en l'accompagnant dignement. Le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.* » (Programme national de développement des soins palliatifs – Loi du 22 avril 2005).

L'établissement a signé une convention avec l'Equipe mobile de soins palliatifs. Le choix de l'équipe soignante est de faire appel à cette équipe pour des situations individuelles en appui de l'équipe ou en soutien des familles.

L'équipe soignante veille à :

- Respecter le choix de la personne âgée dans le respect de sa dignité de ne pas être hospitalisé ou de ses volontés ou rituels de fin de vie
- Mettre en œuvre les soins de confort les résidents et soulager leur douleur
- Soutenir les familles

Lorsqu'un résident est en fin de vie l'équipe décide de manière collégiale la mise en place des soins de confort, de menus plaisir et veille à respecter ses choix. La difficulté permanente est de qualifier la notion de fin de vie, l'état de santé du résident peut en effet s'améliorer. Les soins mis en place doivent donc être régulièrement réévalués.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR3 - SP01	Accompagnement à la fin de vie et soins palliatifs	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Renforcer l'accompagnement à la fin de vie et aux soins palliatifs	
Action	Améliorer la communication sur la fin de vie au sein de l'équipe (transmissions, médecins traitants, etc)	EI - PE
Action	Poursuivre les formations sur l'accompagnement à la fin de vie	EI - CPOM
Action	Actualiser la procédure d'accompagnement à la fin de vie	EI - CPOM
Action	Optimiser le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs et à la HAD lors des situations de fin de vie	EI - CPOM

Sortie des résidents (PR3-SP02)

En dehors des décès constatés au sein de l'établissement, l'EHPAD organise chaque année plusieurs transferts de résidents dans le cadre des parcours de soins ou de choix personnel des familles et des résidents.

Dans le cadre du parcours de soins des résidents, des transferts peuvent être organisés vers un établissement plus adapté à la prise en charge requise (UHR, UCC, services de gériatrie-psychiatrie). L'évaluation médicale et pluridisciplinaire sert de base à la prise de décision dans le cadre d'une demande de transfert.

Les transferts pour raison personnelle ont lieu le plus souvent d'un établissement médico-social à un autre dans le cadre d'un rapprochement familial. Également, des retours à domicile sont possibles dans certains cas.

Dans l'ensemble des cas, un transfert n'est pas anodin pour le résident et sa famille, qu'il s'agisse des démarches à engager et du changement dans les habitudes de vie que cela implique. Le transfert est organisé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et la cadre de santé en impliquant l'ensemble des acteurs de l'établissement si nécessaire (psychologue). L'ensemble des démarches et le suivi à mener devront être formalisés dans un protocole dédié.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR3 - SP02	Sortie des résidents	
Co-pilote	Médecin coordonnateur - Cadre de santé	
Objectif	Améliorer l'organisation et la gestion des sorties de l'établissement	
Action	Formaliser un protocole sur la gestion des sorties de l'établissement (transferts, etc)	PE

Décès des résidents (PR3-SP03)

Le décès d'un résident est toujours un moment douloureux pour la famille, les équipes et l'institution. Ce moment de deuil doit faire l'objet d'une attention spécifique de l'ensemble du personnel quel que soit son statut ou sa fonction, en prenant en compte les dimensions de dignité, d'empathie et de prise en charge de la douleur des proches.

Il s'accompagne d'une prise en charge technique, psychologique et administrative dont les étapes sont formalisées dans un protocole dédié qui devra être actualisé afin de prendre en compte tous les aspects du processus et notamment l'accompagnement après le décès par l'ensemble des acteurs internes et externes disponibles.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PR3 - SP03	Décès des résidents	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Améliorer l'accompagnement lors des décès	
Action	Revoir et actualiser la procédure "Décès"	EE
Action	Revoir les modalités d'information des résidents en cas de décès (nouvel affichage, etc)	PE
Action	Clarifier les informations disponibles sur les choix funéraires et les choix de successions	PE

RESSOURCES HUMAINES (PS1)

PROCESSUS SUPPORT	
PS1	Ressources humaines
Pilotes	Directeur - Gestionnaire RH
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir l'adéquation des ressources humaines aux missions de l'établissement et aux prestations rendues tout en garantissant le bien être au travail des personnels employés. Ce processus, aussi nommé projet social, comprend différentes étapes essentielles reprises dans les différents sous processus permettant une organisation et des conditions de travail en constante amélioration au bénéfice de l'ensemble des personnes accueillies.
PS1 - SP01	Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents
PS1 - SP02	Emplois, carrières, rémunération
PS1 - SP03	Développement des compétences et politique de formation
PS1 - SP04	Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (QVT)
PS1 - SP05	Organisation du travail et gestion du temps de travail

Le projet social transcrit la politique sociale de l'établissement en définissant des objectifs partagés par l'ensemble du personnel. Ce processus retranscrit le volet social du projet d'établissement.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 affirme l'obligation de rédiger dans un volet social les spécificités des actions à conduire afin de garantir quantitativement et qualitativement les ressources humaines dont l'établissement a besoin pour atteindre ses objectifs (Cf. l'article L. 6143-2 du CSP) « *Le projet d'établissement (...) comprend un projet social* » et L. 6143-2-1 « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.* »

Ainsi, les objectifs généraux définis par le Projet Social de l'établissement sont :

- **Des effectifs suffisants pour garantir l'efficacité et la qualité au-delà de la simple efficience**

L'établissement souhaite parvenir à faire évoluer le tableau des effectifs afin de garantir une prise en soin et un accompagnement de qualité. Par ailleurs, le tableau des effectifs doit tenir compte des particularités de l'établissement (par ex. les surfaces importantes des locaux / nombre des ASH).

- **Des agents formés, qui évoluent, qui s'impliquent et dont la valeur professionnelle est reconnue**

L'établissement est une structure relativement récente (10 ans) qui a la particularité d'avoir des équipes nécessitant un plan de formation continue et développé en constante évolution pour faire face à la dépendance accrue des résidents accueillis.

Par ailleurs, l'établissement souhaite pouvoir reconnaître la valeur professionnelle de chaque agent, dans la mesure des possibilités réglementaires, et toujours dans un souci d'équité. Cette reconnaissance passe par l'évaluation annuelle de chaque agent quel que soit son statut et par l'accès au statut de fonctionnaire dans la mesure de l'ouverture des postes.

- **Des conditions de travail optimisées et négociées**

Dans la mesure des possibilités et des marges de manœuvre dont on dispose, et en termes d'organisations, l'établissement privilégie la mise en place d'organisations de travail concertées. Les

plannings ont évolué depuis l'ouverture, au gré de l'arrivée progressive des résidents et des professionnels, selon l'évolution de la dépendance des résidents et selon les souhaits des équipes.

L'objectif est de pouvoir garantir le bien être au travail, dans la mesure du possible, sans toutefois perdre de vue que le résident est au centre du dispositif et que les organisations doivent avant tout partir des besoins et des prises en charges requises.

Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents (PS1-SP01)

Le recrutement

L'établissement procède majoritairement à des recrutements de remplaçants. Elle reçoit un nombre important de candidatures spontanées par courrier ou par courriel. Ces candidatures sont conservées durant quatre mois dans un dossier et classées par métiers.

Les entretiens sont réalisés par la Direction ou par l'encadrement. Pour les recrutements de postes pérennes à compétences "rares" (tels que médecin coordinateur, cadre de santé, ergothérapeute ou psychologue), l'établissement dépose des offres d'emploi auprès de Pôle Emploi, sur le site de la FHF ou éventuellement sur des sites spécialisés.

L'établissement s'assure que les agents disposent des diplômes requis pour exercer l'emploi pour lequel ils sont recrutés.

La procédure de recrutement n'est pas formalisée à ce jour. Elle précisera une liste de tâches à effectuer lors de tout recrutement. Elle devra également préciser les critères d'embauche (au regard notamment des impératifs de lutte contre les discriminations), les modalités de réalisation de l'entretien de recrutement (grille d'entretien au regard des profils de poste), les modalités d'information au personnel du recrutement de nouveaux professionnels ainsi que les modalités de conservation et de réponses aux candidatures reçues.

Accueil du nouvel arrivant

Les formalités de déclaration préalable à l'embauche et de vérification du diplôme et du casier judiciaire sont accomplies avant la prise de service.

Un livret d'accueil du nouvel arrivant est remis à chaque nouveau professionnel lors de l'entretien de pré-entrée réalisé par la direction ou l'encadrement.

Lors de cet entretien, le nouveau professionnel renseigne une fiche administrative servant à l'élaboration de son dossier administratif, il reçoit un pass et un badge. Il reçoit éventuellement des informations plus précises sur le contexte du recrutement et une présentation de l'établissement.

Le livret d'accueil comprend notamment un règlement intérieur à signer par le nouvel agent.

Hormis dans les recrutements effectués dans l'urgence, une visite des lieux est effectuée. Les fiches de poste et de tâches sont formalisées et disponibles sur le logiciel Qualité.

Lorsque l'organisation du service le permet, le nouveau professionnel assure sa première prise de poste en doublure afin de favoriser une meilleure intégration et connaissance du fonctionnement de la structure.

La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas encore formalisée mais elle devra préciser une liste de tâches à effectuer lors de l'accueil, le contenu du kit d'accueil (et donc l'actualisation du livret d'accueil si nécessaire), la liste des documents utiles pour aider le nouvel agent à se repérer, une fiche rappelant les droits et devoirs des agents, les modalités d'information du personnel présent et les agents qui devront accueillir le nouvel arrivant.

L'Accueil des stagiaires

Les professionnels de l'établissement sont susceptibles d'accueillir des élèves et étudiants sur les services :

- De soins
- D'hygiène des locaux
- D'hôtellerie et de restauration
- D'animation
- D'administration
- Techniques

Les demandes de stage sont uniquement reçues par courrier ou par courriel. Elles font l'objet d'une réponse de l'établissement. Seules les demandes de stages conventionnées sont étudiées. Un planning est formalisé et affiché pour tout stagiaire.

L'établissement n'impose pas un niveau d'étude ou de formation minimal, le projet ou la motivation des futurs stagiaires sont des éléments d'appréciation et de validation de la demande. Le plus souvent, le futur stagiaire expose son projet professionnel ou de stage lors d'un entretien, cet entretien servira d'appui à la validation ou non de sa demande.

Le stagiaire est suivi régulièrement par son tuteur professionnel. Les infirmiers de l'établissement ont été formés au tutorat. La cadre de santé assure la gestion et le suivi des stagiaires des services de soins et d'hygiène.

Le protocole d'accueil des stagiaires n'est pas encore formalisé mais devra préciser le contenu d'un kit d'accueil des stagiaires (fiche de poste de la catégorie socio-professionnelle pour laquelle ils se forment, fiche sur les droits et devoirs...), les modalités d'entretiens de début ou de fin de stage, les modalités de création d'un registre des stagiaires.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS1 - SP01	Recrutement, accueil et intégration des nouveaux agents	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir l'efficacité du recrutement	
Action	Formaliser une procédure de recrutement	PE
Action	Organiser les modalités de classement, le contenu et le devenir des dossiers administratifs des agents	PE
Objectif	Améliorer l'accueil des nouveaux professionnels	
Action	Formaliser la procédure d'accueil du nouvel arrivant	PE
Action	Créer un kit d'accueil pour le nouvel arrivant (documents utiles)	PE
Objectif	Améliorer l'accueil des stagiaires	
Action	Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires	PE
Action	Créer un registre des stagiaires	PE
Action	Créer un kit d'accueil pour les nouveaux stagiaires	PE
Action	Former des nouveaux agents volontaires au tutorat	PE

Emplois, carrières, rémunération (PS1-SP02)

Gestion des carrières

L'adjointe des cadres de l'établissement est en charge de la gestion des ressources humaines.

La gestionnaire des ressources humaines peut s'appuyer sur l'expertise d'une société de conseil « Expert Juridique Santé » et travaille en réseau avec ses homologues des autres EHPAD publics et des centres hospitaliers de Perpignan et de Thuir.

Les carrières sont gérées conformément aux règles du statut de la Fonction Publique.

L'accès à la promotion interne est limité par la taille de l'établissement et la structure des postes de travail. A ce titre, il n'offre pas beaucoup de perspectives d'évolution professionnelle. Les avancements de grade ne sont pas automatiques et sont fonction des compétences professionnelles et des évaluations. Actuellement, la politique de promotion n'est pas formalisée.

Les textes applicables aux salariés

Les professionnels travaillant au Ruban d'Argent sont en majorité des fonctionnaires hospitaliers. Des professionnels en contrat (CDD ou CDI) pour l'essentiel de remplacement ou à temps non complet exercent également dans la Résidence sont régis par un contrat de droit public.

Les statuts généraux et particuliers de la fonction publique déterminent les conditions de recrutement, la rémunération ainsi que les droits et devoirs des fonctionnaires.

Chaque corps ou cadre d'emploi de la fonction publique fait l'objet d'un statut particulier qui détermine sa place dans la hiérarchie, les fonctions auxquelles il correspond ainsi que les modalités de recrutement et de carrière.

- Le statut général de la fonction publique est défini par la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- Le statut spécifique de la fonction publique hospitalière est précisé par la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui précise notamment les dispositions relatives au recrutement, à la durée et à l'organisation du travail, aux congés, au déroulement de carrière,...

Les autres dispositions statutaires spécifiques dans la Fonction Publique Hospitalière sont principalement applicables pour les agents stagiaires le Décret 97-487 du 12 mai 1997 et Décret 2002-274 du 20 février 2002. et pour les agents contractuels le Décret 91-155 du 6 février 1991.

Enfin les différents métiers sont régis par les décrets portant statuts particuliers pour chaque grade.

Il existe un règlement intérieur qui est à disposition des agents et des stagiaires de l'EHPAD. Ces derniers doivent aussi prendre connaissance, le signer et l'appliquer au quotidien.

Rémunérations

Le statut de la fonction publique garantit une égalité de rémunération entre les agents fonctionnaires (grilles indiciaires). La rémunération des contractuels suit l'avancement des grilles indiciaires tout au long de leur séjour dans l'établissement au regard de la durée de leur contrat.

Cependant, il existe une différence entre les agents fonctionnaires et les contractuels remplaçants. En effet, ces derniers sont recrutés sur la base d'un échelon établi lors de la conclusion du contrat. Il convient de noter que les contractuels n'ont pas droit à la prime de service. Toutefois, l'établissement travaille à l'équité dans les différentes fonctions et à limiter les différences entre les contractuels et les titulaires afin de garantir la cohésion des équipes.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS1 - SP02	Emplois, carrières et rémunération	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Optimiser la gestion des carrières des agents	
Action	Développer le travail en réseau (notamment dans le cadre du GER et établissements partenaires)	PE
Action	Reconduire l'abonnement au réseau d'experts juridiques	PE
Objectif	Favoriser la promotion et l'équité dans les carrières professionnelles	
Action	Formaliser une politique de promotion professionnelle	PE
Action	Réviser la politique de rémunération au regard de l'évaluation des compétences professionnelles	PE

Développement des compétences et politique de formation (PS1-SP03)

Gestion prévisionnelle des métiers et compétences

L'établissement a engagé une réflexion sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et a réalisé sa cartographie des métiers en différenciant le métier et les grades.

Si la politique de GPMC reste à formaliser, l'établissement dispose de tableaux de bords pour le suivi des effectifs, des contrats, des absences. Il conviendra de compléter la liste des tableaux de bords afin d'identifier en amont les mouvements des personnels (départs en formation en études promotionnelles ou en retraite, démographie par métiers).

Un entretien d'évaluation professionnelle est en place depuis 2010. Il permet de procéder à l'auto-évaluation des agents, à la notation, à la définition d'objectifs (atteints et à atteindre), au recueil des souhaits de formation et d'évaluer la satisfaction globale des agents. Une procédure d'entretien professionnel a été formalisée en 2019 au regard de la mise en place d'un logiciel permettant la réalisation et le suivi des entretiens ainsi que le suivi des dossiers de formation professionnelle. Chaque agent réalise une auto-évaluation sur le logiciel au moins 15 jours avant l'entretien.

L'entretien est réalisé par le supérieur hiérarchique direct (N+1) soit le cadre de santé, le responsable de service ou la direction. Les rapports d'entretien professionnelles et la fiche d'évaluation professionnelle sont validés par le Directeur et transmis aux agents pour prise de connaissance. La procédure informe les agents de modalités de recours.

La notation est réalisée selon la réglementation toujours en vigueur dans l'attente de la réforme en cours (la notation est consignée avec l'appréciation générale sur une fiche d'évaluation professionnelle et sur la base du rapport d'entretien professionnel).

Les fiches de poste sont formalisées sur le logiciel Qualité et ressources humaines et servent de base aux évaluations professionnelles sur la base des compétences attendues.

Les parcours professionnels seront désormais suivis dans le logiciel qualité et ressources humaines qui doit encore être totalement déployé au niveau administratif (complétude des parcours...) et auprès des professionnels.

Formation professionnelle

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.

Les principales dispositions législatives et réglementaires qui déterminent les droits à la formation professionnelle des agents dans la FPH sont énoncées dans la loi n°2007-148 du 2 février 2007 (articles 1 à 9) sur la formation et la modernisation de la fonction publique ainsi que dans le décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. A cela, il convient d'ajouter la réforme de la formation professionnelle dans les trois fonctions publiques au regard de la loi 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

L'élaboration du plan de formation

Tous les ans, l'EHPAD Le Ruban d'Argent élabore un plan de formation pour l'ensemble des agents. Ce plan de formation est désormais envisagé dans une perspective pluriannuelle et dans le cadre des formations mutualisées dans le cadre du Groupement des EHPAD du Roussillon (GER).

Le recueil des besoins de formations se fait selon les étapes suivantes :

- Durant l'entretien professionnel annuel, chaque agent formule ses demandes de formation.
- Le plan est constitué par des formations obligatoires et des formations permettant le développement professionnel continu principalement collectives.
- Il est soumis pour avis au CTE à la fin de l'année N-1.
- L'administration et la cadre de santé procède aux inscriptions au regard des souhaits formulés par les agents et des évaluations professionnelles.

L'établissement, depuis son ouverture, donne une part importante à la formation des agents qu'elle soit collective ou individuelle (études promotionnelles, actions de formation qualifiantes...).

Aujourd'hui, la formation professionnelle subit de nombreuses réformes, le parcours professionnel de l'agent est au centre du dispositif.

L'établissement a désigné un responsable de formation continue (RFC), il s'agit de la gestionnaire administrative en charge des ressources humaines. Celle-ci participe activement aux travaux et aux regroupements avec ses homologues des autres structures, aux niveaux départemental et régional, afin de partager des outils et des informations. Elle sera formée comme Conseiller en évolution professionnelle (CEP) afin de déployer ce dispositif.

Le budget de la formation professionnelle

L'établissement adhère à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

La loi impose aux établissements tels que le nôtre de consacrer au financement des actions de formation des agents au moins 2.1% de la masse salariale. Par ailleurs, se rajoutent une cotisation supplémentaire de 0.6% pour les financements des études promotionnelles et de 0.2% pour le financement des congés de formation professionnelle, bilan de compétence et VAE.

Aussi, au total, l'établissement consacre, à minima, 2.9% de son budget à la formation professionnelle de ses agents. Sur son budget propre, l'établissement finance des formations obligatoires comme les formations incendies et aux risques terroristes.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS1 - SP03	Développement des compétences et politique de formation	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Déployer une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Action	Formaliser et mettre en œuvre la politique de GPMC de l'établissement	PE - CPOM
Action	Finaliser le système de tableau de bord et les indicateurs associés	PE
Objectif	Garantir l'efficacité de formation professionnelle	
Action	Construire un plan de formation pluriannuel et notamment sur les thématiques de soins	PE
Action	Formaliser la politique de formation professionnelle et l'adapter aux réformes en cours	PE
Action	Déployer le plan de formation de manière pluriannuelle	PE

Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (PS1-SP04)

Prévention des atteintes à la santé physique et psychique

Les professionnels sont suivis tous les ans par la médecine du travail. Ce dernier participe au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les professionnels ont bénéficié d'une formation à la manutention afin de prévenir les lombalgies ou autres accidents ; le matériel médicalisé contribue à la diminution de ce risque notamment l'installation de rails de transfert au plafond des chambres (sauf l'unité protégée).

Concernant la lutte et la protection contre les accidents d'exposition au sang et liquides biologiques, chaque professionnel connaît la procédure à suivre en matière de prévention et d'actions curatives, si accident. Des formations sont renouvelées sur ce thème régulièrement avec le CLIN.

Les fiches de sécurité des produits utilisés sont à disposition et doivent être affichées.

Les services logistiques utilisent des Equipements de protection individuels (EPI) : chaussures et vêtements. Nous privilégions les achats de produits phyto sanitaires pour ERP, les peintures à l'eau.

Pour le personnel soignant et ceux de l'entretien des locaux, matériels et actions contribuent à la prévention des risques professionnels : gants à usage unique pour les soins, gants d'entretien pour l'hygiène et nettoyage, tenues professionnelles, chaussures (antidérapantes, lavables, qui tient le pied et couvre les orteils), fiches produits d'entretien (locaux et linge) recensées, masques et lunettes en fonction du type de contamination et blouse jetable non tissé en cas d'infections résistantes ou multiples, verticalisateurs, lèves personnes, chariots de soins adaptés, médicaments, protocoles d'hygiène et de soins, le suivi des vaccinations obligatoires...

Les professionnels de la blanchisserie utilisent : blouses et gants pour le tri, chariot à fond remontant (1 propre et 1 sale), table de pliage.

Concernant la sécurité électrique, les deux agents techniques ont eu une formation spécifique.

Concernant la sécurité incendie : une formation annuelle obligatoire pour chaque professionnel avec exercices d'évacuation et manipulation d'extincteurs est dispensée. Il existe une formation spécifique pour les équipes de nuit.

Le report de l'alarme est fait sur les téléphones des AS ainsi que sur les répéteurs dans chaque couloir.

Depuis plusieurs années, l'établissement contractualise avec la CARSAT dans le cadre d'une convention de prévention des risques professionnels qui ont permis la baisse des accidents du travail notamment pour les équipes de soins (installation des rails notamment). La convention en cours jusqu'en 2021 cible prioritairement les équipes des services ASH et services généraux ainsi que les risques psychosociaux.

L'âge moyen des agents est désormais de 40 ans. Des situations de maladie de longue durée et d'inaptitude se sont déjà révélées. L'établissement, du fait de sa taille, ne dispose pas de possibilité de reclassement pour les agents inaptes à leurs postes.

Certaines situations ont pu être momentanément prises en compte par un aménagement de poste ou une adaptation qui, cependant, restent précaires. Aussi, l'établissement devra déterminer une politique et une conduite à tenir pour favoriser le maintien dans l'emploi et le traitement des situations d'inaptitudes.

Enfin, l'étude des accidents du travail met en avant un accroissement des situations d'accident du travail liés à des situations d'agressivité et de violences des résidents désorientés et présentant des pathologies et troubles du comportement. Aussi, ce sujet sera un des axes de travail du DURP et des formations à venir.

Le Document unique des Risques Professionnels

Les membres du CHSCT travaillent à l'actualisation du Document Unique des Risques Professionnels avec l'aide des professionnels volontaires qui ont identifié les risques et dans le cadre d'une programmation déterminée en CHSCT.

Les actions déterminées dans le DURP seront ajoutées au Plan d'actions de l'établissement dans le cadre du suivi de ce sous processus.

Parallèlement les accidents du travail sont revus dans le cadre du CHSCT.

Des formations de préventions des risques professionnels (comme PRAP) vont également être renouvelées dans le cadre de la Convention de prévention des risques professionnels établie avec la CARSAT.

La lutte contre l'absentéisme

L'absentéisme constaté reste important quoiqu'en diminution régulière. Toutefois, l'établissement envisage une étude approfondie des causes qui sont le plus souvent multifactorielles et la mise en place d'un plan de lutte contre l'absentéisme en lien avec l'étude sur les Risques psychosociaux qui sera engagée. Le suivi de cet indicateur est prioritaire ainsi que le dialogue avec les instances sociales et avec les acteurs concernés (CARSAT, ARS, CD66) afin d'agir sur tous les leviers possibles pour le réduire et en limiter les impacts pour les agents comme pour les prises en charge.

Cet absentéisme et la nécessité de continuité du service impliquent un besoin de remplacement des agents absents (ASH, AS et IDE). L'établissement dispose d'une assurance des risques statutaires pour les agents fonctionnaires (les indemnités journalières (IJ) se déclenchent au bout de 10 jours). Il perçoit (par subrogation) les IJ des agents contractuels après 3 jours de carence.

En règle générale, l'établissement n'attend pas le délai de carence pour organiser le remplacement de l'agent absent mais cela a un coût certain, de plus, il est parfois difficile de trouver un remplaçant disponible au moment où le besoin survient. Une politique de remplacement et de gestion des absences sera formalisée.

Prévention des risques psychosociaux et Qualité de vie au travail

Etude des risques psychosociaux

Les risques psycho sociaux sont identifiés depuis 2016 (audit ORHA) et intégrés au DURP. Une actualisation est à prévoir car le plan d'actions n'a pas pu être mis en œuvre et l'établissement engagera une nouvelle étude sur les risques psychosociaux dans le cadre de sa convention avec la CARSAT.

Cette étude sera menée par un consultant externe et auprès de l'ensemble du personnel. Elle sera réalisée au regard des recommandations et standards attendus pour ce type d'analyse et donnera lieu à des préconisations qui seront versées au Plan d'actions de l'établissement. Cette étude sera organisée avec la participation du CHSCT.

Déploiement de la Qualité de vie au travail

Après une période d'instabilité et suite à des départs (disponibilités, démissions, mutations) les équipes se sont partiellement renouvelées. En ce qui concerne l'équipe d'encadrement, il s'agit même d'un renouvellement complet (direction, infirmière coordinatrice et médecin coordonnateur).

L'enjeu est dorénavant la stabilisation des équipes et le maintien d'un climat serein propice au développement de logiques d'entraide et de solidarité. Si les services tendent à se décroiser et à mieux collaborer, le personnel peut parfois ressentir une certaine lassitude car les perspectives d'évolution sont limitées (peu de perspectives de mobilité). Il y a donc un risque d'essoufflement, de perte de motivation.

La démarche de Qualité de vie au travail sera donc un outil complémentaire de l'ensemble des démarches engagées.

Elle se déploiera tout d'abord dans le cadre du Groupement des EHPAD du Roussillon. En effet, grâce à l'obtention d'un financement de l'Agence régionale de santé, un audit commun sera réalisé dans les 10 établissements du groupement et fera l'objet de la mise en place d'un cadre partagé d'analyse et d'actions sur le sujet. A partir de cette base, il reviendra à l'établissement de déployer ses actions et de faire vivre la démarche.

La lutte contre les discriminations et le harcèlement

L'établissement est engagé dans la lutte contre les discriminations et le harcèlement au travail. Le règlement intérieur précise les différentes notions relatives au harcèlement.

Toutefois, un travail d'information et de formalisation (dispositif de signalement, formations à déployer, etc.) doit encore avoir lieu pour parvenir à une information complète de tous les agents, qui peuvent en être victimes, ou acteurs sans le savoir.

Le dialogue social et l'activité syndicale

Comme indiqué dans la partie relative aux instances, les agents sont représentés au sein du CTE et du CHSCT.

D'autres formes de participation des personnels existent comme les commissions, les réunions de services ou à thèmes, ainsi qu'une réunion inter-services.

L'établissement est équipé de tableau d'affichage à l'administration pour les comptes-rendus de réunions et d'instances. Les documents sont également disponibles sur le logiciel Qualité et une messagerie interne est déployée sur le logiciel de soins, permettant la communication entre professionnels et avec l'administration.

Des entretiens de dialogue social ont lieu avec les syndicats régulièrement afin de travailler conjointement sur certains sujets et de favoriser la libre expression avec la Direction.

L'établissement favorise l'exercice de l'activité syndicale en accordant les autorisations d'absence (sauf nécessités de services des autorisations d'absences) ou les demandes de formations syndicales.

Un local syndical est attribué aux organisations syndicales ainsi que le matériel nécessaire à leur activité (ordinateur, téléphonie...).

Le maintien de relations syndicales et sociales apaisées est une condition essentielle de la réalisation de ce projet d'établissement et des projets de l'EHPAD. La démarche se veut constructive et porteuse de compromis dans l'intérêt général de l'établissement, du personnel et des résidents.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS1 - SP04	Prévention des risques professionnels et qualité de vie au travail (QVT)	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir une prévention efficace des risques professionnels	
Action	Maintenir le document unique à jour en lien avec les représentants du personnel	PE
Action	Formaliser une procédure de maintien dans l'emploi et de traitement des situations d'inaptitude	PE
Action	Poursuivre la lutte contre les accidents du travail (analyses et convention CARSAT à réaliser)	PE
Action	Poursuivre la formation des professionnels aux situations d'agressivité	PE
Objectif	Déployer une politique de lutte contre l'absentéisme	
Action	Réaliser une analyse globale des causes de l'absentéisme	PE
Action	Organiser la lutte contre l'absentéisme évitable	PE - CPOM
Objectif	Déployer une politique de prévention des risques psychosociaux (RPS)	
Action	Réaliser une nouvelle analyse des risques psycho-sociaux (RPS)	PE - CPOM
Action	Intégrer l'analyse RPS au DURP et au plan d'actions de l'établissement	PE
Objectif	Déployer une politique de Qualité de vie au travail (QVT)	
Action	Réaliser une analyse et déployer une stratégie autour de la Qualité de vie au travail	PE - CPOM
Action	Intégrer les préconisations QVT au plan d'actions de l'établissement	PE
Action	Favoriser le dialogue social et les lieux d'échange et de solidarité au sein de l'équipe	PE
Action	Favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles	PE
Objectif	Renforcer la lutte contre les discriminations et contre le harcèlement	
Action	Formaliser un plan d'actions triennal concernant l'égalité professionnelle	PE
Action	Renforcer l'information des professionnels concernant la lutte contre les discriminations et le harcèlement	PE
Action	Mettre en place un dispositif de signalement des situations discriminatoires et de harcèlement	PE

Organisation du travail et gestion du temps de travail (PS1-SP05)

Structure des effectifs

Le tableau des effectifs budgétés au 31/12/2018

GRADE	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS	EFFECTIF TOTAL
Directeur	1	/	/	1
Adjoint des cadres hospitaliers	1	/	/	1
Adjoint administratif	1	/	/	1
TOTAL ETP DU SERVICE ADMINISTRATIF	3	/	/	3
Agent de maîtrise	1	/	/	1
OPQ (personnel technique)	2	/	/	2
OPQ (personnel de cuisine)	3	/	/	3
AEQ (service hôtellerie plonge)	2	/	/	2
TOTAL ETP DU SERVICE LOGISTIQUES	8	/	/	8
Médecin coordonnateur	/	/	0,50	0.50
Cadre Supérieur de santé	/	/	1	1
ISGS	/	/	4	4
Aides soignantes	/	5.1	11.9	17
ASHQ	9.8	4.2	/	14
TOTAL ETP DU SERVICE SOINS	/	/	16.4	36.5
Animatrice	1	/	/	1
Psychologue	/	0.30	/	0.30
ergothérapeute	/	/	0.5	0.50
diététicienne	/	/	0.2	0.20
TOTAL ETP DU SERVICE ACCOMPAGNEMENT TRANSVERSAL	1	0.30	0.7	2
TOTAL GENERAL ETP	21.8	9.6	18.1	49.5

Ce tableau des effectifs est issu de la dernière convention tripartite et fait état de 49,5 ETP. Depuis mi-2017, l'établissement parvient à financer un poste d'AMP supplémentaire pour l'Accueil de Jour. A la demande des familles et suite à l'inspection de l'ARS et du Conseil départemental à l fin de l'année 2017, un temps d'animatrice est financé afin de permettre une présence le weekend toute l'année.

Malgré le niveau élevé de notre GMPS, le nombre d'ASH n'a jamais été augmenté depuis l'ouverture de l'établissement et l'effectif se révèle aujourd'hui insuffisant. Dans cette catégorie socio-professionnelle, il y a un absentéisme important (longue maladie, inaptitude...). Une réorganisation du service ASH-Plonge est envisagée afin de réduire la pénibilité du service de plonge et optimiser l'organisation ASH.

L'alourdissement de la dépendance induit aussi une charge de travail des aides-soignants plus importante (incontinence, aides aux déplacements...) et le travail est vécu comme de plus en plus difficile. En l'état des effectifs, il est difficile de maintenir un effectif constant et les effectifs le weekend sont réduits.

L'effectif du service administratif est aussi insuffisant car il ne permet pas (de par les contraintes architecturales également) de garantir un accueil de qualité et sécuritaire durant les absences de l'adjoint administratif (des travaux seront envisagés en ce sens).

Le temps d'intervention de la psychologue est insuffisant pour assurer le suivi des projets individualisés et pour pouvoir accorder le temps d'écoute nécessaire aux aidants et aux résidents (un temps complémentaire devrait être octroyé à la signature du CPOM).

Au regard de ces contraintes, l'établissement devra surtout travailler à l'optimisation des organisations du travail et à la réduction de la pénibilité, tout en réfléchissant aux marges financières éventuelles lui permettant à l'avenir de répartir différemment ou d'accroître ses effectifs de manière ciblée pour maintenir la qualité des prestations.

Organisation du travail

L'organisation du travail est déterminante pour la qualité de vie au travail. Il convient donc d'être en mesure de savoir mesurer parfaitement la charge de travail, d'adapter la répartition des tâches, et d'acquérir les aides techniques lorsque cela s'avère nécessaire.

Actuellement, des réunions de service sont organisées pour que les informations soient transmises à l'administration et à l'encadrement sur les différentes difficultés rencontrées par le personnel. Le COPIL Qualité possède également ce rôle. Le médecin du travail peut alerter sur les plaintes qu'il recueille. Néanmoins, il conviendrait de se situer plus en amont dans la démarche d'analyse des situations de travail en formant et en impliquant l'encadrement et le personnel.

Les premières analyses des organisations montrent qu'il sera nécessaire d'adapter rapidement les roulements et l'enchaînement des tâches du fait de l'accroissement de la dépendance des résidents. Des ajustements seront proposés afin de remédier aux incohérences et limiter la pénibilité liée à l'organisation elle-même.

Si ces ajustements sont insuffisants, l'établissement engagera une réflexion globale sur l'organisation du travail, notamment par l'intervention d'un consultant externe spécialisé.

Gestion du temps de travail

Le temps de travail retenu dans l'établissement est de 37h30. L'établissement est ouvert 365 et 24 h/24, des professionnels de jours comme de nuit y travaillent semaine, week-end et jours fériés.

Les professionnels travaillent en horaires fixes (administration, agents techniques, lingerie,...) ou variables (soins, hygiène des locaux, cuisine).

Le temps de pause quotidien est de 20 minutes dès 6 heures de travail effectif. Les pauses sont déterminées dans les fiches de tâches de chaque poste.

Il existe un référentiel horaire qui doit être actualisé. Il n'existe à ce jour pas d'accord local sur le temps de travail.

L'établissement utilise le logiciel PLANICIEL pour la gestion du temps de travail. Un module de consultation en ligne et d'alerte pour le personnel a été acheté fin 2019 et devra être déployé pour améliorer l'information sur les changements du planning.

Les contraintes des agents sont prises en compte dans la mesure du possible pour établir les plannings. Le planning du mois suivant est publié le 15 du mois en cours et les demandes de changement sont étudiées avant la fin du mois en cours pour valider un planning définitif.

Des agents référents sont impliqués dans la construction des plannings (ASH et AS)

En cas d'absence une réorganisation est mise en place et un rappel est possible sur les repos, RC/RT et CA en cas de nécessités de services. Dans la pratique les agents en RT voire congés annuels en cas de situation exceptionnelle sont les derniers rappelés. En effet, l'effectif présent quotidiennement ne peut être inférieur à celui du dimanche et des jours fériés.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS1 - SP05	Organisation du travail et gestion du temps de travail	
Co-pilote	Gestionnaire RH	
Objectif	Garantir une adéquation continue des effectifs et des organisations aux besoins de prise en charge	
Action	Etudier la répartition et une évolution des effectifs afin de faire face aux besoins	PE
Action	Engager une réorganisation du travail afin d'optimiser les prises en charge	PE - CPOM
Objectif	Formaliser les règles relatives au temps de travail	
Action	Négocier un accord local relatif au temps de travail	PE
Action	Actualiser le référentiel horaire	PE
Objectif	Faire consensus dans la gestion des plannings et des absences	
Action	Déployer le module de consultation à distance et les alertes par SMS	PE
Action	Formaliser une procédure de gestion des remplacements et des absences	PE

COMMUNICATION (PS2)

PROCESSUS SUPPORT	
PS2	Communication
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à garantir une communication adaptée en interne comme en externe afin de valoriser et promouvoir les activités et prestations de l'établissement. Il vise également à permettre des échanges d'information efficaces et structurés avec l'ensemble des résidents, familles, personnels et partenaires.
PS2 - SP01	Communication interne et échange d'informations
PS2 - SP02	Communication externe

Communication interne et échanges d'informations (PS2-SP01)

La communication interne est un élément essentiel du bon fonctionnement de l'établissement car elle permet un juste échange des informations essentielles à la réalisation de ses activités.

Ainsi, cette politique de communication doit permettre la communication descendantes (de l'administration, de l'encadrement, du chef de service vers le personnel) et une communication ascendante (du personnel vers le chef de service, l'encadrement ou l'administration).

La communication de l'administration vers le personnel permet la diffusion des informations institutionnelles et le suivi des projets en cours, elle se fait principalement par le biais de la messagerie interne du logiciel de soins, des réunions programmées (réunions de service, interservices ou d'information générale), des notes de service ou des rencontres individuelles lors des entretiens.

La communication du personnel vers l'encadrement, le chef de service ou la direction permet la remontée des informations et dysfonctionnements des différents services. Elle est essentielle à la bonne prise en compte des problématiques et à la prise de décision du Directeur.

Elle permet également d'adapter les organisations, les pratiques et de réagir en cas de crises. Celle-ci se fait par divers canaux, via l'encadrement qui en informe le directeur directement ou lors des réunions hebdomadaires, via la messagerie, les réunions et les événements indésirables.

Les agents peuvent également transmettre un courrier à l'administration lorsque cela est nécessaire (demande officielle par exemple) ou prendre un rendez-vous avec la cadre de santé ou le directeur.

Toutefois, cette communication n'est pas aussi cloisonnée et l'échange direct (verbal ou téléphonique) reste privilégié en cas d'informations importantes ou urgentes, en complétant l'intervention d'une traçabilité écrite.

La réunion reste le plus souvent la forme de communication la plus développée car elle permet d'associer les différents acteurs d'une thématique et l'échange verbal direct. L'établissement souhaite le maintien de réunions régulières sans toutefois abuser de ce mode d'échange.

Aussi, il conviendra de lister les réunions et de définir pour chaque réunion l'objet, la durée et de s'assurer de la pertinence des participants afin de ne pas mobiliser inutilement des professionnels. Un émargement doit avoir lieu systématiquement, voire un compte rendu au cas par cas.

Dans le cadre de cette réflexion, il conviendra d'adapter le partage d'information aux exigences de confidentialité et de secret partagé selon les professionnels présents autour de la table. Les échanges informatisés sont également concernés avec l'anonymisation des noms de résidents et des familles si les échanges sont transmis à l'extérieur et dans le respect du secret médical et professionnel.

Enfin, les nouvelles technologies permettent d'innover sur les échanges d'information internes et une réflexion devra s'engager sur des formes nouvelles (intranet, quizz, etc.) permettant de faciliter la circulation de l'information.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS2 - SP01	Communication interne et échange d'informations	
Co-pilote	Adjointe administrative	
Objectif	Améliorer la communication interne	
Action	Lister les réunions (types de réunions, fréquence, participants...)	EI
Action	Formaliser les modalités de déroulement d'une réunion (horaires, émargement, traçabilité...)	EI
Action	Développer des outils de communication et d'échanges d'information innovants (intranet)	EI
Action	Mieux adapter les mode de communication avec l'information à transmettre	EI

Communication externe (PS2-SP02)

La communication externe revêt une importance stratégique pour l'établissement. Elle permet d'informer sur les activités et prestations proposées, sur les événements organisés, de conforter l'image de l'établissement et son positionnement territorial, de valoriser le travail des agents, des bénévoles et des partenaires de l'EHPAD.

Au quotidien, l'établissement communique vers l'extérieur par divers canaux :

- La presse locale (L'indépendant, ...)
- Le site internet
- Les documents d'information (plaquettes éventuelles, dossiers...)
- Les courriels via la messagerie électronique des divers professionnels qui communiquent avec l'extérieur (administration, cadre de santé, médecin coordonnateur, animation, psychologue, ergothérapeute, services techniques, restauration).

L'EHPAD est référencé via son site internet (<http://www.lerubandargent.com>), sur le site de la mairie (www.mairie-pia.fr rubrique action sociale), sur le site de la FHF, sur l'annuaire sanitaire et social et tous les sites de référencement des maisons de retraite, via les caisses de retraite.

Cette communication doit encore être harmonisés et structurée voire développée via de nouveaux canaux (réseaux sociaux notamment).

Une charte graphique devra être créée en lien avec le projet de signalétique et les documents principaux à diffusion large refaits (livret d'accueil, plaquette de l'accueil de jour, etc.).

Concernant les télécommunications, l'établissement est joignable par téléphone 24h/24 et 7j/7. En l'absence du secrétariat, les appels sont transférés sur le poste infirmier puis sur les postes des agents de nuit. L'établissement est également joignable par courriel à une adresse générique et certaines fonctions de l'EHPAD dispose de leur propre adresse électronique.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS2 - SP02	Communication externe	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Améliorer la communication externe	
Action	Formaliser un plan de communication (réseaux sociaux, droit à l'image...)	EI
Action	Formaliser un protocole de mise à jour du site internet	EI
Action	Créer une charte graphique	EI
Action	Mettre en place un affichage d'information dynamique et numérique à l'entrée (écran et diffusion d'information)	PE
Action	Revoir la politique d'affichage de l'établissement (lieux, objets)	PE
Action	Actualiser l'ensemble des documents de communication (plaquettes des services, livret d'accueil, etc)	EI

LOGISTIQUE ET SECURITE (PS3)

PROCESSUS SUPPORT	
PS3	Logistique et sécurité
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus a pour objectif de structurer l'ensemble des fonctions logistiques et services généraux indispensables à la qualité de vie et à l'accueil des résidents. Les différents sous processus doivent notamment garantir l'articulation des services de restauration, d'hôtellerie, d'entretien, de sécurité, la continuité des transports et du système d'information.
PS3 - SP01	Hébergement et cadre de vie
PS3 - SP02	Restauration
PS3 - SP03	Maintenance
PS3 - SP04	Hygiène des locaux et du linge
PS3 - SP05	Transports
PS3 - SP06	Sécurité des biens et des personnes
PS3 - SP07	Système d'information

Hébergement et cadre de vie (PS3-SP01)

L'établissement fournit au résident un cadre de vie et des conditions d'hébergement agréables et conformes aux standards actuels et attendus par les résidents et leurs familles.

Toutefois, l'adaptation des locaux est permanente afin de répondre aux besoins des résidents et à l'évolution des prises en charge.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, des investissements importants sont prévus afin d'adapter les locaux aux nouveaux enjeux des prises en charge.

Structure actuelle de l'EHPAD

Constitué d'un bâtiment érigé sur deux niveaux (un seul étage), desservis par deux ascenseurs, l'EHPAD est composé de deux types de structures d'hébergement :

- Les unités d'hébergement dites classiques (les **FOUGERES**, les **VIOLETTES** et les **LILAS**) pour 62 résidents.
- L'unité d'hébergement dite protégée « le **JARDIN d'EDEN** » pour 14 personnes atteintes de pathologies Alzheimer et/ou de troubles apparentés ou nécessitant un accompagnement renforcé.
- Un espace d'accueil de jour (6 résidents du lundi au vendredi).

Les espaces extérieurs sont vastes, aménagés et sécurisés. L'établissement est très ouvert sur la vie du village ; familles, amis et professionnels de santé vont et viennent toute la journée dans les locaux.

Le parc est agrémenté d'allées de circulation, de bancs, de terrasses avec du mobilier de jardin, ce qui favorise des temps à l'extérieur.

L'enceinte de l'EHPAD est close, le portail principal est sécurisé par un digicode, connus par les résidents qui peuvent aller et venir, le jardin est clôturé et sécurisé (les clefs des portails sont disponibles à l'accueil).

Descriptif de la chambre :

L'établissement dispose de 76 chambres d'une surface approximative de 20.60 m² (68 chambres individuelles et 8 chambres communicantes qui peuvent permettre l'accueil de plusieurs couples).

Chaque chambre possède un lavabo, une douche adaptée, un WC et est équipée d'un système d'appel-malade, d'un téléphone et d'une ligne téléphonique directe et d'une prise de télévision.

Les chambres sont meublées avec lit, table de chevet, placard avec penderie, chaise et commode. Cependant, chaque résident peut personnaliser son espace grâce à du mobilier personnel, dans la limite de la place disponible et du respect des consignes de sécurité.

Les chambres des unités classiques (62) sont équipées de rails de transfert permettant de réaliser les soins en toute sécurité pour le résident et le personnel.

Espaces collectifs :

L'établissement met à la disposition des usagers (résidents et proches) des espaces collectifs et conviviaux :

- Un grand salon place d'Afrique (rez-de-chaussée),
- Un salon place d'Espagne (étage)
- Un salon place d'Italie (étage)
- Une salle à manger : un espace de restauration lumineux et très convivial
- Une salle d'animation (120 m² environ) très ensoleillée et agréable
- Un salon de coiffure totalement équipé
- Un hall d'accueil

Il existe aussi d'autres espaces dits « professionnels » dont l'accès est réglementé (locaux de stockage, bureaux, salles de réunion, vestiaires du personnel, cuisine, lingerie, atelier...).

Réaffectation des espaces communs

Construire un bureau d'accueil dans le hall de l'établissement

Afin de permettre un accueil efficace des visiteurs, un bureau vitré, doté d'une banque d'accueil accessible sera créé dans le hall actuel de l'établissement. L'adjointe administrative en charge du secrétariat s'installera dans ce nouvel espace.

Revoir le cloisonnement du service administratif pour agrandir la salle de réunion

L'aménagement du bureau d'accueil permettra de libérer un bureau au sein du service administratif. Un bureau sera supprimé pour agrandir la salle de réunion existante. Cette salle de réunion deviendra la salle du Conseil et la principale salle de réunion de l'établissement (formations, etc.).

Déplacer la salle de pause du personnel

La salle de pause actuelle réservée au personnel sera déplacée dans un local de stockage de matériel médical situé dont l'accès se situe dans la salle du conseil. Ce local sera réaménagé avec un accès vers l'extérieur et une terrasse dédiée au personnel. Elle sera dotée d'un point d'eau et du matériel nécessaire à la prise des repas et collation pendant les pauses (cafetière, micro-onde, frigo...).

Réaffecter la salle du Conseil à d'autres usages

La création de la salle de réunion et du Conseil au niveau du service administratif libèrera la salle du Conseil actuelle qui sera divisée en deux espaces : un bureau dédié à l'activité syndicale (dont le déménagement libèrera un office à l'étage) et le local de stockage du matériel médical (transformé en salle de pause).

Déplacer l'accueil de jour et créer des sanitaires dédiés

L'actuelle salle de pause étant libérée, elle sera réaffectée à l'accueil de jour. L'espace de stockage situé en face de cette salle sera transformé en sanitaires dédié à l'accueil de jour.

Cette salle dispose d'un accès extérieur vers un espace jardin encore inexploité. Il sera clôturé et progressivement aménagé afin de permettre la déambulation et les activités de l'accueil de jour.

Installer une salle d'activité de kinésithérapie et d'activités physiques adaptées

La salle d'accueil de jour actuelle étant libérée, elle sera dédiée aux activités de sport adapté et de kinésithérapie. Cette salle pourra également être utilisée par des prestataires externes lors d'activités futures (psychomotricité, etc.) ou encore l'animation si nécessaire.

Elle sera dotée d'un poste informatique (fixe ou mobile) pour la traçabilité des activités.

Agrandir la salle de restaurant par la construction d'une extension

La salle de restaurant actuelle ne permet plus d'accueillir tous les résidents lors des repas. En effet, du fait de l'augmentation du nombre de fauteuils roulants et de l'augmentation de la dépendance des résidents, les résidents bénéficiant de l'aide alimentaire prennent leur repas en salle d'animation qui est préparée avant le repas. Cette séparation pose des problèmes d'organisation (chariots, circuit des températures, fin anticipée des animations, etc.).

L'objectif du projet est donc de créer une extension de la salle à manger actuelle permettant de réaliser tous les repas dans la même salle. Les études techniques et financières préciseront le type d'extension à choisir (structure légère et ou construction).

Jardins et terrasses

Valorisation des espaces extérieurs

Les espaces extérieurs sont arborés et plantés d'arbustes. L'animation installe des jardinières et des fleurs selon les saisons. Toutefois, les espaces peuvent encore être valorisés et améliorés dans le cadre des projets de jardin thérapeutiques, de potager et de poulailler. Une étude sur la réparation de l'arrosage automatique sera menée.

Construire un préau extérieur pour les évènements collectifs

Un espace situé à l'arrière du bâtiment n'est pas encore valorisé ni utilisé. Cet espace pourrait accueillir un préau ou une structure légère afin d'accueillir des évènements collectifs (grillades, détente, spectacles).

Isolation et climatisation

Finaliser l'installation de la climatisation dans les unités non équipées

Le plan pluriannuel d'investissement prévoit également l'installation de la climatisation dans les circulations des unités encore non équipées (unités des Fougères et des Lilas).

Remplacer les stores des espaces communs et circulations par des volets roulants électriques

Les circulations de l'établissement disposent actuellement de stores électriques mais peu isolants et fragiles. Aussi, afin d'isoler et sécuriser les baies vitrées de ces circulations, elles seront dotées de volets roulants électriques.

Remplacement régulier du mobilier

Le mobilier des espaces communs et professionnels, ainsi que le mobilier des chambres sera progressivement remplacé, l'investissement initial datant de l'ouverture de l'établissement. La programmation sera établie au regard de l'usure du mobilier actuel et des besoins des prises en charges (mobilier ergonomique et thérapeutique).

Modifications architecturales de l'unité protégée

A ces investissements s'ajoutent les projets déjà mentionnés concernant l'unité protégée :

- Ouverture de l'espace de vie et création d'une cuisine thérapeutique
- Rénovation du couloir de déambulation (étanchéité, isolation, climatisation, développement durable)

Création de deux chambres complémentaires

A ces investissements s'ajoutent également les projets déjà mentionnés de création de deux chambres d'hébergement supplémentaires permettant d'identifier les lits d'hébergement temporaire.

La création d'une première chambre sera priorisée dans le plan pluriannuel d'investissement puis une seconde au regard des possibilités financières en fin de période.

Ces chambres seront créées dans l'unité des fougères au rez-de-chaussée.

Accessibilité des locaux

Accès extérieurs

Depuis la commune de Pia, peu de panneaux indiquent la présence de l'établissement. Cette demande des familles, des visiteurs et évaluateurs externes, sera transmise en Mairie pour envisager une nouvelle réflexion sur le renforcement de la signalétique de la commune.

Physiquement, l'accès extérieur se fait par le portail principal en appuyant sur un interrupteur. Un accès par un portillon piéton sera créé et accessible aux personnes à mobilité réduite et le portail sera doté d'une ouverture automatique à l'approche d'un véhicule pour faciliter les accès du personnel et des livraisons en journée. Le soir, les accès sont verrouillés et un interphone permet de demander l'ouverture du portail et des portes coulissantes de l'entrée principale.

Construit à partir de 2006, l'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite et porteuses d'un handicap. Plusieurs places handicapées sont matérialisées et l'ensemble des locaux sont adaptés à la circulation des fauteuils.

Toutefois, l'établissement doit encore se mettre en conformité sur divers points comme les marquages au sol, cheminements, dispositifs pour malentendants, une signalétique adaptée. Un bilan d'accessibilité doit permettre d'identifier tous les points restant à traiter.

Signalétique

Concernant la signalétique, elle sera retravaillée à l'extérieur du bâtiment pour le rendre plus visible de la route et dans la commune (panneaux). Des totems et panneaux seront apposés pour indiquer les différents parkings, l'entrée principale, le nom de l'établissement et les informations utiles.

A l'intérieur, elle sera revue notamment pour l'ensemble des locaux communs, l'indication des différents lieux, l'indication des paliers, ascenseurs et les numéros de chambres à hauteur réglementaire.

Décoration et identité des espaces

L'établissement a fait le choix il y a plusieurs années de donner une identité florale à ses unités (Violettes, Lilas, Fougères) et des noms de continents ou de pays à ses principaux salons (Afrique, Italie, Espagne). L'unité protégée est nommée Jardin d'Eden. La décoration des espaces est en lien avec ces choix.

Dans le cadre du projet de refonte de la signalétique intérieure, l'établissement engagera une concertation sur l'identité à donner à l'établissement en lien avec les résidents et le personnel. Une cohérence globale sera recherchée et ce choix orientera la future décoration de l'EHPAD. Des thèmes et couleurs pourront être attribués aux unités, aux salons, ainsi que dans les chambres qui pourront être personnalisées en lien avec ces thèmes, au fur et à mesure de leur réfection.

En lien avec ce projet, l'établissement devra repenser l'usage des espaces afin de les nommer le plus précisément possible et orienter en conséquence la nouvelle signalétique, pour les salons notamment. Il s'agira notamment de leur donner une fonction et de se les réapproprier (salon des familles, salon bibliothèque, salon de musique, etc.) à la fois pour les prises en charge, les animations, les familles ou les résidents.

A ce titre, un travail spécifique devra être envisagé pour le hall d'accueil et le salon d'Afrique, lieux de passage incontournables mais aussi lieux de vie et de rencontre dont les fonctions doivent être clarifiées.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP01	Hébergement et cadre de vie	
Co-pilote	Agent technique	
Objectif	Garantir l'adaptation des locaux aux besoins des prises en charge	
Action	Engager et finaliser la réaffectation des locaux	PE
Action	Agrandir la salle de restaurant par la création d'une extension	PE
Action	Réaliser les projet d'aménagement de l'unité protégée	PE
Action	Créer deux chambres complémentaires	PE
Objectif	Améliorer le confort et maintenir un cadre de vie agréable	
Action	Finaliser l'installation de la climatisation dans les unités non équipées	PE
Action	Remplacer les stores des espaces communs et circulations par des volets roulants électriques	PE
Action	Remplacer régulièrement le mobilier des chambres et espaces communs	PE
Action	Revoir l'usage des différents espaces et leur identité	PE - EI
Action	Construire un préau extérieur pour les évènements collectifs	PE
Objectif	Garantir l'accessibilité et la visibilité de l'établissement	
Action	Remplacer la signalétique intérieure	PE - EI - EE
Action	Remplacer la signalétique extérieure	PE - EI - EE
Action	Solliciter la Mairie pour impulser des travaux de voirie et la signalétique extérieure	EE
Action	Créer un accès piéton à l'entrée principale	PE - EE
Action	Réaliser un bilan d'accessibilité et finaliser les travaux d'accessibilité (marquages, cheminements...)	PE - EE

Restauration (PS3-SP02)

Les repas sont fabriqués en liaison chaude sur le principe de la restauration traditionnelle dans une cuisine qui est aux normes HACCP. L'équipe est composée de quatre cuisiniers.

Les temps de repas

Le petit déjeuner est servi en chambre. Le choix est donné au futur résident lors de l'entretien d'accueil au regard de ses habitudes de vie. Sont proposées des variétés de biscottes/brioques tranchées/madeleines et des viennoiseries tous les dimanches.

Le déjeuner ne comporte qu'un seul service à 12 h en fonction du menu du jour établi.

Le dîner se décompose en deux services, le premier à 18 h et le second à 18 h 45.

Le goûter est servi par l'animatrice en salle d'animation de 15 h 30 à 16 h 15 (ou par une ASH en son absence). Les AS donnent le goûter aux personnes dépendantes.

Pour les personnes en chambre, le goûter est servi par les AS. Des gâteaux individuels sont proposés aux résidents de même que des boissons chaudes au choix.

Les menus sont adaptés au regard des saisons et selon les exigences nutritionnelles avec l'appui de la diététicienne de l'établissement qui participe à la confection des menus.

Les modalités du service

Les menus du jour sont affichés quotidiennement ainsi qu'à la semaine.

Les repas sont servis à l'assiette par les cuisiniers, les hôtelières, les AS et ASH en salle de restauration sous la surveillance de l'infirmière.

Au jardin d'Eden le repas est apporté dans un chariot dédié et servi par les professionnelles du service.

Dans la mesure du possible, l'établissement propose aux résidents en textures modifiées le même menu que les textures normales. Un protocole de préparation des mixés est inscrit dans le PMS ; ils doivent être préparés 1h30 maximum avant le repas avec prise de température.

Selon la prescription médicale établit par le médecin coordonnateur, d'autres régimes spécifiques peuvent être préparés par l'équipe de cuisine, sans sel, fibres et sans résidus,...

La participation des résidents au choix de leurs menus

L'établissement fait en sorte de recueillir l'avis des résidents concernant le menu proposé ainsi que d'évaluer leur satisfaction.

Ainsi une commission des menus a lieu plusieurs fois par an et fait l'objet d'un compte rendu. Participent à cette commission : les résidents, les membres de la famille, les professionnels de l'établissement (cuisine, soins).

De plus, pour les deux repas de fêtes organisés annuellement, à savoir Noël et la fête des familles les résidents sont consultés sur le menu qu'ils souhaitent déguster.

Une fois par mois lors des animations festives les anniversaires sont fêtés autour d'un goûter préparé par l'équipe de cuisine en fonction des saisons. Un repas à thème est également proposé mensuellement.

Organisation de la cuisine

La cuisine de l'établissement satisfait aux normes et attentes liées à la restauration collective. Elle a fait l'objet d'opérations de rénovation depuis son ouverture.

Les sols ont été refaits et un contrat de maintenance est en place pour le matériel et les installations (matériel de cuisson, chambres froides, plonge...). Le matériel est réparé voire remplacé si nécessaire afin de permettre une utilisation optimale de la cuisine par les équipes.

L'établissement se conforme aux préconisations des visites des services vétérinaires et des formateurs intervenants sur place quant aux adaptations à effectuer pour garantir le respect des règles d'hygiène.

Au niveau de l'organisation humaine de la cuisine, l'établissement dispose de quatre agents intervenants pour la confection des repas au quotidien. Des roulements sont en place et permettent d'assurer la continuité du service toute l'année.

Organisation de l'hôtellerie et de la plonge

La préparation des petits déjeuners et des chariots est assuré par les ASH et le service de Plonge. Le service est assuré par l'équipe ASH. L'office situé entre la cuisine et la salle de restaurant est le centre névralgique de cette préparation et un lieu de stockage et de préparation équipé (frigos, cafetières, etc.).

Des chariots de petit déjeuner sont en place et seront remplacés par du matériel neuf et ergonomique dans le cadre de la convention signée avec la CARSAT.

La plonge assure le nettoyage de la vaisselle et d'une partie de la batterie de cuisine la plus sensible. Une machine dédiée est installée dans le local plonge.

Un projet de mutualisation entre l'équipe ASH et l'équipe de plonge est en cours de réflexion pour optimiser la gestion de l'entretien et de l'hôtellerie et réduire la pénibilité de ces fonctions en repensant l'organisation des tâches.

Respect des principes d'hygiène (HACCP)

L'établissement forme chaque année les équipes de cuisinier à la méthode HACCP et aux recommandations de bonnes pratiques. Les visites des services vétérinaires permettent d'ajuster les pratiques et doivent être prises en compte au quotidien.

Un plan de maîtrise sanitaire (PMS) est rédigé et en cours d'actualisation avec l'appui d'un prestataire externe. Les protocoles associés doivent être actualisés au regard de l'évolution des pratiques et recommandations. Ce prestataire procède à des audits sur site plusieurs fois par an pour s'assurer de la prise en compte des remarques et de l'actualisation des protocoles. Des analyses sont réalisées par un laboratoire indépendant conformément aux obligations réglementaires. Elles sont transmises en cuisine et consignées en vue des contrôles et font l'objet d'actions d'améliorations en cas d'anomalies.

Du fait de l'accroissement de la dépendance des résidents, le nombre de plateaux en chambre a fortement évolué, obligeant l'établissement à acquérir un chariot de maintien en température mis en place en 2019 et à réviser le circuit des plateaux. Ce dernier doit encore être évalué et les températures faire l'objet d'un suivi attentif et rigoureux au quotidien.

Gestion des approvisionnements alimentaires

L'approvisionnement en denrées est organisé via un marché public et une société externe. Des livraisons sont faites tous les jours selon les commandes effectuées en fonction des menus.

L'établissement procède à un contrôle à réception des marchandises et organise le stockage au regard des normes sanitaires. Le PMS décrit les étapes et règles appliquées par l'établissement.

En cas d'urgence ou de défaut d'approvisionnement, l'établissement dispose d'un stock tampon lui permettant de réagir et d'assurer la continuité des repas. Toutefois, ce stock devra être complété notamment par un stock de mixés.

La mise en place d'une stratégie achat efficiente demande du temps et une adaptation constante, aussi, l'établissement recherche en permanence à s'adapter aux besoins et aux contraintes liées à ses approvisionnements. Une réflexion sur les marchés, leur mutualisation éventuelle et la prise en compte du développement durable (production fraîche, de proximité, biologique...) sera menée en ce sens.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP02	Restauration	
Co-pilote	Chef de cuisine	
Objectif	Garantir la qualité et l'équilibre nutritionnel des repas	
Action	Engager une réflexion sur les marchés alimentaires et les critères de choix des denrées (qualité, proximité, développement durable, équilibre budgétaire et mutualisation éventuelle...)	EI - PE
Action	Renforcer le rôle de la diététicienne sur les goûts, les aversions et les textures	PE
Objectif	Garantir la prise en compte des souhaits et de la satisfaction des résidents	
Action	Revoir les modalités de recueil de la satisfaction sur les repas (enquêtes, accompagnement)	PE
Action	Mieux communiquer sur les résultats des enquêtes de satisfaction sur la qualité des repas	EI
Action	Revoir le fonctionnement de la commission des menus (composition, rôle, périodicité)	EI
Objectif	Améliorer les caractéristiques hôtelières des temps de repas	
Action	Repenser les conditions d'accompagnement des résidents en salle (circuit de distribution...)	PE - EI
Action	Repenser la décoration (nappes, noms, tenues)	EI - PE
Action	Favoriser le calme en salle de restaurant (musique, éclairage...)	PE
Action	Identifier un coin famille chaleureux et intime pour les repas en famille	PE
Action	Remplacer les chariots de petit déjeuner	PE
Action	Revoir l'organisation ASH-Hôtellerie-Plonge afin d'optimiser les tâches et réduire la pénibilité	PE
Objectif	Adapter la prestation de restauration à l'évolution de la dépendance des résidents	
Action	Adapter les effectifs de professionnels aux évolutions de la population de résidents accueillis (aide alimentaire)	EI
Action	Réduire la durée du jeûne nocturne (rapprocher la durée de l'heure du dîner et celle du petit déjeuner)	EI
Action	Mettre en œuvre des projets innovants en adaptant les repas aux capacités des résidents	EI - PE
Action	Adapter le mobilier à la dépendance des résidents lors de son remplacement (mobilier ergonomique)	PE
Action	Systématiser l'utilisation du logiciel de soins pour la traçabilité de toutes les informations liées aux repas (régimes, traçabilité, textures...)	EI - PE
Objectif	Garantir la sécurité alimentaire et le respect des protocoles d'hygiène	
Action	Réaliser des auto-contrôles internes	PE
Action	Poursuivre le suivi des températures (plateaux, préparations...)	PE
Action	Actualiser le Plan de maîtrise sanitaire (PMS) et les protocoles associés	PE
Action	Réviser le circuit des déchets liés à la production alimentaire	PE
Action	Compléter le stock tampon (mixés...) et protocoliser sa gestion.	PE

Maintenance (PS3-SP03)

La maintenance préventive et curative est assurée principalement par les deux agents techniques de l'établissement.

Eau chaude sanitaire

Le diagnostic légionnelle et le carnet sanitaire ont été réalisés en 2012 et les documents sont depuis actualisés. Une inspection de l'ARS a été menée en 2018 et fait l'objet d'un plan d'actions.

Les contrôles des températures et la surveillance sont réalisés en interne et inscrits dans le carnet sanitaire. Des améliorations en termes de régularité et de traçabilité sont en cours de mise en place. Un système de gestion centralisée des températures (GTC) est en place et sera mis aux normes dans le cadre de crédits renouvelables octroyés par l'Agence régionale de santé (ARS) à la fin de l'année 2019. Il permettra notamment une meilleure traçabilité et la production d'alertes concernant les températures.

Des contrôles bactériologiques sont effectués annuellement par un laboratoire habilité.

Vérification et maintenances obligatoires des équipements

Les vérifications et entretiens obligatoires sont assurés par des entreprises extérieures agréées. Il s'agit principalement des :

- Contrôles et vérifications obligatoires
- Maintenances des extincteurs
- Maintenances et vérification des ascenseurs portes et portails (7 j/7)
- Maintenance et vérification du groupe électrogène
- Maintenance du SSI et appels malades (7 j/7)
- Maintenance de la téléphonie, de l'autocom
- Maintenance du système de vidéo-surveillance
- Maintenance des matériels et équipements de cuisine
- Lutte contre les nuisibles, dératisation et désinsectisation
- Nettoyage des bacs à graisse et de la hotte externalisé
- Maintenances des climatisations et VMC, de la chaufferie (CVC) et de la plomberie (7j/7)

L'établissement dispose d'un avis conforme de la commission de sécurité incendie rendu le 12 novembre 2018.

Les professionnels extérieurs intervenants renseignent les bons d'intervention ainsi que le registre de sécurité lors de chaque passage. Ils doivent être accompagnés d'un des professionnels de l'établissement lors de leurs visites.

Maintenance des bâtiments et autres équipements

La maintenance du bâtiment et des petites réparations et la vérification du bon fonctionnement des équipements sont assurées pour l'essentiel par les agents techniques.

Il s'agit principalement de travaux divers de rénovation ou d'embellissement comme des travaux de peintures (peinture des chambres à l'occasion d'un décès, d'un départ,...) de réparations diverses de matériels et mobiliers de la chambre, de plomberie, de serrurerie, de chauffage, d'entretien des extérieurs (jardin),...

Equipements de soins

De nombreux équipements de soins (verticalisateurs, soulèvements malades, matelas à air) sont loués à des fournisseurs qui assurent donc leur entretien. Un contrat de maintenance est en place pour les rails de transfert au plafond (avec une vérification annuelle en charge).

Les fauteuils roulants sont vérifiés par l'ergothérapeute ou éventuellement un prestataire extérieur.

Maintenance curative

En cas de dysfonctionnement, tout agent signale le besoin informatiquement (via la mise en place de transmissions intendance).

Astreinte technique

L'établissement ne dispose pas d'astreinte technique. Un manuel est rédigé à l'attention de l'équipe d'astreinte administrative qui fait appel si besoin aux prestataires disponibles.

Contrôles réglementaires

Tous les 3 ans, la Commission de Sécurité donne un avis sur la poursuite de l'exploitation de l'établissement et son ouverture, le dernier avis favorable date du mois de novembre 2018. L'avis est assorti de préconisations et sert de base à l'arrêté de poursuite d'exploitation notifié par le Maire de la commune.

Tous les ans, les ascenseurs, les systèmes et équipements fonctionnant au fuel et gaz, l'électricité, le matériel de lingerie sont contrôlés par un organisme indépendant.

Tous les 3 ans, le système de sécurité incendie est contrôlé de la même façon. Un registre de sécurité est à disposition et est tenu à jour.

Un contrôle des services vétérinaires sur la cuisine et l'hôtellerie a lieu régulièrement, le dernier a eu lieu le 21 janvier 2014.

Contrats de maintenance

Des contrats de maintenance permettent des contrôles réguliers sur les équipements :

- Les ascenseurs, portes vitrées, portails : tous les trimestres.
- extincteurs et système de sécurité incendie : tous les ans et une astreinte continue.
- le parc téléphonique pour les réparations occasionnelles
- les appels malades (astreinte en continue)
- le chauffage et les chaudières et l'eau chaude sanitaire selon la réglementation (astreinte en continue)
- le parc informatique et les principaux logiciels
- le matériel de cuisine
- les prélèvements de surfaces et audits HACCP en cuisine
- les DASRI prélevés régulièrement
- les nuisibles
- l'entretien des hottes et du bac à graisse

En dehors de ces contrats, il est fait appel à des sociétés pour des contrôles annuels ou des réparations pour le système de ventilation et les hottes, le matériel médicalisé, de soin et de lingerie.

Les véhicules sont contrôlés régulièrement.

Circuit des déchets

La gestion des déchets est organisée selon le principe du tri collectif en séparant les déchets ménagers divers et les plastiques, conserves et cartons.

Les déchets contaminés DASRI sont stockés dans un local fermé à clef à l'extérieur de l'établissement. Une inspection de l'ARS a eu lieu en 2018 et un plan d'actions est en cours.

Une société extérieure assure l'évacuation ainsi que la traçabilité de l'élimination des DASRI.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP03	Maintenance	
Co-pilote	Agent technique	
Objectif	Améliorer le suivi des entreprises extérieures et des livraisons	
Action	Garantir l'accueil, la présence d'un agent, le suivi et la traçabilité de leurs interventions	PE
Action	Anticiper et contrôler les interventions des entreprises (plan de tâches et rappels)	PE
Action	Réfléchir à la localisation du registre de sécurité	PE
Action	Améliorer la gestion des livraisons en définissant des horaires préférentiels	PE
Objectif	Améliorer le suivi et la traçabilité des demandes de maintenance	
Action	Mettre en place les transmissions intendance sur le logiciel de soins (traçabilité, suivi et clôture des demandes)	PE
Action	Mettre en place un plan de tâche annuel (interventions programmées, purges, rappels, traçabilité et suivi des interventions)	PE
Action	Formaliser et réaliser des visites régulières des locaux (hebdomadaires) afin d'identifier les problématiques de maintenance	PE
Objectif	Améliorer l'entretien des espaces extérieurs	
Action	Inclure les principales tâches d'entretien extérieur au plan de tâches général et en assure le suivi	PE
Action	Embellir les jardins et assurer leur entretien régulier	PE
Action	Coordonner les interventions de la Communauté des communes concernant les abords de l'établissement	PE
Objectif	Améliorer la gestion des déchets	
Action	Engager une réflexion sur le stockage et le tri des déchets	PE
Action	Acquérir une remorque pour l'évacuation régulière des déchets	PE
Objectif	Améliorer l'organisation et la gestion des zones techniques	
Action	Revoir l'organisation et les lieux de stockage dans les zones techniques	PE
Action	Remettre en place une gestion des commandes et des stocks (matériels, produits d'entretien)	PE

Hygiène des locaux et du linge (PS3-SP04)

L'entretien des surfaces et des locaux

L'équipe ASH est absolument essentielle notamment pour le maintien de la dignité des résidents, le confort et la qualité de vie, le respect des règles d'hygiène et la prévention des risques. L'équipe contribue également à l'image de l'établissement et à l'accompagnement des résidents au quotidien (hôtellerie, etc).

L'équipe est formée régulièrement par le service Hygiène du Centre hospitalier et respecte la technique du bio-nettoyage : du propre au plus sale et du haut vers le bas : les franges sont rangées par 10 dans un bac et elles sont imprégnées de produits et les lavettes sont imprégnées avant de rentrer dans la chambre.

Deux lavettes (1 pour la poussière et 1 pour les sanitaires) et 1 frange en moyenne sont utilisées par chambres.

Il y a 3 produits utilisés 6j/semaines 1 détergent – 1 désinfectant – 1 détartrant sauf le jeudi ou est utilisé le désinfectant désodorisant afin de maintenir la protection des carrelages et linos (exceptionnellement à l'eau si le sol colle).

Les locaux communs comme privatifs sont entretenus de jour comme de nuit en suivant la traçabilité du protocole d'hygiène des locaux.

Afin de limiter les chutes et les entraves, le panneau sol glissant est positionné en journée.

L'équipe utilise trois chariots de ménages équipés (deux au secteur classique et un au Jardin d'Eden) pour l'entretien quotidien. Le remplacement des chariots est envisagé dans le cadre de la convention avec la CARSAT pour favoriser l'ergonomie et l'adaptation du matériel aux besoins.

Les professionnelles utilisent en journée et la nuit particulièrement l'autolaveuse pour les communs et les grandes surfaces.

La machine vapeur est utilisée pour assurer l'assainissement des chambres (chambres à blanc et à fond) ainsi que la mini monobrosse. Actuellement l'entretien des chambres à fond est réalisé 3 à 4 fois par semaine et tous les 15 jours les bureaux et salles de réunions sont nettoyés.

Les fiches de tâches de l'équipe ASH sont formalisées et ont permis de revoir la distribution des tâches et la fréquence de certains nettoyages. Un projet de réorganisation de l'équipe ASH en lien avec le service de Plonge est en cours de réflexion.

La gestion du linge

Le linge des résidents et de l'établissement (tenues des résidents, franges et lavettes, éponges et serviettes, tours de cou, sangles des lèves malades et matériel anti escarres, etc) est traité en interne sauf les tenues des professionnels et les draps qui sont externalisés vers l'ESAT Val de Sournia.

Les locaux de la lingerie sont divisés en deux parties : l'une sale et l'autre propre selon le circuit de la marche en avant (normes RABC). La lingerie est aux normes et le matériel suivi par une entreprise spécialisée. Un matériel adapté est en place permettant de limiter les risques de troubles musculo-squeletiques.

L'hygiène du linge

Le tri du linge

▪ Le tri en service

Il fait par les soignants à l'aide de chariots séparant les éléments suivants :

- Gants et serviettes de toilette - linge résident - serviette de table et couvertures
- Les draps et les taies d'oreillers.
- Les sacs-poubelle

Les trieurs contenant les sacs sont acheminés après les soins par les soignants vers la buanderie.

▪ Le tri en blanchisserie

Ce tri se réalise dans le côté « sale » par la buandière.

Lavage et séchage du linge

Après avoir trié le linge, la buandière applique l'un des 6 programmes en fonction de la qualité et du niveau de désinfection nécessaire du linge :

- Linge à 95° (éponges et linge très souille cotons)
- Linge à 30° (rideaux, linge résident fragile)
- Linge à 40° (serviettes et tour de cou couvertures et dessus de lit et tours de cou, linge synthétique résident)
- Linge à 60° (entretien ménage ASH, linge de corps en coton)

Du côté propre, le linge lavé est mis au sèche-linge avec la même programmation que le lavage.

Repassage pliage et rangement du linge

▪ Repassage

Le repassage et pliage du linge des résidents est assuré par la buandière avec l'utilisation de matériel professionnel adapté.

▪ Pliage

Le pliage des gants et des serviettes de toilette fait l'objet d'une activité quotidienne et sont réalisés par les résidents du Jardin d'Eden en semaine et le pliage des serviettes de table et tour de cou sont par les résidents du secteur classique le Week-end.

▪ Retour du linge après traitement

Le linge est distribué par la buandière au fur et à mesure des arrivages et du nettoyage. Chaque fois qu'elle le peut la buandière range les placards des résidents selon une programmation définie avec la cadre de santé.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP04	Hygiène des locaux et du linge	
Co-pilote	Cadre de santé	
Objectif	Garantir un haut niveau d'hygiène au quotidien	
Action	Adapter et remplacer le matériel des ASH (chariots...)	PE
Action	Engager une réflexion sur les tâches (zonage) à l'occasion de la réorganisation de l'équipe ASH-Hôtellerie	PE - EI
Action	Renforcer la formation des équipes ASH et assurer la promotion de leurs compétences	PE
Objectif	Optimiser la gestion du linge et des circuits	
Action	Prévoir le remplacement de la lingère par un professionnel formé en cas d'absence	EI
Action	Repenser le roulement en lingerie et l'organisation du planning	EI
Action	Formaliser la fiche de tâche de la lingère	PE
Action	Engager une réflexion sur le marquage du linge	PE
Action	Revoir l'organisation et le rythme de livraison du linge en interne	PE
Action	S'assurer du réassort des tenues du personnel	PE
Action	Remplacer les dessus de lit	PE
Action	Mettre en place un système d'identification des soignants (badges)	PE

Transports (PS3-SP05)

L'établissement réalise peu de transports. Ceux-ci relèvent essentiellement des situations suivantes :

- Transports des résidents lors des sorties ou activités
- Transports assurés dans le cadre de l'accueil de jour
- Déplacements lors des formations des agents à l'extérieur
- Déplacements de l'équipe administrative et des agents techniques pour des achats ponctuels ou l'évacuation des déchets
- Déplacements du médecin coordonnateur ou de la cadre de santé pour les visites de pré-admission

Ces transports sont réalisés essentiellement via les véhicules de l'établissement :

- Un véhicule de service
- Un mini-bus adapté aux transports des résidents (fauteuils notamment)

Le véhicule de service est utilisé pour les transports de l'accueil de jour mais n'est pas adapté. L'achat ou la location d'un véhicule dédié sera étudié : cet utilitaire permettra le transport des résidents de l'accueil de jour et permettra l'adaptation d'une remorque pour le transport des déchets par les services techniques.

Le mini-bus est également partagé avec d'autres établissements dans le cadre de conventions de prêts. La gestion des carburants est assurée via des cartes de carburants dédiées et sécurisées. Exceptionnellement, les agents peuvent utiliser leur véhicule personnel pour certains déplacements sous réserve de validation de leur ordre de mission et les frais de déplacements sont pris en charge.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP05	Transports	
Co-pilote	Adjointe administrative	
Objectif	Sécuriser les transports des résidents	
Action	Garantir la révision régulière des véhicule en l'inscrivant au plan de tâches des agents techniques	PE
Action	Se doter d'un véhicule adapté de type utilitaire et d'une remorque	PE
Objectif	Assurer la traçabilité de l'utilisation des véhicules	
Action	Assurer le contrôle du carnet d'utilisation et de réservation des véhicules	PE
Action	Remettre en place un système d'ordre de mission	PE

Sécurité des biens et des personnes (PS3-SP06)

Sécurité incendie

Un système de sécurité incendie est opérationnel et fait l'objet d'une maintenance régulière (cf. Sous Processus Maintenance).

Le personnel est formé à la sécurité incendie tous les ans. Les formations sont consignées dans le registre de sécurité. Ces formations sont à la fois théoriques et pratiques (maniement des extincteurs et fonctionnement du SSI).

Les deux agents techniques sont formés SSIAP 1. L'établissement envisage de développer les exercices internes et la formation directe des nouveaux agents (en plus des formations annuelles).

L'établissement se conforme aux préconisations de la Commission de sécurité, aux rapports des organismes de contrôle et aux conseils du prestataire de maintenance du système.

Sécurité

Dans le cadre de l'instruction du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et de l'application des dispositions du Plan Vigipirate, l'établissement a réalisé un diagnostic de sécurité en lien avec la Gendarmerie.

Un plan d'actions a été formalisé une information inscrite dans le règlement de fonctionnement de l'établissement. Une formation au risque terroriste a lieu tous les ans. Dans le cadre de ce plan d'actions, l'établissement doit encore mettre en place un système d'alerte et une stratégie de confinement ainsi que formaliser les procédures et protocoles spécifiques.

Un système de vidéosurveillance est installé et permet une surveillance a posteriori des entrées et extérieures de l'établissement. Il filme également le hall d'accueil de l'établissement.

Le visionnage est limité à une liste restreinte de personnes conformément aux dispositions règlementaires en vigueur. Un enregistrement (limité dans le temps) peut être transmis aux enquêteurs en cas de plainte de l'établissement ou de demande de la justice.

Un système d'alarme est installé mais non utilisé depuis plusieurs mois. Une réflexion sera menée sur son adaptation aux contraintes de fonctionnement de l'établissement (ciblage des zones pertinentes...) et sur la pertinence de sa remise en service.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP06	Sécurité des biens et des personnes	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Prévenir le risque incendie	
Action	Poursuivre les formations à la sécurité incendie	PE
Action	Former en interne les nouveaux arrivants	PE
Action	Revoir l'affichage de sécurité	EI
Action	Relancer la réalisation d'exercices de sécurité incendie	EI
Objectif	Prévenir et s'adapter au risque terroriste	
Action	Remettre en service le système d'alarme	EI
Action	Sécuriser la gestion des clefs	EI
Action	Modifier à intervalle régulier les codes d'accès	EI
Action	Mettre en œuvre le plan d'actions de sécurisation de l'établissement	EI

Système d'information (PS3-SP07)

Système informatique

L'établissement dispose d'un système informatique doté d'un serveur interne et d'un parc informatique déployés dans les différents services de l'établissement.

Le système d'information est géré par une société externe qui en assure la maintenance et les réparations.

Un système de sauvegarde est en place sur site (serveur séparé) et une sauvegarde externe (cloud) en cours de mise en place.

Accès internet

L'établissement est raccordé à la fibre optique depuis 2019. Une ligne de secours est en cours d'installation afin d'éviter les coupures, notamment du fait de l'utilisation d'un logiciel de soins en ligne.

Un réseau WIFI est déployé dans l'ensemble de l'établissement, un réseau est dédié au personnel (utilisation de tablettes, ordinateurs portables de l'établissement) et un réseau est dédié aux résidents.

Logiciels

L'établissement dispose de logiciels utiles à son activité et au bon fonctionnement des résidents (NETSOINS, PLANICIEL, ODYSSEE IJTRACE) avec une maintenance associée.

Règles d'usage du système d'information et RGPD

Le règlement intérieur du personnel précise les règles et bonnes pratiques pour l'utilisation du système informatique et d'internet sur le lieu de travail.

Des actions de sécurisations sont envisagées (boîtes méls, habilitations et restrictions, mots de passe...).

Le travail sur le nouveau Règlement général à la protection des données (RGPD) a débuté (formation du Directeur, travail commun dans le cadre du GER) et va se poursuivre afin de mettre l'établissement en conformité avec la réglementation. Un Délégué à la Protection des Données (DPO) sera nommé et coordonnera la démarche.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS3 - SP07	Système d'information	
Co-pilote	Adjointe administrative - DPO	
Objectif	Sécuriser le système d'information	
Action	Revoir le système de renouvellement des mots de passe	EI
Action	Revoir les droits et habilitations des agents sur les ordinateurs	EI
Action	Sécuriser les boites mails	EI
Action	Finaliser la mise en place de la ligne internet de secours	EI
Objectif	Optimiser l'utilisation du système d'information	
Action	Prévoir le remplacement et la mise à jour régulière des ordinateurs	EI - PE
Action	Tendre vers un dossier unique en optimisant l'utilisation de Netsoins	EI
Action	Formaliser une stratégie de numérisation des documents	PE
Action	Revoir toute l'architecture et l'organisation du serveur	EI
Objectif	Mettre en place la réglementation relative à la protection des données	
Action	Nommer un DPO	EI
Action	Appliquer et vérifier les durées légales de conservation des données	EI
Action	Formaliser une procédure de gestion des archives	EI
Action	Formaliser un registre des traitements	EI
Action	Lister tous les traitements de données	EI

ACHATS ET RESSOURCES FINANCIERES (PS4)

PROCESSUS SUPPORT	
PS4	Achats et ressources financières
Pilotes	Directeur
Finalité du processus	Ce processus vise à assurer la pérennité des activités de l'établissement en garantissant une situation financière stable et saine à long terme. Cet objectif se base sur une orientation pluriannuelle claire au regard des enjeux financiers et des projets programmés, une gestion budgétaire et financière rigoureuse, la maîtrise de la fonction achat et la mise en place d'un système de contrôle de gestion et de comptabilité analytique permettant d'ajuster la pertinence et la maîtrise des dépenses.
PS4 - SP01	Orientations pluriannuelles
PS4 - SP02	Gestion budgétaire et financière
PS4 - SP03	Fonction achat
PS4 - SP04	Contrôle de gestion et comptabilité analytique

Orientations pluriannuelles (PS4-SP01)

Les orientations pluriannuelles de l'EHPAD sont définies dans la Convention tripartite et le CPOM notamment dans la partie relative au financement de la structure.

L'établissement a déposé un Plan pluriannuel d'investissement et renseigne chaque année lors de la production de son EPRD un PGFP.

Dans le cadre de ses prévisions, l'établissement doit garantir les moyens et la bonne santé financière de l'établissement dans les années à venir. Ces orientations tiennent donc compte de l'exploitation de l'établissement et des emprunts et investissements programmés qui ne doivent pas pénaliser la santé financière globale de l'établissement.

L'établissement dispose actuellement d'un seul emprunt lié à l'achat du matériel lors de l'ouverture de l'établissement. Cet emprunt sera totalement remboursé en 2024. Ces investissements ayant été amortis sur dix années pour la plupart, la capacité d'autofinancement de l'établissement est en baisse et laissait présager des difficultés à venir.

Le projet de rachat

L'opération pluriannuelle la plus emblématique de ce projet d'établissement sera le rachat de l'établissement auprès de l'Office Public de l'Habitat des Pyrénées Orientales validé en 2019 par l'OPH et le Conseil d'administration de l'établissement.

Cette opération revêt un caractère stratégique tant sur le plan du fonctionnement et de l'adaptation des locaux que sur le plan financier afin d'assurer la pérennité des possibilités d'auto-financement futur de l'établissement.

Un emprunt sera contracté auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour le rachat du capital restant dû conformément au contrat de location signé avec l'OPH.

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'investissement et des travaux prévus, un emprunt complémentaire sera sollicité ainsi que des demandes de subvention dans le cadre du Plan de financement du Conseil départemental voté en 2019.

Les analyses budgétaires et financières menées afin de préparer ce rachat et le dépôt du PPI/PGFP permettent d'assurer la viabilité de ces nouveaux emprunts à court, moyen et long terme en limitant l'impact sur le prix de journée de l'établissement et la trésorerie de sécurité de l'établissement.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS4 - SP01	Orientations pluriannuelles	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Déployer une analyse financière pluriannuelle	
Action	Analyser les conséquences pluriannuelle des choix budgétaires et d'investissement	PE
Action	Réaliser le PPI et le PGFP	EE - CPOM
Action	Intégrer le suivi des indicateurs financiers sur un plan pluriannuel	PE
Action	Réaliser le rachat de l'établissement	PE - CPOM

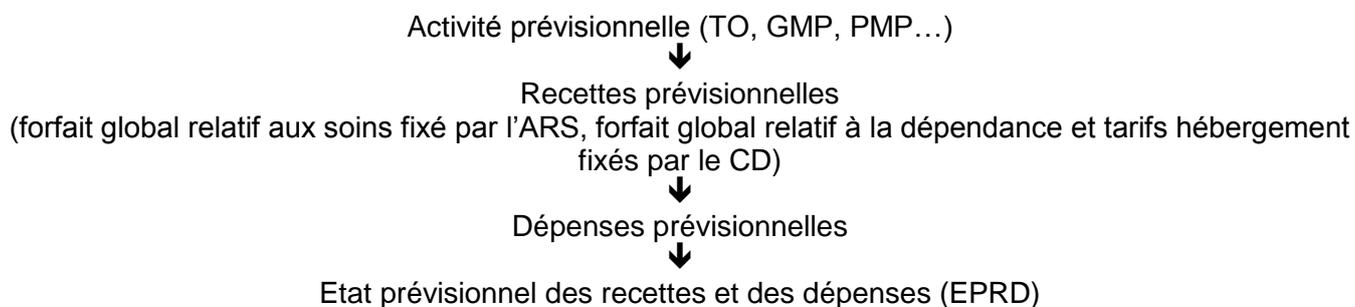
Gestion budgétaire et financière (PS4-SP02)

L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

La réforme de la tarification des EHPAD, instituée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 et le décret d'application n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, modifie les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Jusqu'à 2016, les dépenses induisaient les recettes. L'EHPAD évaluait ses dépenses pour élaborer son budget prévisionnel qu'il négociait avec les autorités de tarification jusqu'à fixation des dotations et des tarifs par arrêtés.

A partir de janvier 2017, la logique est inversée et l'enveloppe budgétaire est établie à partir des recettes :



Il s'agit d'instituer une tarification dite « à la ressource ».

Le calcul des forfaits soins et dépendance est établi à partir d'équations tarifaires.

En revanche, pour la section Hébergement, la détermination des tarifs hébergement reste soumise à une procédure contradictoire dans l'attente de la définition d'une pluri annualité budgétaire dans le cadre de la signature du futur CPOM.

Un EPRD prévisionnel est présenté en octobre de l'année précédente, il permet notamment de déterminer le tarif hébergement et la négociation avec le Conseil départemental sur la base de la lettre de cadrage.

Les autres sections sont également présentées afin d'ouvrir les crédits pour l'année suivante, dans l'attente des notifications des forfaits Soins et Dépendance.

A réception des notifications, l'établissement construit son EPRD définitif transmis avant le 30 juin de l'année concernée par l'EPRD. Il est ensuite soumis à validation des autorités de tarification.

Au sein de cet EPRD, les onglets relatifs au PGFP sont renseignés et permettent son actualisation au regard de la situation financière constatée à la clôture de l'exercice antérieur.

L'Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)

Tous les ans, l'établissement transmet aux autorités de tarification son Etat réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) accompagné d'un rapport d'activité. Cette transmission doit avoir lieu au 30 avril de l'année qui suit l'exercice.

Ce rapport et cet ERRD permettent d'expliquer et de justifier de l'emploi des crédits et des choix budgétaires de l'établissement.

Les autorités de tarification émettent des remarques et valident ou modifient les choix d'affectation des résultats proposés par le Conseil d'administration sur la base du rapport du Directeur.

La situation financière de l'établissement ainsi que son compte de gestion et son bilan sont ainsi présentés et servent de base à la rectification des prévisions financières et d'investissement de l'année en cours.

Le rapport présenté et transmis n'est pas qu'un simple rapport d'exécution budgétaire, il présente le bilan de diverses actions de l'établissement (bilan social, bilan de l'avancée de la démarche de qualité et de gestion des risques, difficultés de l'exercice...).

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS4 - SP02	Gestion budgétaire et financière	
Co-pilote	Adjointe des cadres	
Objectif	Garantir une analyse budgétaire et financière efficiente	
Action	Détailler le rapport au regard des éléments d'analyse pertinents à la compréhension du budget	PE
Action	Renforcer le pilotage des indicateurs budgétaires et financiers tout au long de l'année	PE
Action	Renforcer le suivi budgétaire et comptable en infra-annuel	PE
Action	Détailler le rapport d'activité au regard des éléments d'analyse pertinents à la compréhension de l'exécution du budget	PE
Action	Engager les actions nécessaires afin d'identifier les créances irrécouvrables	PE

Fonction achat (PS4-SP03)

La fonction achat est stratégique et porteuse d'optimisation des dépenses au sein de l'établissement. En effet, les efforts engagés sur ce volet de dépense ne portent pas sur les charges de personnel qui sont difficilement modulables au regard des besoins accrus de nos prises en charges.

Une bonne gestion des achats est donc essentielle à la pérennisation de nos activités ainsi qu'au bon usage des deniers publics.

Aussi, l'établissement s'est engagé dans l'optimisation et la sécurisation de ces achats dans tous les domaines. Cet effort se base sur la participation à des centrales de référencement, des centrales d'achats ou des groupements d'achat permettant de réaliser des économies ou de sécuriser juridiquement la passation de marchés complexes.

Ainsi, l'établissement adhère au Groupement « Achats en santé d'Occitanie » et à d'autres marchés régionaux. Il gère en interne certains marchés comme l'approvisionnement alimentaire ou les assurances. Un travail de mutualisation et de coordination est également en préparation au sein du Groupement des EHPAD du Roussillon.

La gestion des contrats de fournitures ou de services inférieurs à 25000 euros ne sont pas soumis à une procédure adaptée ni formalisée. L'établissement assure une mise en concurrence régulière de ces contrats lors de consultations mais le suivi et l'évaluation de ces engagements, parfois pluriannuels, doivent encore être renforcés.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS4 - SP03	Fonction achat	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Optimiser la gestion de la fonction achat	
Action	Renforcer la sécurité juridique des marchés (mutualisation, cahiers des charges, consultants...)	PE
Action	Rencontrer régulièrement les prestataires pour faire un bilan des prestations rendues	PE
Action	Renforcer le suivi des achats en favorisant la mise en concurrence régulière des prestataires	PE
Action	Evaluer la pertinence des produits et services au regard des besoins afin d'adapter les cahiers des charges	PE

Contrôle de gestion et comptabilité analytique (PS4-SP04)

L'objectif premier du contrôle de gestion est d'améliorer la façon de conduire l'établissement et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Ce processus possède donc un caractère transversal : tous les services sont impliqués dans l'analyse et, par extension, tous les collaborateurs sont touchés par la mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail.

Il s'agit essentiellement de la généralisation d'audits internes visant à s'assurer que les ressources humaines et matérielles sont utilisées de la façon la plus efficace qui soit, afin d'atteindre les objectifs fixés par le projet d'établissement ou les autorités de tarification.

Encore peu développée en EHPAD, cette pratique se développe notamment dans les centres hospitaliers sous la pression des contraintes budgétaires et des attentes fortes des usagers.

Elle permet surtout d'analyser la pertinence des fonctionnements, de questionner les habitudes (achats, choix de matériel ou utilisation...).

Dans le cadre de ce contrôle, l'établissement devra au préalable déployer une démarche de comptabilité analytique de ses principales activités (services, activités spécifiques) afin d'apprécier le coût réel de ses activités et d'en assurer un suivi pertinent.

La comptabilité analytique est un système de comptes permettant d'identifier et de valoriser les éléments constitutifs du résultat de l'exercice et d'en permettre l'interprétation et l'exploitation par la direction ou l'administration. Elle rapproche chaque produit de ses coûts, qu'ils aient été encourus dans l'exercice ou dans des périodes précédentes. Cette méthode permet de mieux apprécier la situation des services ou des prestations. Elle peut servir de base à un contrôle de gestion efficace et devra être réfléchi, ainsi que les outils pour permettre ces distinctions (logiciel compatible, tableaux de bord, etc).

L'établissement ne dispose pas des compétences ni du temps nécessaire au sein de l'équipe administrative en interne pour mener elle-même une stratégie très développée de comptabilité analytique ou de contrôle de gestion.

Cette ambition doit donc être ciblée par l'établissement au regard de ses activités stratégiques, voire faire appel à une volonté mutualisée (coopération) ou à des prestataires externes le cas échéant.

Objectifs et actions à réaliser		Source
PS4 - SP04	Contrôle de gestion et comptabilité analytique	
Co-pilote	Directeur	
Objectif	Engager l'établissement dans une démarche de comptabilité analytique et contrôle de gestion	
Action	Cibler les activités pouvant faire l'objet d'une comptabilité analytique	PE
Action	Cibler les thématiques qui pourraient faire l'objet d'un contrôle ou d'audits internes	PE
Action	Former l'équipe administrative aux principes du contrôle de gestion	PE
Action	Réfléchir aux outils et aux indicateurs nécessaires au contrôle de gestion	PE

CONCLUSION

Ce deuxième projet d'établissement est un socle fédérateur et mobilisateur, un guide pour les équipes, la définition du présent et la vision de l'avenir.

Fruit du travail d'une équipe pluridisciplinaire, des évaluations internes et externes, ainsi que de la participation de résidents de familles ce projet d'établissement s'est construit longuement afin d'être le plus représentatif de l'essence du Ruban d'Argent.

Ce projet d'établissement, formalise pour une période de cinq ans, s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement apporté aux résidents.

Il propose un certain nombre de perspectives de travail qui permettront de rendre l'organisation davantage efficiente, en lien avec les projets de développement de la Résidence.

Ce projet répond à trois questions :

- Que faisons nous et pourquoi ?
- Où voulons-nous aller ?
- Quelles améliorations faut-il mettre en place pour y arriver ?

Il présente 5 caractéristiques :

- C'est un document écrit.
- C'est un texte de référence.
- C'est un pacte de participation.
- C'est un message de l'ensemble des acteurs à l'ensemble de nos partenaires.
- C'est un projet mobilisateur et dynamisant.

Le projet d'établissement au-delà d'un simple outil de gestion à moyen terme représente une véritable référence pour le directeur, le personnel, mais aussi l'ensemble des partenaires de l'établissement.

La dynamique créée autour de ce projet d'établissement est un engagement de qualité de service et de bienveillance dans l'accompagnement de nos résidents.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - Méthodologie et calendrier d'élaboration du Projet d'établissement

ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés et de la personne âgée dépendante

ANNEXE 3 - Cartographie des processus

ANNEXE 4 - Exemple de fiche de groupe de travail

ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement



PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023 Méthodologie et calendrier

	MISSIONS	COMPOSITION
LE COMITE DE PILOTAGE QUALITE GESTION DES RISQUES	Préparer et communiquer sur la démarche.	M. ANTOINE, Mme VERDAGUER, Dr GUIDO, Mme BAUP, M. BALENT, M. PAOLAGGI, Mme PLA, Mme MORELLI, une IDE, une AS, une ASH.
	Valider les grandes étapes et le déroulé de la démarche.	
	S'assurer du bon déroulement de la démarche et du respect du calendrier.	
	Relire et valider le projet final.	
LES GROUPES DE TRAVAIL	Etablir le constat de chaque thème, définir les objectifs et les projets.	<u>Tout le personnel volontaire.</u>

LES COMITES DE PILOTAGE ET INSTANCES	
13/03/2019	COFIL DE LANCEMENT
16/05/2019	COFIL INTERMEDIAIRE
03/12/2019	PRESENTATION POUR AVIS EN CVS
04/12/2019	PRESENTATION POUR AVIS EN CHSCT
04/12/2019	PRESENTATION POUR AVIS EN CTE
04/12/2019	VOTE DU PROJET EN CONSEIL D'ADMINISTRATION

LES GROUPES DE TRAVAIL	
LUNDI 06 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 1 : GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT, PRINCIPES ET VALEURS
LUNDI 06 MAI 2019 14h-17h - JEUDI 6 JUIN 14h30 -16h30	GROUPE 2 : PREVENTION ET GESTION DES RISQUES
JEUDI 09 MAI 2019 14h-17h	GROUPE 3 : ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ET PARAMEDICAL
LUNDI 13 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 4 : ELABORATION, MISE EN PLACE, ACTUALISATION DU PROJET PERSONNALISE
LUNDI 13 MAI 2019 14h-17h - MARDI 14 MAI 2019 14h-17h	GROUPE 5 : ACCOMPAGNEMENTS SPECIFIQUES, ACCUEIL DE JOUR ET UNITE PROTEGEE
MARDI 14 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 6 : ADMISSION ET ACCUEIL DES RESIDENTS
MERCREDI 15 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 7 : ACTIVITES, ANIMATIONS ET VIE SOCIALE
JEUDI 16 MAI 2019 15h30-17h30 CVS	GROUPE 8 : DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS

LUNDI 20 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 9 : FIN DE VIE, SOINS PALLIATIFS, SORTIE OU DECES
MARDI 21 MAI 2019 9h-12h	GROUPE 10 : HEBERGEMENT, CADRE DE VIE, HYGIENE DES LOCAUX ET DU LINGE
MARDI 4 JUIN 2019 9h30-11h	GROUPE 11 : COMMUNICATION, RESEAUX ET PARTENARIATS
MERCREDI 22 MAI 2019 9h-12h 14h-17h	GROUPE 12 : RESSOURCES HUMAINES RECRUTEMENT, CARRIERE, FORMATION ORGANISATION DU TRAVAIL, DURP, QVT
JEUDI 23 MAI 2019 14h-17h	(GROUPE SUPPRIME – THEMES ABORDES EN GROUPE 3 ET 5) GROUPE 13 : TRAVAIL EN EQUIPE ET INTERVENANTS EXTERIEURS
VENDREDI 24 MAI 9h-12h 14h-17h	GROUPE 14 : RESTAURATION ACHATS, STOCKS, MATERIEL ET LOCAUX, HACCP PRESTATIONS, REPAS, ENQUETES, PROJETS
MERCREDI 5 JUIN 2019 10h -12h	GROUPE 15 : MAINTENANCE, TRANSPORTS
JEUDI 6 JUIN 2019 9h-10h	GROUPE 16 : SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES, SYSTEME D'INFORMATION
MARDI 28 MAI 2019 14h30-17h	GROUPE 17 : RESSOURCES FINANCIERES

ANNEXE 2 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Commission Droits et libertés des personnes âgées dépendantes de la Fondation nationale de gérontologie, version 2007 (mise à jour de la charte établie en 1987 revue en 1997)

PRINCIPES GÉNÉRAUX :

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement. Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales. Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens. Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

Article 1 : CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Article 2 : CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Article 3 : UNE VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

Article 4 : PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Article 5 : PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article 6 : VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Article 7 : LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Article 8 : PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

Article 9 : DROITS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

Article 10 : QUALIFICATION DES INTERVENTANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Article 11 : RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12 : LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Article 13 : EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

Article 14 : L'INFORMATION

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

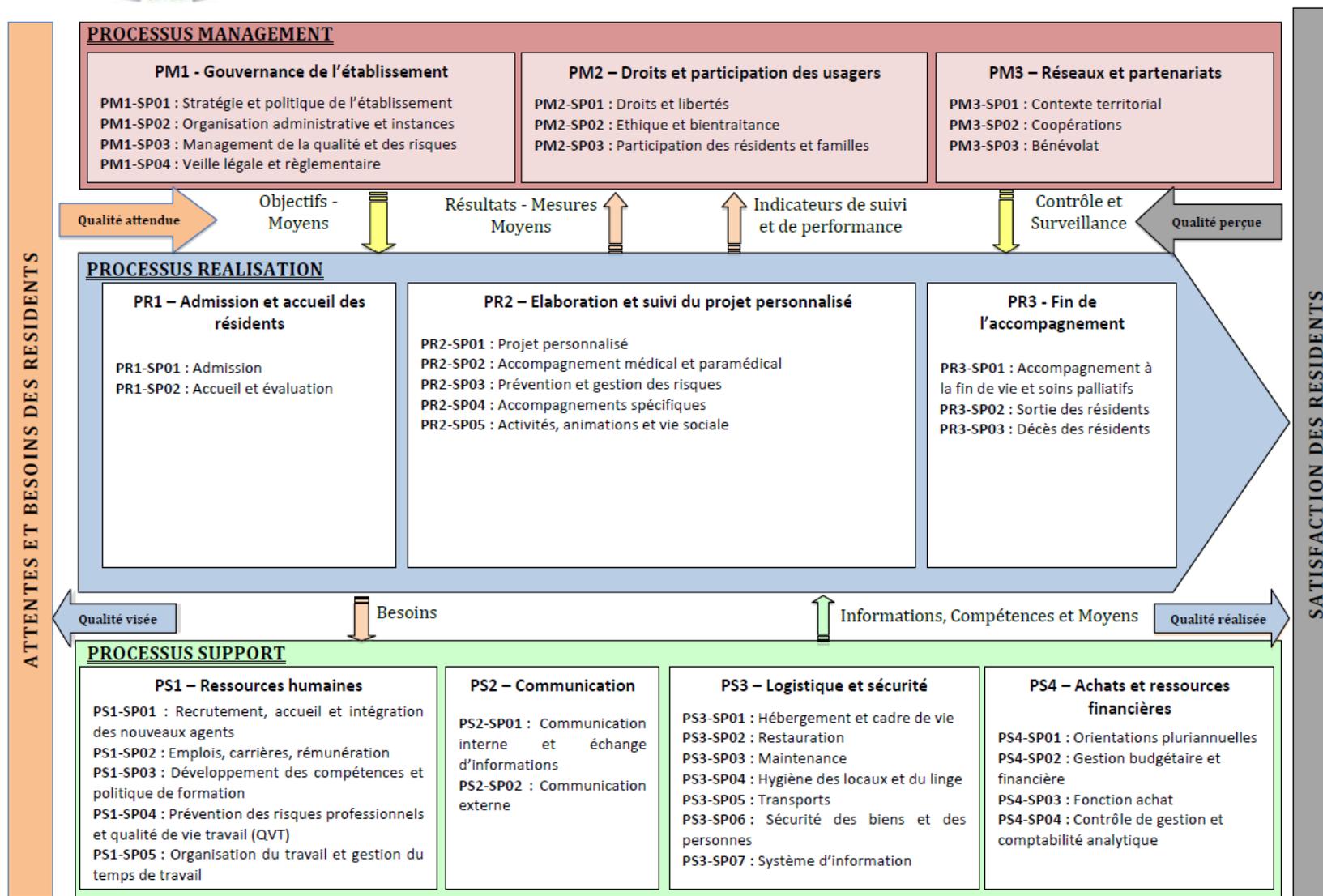
Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit. »

ANNEXE 3 – Cartographie des processus



RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT - CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS

V7 - 29.11.2019



ANNEXE 4 – Exemple de fiche de groupe de travail

PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023	
	GROUPE 8 : DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS
DATE	MERCREDI 29 / 05 / 2019
HORAIRE	9H00 – 12H00
LIEU	Salle du Conseil
OBJECTIFS	<p>Ce groupe a pour objectif la description et l'amélioration des mesures engagés au service de la protection des droits et libertés des résidents, au service de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, de réfléchir aux modalités de participation des résidents et des familles au fonctionnement de l'établissement. Il doit permettre de dégager des actions d'amélioration et les grandes orientations de l'établissement pour les cinq années à venir.</p>
PROCESSUS CONCERNE(S)	<p>PM2 – Droits et participation des usagers</p> <p>PM2-SP01-Droits et libertés PM2-SP02-Ethique et bientraitance PM2-SP03-Participation des résidents et des familles</p>
LES QUESTIONS A SE POSER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comment garantir les droits et libertés des résidents au sens de la charte des droits et libertés de la personne âgées dépendante ? (libertés d'aller et venir,...) ✓ Comment favoriser la réflexion éthique au sein de l'établissement ? ✓ Comment lutter efficacement contre la maltraitance ? Comment la signaler ? ✓ Comment promouvoir la bientraitance au quotidien et quels sont les objectifs d'une telle politique ? ✓ Comment organiser et développer la participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement ? Comment associer le plus grand nombre aux décisions prises dans l'intérêt général ?

**ACTIONS
DE L'EVALUATION
INTERNE**

PM2 – Droits et participation des usagers

PM2-SP01-Droits et libertés

I.1.0.1 Revoir les lieux d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

I.1.0.6 Formaliser les attitudes à avoir en cas de refus d'un soin

III.9.5.2 Désigner un référent thématique "Bientraitance" et définir son rôle et ses missions

I.1.0.3 Actualiser la procédure de mise sous contention

I.1.0.3 Formaliser un protocole pour le port du bracelet anti-fugue

I.1.0.6 Formaliser l'obtention du consentement lors de la visite de pré-admission

I.1.0.1 Enregistrer directement sur Netsoins les habitudes de vie

I.1.0.2 Mieux formaliser et tracer les actions dans le PP et dans Netsoins

I.1.0.1 Finaliser la mise à jour du règlement de fonctionnement, et des autres outils de la Loi 2002-2

I.1.0.1 Finaliser les nouveaux imprimés réglementaires sur la personne de confiance et les directives anticipées

I.1.0.1 Remettre en forme (format, police plus grande) la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

PM2-SP02-Ethique et bientraitance

III.9.5.3 Formaliser les réflexions d'équipe relatives à l'éthique

III.9.5.4 Instaurer un Comité Bientraitance

III.9.5.1 Formaliser un plan de développement de la culture de la bientraitance

III.9.5.1 Intégrer le concept de bientraitance dans le prochain projet d'établissement

III.9.5.3 Engager un travail en équipe sur la RBPP de l'ANESM sur le questionnement éthique

III.9.5.1 Poursuivre les formations sur la bientraitance

PM2-SP03-Participation des résidents et des familles

I.2.0.2 Prévoir une rencontre institutionnelle avec les familles

I.2.0.3 Etudier les possibilités de mettre en œuvre des modalités innovantes de recueil de la satisfaction ou de l'insatisfaction des résidents, et sur l'exploitation des réponses apportées

I.2.0.3 Réactualiser le questionnaire de satisfaction

I.2.0.3 Remettre en place les enquêtes flash

I.2.0.4 Inviter les familles à déjeuner avec le résident le jour de son arrivée à l'EHPAD

I.2.0.6 Assurer le traitement des résultats des enquêtes de satisfaction (suivi des actions)

I.2.0.6 Formaliser et organiser le traitement des plaintes et réclamations des résidents

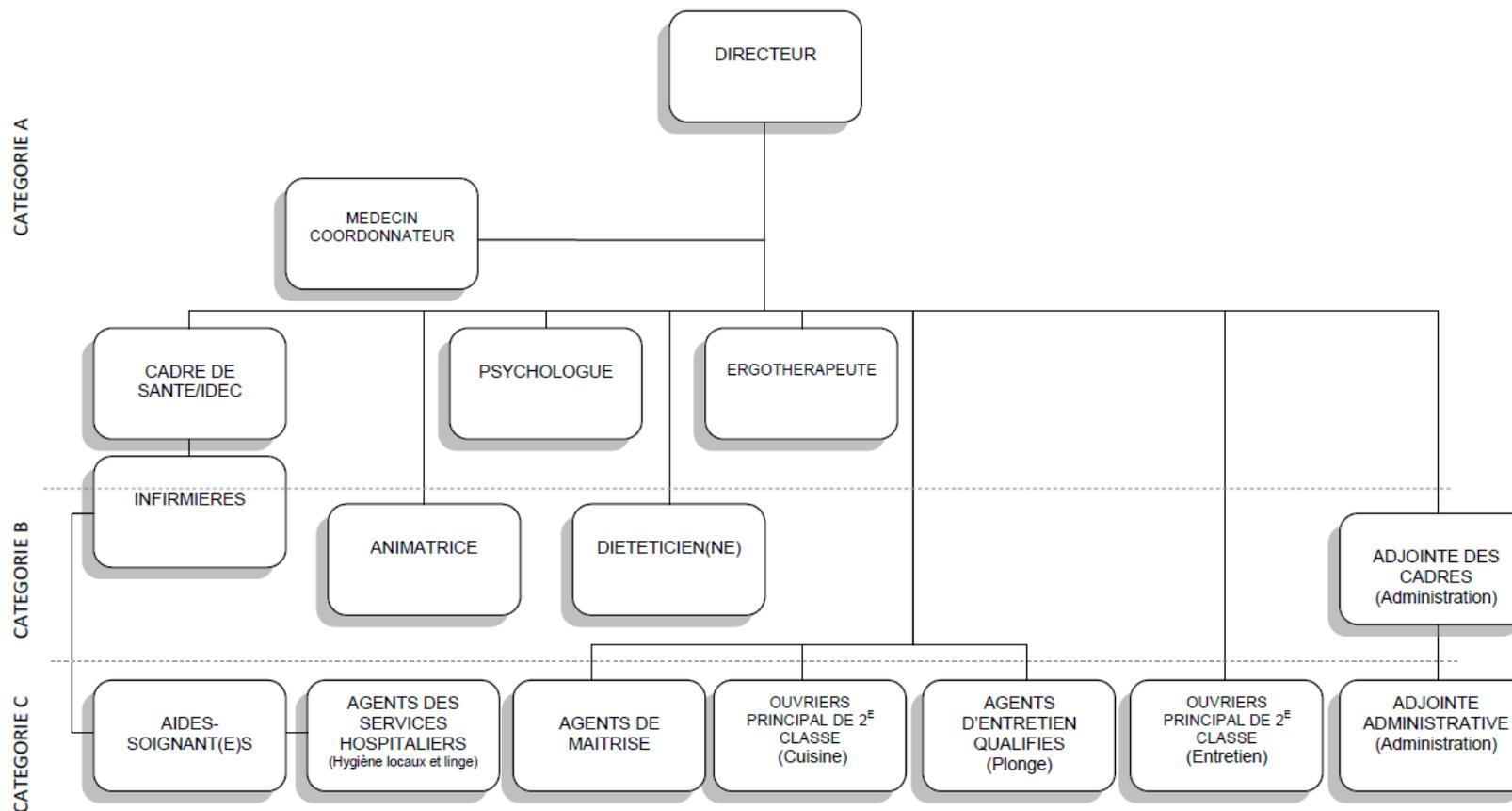
I.2.0.5 Renouer le contact avec des partenaires extérieurs pour servir de relais des informations auprès des familles (ex. conférence sur la maladie d'Alzheimer)

	<p>I.2.0.1 Afficher dans la salle du personnel les remerciements reçus</p> <p>I.2.0.2 Revoir le fonctionnement du CVS conformément aux exigences réglementaires (nombre de réunions - présidence - communication des CR - ...)</p> <p>I.2.0.4 Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités de visite des familles (horaires - comportement - état d'ébriété ou sous usage de stupéfiants - ...)</p> <p>I.2.0.2 Revoir le fonctionnement de la Commission des menus</p> <p>I.2.0.2 Remettre en place une commission d'animation</p> <p>I.2.0.3 Mieux valoriser (identifier) la boîte à suggestions</p> <p>I.2.0.4 Identifier, localiser, organiser un espace d'accueil des familles</p> <p>I.1.0.3 Formaliser les modalités des essais lors des changements d'unités (procédure d'entrée et de sortie - prévoir un espace de repos)</p>
<p>PRECONISATIONS DE L'ÉVALUATION EXTERNE</p>	<p>PM2-SP02-Ethique et bientraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Former un groupe de travail sur la promotion de la bientraitance en intra établissement ● Mettre à disposition le référentiel de l'ANESM des RBPP sur le thème ainsi que le rapport sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance de janvier 2019 ● Elaborer une politique de promotion de la bientraitance ● Inscrire ce dispositif de bientraitance dans la révision du projet d'établissement ● Créer une Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance ● Formaliser le dispositif de signalement de la maltraitance et le diffuser à tout le personnel ● Sensibiliser les nouveaux personnels et les stagiaires à la maltraitance ● Prendre en compte les constats et objectifs dans les projets personnalisés dans le domaine des soins personnels <p>PM2-SP01-Droits et libertés</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reprendre les réévaluations des contentions en équipe pluridisciplinaire ● Mettre en place la procédure ou note d'information sur l'accès au dossier à destination des résidents et de leur famille. ● Faire connaître l'utilité des personnes qualifiées du département auprès des résidents et des familles <p>PM2-SP03-Participation des résidents et des familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Poursuivre le travail accompli en réunissant régulièrement les membres du CVS ● Prévoir de remettre en place une enquête de satisfaction en direction des résidents ● Réaliser les documents accessibles aux capacités des résidents (photos, pictogrammes, voire vidéo pour le règlement de fonctionnement). ● Réaliser une enquête de satisfaction (trois mois après l'accueil, enquête annuelle prenant en compte les objectifs travaillés par l'établissement à N-1

ANNEXE 5 - Organigramme de l'établissement



ORGANIGRAMME HIERARCHICO FONCTIONNEL - EHPAD RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT



Version : Octobre 2018