



Projet d'établissement Projet d'établissement

2015 - 2020

Œuvre Notre Dame de l'Espérance

EHPAD Les RAMONDIAS

9, rue Era Pachero

65120 LUZ SAINT SAUVEUR

Tél : 05 62 92 37 00

Fax : 05 62 92 89 16

Mail : ehpadramondias@wanadoo.fr



Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.- Présentation de l'établissement | 5 |
| 1.1. Historique et statut de l'institution | 5 |
| 1.2 Descriptif de l'établissement | 7 |
| 1.3 Les repères juridiques du projet | 9 |
| 1.4 L'évaluation externe de novembre 2014, au centre du projet | 10 |
| 1.5 La capacité et l'activité de l'EHPAD – typologie de la population accueillie selon son lieu de résidence | 11 |
| 1.6 Age et répartition par GIR des résidents pour l'année 2014 | 13 |
| 2 Présentation de l'environnement externe | 14 |
| 2.1 Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale et Orientations (SROMS) ... | 14 |
| 2.2 Données démographiques de la région | 16 |
| 2.3 Le Schéma départemental gérontologique des Hautes-Pyrénées | 16 |
| 2.4 Les enjeux du secteur de Luz-Saint-Sauveur | 17 |
| 3 Politique de l'Etablissement/Projet Managérial | 19 |
| 3.1 La démarche d'élaboration du projet d'établissement | 19 |
| 3.2 Orientations managériales de l'établissement | 21 |
| 3.3 Missions de l'EHPAD | 21 |
| 3.4 Les orientations managériales à cinq ans | 22 |
| 3.5. Une politique managériale de gestion des risques | 23 |
| 3.6. Une politique managériale basée sur la bientraitance | 24 |
| 3.7. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques | 24 |
| 3.8. Des stratégies partenariales et de groupement pour maîtriser risques, coûts | 25 |
| 3.9 Des projets d'adaptation continue des locaux et des espaces aux besoins | 25 |
| 4. Le Projet de Vie | 26 |
| 4.1. La promotion de la qualité de vie | 26 |
| 4.1.1. L'accueil, de la demande de renseignements à l'intégration du résident | 26 |
| 4.1.1.1. Pré admission | 26 |
| 4.1.1.2. Admission | 27 |
| 4.1.1.3. Intégration | 29 |
| 4.2. Le projet d'accompagnement personnalisé : | 31 |
| 4.3. Garantir le respect des droits, des libertés et la participation des usagers | 34 |
| 4.3.1. Garantir la liberté de pratique d'un culte | 34 |
| 4.3.2. Respecter la dignité des personnes accueillies | 35 |
| 4.3.3. La protection des personnes et des biens | 35 |
| 4.4. Promouvoir la participation des usagers et des familles | 36 |
| 4.5. Mener une politique de bientraitance | 38 |
| 4.6. La vie sociale et le projet d'animation | 41 |
| 4.7. La qualité des prestations logistiques | 45 |
| 4.7.1. La restauration | 45 |
| 4.7.2. La gestion du linge | 46 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.7.3. L'entretien des locaux | 48 |
| 5. Le Projet de Soins | 51 |
| 5.1. AXE I - Garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents en matière de santé..... | 54 |
| Thème 1 : droits individuels | 54 |
| Thème 2 : droits collectifs | 56 |
| 5.2. AXE II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents..... | 58 |
| Thème 1 : douleur | 54 |
| Thème 2 : chutes | 61 |
| Thème 3 : escarres | 63 |
| Thème 4 : dénutrition | 65 |
| Thème 5 : troubles de l'humeur et du comportement | 69 |
| Thème 6 : risque infectieux | 71 |
| Thème 7 : continuité des soins | 74 |
| Thème 8 : circuit du médicament | 76 |
| 5.3. AXE III – Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement en situation de dépendance..... | 77 |
| Thème 1 : maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes en perte d'autonomie | 78 |
| Thème 2 : maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale | 81 |
| 5.4. AXE IV – La personnalisation de l'accompagnement | 82 |
| 5.5. Axe V - L'accompagnement de fin de vie | 84 |
| 6. Mise en adéquation des besoins et des ressources : LE PROJET SOCIAL – | 87 |
| 6.1 Ressources humaines | 87 |
| 6.1.1. Rôles et missions de chacun | 89 |
| 6.1.2. Taux d'encadrement | 95 |
| 6.1.3. Gestion prévisionnelle des emplois et qualification (GPEC) | 98 |
| 6.1.4. Evolution de l'indice vieillesse technicité des effectifs sur 5 ans – | 99 |
| 6.1.5. L'encadrement - Formation du personnel..... | 103 |
| 6.2. Gestion des risques : Réduction de la pénibilité et bien-être au travail..... | 105 |
| 7. Définition d'une politique globale de gestion des risques | 108 |
| 7.1. Gestion des événements indésirables | 108 |
| 7.2. Sécurité et la maintenance..... | 109 |
| 7.3. Gestion des déchets | 109 |
| 7.4. P.M.S. : Plan de maîtrise sanitaire..... | 112 |
| 7.5. Le plan bleu | 113 |
| 8. Logistique | 115 |
| 8.1. La restauration | 115 |
| 8.2. La lingerie | 116 |
| 8.3. L'entretien des locaux..... | 117 |

| | |
|------------------------------------------------------------|------------|
| 8.4. La maintenance..... | 118 |
| 9.Communication interne et externe | 119 |
| 9.1. La communication au sein même de l’EHPAD | 119 |
| 9.2. Organisation de la communication externe | 122 |
| 10. Conclusion..... | 123 |



« Charmante vieille ville (...) délicieusement située dans une profonde vallée triangulaire. Trois grands rayons de jour y entrent par les trois embrasures des trois montagnes.....
...Ce bourg, ils l'ont nommé Lumière, Luz »,

Victor Hugo

1. - Présentation de l'établissement

1.1. Historique et statut de l'institution

Le charme du village de Luz-Saint-sauveur s'inscrit dans l'histoire, Victor Hugo l'a fort bien décrit. La biographie de la maison de retraite fait partie des chroniques de l'histoire du Pays Toy.

Dix sept petits villages aux rues étroites et pentues constituent le canton de Luz-Saint-Sauveur : *Barèges, Betpouey, Chèze, Esquièze-Sère, Esterre, Gavarnie, Gèdre, Grust, Luz-Saint-Sauveur, Saligos, Sassis, Sazos, Sers, Viella, Viey, Viscos, Vizos.*

Née de la volonté de l'évêque de Tarbes, Mgr Bertrand-Sévère Laurence, l'œuvre Notre-Dame de l'Espérance est fondée en 1846 par trois familles originaires du pays Toy afin de permettre l'hébergement et la formation des jeunes filles des vallées qui trouvent à s'employer à Luz. La vocation sociale de l'œuvre est affirmée dès l'origine. Attirée par les thermes, l'impératrice Eugénie a été une bienfaitrice de l'œuvre. Très vite, l'ouvroir initial devient un lieu de soin, un dispensaire, puis un asile. Par étapes successives, il est devenu une maison de retraite pour les pauvres et est aujourd'hui un EHPAD.

L'œuvre a le statut de fondation depuis le 30 août 1850 et est affiliée à la fondation de France. La fusion de l'asile avec le bureau de bienfaisance de Luz pour l'accueil des pauvres vieillards a été signée le 18 mars 1851 par le Préfet des Hautes-Pyrénées.

Les membres du conseil d'administration de la fondation sont nommés par l'évêque de Tarbes et Lourdes. Le maire de Luz-Saint-Sauveur est membre de droit.

L'histoire du canton nous permet de mieux appréhender la population que nous accueillons et induit les valeurs qui sous-tendent la fondation :

Le canton de Luz a bénéficié dès le début du XVIème siècle d'un certain engouement pour la qualité de ses eaux thermales et la station a pris son essor à la fin du XIX siècle. Les habitants des vallées de Barèges, Luz-Saint-Sauveur et Gavarnie, travaillaient au début du siècle exclusivement dans l'agriculture. L'activité industrielle créée par la construction des usines hydro-électriques des chemins de fer du midi, et les grands travaux EDF a diversifié l'offre d'emploi, mais également amélioré les revenus des familles. La proximité de Lourdes et la présence de sites comme Gavarnie ainsi que l'essor des sports d'hiver ont contribué à donner au secteur du tourisme une importance devenue essentielle quoique saisonnière dans l'activité locale.

Mais dès la fin des grands travaux liés à l'hydroélectricité après guerre, les agriculteurs souvent en poly activité ont perdu des revenus au point pour certains de devoir cesser leur activité. Le déremboursement des cures thermales a affecté également l'activité du tourisme. Cela a conduit la nouvelle génération à quitter souvent les villages des vallées. Même si les emplois saisonniers fleurissent encore, ils ne permettent pas des ressources suffisantes pour les ménages. Moins de jeunes, moins de ressources : les personnes âgées sont à la fois esseulées

et souvent modestes, même lorsqu'elles ne sont pas éligibles à l'AS. Elles sont naturellement celles qui deviennent résidentes de notre EHPAD.

Enfin, le placement au milieu du village depuis 170 ans bientôt, l'ancrage dans le tissu sociologique propre à un pays de montagne en bout de vallée, la nécessité absolue de maintenir au pays des services de proximité indispensables pour que la vie continue : tous ces éléments conduisent l'EHPAD à favoriser chaque fois que possible les acteurs locaux pour choisir ses fournisseurs et trouver le personnel dont elle a besoin. Au moment des grandes inondations de juin 2013, cette approche a montré une fois de plus sa pertinence.

La culture médico-sociale jalonne les années de l'institution

- **Maison de repos** : 7 novembre 1958, agrément pour 13 Lits de Maison de repos pour l'accueil de femmes, le 11 Janvier 1994, agrément ramené à 5 Lits de Maison de repos pour hommes et femmes
Fin de la maison de repos en 2002
- **Maison de retraite** : 1976 - L'œuvre obtient le statut de Maison de retraite et l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide-sociale.
- **EHPAD - 26 Décembre 2001** - Signature de la convention tripartite - la maison de retraite est reconnue établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

L'œuvre Notre-Dame de l'Espérance, s'est inscrite dès 2002, dans la démarche de conventionnement et signe sa première convention le 26 Décembre 2001, renouvelée le 16 juillet 2007. Ce nouveau projet s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue dans laquelle l'EHPAD s'est engagée.

Depuis 2007, un important programme de rénovation et de modernisation de l'établissement a été mené afin de répondre aux exigences règlementaires en matière de sécurité, mais également à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite.

Trois bâtiments constituent l'ensemble de l'EHPAD, dont la description est présentée dans le chapitre suivant. Si le nombre de lits reste constant, les conditions d'hébergement sont plus confortables, la rénovation permet d'offrir à chacun un cabinet de toilette équipé de douche au sol. La maîtrise des coûts reste une ligne de conduite absolue comme l'atteste, un meilleur confort en matière d'isolation.

Les valeurs fondatrices de l'œuvre sont :

1. **la compassion pour les pauvres et les personnes dépendantes, leur accueil inconditionnel selon des critères de qualité tant pour leur hébergement que pour leur prise en charge de soins.**
2. **La fondation s'inscrit résolument dans le paysage de l'activité locale en pays Toy.**
3. **La maîtrise des coûts qui garantit la poursuite de la vocation sociale de l'œuvre est au cœur des décisions de la gouvernance et du management.**

Les valeurs fondatrices de l'EHPAD, son histoire et son ancrage local conduisent donc à un haut niveau d'ambition pour poursuivre l'évolution de notre fondation. Ce troisième projet d'établissement tire sa dynamique des personnes âgées que nous accompagnons : très majoritairement venues des villages du pays Toy, très suivies par leurs familles, elles méritent vraiment tout notre engagement et toute notre compétence. Chaque résident, dans sa singularité, nous aide à repenser sans cesse les réponses standardisées que trop souvent nous leur proposerions si nous faisons abstraction de ces valeurs fondatrices.



1.2 Descriptif de l'établissement

- Trois bâtiments communiquant les uns avec les autres



Sainte-Eugénie : construit en 1860, totalement rénové en 2012



Bâtiment Central : construit en 1979, rénové entre 2004 et 2009



Bâtiment extension : construit en 1999,

Nombre d'étages : 4

Nombre d'ascenseurs accessibles en fauteuil roulant : 3

Descriptif des locaux

| NIVEAU | Nombre chambres | Locaux autres | | | |
|------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Rez de chaussée | 3 | Cuisine | Chambre mortuaire | Chaufferie Locaux techniques | Vestiaires du personnel |
| 1 ^{er} étage | 11 | Salle à manger | Infirmierie Salle de soins | Bureau : infirmier référent médecin coordonateur Psychologue | Bureau administratif : Secrétariat Comptabilité Direction |
| 2 ^{ème} étage | 25 Dont unité sécurisée de 5 lits | Cuisine thérapeutique Salle de séjour (unité sécurisée) | Lingerie | Salon de télévision Salon d'animation (secteur unité sécurisée) | S.S.I. |
| 3 ^{ème} étage | 22 | Salle d'animation | Salon de beauté | Salon de lecture télévision Salon accueil des familles | Chapelle |
| 4 ^{ème} étage | 10 | | | | |

Toutes les chambres sont individuelles, en cas de demande de couples, certaines chambres peuvent être doublées, toutes sont équipées pour accueillir des personnes à mobilité réduite, avec salle de bain et wc adaptés.

Les résidents peuvent décorer leur chambre, et apporter des éléments de leur mobilier. Les chambres sont équipées de téléphone, et l'ouverture de la ligne passe par le standard de l'établissement.



Quatre médecins, trois kinésithérapeutes, un orthophoniste interviennent dans l'établissement. Les résidents valides peuvent se rendre aux cabinets des prestataires qu'ils souhaitent et qui sont tous à proximité de l'EHPAD.

Les prestations de coiffure, pédicure, esthétique sont également assurées une fois par semaine dans l'établissement par des professionnels extérieurs.

Un service de lingerie en interne permet l'entretien du linge.

Un service cuisine élabore les repas des résidents, un portage des repas est également proposé en lien avec l'ADMR.



1.3 Les repères juridiques du projet

LES TEXTES de reference



Loi 2002-02 du 2 janvier 2002

Engagée en 1995, la réforme de la première loi relative aux institutions sociales et médico-sociales (loi 75-535 du 30 juin 1975) aboutit en 2002, avec l'entrée en vigueur de loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Mots clés : loi 2002-2, planification, régulation, financements, contrôle, droit des usagers, évaluation

Les textes de référence

- Le Code de l'action sociale et des familles ;
- Le Code de la santé publique ;
- Le Code de la sécurité sociale ;
- La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 modifiée relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;
- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 du Code de l'action sociale et des familles.;
- L'arrêté du 6 février 2012 portant modification de l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L.313-12 du Code de l'action sociale et des familles
- Le Projet régional de santé de l'Agence Régionale de Midi-Pyrénées, adopté le 11 décembre 2012, et notamment le Schéma régional d'organisation médico-social personnes âgées
- Le Programme pluriannuel régional de gestion du risque ;
- Le schéma gérontologique départemental du 2012-2016
- La convention tripartite signée le 26 décembre 2001 modifiée par avenant
- Le renouvellement de la convention pluriannuelle tripartite le 16 Juillet 2007
- Les avenants prorogeant la convention jusqu'à Décembre 2015

Les aides financières



L'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans confrontées à une perte d'autonomie.

Elle n'est pas soumise à conditions de ressources mais son calcul prend en compte les revenus du bénéficiaire.

L'APA ne fait pas l'objet d'une récupération sur la succession, ni sur les donations.

L'APA est gérée par les départements.

Les droits sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet auprès du Conseil Général pour l'APA en établissement et à compter de la notification de sa décision pour l'APA à domicile.

Conditions d'obtention

Etre âgé d'au moins 60 ans.

Attester d'une résidence stable et régulière en France ou à défaut se faire domicilier auprès d'un organisme agréé (CCAS, CLIC,...).

Etre classé dans les GIR 1 à 4 dont l'appréciation se fait sur la base de la grille nationale AGGIR

AIDE AU LOGEMENT

Les personnes âgées hébergées en maison de retraite peuvent bénéficier de l'allocation logement (cumulable avec l'APA). Le montant de cette aide est évalué en fonction des ressources de la personne âgée, du coût d'hébergement de l'établissement et de son lieu d'implantation

AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

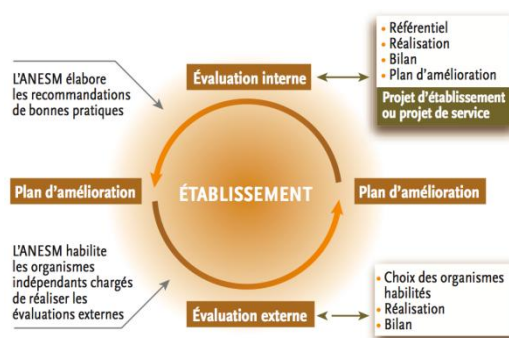
Il est possible de bénéficier de l'Aide Sociale versée par les services du conseil départemental pour la prise en charge de la somme restant à payer. Quand il y a des descendants, l'Aide Sociale n'est versée qu'en complément de l'obligation alimentaire de ces derniers.

Répartition : la personne âgée participe au paiement à hauteur de 90 % de ses ressources. Sachant que la somme minimale laissée à la personne âgée représente 10% de ses ressources. Les descendants sont sollicités en fonction de leurs ressources au titre de l'**obligation alimentaire** pour compléter ce versement (cf Art 205 et suivants du code civil). La différence restant à payer est prise en charge par l'Aide Sociale versée par les services du Conseil départemental.

Important

Les sommes versées par l'administration pour aider à payer les frais d'hébergement sont récupérables sur la succession dès le premier euro. La "commission d'admission à l'aide sociale" décidera soit l'admission totale, soit l'admission partielle avec participation des obligés alimentaires, soit le rejet.

1.4 L'évaluation externe de novembre 2014, au centre du projet



L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. S'appuyant sur les activités et la qualité des prestations, l'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées dans l'établissement, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies

L'évaluation interne qui avait été réalisée en 2011/2012, avait permis de prendre un certain nombre de mesures pour améliorer service rendu et pratiqué.

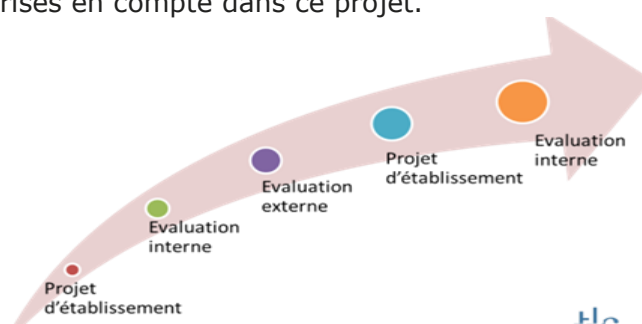
L'évaluation externe, réalisée en novembre 2014 (par le cabinet CEPFOR) a permis de mesurer les évolutions et les effets des mesures prises, en s'appuyant :

- sur une appréciation globale entre : objectifs fixés par l'établissement, adéquation au regard des besoins et impact sur l'organisation et la qualité des prestations.
- sur l'application des recommandations de bonnes pratiques (édition ANESM)¹.
- sur l'évolution dans le temps de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le présent projet d'établissement se fonde sur l'évaluation externe pour définir les orientations stratégiques sur les 5 années à venir.

Il est fortement inspiré des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. La nouvelle édition de ce projet d'établissement se réfère aux recommandations concernant : la bientraitance, les attentes de la personne, l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

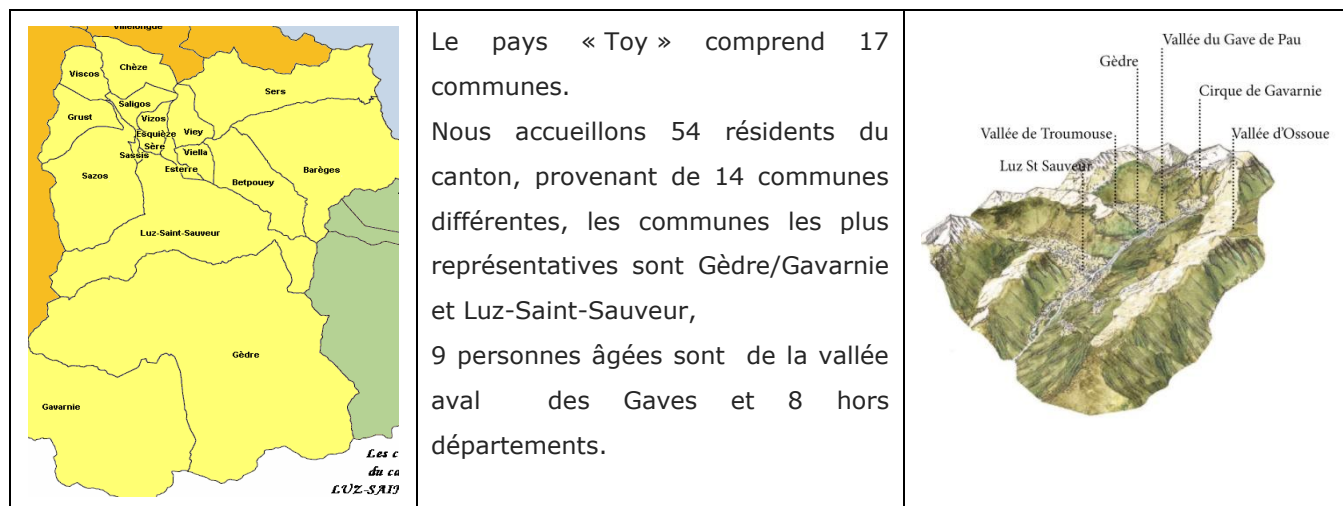
Les préconisations opérationnelles des évaluateurs que nous retrouvons en page 78 de l'évaluation externe sont prises en compte dans ce projet.



¹ ANESM : Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002.

1.5 La capacité et l'activité de l'EHPAD – typologie de la population accueillie selon son lieu de résidence

Avec une capacité d'accueil de 71 lits dont 4 en accueil temporaire, l'EHPAD ne peut répondre à toutes les demandes, et nous constatons une forte augmentation de personnes inscrites en liste d'attente.



Population accueillie par lieu de résidence

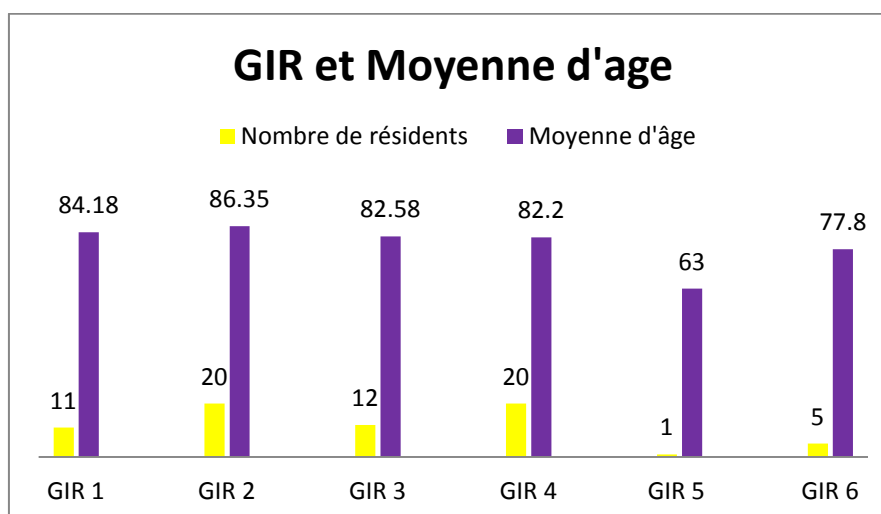
Le tableau ci-dessous reprend par canton le nombre de résidents accueillis en 2014. La provenance des personnes âgées essentiellement issues de la vallée marque la culture de l'établissement. Les résidents de l'EHPAD ont des caractéristiques sociologiques bien identifiées.

| - Hébergement 2014 - | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------|-----------------------|---------------------------|
| DEPARTEMENT | Résidents AS | Résidents Payant | Résidents - 60 ans AS | Résidents - 60 ans payant |
| CANTON LUZ | | | | |
| Barèges | | 4 | | |
| Betpouey | 4 | | | |
| Chèze | | 1 | | |
| Esquièze-Sère | | 1 | | |
| Esterre | 1 | 4 | | 1 |
| Grust | 1 | | | |
| Gèdre | 6 | 5 | | |
| Luz-St-Sauveur | 1 | 11 | | |
| Sassis | | 1 | | |
| Saligos | | 1 | | |
| Sazos | | 4 | | |
| Sers | | 4 | | |
| Viella | 3 | 1 | | |
| Viey | | 1 | | |
| Total du canton | 16 | 38 | | 1 |

| - Hébergement 2014 - | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------|-----------------------|---------------------------|
| | Résidents AS | Résidents Payant | Résidents - 60 ans AS | Résidents - 60 ans payant |
| DEPARTEMENT | | | | |
| Pierrefitte | 2 | 1 | | |
| Sireix | 1 | | | |
| Total du canton | 5 | 3 | | |
| Canton de Lannemezan | 3 | 2 | | |
| Canton de Lourdes | 4 | | | |
| Canton de Bagnères | | 1 | | |
| CANTON TARBES | 3 | 4 | | |
| CANTON VIC | 1 | | | |
| TOTAL DEPARTEMENT | 32 | 48 | | 1 |
| AUTRES DEPARTEMENT | Résidents AS | Résidents Payant | Résidents - 60 ans AS | Résidents A.S.état |
| Gers | | | | |
| Gironde | 1 | 1 | | |
| Val de Marne | | 1 | | |
| Haute-Garonne | | | | 1 |
| Pyrénées orientales | | 1 | | |
| Paris | | 1 | | |
| Puy de Dôme | | 1 | | |
| Loiret | | 1 | | |
| HORS DEPARTEMENT | 1 | 6 | | 1 |

Les caractéristiques du territoire dans lequel s’inscrit notre établissement, la population accueillie, les caractéristiques géographiques, l’orientation des politiques publiques locales et nationales, les ressources budgétaires mobilisables, les partenariats et coopérations instaurés (familles, résidents, autres acteurs de la prise en charge du vieillissement) et la dépendance ont été de nombreux facteurs pris en compte dans la construction de ce projet pour notre EHPAD.

1.6 Age et répartition par GIR des résidents pour l'année 2014



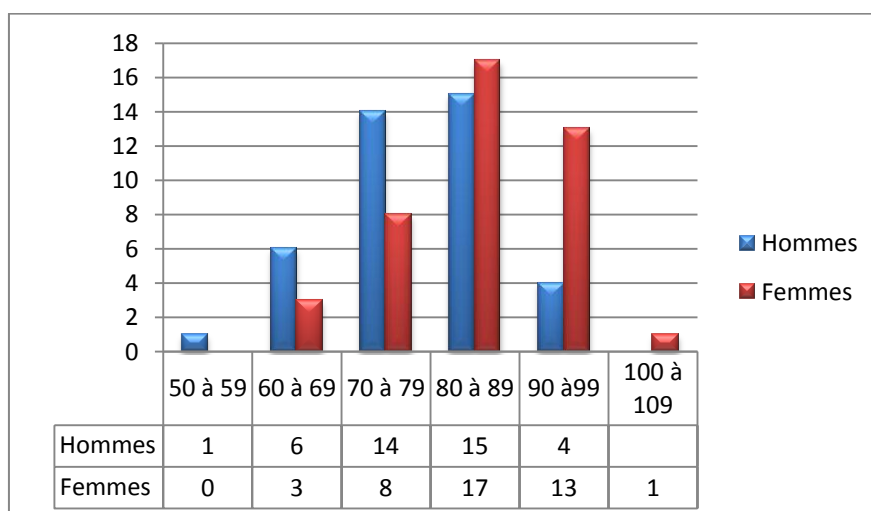
Le niveau de dépendance de l'établissement est apprécié via le GIR moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestations fournies par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance.

Le GMP validé en Juillet 2014 était de 680.77. Nous constatons que 44% des résidents accueillis sont dans la catégorie des GIR 1 / 2 et nécessitent une présence et surveillance permanente.

Le vieillissement de la population, l'entrée en EHPAD plus tardive, liée à la politique du maintien à domicile, entraîne une augmentation du degré de dépendance des résidents accueillis. Comme au niveau national, on constate également le recul de l'âge moyen d'entrée à l'EHPAD (passé de 81 ans il y a une vingtaine d'année, à 85 ans en moyenne). Il faut noter que le schéma ci-dessus intègre des personnes handicapées désormais vieillissantes, de moins de 60 ans, dans l'institution depuis de nombreuses années.

L'âge des résidents est plus élevé pour les femmes que pour les hommes :

Pour 42 femmes accueillies dans l'EHPAD, l'âge moyen est de 84 ans, contre 29 hommes dont l'âge moyen est de 80 ans. Le graphique ci-dessous s'intéresse à la répartition par âge et sexe



Sachant que la durée moyenne de séjour est de 6,86 ans, nous pouvons mieux comprendre tout l'intérêt des projets d'accompagnement et de soins personnalisés.



Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé

2 Présentation de l'environnement externe

2.1 Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale et Orientations (SROMS)²

Dans son schéma régional de santé (2012/2017), l'Agence régionale de la santé souhaite agir avec l'ensemble des partenaires concernés, à travers des politiques territoriales ciblées au plus près des besoins locaux.

L'ARS souhaite que l'utilisateur soit positionné au cœur du système de santé :

« L'ARS Midi-Pyrénées ambitionne de faciliter les parcours de ces usagers dans le système de santé, sans rupture de prise en charge de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement médico-social.

Adapter le système de santé à l'évolution des besoins. L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne seront plus ceux que nous avons connus hier. Pour garantir l'accès aux soins, pour améliorer le service rendu à la population, pour en assurer l'efficacité et la qualité, notre système de santé doit sans cesse s'adapter et évoluer. Cette réorganisation de l'offre de santé relève de la responsabilité de l'ARS.

C'est une mission d'intérêt général pour l'ensemble des habitants de Midi-Pyrénées, qu'ils résident en montagne, dans un territoire rural ou en périphérie de Toulouse. Les recompositions de cette offre n'ont pas pour but de « faire des économies ». Elles s'imposent afin de rendre l'offre de santé plus efficiente, pour pouvoir financer des services innovants ou assurer leurs développements là où ils sont encore insuffisants. Pour réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé, pour garantir la qualité du service rendu à la population, pour accompagner l'adaptation de notre système régional de santé à l'évolution des besoins »³

Les évolutions démographiques à venir montrent l'enjeu du parcours de la personne âgée dans la prise en charge de sa santé. Dans ce schéma l'ARS se fixe comme objectif prioritaire la mise en place de programme régional de promotion de l'autonomie.

L'ARS dans son programme souhaite moderniser « la gérontologie » qui centrée jusqu'à présent sur la polyopathie de la personne âgée, devra intégrer la promotion de l'autonomie dans ses missions.

Nous retenons que dans le SROMS Midi-Pyrénées un certain nombre de critères fait partie de notre projet d'établissement. **Chaque paragraphe sera repéré par une couleur en fonction de son évolution (rouge : à faire – bleu : en cours – vert : existant) :**

² l'ensemble des données est issue du plan régional de santé

³ Extrait du Plan stratégique régional de santé (2012/2017)

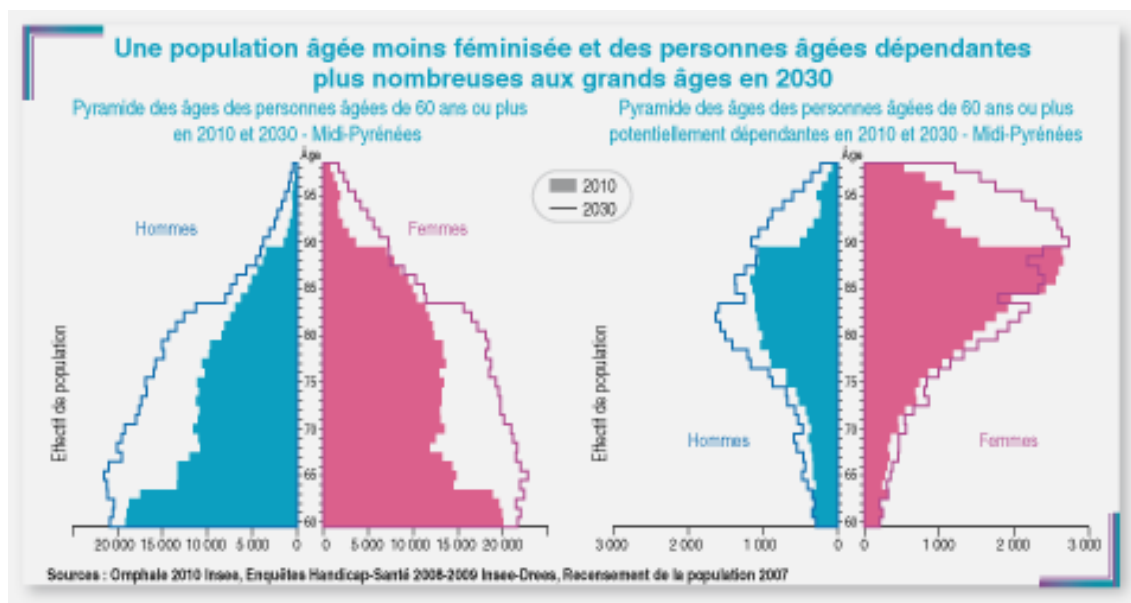
- Repérer les personnes âgées pré-fragiles et fragiles, en partenariat avec les professionnels, familles et entourage
- Estimer le risque, en lien avec le médecin traitant et adresser la personne à une «plateforme d'évaluation et d'orientation gérontologique »
- Agir pour promouvoir l'autonomie : proposer un programme d'éducation à la santé, dans le cadre d'ateliers collectifs : activité physique spécifique à la personne âgée, règles d'hygiène alimentaire (alimentation équilibrée et rythmée), maintien des capacités cognitives.
- Proposer une palette de services pour répondre à la diversité des situations et des attentes des personnes âgées, afin de coordonner les prises en charge successives de la personne âgée, du domicile à l'institution.
- Adapter les services aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et développer les alternatives à l'hébergement permanent, notamment : en diversifiant le type d'hébergement (pôles d'activités et de soins adaptés, accueil de jour, accueil de nuit).
- Contribuer significativement au maintien à domicile notamment en apportant un répit aux aidants.
- Optimiser et fluidifier la filière de soins. Le parcours de la personne âgée doit être organisé pour éviter les hospitalisations indues qui sont traumatisantes et entraînent souvent une aggravation de la dépendance.
- Apporter dans chaque territoire, une expertise gériatrique aux médecins traitants par différents dispositifs : hotline, réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), télémédecine, formation médicale continue.
- Développer l'intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD. Mutualiser les ressources entre les EHPAD proches pour assurer une possibilité d'intervention d'une infirmière (IDE) pendant la nuit et les week-ends.
- La création de nouvelles places médicalisées dans les EHPAD n'est pas envisagée.
- La réflexion portera sur la mise en place de logements intermédiaires situés à proximité et en lien avec l'EHPAD, afin de pouvoir bénéficier éventuellement de prestations médicales ou paramédicales apportées par les professionnels de l'institution EHPAD, avec pour objectif de promouvoir la télémédecine.
- Amené à centrer la prise en charge sur des personnes pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible, l'EHPAD sera conduit à prioriser l'admission des personnes âgées les plus dépendantes sans discrimination fondée sur le niveau de dépendance. En aucun cas, le niveau de dépendance important de la personne âgée ne sera un motif de refus d'admission ou de transfert contraint vers d'autres structures médico-sociales.
- Améliorer la qualité des prises en charge en EHPAD : L'ARS Midi-Pyrénées a engagé un vaste programme d'accompagnement des EHPAD vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des résidents. Le projet repose sur une démarche d'évaluation partagée et d'amélioration des pratiques.

Les objectifs majeurs retenus

Accès pour tous à la santé dans la garantie de la dignité.
Mobilisation de tous les acteurs pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

2.2 Données démographiques de la région

Selon l'INSEE, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera de 36 % entre 2010 et 2030 en Midi-Pyrénées.



Sur la région, entre 2010 et 2030, il y aurait environ 325 000 personnes supplémentaires de plus de 60 ans

Inévitablement les situations de dépendance présenteront une progression significative.

En Midi-Pyrénées, la progression de 23 500 personnes âgées dépendantes, a été évaluée lors de l'étude, d'ici 2030 : c'est 36 % de plus qu'en 2010.

Selon le rapport de l'INSEE de septembre 2012, deux scénarios ont été évoqués, dits « optimiste » et « pessimiste », la population âgée dépendante augmenterait de 14 700 pour le premier et 29 900 personnes pour le second.

2.3 Le Schéma départemental gérontologique des Hautes-Pyrénées ⁴

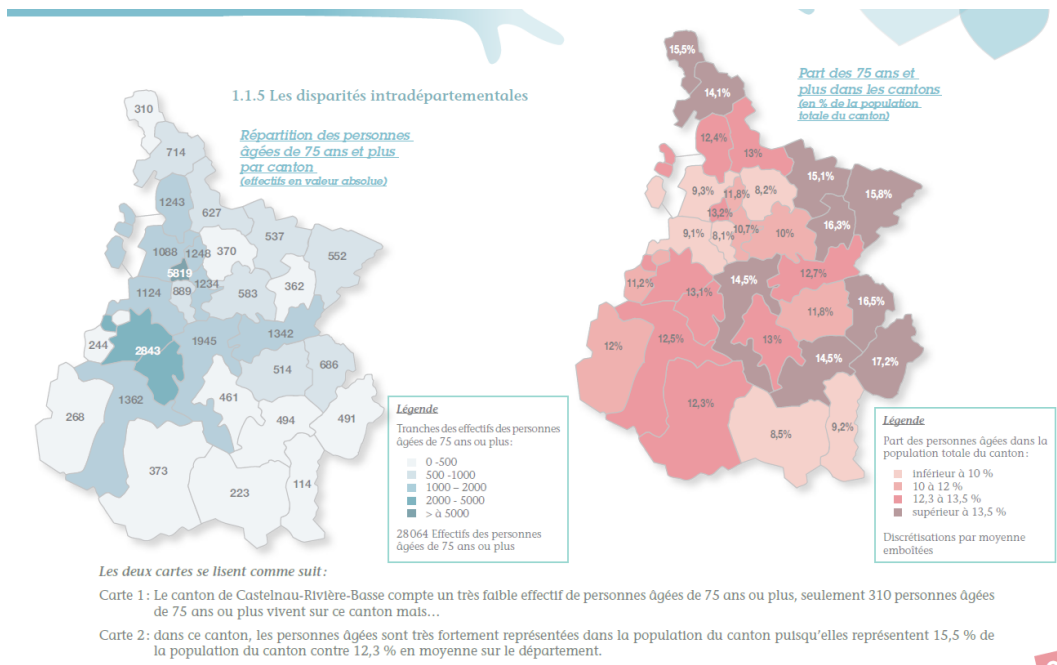
Dans le cadre du schéma départemental, la volonté du conseil général (conseil départemental à ce jour) a été de :

- Garantir le libre-choix de la personne quelle que soit sa situation sociale, géographique, financière et son état de dépendance.
- Assurer l'égalité de traitement grâce à une harmonisation des pratiques professionnelles et par la recherche d'une offre de service comparable en tous points du département.
- Conduire une politique de projets, notamment par des conventionnements avec la CNSA.

⁴ Données issue du schéma départemental des Hautes-Pyrénées 2012/2016

Le schéma gérontologique met l'accent sur le vieillissement de la population dans les Hautes Pyrénées qui s'accroîtra dans les années à venir avec en 2015 déjà, selon les études, un habitant sur trois de plus de 60 ans.

Les cantons ruraux sont particulièrement concernés par ce vieillissement mais avec des effectifs de personnes âgées modestes voir schéma ci-dessous :



Le schéma gérontologique publié en juillet 2012 par le conseil général est porteur des orientations institutionnelles du département. Il appartient aux acteurs de proposer des dispositifs nouveaux adaptés pour donner des réponses pertinentes aux situations de pénuries de structures d'accueil.

2.4 Les enjeux du secteur de Luz-Saint-Sauveur

Les grands thèmes développés dans le schéma gérontologique et retenus dans notre projet d'établissement reposent sur :

- ✚ le développement des « formules alternatives »: accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel,
- ✚ la promotion de la bientraitance dans une tendance davantage sensible de la part des familles,
- ✚ l'enrichissement et la diversification de l'offre des besoins des usagers et du territoire,
- ✚ le soutien pour les aidants et leur entourage, ainsi que l'accompagnement social des personnes âgées dans nos nouveaux projets en partenariat avec CLIC (centre local d'information et de coordination), PAERPA (programme PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) et MAIA (MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie).

Le groupe de travail concernant les enjeux du secteur a retenu :

- que sur notre territoire, la désertification médicale nécessite une réflexion plus approfondie en termes d'accès aux soins, les spécialités étant particulièrement touchées
- qu'il devient nécessaire de diversifier l'offre d'accueil, et mener une réflexion sur l'aide aux aidants
- de proposer une activité intégrant les personnes âgées du domicile (ex : salle de gymnastique ouverte à l'extérieur)
- Que lors de la visite de pré-admission, le référent institutionnel puisse y participer

Décision:

| - FICHE ACTION N° 1 – LES ENJEUX DU SECTEUR | | Echéancier |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Objectifs | Définir les enjeux du territoire et de l'EHPAD | |
| Groupe projet | BIMBERT SYLVIE - Directrice - DE LOS ANGELES Eric - IDEC - LAURE GEZ - AS - SOPHIE JOYAUX - AMP (éducateur spécialisé) - JULIE LACOSTE AMP | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT – Directrice | |
| Moyen à mettre en œuvre | <p>Rencontre sur le terrain LE PUBLIC : contacts avec les personnes âgées de plus de 60 ans du canton</p> <p>LES PARTENAIRES : Les médecins généralistes Les intervenants à domicile : Pyrène - ADMR - Infirmiers libéraux CLIC : se rapprocher du CLIC du Pays des Gaves PAERPA : prendre contact avec la coordinatrice PAERPA</p> <p>LE PUBLIC : les besoins, les attentes → les types d'accueil</p> | Début 2016 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un questionnaire à destination des personnes âgées à domicile - Inscription dans le projet d'accompagnement personnalisé | |



Avant de se lancer dans un nouveau projet, il est important de se situer dans une dynamique positive :

« on ne subit pas l'avenir, on le fait »

Citation de
Georges Bernanos écrivain français,



3 Politique de l'Établissement/Projet Managérial

3.1 La démarche d'élaboration du projet d'établissement

La démarche du projet d'établissement a été présentée lors d'une réunion générale le 6 février 2015, en présence des membres du conseil d'administration, représentants du CVS, salariés.

Le comité de pilotage est constitué :

- ✚ de représentants du conseil d'administration
- ✚ de deux représentants des usagers : le Président du CVS et un représentant des familles
- ✚ de la Directrice
- ✚ du comptable – référent dans le cadre de la gestion des risques
- ✚ du médecin coordonnateur
- ✚ de l'infirmier référent
- ✚ de la secrétaire

Ce comité de pilotage a assuré tout au long du projet les choix stratégiques, mais également la communication autour du projet, le lien avec les institutionnels, la validation des choix et les étapes essentielles, la surveillance du bon déroulement du projet, le travail préparatoire et la remontée d'information vers le conseil d'administration.

Il est chargé :

- d'assurer le respect du processus mis en œuvre
- de prioriser les thématiques à traiter
- d'identifier les investissements nécessaires
- Pré-valider les écrits, avant la validation par les instances décisionnelles de l'organisme gestionnaire (conseil d'administration)

Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués, et des réunions sur les thèmes suivants ont été organisées en s'appuyant sur les recommandations de l'ANESM :

✚ **Thème I : enjeux du secteur**

- Les orientations stratégiques édictées par le conseil d'administration
- L'analyse des publics et des ressources territoriales
- Les enjeux propres à la structure

✚ **Thème II – Projet de vie**

- L'accueil : de la demande de renseignements à l'intégration du résident
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- La bientraitance

➤ **Thème III – Projet de soins**

- Axe – I - Garantie des droits individuels et collectifs en matière de santé.
- Axe – II - Prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité des résidents.
- Axe – III – Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement en situation de handicap.
- Axe – IV – L'accompagnement de soins personnalisés : projet de soins.
- Axe – V – L'accompagnement de fin de vie : soins palliatifs – douleurs.

➤ **Thème IV – Ressources humaines - gestion des risques**

- Ressources humaines - Mise en adéquation des besoins et des ressources.
- Définition d'une politique de gestion des risques.

➤ **Thème V - La logistique**

- La restauration.
- La gestion du linge.
- L'entretien des locaux.

➤ **Thème VI – Communication interne et externe**

- La communication au sein même de l'EHPAD.
- Les processus de transmissions entre les professionnels de l'établissement.
- La communication avec les médecins et les paramédicaux autres et intervenants extérieurs.
- Organisation de la communication externe.
- Supports de communication :
 - Les familles
 - Les bénévoles.

Les groupes de travail ont eu pour mission de :

1. faire le bilan de l'existant sur les thèmes abordés,
2. mener une réflexion sur les axes : de progression, de développement permettant d'améliorer les items traités,
3. de créer une fiche action qui comporte : objectifs – indicateurs de suivi - moyens à mettre en œuvre.

Ces fiches actions que nous retrouverons tout au long du déroulé du projet d'établissement sont le support des ateliers de travail qui nous permettront d'atteindre les objectifs fixés par le conseil d'administration dans les 5 années à venir.

La mise en place des préconisations sera suivie par le **comité de suivi**, composé de professionnels ayant participé aux ateliers.



3.2 Orientations managériales de l'établissement

L'œuvre Notre-Dame de l'Espérance, EHPAD les RAMONDIAS, à depuis plusieurs années une politique managériale visant à mettre en mouvement les équipes autour d'un objectif commun :

Le résident au centre du dispositif



La dynamique engagée ambitionne de donner davantage de sens au travail et in fine à accroître le professionnalisme et la performance des professionnels de l'institution.

Clé de voûte du projet managérial : le projet d'établissement axe ses efforts sur la conduite d'une politique sociale dans le respect global de la personne âgée.

La direction affirme sa volonté de promouvoir et d'encourager une politique de bientraitance, cette dernière concerne l'ensemble des professionnels interne ou externe de l'établissement.

L'accompagnement des équipes dans l'analyse des pratiques et situations sensibles, permet de définir des objectifs validés par eux-mêmes favorisant les critères de réussite.

La politique managériale de l'EHPAD a pour objectif d'induire des changements organisationnels progressifs et acceptables par tous, générant ainsi la confiance de tous les acteurs.

3.3 Missions de l'EHPAD

L'EHPAD doit remplir les 4 missions suivantes :

Une mission de qualité de vie quotidienne :

L'établissement doit offrir aux résidents tous les éléments d'hôtellerie et d'accessibilité permettant d'assurer une vie quotidienne agréable dans le respect de leurs rythmes de vie, de tenir compte de leurs goûts et de leurs désirs, et participer à une palette d'activités organisées. L'organisation mise en place doit permettre à chacun de conserver son intimité au sein d'une vie collective acceptable.

Une mission d'aide à la vie quotidienne :

L'EHPAD a pour mission d'offrir à chaque résident les aides requises pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie domestique et sociale. Un plan d'aide personnalisé doit avoir été établi afin de permettre à chaque intervenant professionnel de connaître les besoins et le niveau d'aide de chaque résident permettant de maintenir, voire améliorer l'autonomie de la personne accueillie ou à défaut la soutenir et l'accompagner.

Une mission de soins médicaux :

Sous le contrôle du médecin coordonnateur garant de l'adéquation des moyens aux besoins, l'établissement a pour mission d'assurer un certain nombre de soins médicaux et techniques. Le cœur de métier des acteurs de l'établissement reste la prise en charge des personnes âgées dépendantes ainsi que le maintien de leur autonomie. Ces termes impliquent une prise en charge globale de la personne, aussi bien de ses besoins explicites que de ces besoins implicites.

Une mission d'accueil diversifiée et d'aide aux aidants

Comme de nombreuses structures notre établissement peut offrir des séjours d'accueil temporaire pour les personnes âgées. Le projet d'établissement s'orientera sur une demande d'autorisation de place d'accueil de jour, le répit de l'aidant doit pouvoir prendre la forme d'un accueil de jour régulier. Il s'agit bien de rendre possible la continuité du maintien à domicile.

3.4 Les orientations managériales à cinq ans

Les orientations stratégiques pour les 5 ans à venir reposent sur :

- Une politique managériale basée sur la bienveillance,
- Le maintien de la capacité actuelle de l'EHPAD en hébergement, et l'obtention de l'ouverture de places en accueil de jour et de nuit,
- La reconnaissance du secteur Sainte-Eugénie en PASA,
- Une amélioration continue des locaux et des espaces aux besoins,
- Des travaux de mises aux normes à prévoir dans les 5 ans à venir suite au diagnostic d'accessibilité des locaux aux personnes handicapées,
- L'adaptation de l'infirmier pour respecter le circuit du médicament,
- La rénovation de la salle d'animation,
- La poursuite d'une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques,
- L'inscription de l'EHPAD dans les appels à projet permettant l'amélioration de l'accompagnement des résidents, des aidants et d'accueil plus diversifié.

Le management d'un EHPAD passe par la qualité des prestations délivrées. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale nous a permis une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes aux travers d'une « palette d'outils » (évaluation interne et externe, RBPP⁵ en ESMS⁶, ...).

Confortés dans l'importance de cet objectif d'amélioration continue de la qualité du service et des prestations rendues à l'utilisateur, nous nous sommes appuyés sur les deux évaluations interne et externe pour présenter un nouveau projet d'établissement (3^{ème} génération) répondant aux besoins des personnes que nous accueillons et que nous allons accueillir.



⁵ Recommandations des bonnes pratiques professionnelles

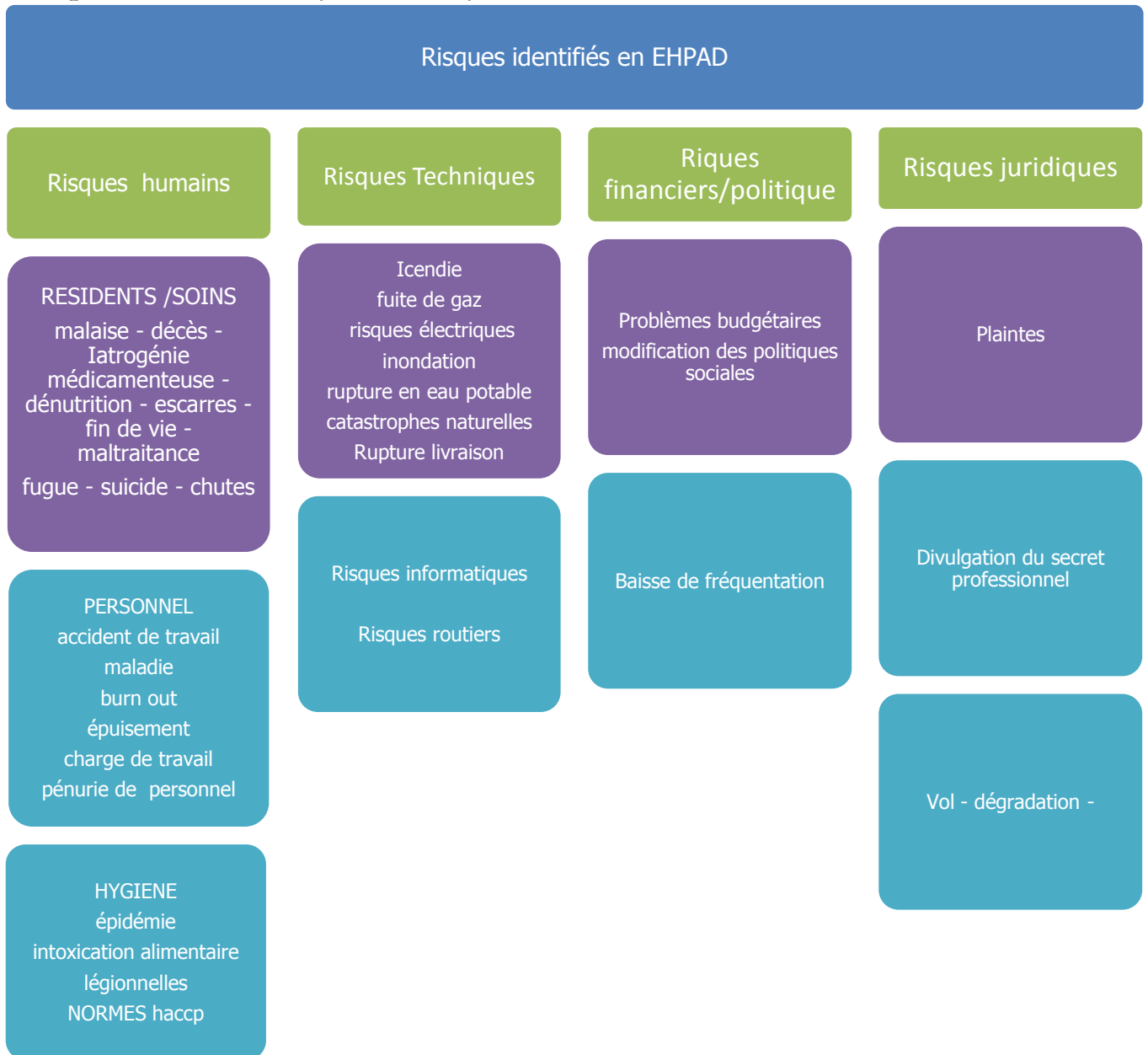
⁶ Etablissements et services médicaux sociaux

3.5. Une politique managériale de gestion des risques

Selon la définition donnée par l'ANAES⁷, la démarche de gestion des risques « vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent ». Elle consiste à définir la meilleure stratégie de prévention et gestion de leurs conséquences, par la mise en place d'actions d'amélioration appropriées. L'EHPAD accueille des personnes vulnérables de par leur âge ou leur état de santé. Ainsi, le respect de la personne âgée suppose un risque maîtrisé.

Le premier levier dans le cadre de la gestion des risques repose sur la culture qualité de l'EHPAD. Soucieux d'assurer la sécurité des prestations destinés à satisfaire le résident, la politique de gestion des risques combine trois approches : l'une préventive, l'autre réactive, et la troisième curative.

Le diagramme ci-dessous reprend les risques identifiés de l'établissement.



⁷ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (regroupée avec l'HAS depuis 2004)

3.6. Une politique managériale basée sur la bientraitance

La bientraitance est une démarche qui positionne les professionnels dans une situation d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable : c'est à la fois une démarche positive et également une mémoire du risque.

Les dix propositions énoncées dans l'outil MobiQual⁸ sur la bientraitance sont les supports de la politique bientraitante de l'EHPAD :

- 1- Repérer et respecter autant que possible le choix des résidents : horaires (*lever, toilette, petit-déjeuner, changes, activités personnelles, coucher, visite, voisins de table, habits, animations, etc.*)
- 2- Maintenir un environnement olfactif agréable,
- 3- Favoriser un environnement sonore signifiant (*nature et volume des bruits réfléchis, bruits naturels, éviter les bruits désagréables inutiles*),
- 4- Faire sortir les résidents en extérieur au moins une demi-heure par semaine,
- 5- Respecter autant que possible la liberté de circuler de chacun,
- 6- Limiter à douze heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit-déjeuner,
- 7- En cas d'appel, annoncer un délai et le respecter,
- 8- Définir un temps minimal pour la toilette,
- 9- Evaluer régulièrement le degré de satisfaction des résidents et des familles,
- 10- Désigner un professionnel référent pour chaque résident, chargé du recueil du ressenti en positif et négatif, des plaintes, de leur transmission et de leur suivi.

3.7. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques

Pour permettre la poursuite de la politique qualité et de gestion des risques dans les meilleures conditions possibles, l'établissement s'appuie sur les acteurs permanents : direction, médecin coordonnateur, infirmier référent, référent gestion des risques (comptable adjoint de direction), référent qualité (secrétaire), chacun dans son domaine de compétence. Les priorités retenues dans la politique d'amélioration continue reposent :

- sur l'accompagnement des équipes à la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité : en formant, motivant (entretien annuel d'évaluation, formation continue) de l'ensemble des personnels de la structure,
- l'évaluation de la satisfaction et les attentes des résidents, des familles et du personnel,
- le contrôle de l'application de protocoles,
- La mise en œuvre du Projet d'Etablissement.

Un soutien méthodologique aux équipes sur la conduite d'actions d'amélioration continue de la qualité, ainsi que la gestion documentaire de l'établissement sera conduit dans les 5 années à venir. Dans ce domaine, l'innovation sera de mise et les débordements paperassiers prohibés.



⁸ MOBIQUAL le programme Mobiquel est une action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

3.8. Des stratégies partenariales et de groupement pour maîtriser risques, coûts etc.

En termes de stratégie, l'EHPAD travaille en partenariat avec différents réseaux du territoire (réseaux gérontologique, soins palliatifs HAD). Des rencontres, avec les acteurs, plus fréquentes sont envisagées pour créer des partenariats plus efficaces.

L'établissement s'investit avec le centre local d'information et de coordination (CLIC), et s'engage dans des actions conjointes, ce partenariat doit s'inscrire dans l'accompagnement de la personne âgée du domicile jusqu'à l'institution, proposant une aide aux aidants.

Compte-tenu de la démographie des professionnels de santé exerçant dans la vallée de Luz, des partenariats devront être recherchés avec des professionnels libéraux (médecins, dentistes, ORL...) afin d'assurer une permanence des soins et poursuivre l'amélioration de la prise en charge des résidents.

La formation des personnels, la capacité à proposer des parcours de carrière dans l'établissement ou au sein des structures partenaires, la capacité à mutualiser des compétences feront de l'EHPAD un établissement ouvert, dont les pratiques professionnelles diffusables sur l'ensemble de la filière du grand âge permettront une certaine souplesse dans l'adaptation à de nouvelles modalités de prise en charge et de financement.

Une réflexion est menée dans le cadre d'un regroupement avec d'autres établissements pour intégrer une centrale d'achat, mais également sur une mise en commun de certaines ressources techniques et spécialisées (psychomotricien, qualitatif, référent sécurité, etc....).

3.9 Des projets d'adaptation continue des locaux et des espaces aux besoins

La convention tripartite signée en 2007 prévoyait d'importants travaux de réaménagement qui ont été réalisés. Il s'agit néanmoins de poursuivre des travaux d'accessibilité des locaux aux personnes handicapées :

- Aménagement de 5 chambres avec des rails plafonniers pour les personnes lourdement dépendantes,
- Deux salles de bain (dites communes) devront être restructurées pour pouvoir accueillir un lit douche,
- Les escaliers du bâtiment central devront être mis aux normes handicapés (concerne le revêtement),
- Les escaliers de ce même bâtiment devront être équipés de barrières de sécurité afin de réduire la dangerosité de ces zones (risques de chutes).

Adapter des espaces aux besoins, aux normes, aux évolutions techniques :

- Créer une salle d'activité physique, ouverte également aux personnes âgées du canton,
- Restructuration de l'infirmierie pour répondre aux normes du circuit du médicament,
- Réfection des sols de la salle d'animation et du couloir administration/infirmierie,,
- Investissement d'une nouvelle chaudière ou pompe à chaleur, ou bien s'inscrire dans le projet communal d'une chaufferie communale à granulés de bois (groupe scolaire/maison de retraite).





4. Le Projet de Vie

4.1. La promotion de la qualité de vie

Si vivre à son domicile est un choix, entrer un jour en maison de retraite doit l'être aussi. Le constat que l'on fait généralement est que l'entrée en EHPAD ressortit rarement d'un choix personnel. Il est souvent contraint par une impossibilité subite ou progressive de rester à son domicile. On constate que la personne dispose pour se préparer à cette éventualité d'un temps de réflexion très variable. Il devient important que l'anticipation puisse permettre de valider ce choix. Ce temps de réflexion et de préparation est un élément clé pour la qualité de vie ultérieure de la personne accueillie, d'où la disponibilité d'accueillir temporairement, ou simplement de jour.

Il est essentiel de guider, de préparer et d'informer les personnes âgées/familles qui font une demande pour que l'entrée en établissement se fasse dans de bonne condition, ce temps d'information doit permettre à la personne âgée et à ses proches de prendre une décision éclairée.

4.1.1. L'accueil, de la demande de renseignements à l'intégration du résident

Entrer en Maison de Retraite, est une démarche importante, c'est pour cette raison que l'EHPAD a mis en place une démarche claire et personnalisée qui mérite d'être déclinée, tout en continuant d'évoluer au fil des particularités rencontrées.

Quel que soit le souhait de la personne à accueillir en termes de délai d'entrée (le plus tôt possible ou dans quelques mois), les démarches sont définies dans les paragraphes suivants.

4.1.1.1. Pré admission

La pré-admission est formalisée dans une procédure spécifique nommée « gestion administrative de la pré-admission d'un résident ».

Dès la demande d'admission, le demandeur (résident, famille, ou représentant légal) reçoit un dossier de « pré-admission » comportant :

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
ARTICLE D. 312-155-3 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Le formulaire - Cerfa n°14732*01

dossier unique à tous les établissements permettant de déposer une demande d'admission en EHPAD

Reprenant :

Le dossier administratif : Etat civil – La demande (type d'hébergement) – représentant légal et personne à contacter – Aspect financier –

Le dossier médical : rempli par le médecin traitant – (document confidentiel) -

Le livret d'accueil qui reprend :

L'histoire de l'œuvre Notre Dame de l'Espérance
La situation de l'EHPAD
Les Grandes missions au service des résidents
L'organisation de la Maison de retraite
Le fonctionnement général et quotidien
L'accueil et l'admission au sein de l'établissement
La vie de la personne âgée de tous les jours
Les prestations proposées par l'établissement
Les droits des résidents
Les tarifs
La charte des droits et libertés de la personne âgée



EHPAD LES RAMONDIAS

LIVRET D'ACCUEIL

Le présent livret est établi conformément :
à la loi du 2 janvier 2002
renovant l'action sociale
et médico-sociale,
à l'article L.311-4 du
code de l'action sociale
et des Familles.

Au retour du dossier de pré-admission complété, ce dernier est enregistré sur le registre prévu à cet effet. Cette procédure nous permet de dénombrer le nombre de demandes d'accueil, et le nombre d'admission réel.

Le dossier est analysé par le médecin coordonnateur, la décision médicale peut amener soit à un refus (pathologie ou trouble du comportement sévère ne pouvant être prise en charge dans l'institution) soit à être validée par la direction en vue d'une admission potentielle.

Quelle que soit la décision, le demandeur sera destinataire d'un courrier validant ou non sa demande.

Dès la validation de la demande : une visite de pré-accueil est proposée au demandeur et/ou à sa famille, en cas d'impossibilité de déplacement, l'infirmier référent rencontrera le futur résident, soit à son domicile, soit sur son lieu d'hospitalisation.

Un compte-rendu de visite est à nouveau soumis à l'appréciation du médecin coordonnateur et de la Direction de l'établissement.

LE GROUPE DE TRAVAIL PROPOSE :

- Que lors de la visite de pré-admission, le référent institutionnel puisse participer à cette visite.
- Qu'un questionnaire type soit à disposition du référent pour recueillir des informations concernant le futur résident

4.1.1.2. Admission

L'arrivée du nouveau résident fait l'objet d'une transmission auprès des équipes en amont par l'infirmier coordonnateur. Les informations recueillies lors de la visite de pré-admission permettent de préparer l'accueil de la personne âgée et d'anticiper les besoins spécifiques permettant une prise en soins de qualité.

Un référent institutionnel est nommé, sa présence est souhaitable lors de son arrivée. La chambre est préparée, les familles ont la possibilité d'aménager la chambre avant l'arrivée de leur parent.

Les entrées sont programmées en semaine en début d'après-midi, la personne et ses proches sont accueillis par la secrétaire et la directrice.

Le dossier administratif est constitué avec pour éléments :

| Documents remis par l'EHPAD | Documents à remettre à l'EHPAD |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Règlement de fonctionnement | Livret de famille Carte d'identité |
| Contrat de séjour | Attestation sécurité sociale Carte vitale - Carte de mutuelle |
| Désignation de la personne de confiance | Attestation d'assurance de responsabilité civile Contrat obsèques ou dernières volontés |
| Livret d'accueil | Déclaration de revenus de l'année précédente et de l'année en cours Avis d'imposition sur les revenus de l'année précédente et de l'année en cours (si entrée à partir du deuxième semestre) |
| Droit à l'image Directives anticipées | Justificatif des revenus ayant servi à compléter l'avis d'imposition |
| Trousseau : composition | Extrait de la matrice cadastrale ou photocopie d'un acte de propriété Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties |

La personne âgée est accompagnée par l'infirmier en poste (ou l'infirmier coordonnateur) et le référent jusqu'à sa chambre ou une aide à l'installation est systématiquement proposée.

La présence de la maîtresse de maison est indispensable pour guider, avec le référent à l'installation du nouveau résident.

LE GROUPE DE TRAVAIL PROPOSE :

- que la maîtresse de maison participe à l'entrée du résident,
- comme préconisé dans l'évaluation externe, de continuer dans le sens d'une meilleure personnalisation, notamment en mettant en place une attention toute particulière à l'arrivée du résident : mot de bienvenue, bouquet de fleurs, etc,
- d'identifier clairement les référents familiaux afin de faciliter les échanges futurs entre l'établissement, le référent institutionnel et la famille du résident.

4.1.1.3. Intégration

Préparer l'arrivée : conformément aux recommandations de l'ANESM :
« Qualité de vie en EHPAD (volet 1)
De l'accueil de la personne à son accompagnement »



L'arrivée dans l'établissement du nouveau résident doit être préparée en amont afin d'appréhender de manière plus sereine ce changement de lieu de vie.

La possibilité doit être offerte à la personne de prendre connaissance avec les nouveautés de son lieu de vie :

- Convenir avec la personne de son entrée.
- Faire preuve de petites attentions : fleurs, petit mot d'accueil
- Aider à l'aménagement et à la décoration personnalisée de la chambre.
- Annoncer l'arrivée prochaine aux autres résidents.
- Faire visiter l'établissement.
- Informer les professionnels des éléments recueillis sur la personne sans se limiter aux éléments factuels et médicaux, permettant de la reconnaître en tant que personne.

Accompagner la personne :

Enjeux :

L'appropriation du lieu de vie :

- faciliter la prise de repères : **rôle du référent et la maîtresse de maison.**
- Présenter la personne aux autres résidents, aux membres du CVS : **référent ou animatrice ou psychologue.**
- Proposer aux résidents un organigramme des professionnels, leur permettant de connaître les noms et les fonctions du personnel par affichage écran.
- Accompagner la personne dans les différents espaces en commentant leur usage et leur organisation : **référent ou animatrice.**
- Présenter les activités possibles, le lieu, les horaires, les modalités d'information, proposer d'y assister en tant que simple spectateur... Ceci peut se faire sur plusieurs jours afin de ne pas « accabler » la personne d'informations.
- Proposer à un résident déjà présent de parrainer le nouveau résident, avec qui celui-ci pourra échanger plus librement qu'avec un professionnel.
- Repérer le cheminement de la personne en :
 - Échangeant avec la personne sur ses ressentis.
 - Repérant le cheminement de la personne par rapport aux nouveaux aspects de la vie quotidienne, les liens établis avec d'autres personnes.
 - Augmentant la vigilance au moment du coucher en soirée.



Le groupe de travail propose :

- Que l'entrée du résident se fasse en présence de son référent institutionnel, en cas d'absence, la maîtresse de maison accueillera le résident.
- Que dans le trousseau soit ajouté : 5 serviettes de toilette, 5 gants, 2 draps de bain (*en mémoire de son « chez soi »*).
- Que l'accompagnement des premiers jours soit mieux formalisé.

Décision:

| FICHE ACTION N° 2 – Projet de vie L'accueil | | Echéancier |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Formaliser la période d'accueil – de pré-accueil - admission - adaptation | |
| Groupe projet | Magali LABIT : Secrétaire – Florence MARQUE : Administratrice Fabienne DELLAC : A.S. – Christelle VIGNES : AMP Evelyne LETESSIER : Lingère – Rachel COSTE : ASH | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT – Directrice | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un questionnaire de recueil de données au moment de la pré-admission - Modifier la fiche trousseau - Formaliser le recueil des observations diverses afin de faciliter leur analyse - Formaliser l'accueil du résident : format qualité - Obtenir un poste de maîtresse de maison (hors soins) – Rédiger sa fiche de poste - Faire l'acquisition d'un écran d'information à l'entrée de l'établissement | <p style="color: green; margin: 0;">Début 2016</p> <p style="color: green; margin: 0;">Immédiat</p> <p style="color: green; margin: 0;">Début 2016</p> <p style="color: green; margin: 0;">4^{ème} trim. 2015</p> <p style="color: green; margin: 0;">2^{ème} trim. 2016</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de suivi des accueils - Inscription dans le projet d'accompagnement personnalisé | |

4.2. Le projet d'accompagnement personnalisé :

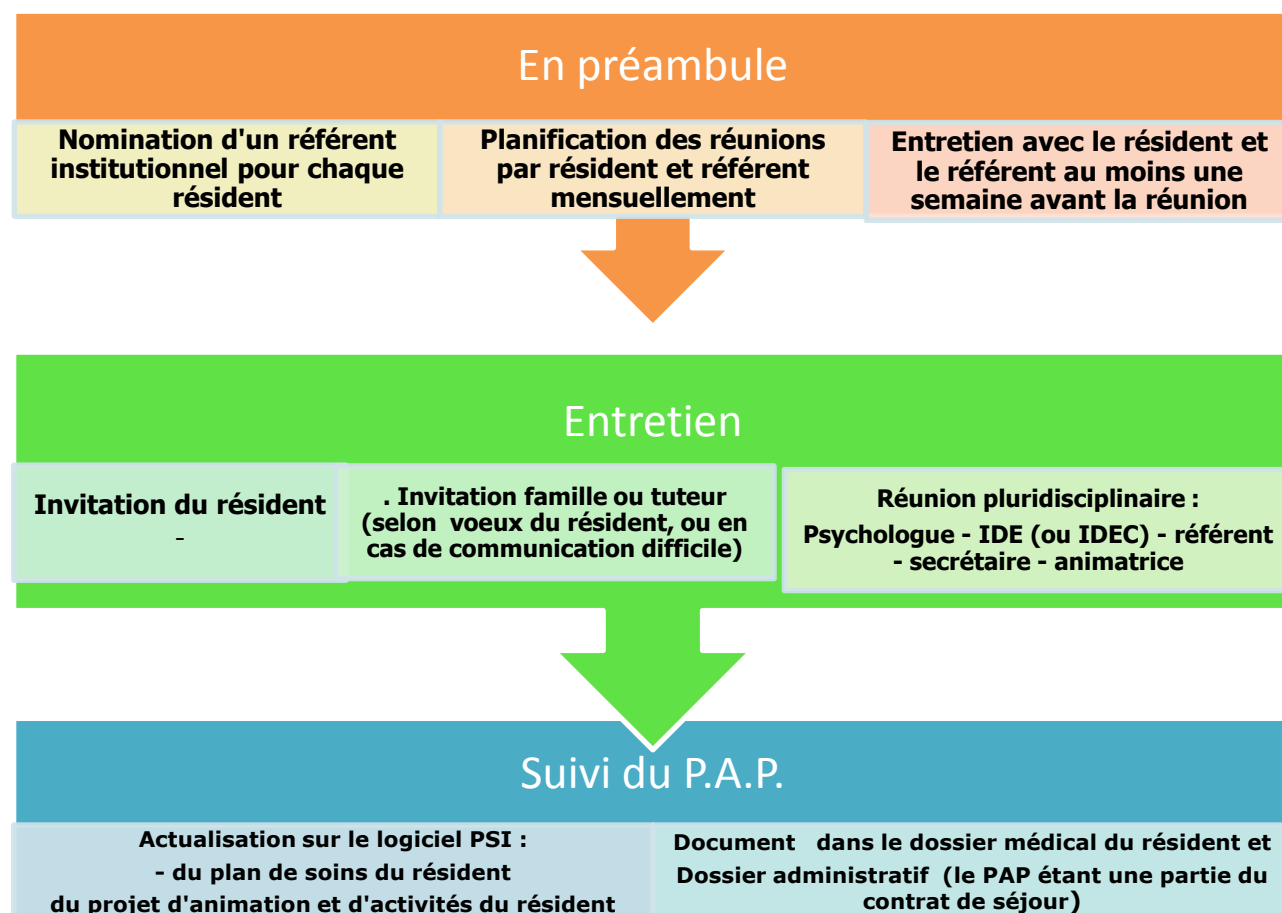
Accompagner : c'est guider, conduire, suivre.

L'accompagnement personnalisé du résident participe au développement d'une culture de la bientraitance, impliquant une recherche constante d'amélioration des pratiques d'accompagnement au quotidien et la nécessité de donner du sens aux actes effectués au quotidien pour le bien-être des personnes accueillies.

Conformément aux droits des usagers mentionnés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles et plus particulièrement à la Charte de la Personne Accueillie, les besoins et les aspirations de résidents doivent être connus grâce aux informations recueillies, depuis son entrée, portant sur :

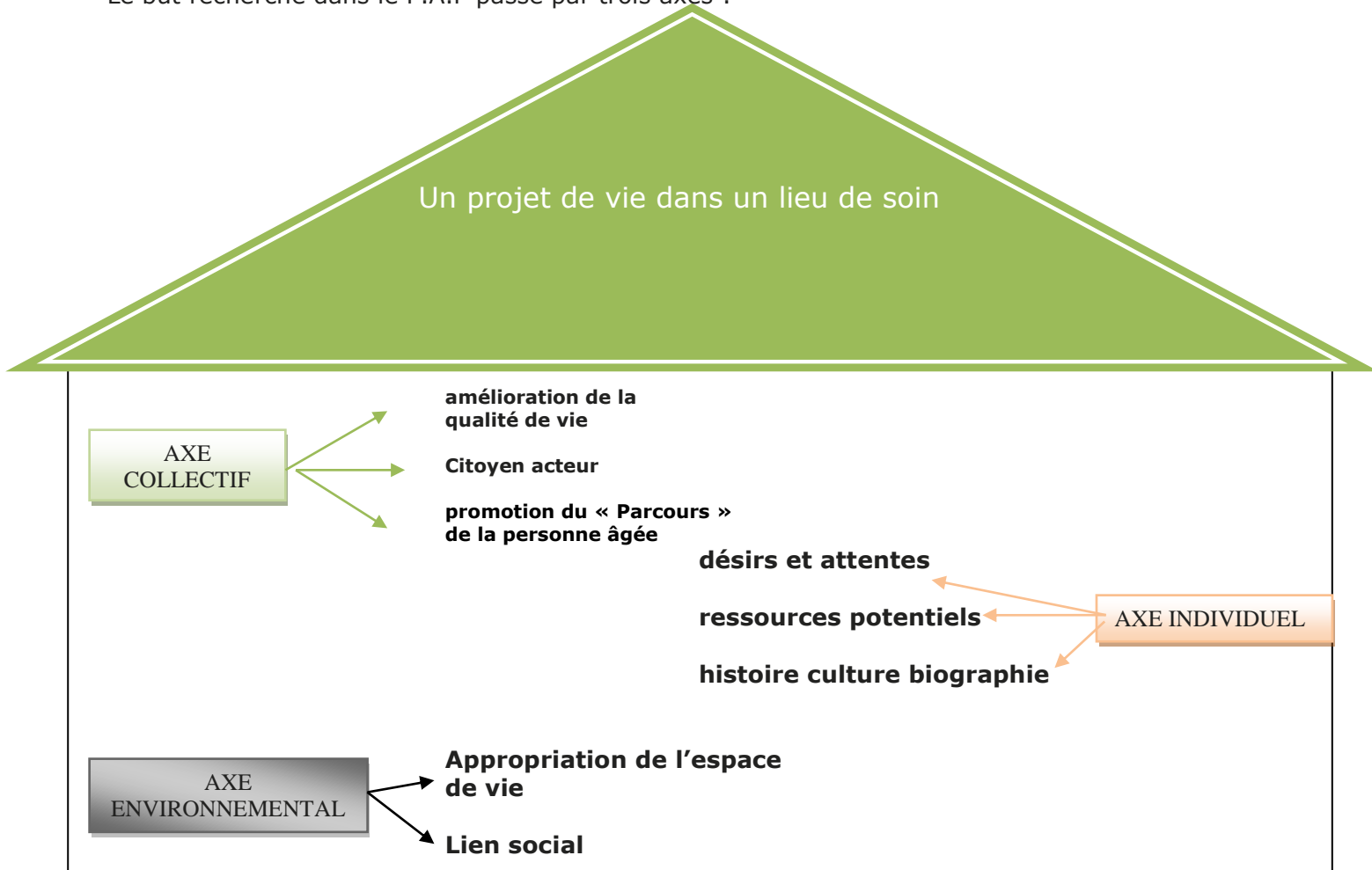
- + Sa vie passée
- + Ses goûts
- + Ses aspirations
- + Sa capacité d'adaptation
- + Ses souhaits
- + Son désir de participer aux animations

Dans notre structure, le projet d'accompagnement personnalisé est construit et vivant pour chaque résident de l'EHPAD, il est initié par la Psychologue, son déroulement s'effectue selon le schéma suivant :



Le projet d'accompagnement personnalisé s'intègre dans la politique de bientraitance de l'établissement. Il vise à déterminer avec le résident et/ou ses proches les activités permettant à maintenir ses capacités physiques et relationnelles dans « le respect de ses choix » et de ses attentes, pour l'aider « à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique ». Il est réactualisé chaque année, ou en cas de modification de l'état du résident.

Le but recherché dans le P.A.P passe par trois axes :



Le groupe de travail propose :

- de créer un carton d'invitation à l'attention des résidents pour le préparer à l'entretien,
- d'inclure le référent lors de la visite de pré-admission,
- de définir le rôle de la maîtresse de maison dans le P.A.P,
- d'évaluer les actions mises en place lors de la réactualisation du P.A.P,
- de définir des indicateurs de suivi.

Décision:

| FICHE ACTION N° 3 – Projet de vie Le projet d'accompagnement personnalisé | | Echéancier |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Formaliser la période d'accueil – de pré-accueil - admission – adaptation | |
| Groupe projet | Magali LABIT : Secrétaire – Florence MARQUE : Administratrice Fabienne DELLAC : A.S. – Christelle VIGNES : AMP Evelyne LETESSIER : Lingère – Rachel COSTE : ASH | |
| Sous la responsabilité de | Mme DARRODES LESCLOUPES – Psychologue | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Créer un carton d'invitation à destination du résident - Formaliser le pré-accueil sous format qualité en intégrant le référent - Intégrer dans le projet d'accompagnement personnalisé la maîtresse de maison - Evaluer les actions mises en place : difficulté sur PSI, la psychologue évoque le logiciel TITAN – recherche d'un logiciel mieux adapté - Rencontrer les prestataires de TITAN, NET SOINS, EASY SOINS : s'informer auprès des établissements équipés | <p>3^{ème} trim. 2015</p> <p>4^{ème} trim. 2015</p> <p>2^{ème} trim. 2016</p> <p>4^{ème} trim. 2015</p> <p>3^{ème} trim. 2015</p> |
| Indicateurs | Procédure de pré-accueil Compte rendu des propositions des logiciels : bilan pour et contre. | |

4.3. Garantir le respect des droits, des libertés et la participation des usagers

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit les garanties dont bénéficient les personnes accueillies dans un établissement ou un service médico-social ainsi que dans les lieux de vie et d'accueil non traditionnels.

Dans notre établissement nous nous attachons à garantir, conformément à loi 2002-2, aux personnes accueillies tous droits indissociables du respect et de la dignité de la personne.

- Le respect de la dignité, de la vie privée se déclinent par :

1. des chambres individuelles, avec un grand respect de la vie affective et relationnelle (certaines chambres peuvent être doublées, si le résident le souhaite),
2. la participation des usagers à leur projet d'accompagnement,
3. un accompagnement individualisé, adapté à l'âge et aux besoins de la personne accueillie (projet de soins),
4. la possibilité d'accueillir sa famille, pour des repas ou fêter un anniversaire ou autres,
5. l'existence et la promotion du conseil de la vie sociale,
6. le choix du médecin traitant et des prestataires médicaux extérieurs.



4.3.1. Garantir la liberté de pratique d'un culte



L'œuvre Notre-Dame de l'Espérance née d'une culture chrétienne met à disposition une chapelle à l'attention des résidents souhaitant s'y recueillir. Une fois par mois une messe est célébrée par le curé du village.

Tout autre culte peut-être célébré au sein de l'EHPAD, le résident reste un citoyen à part entière avec sa liberté de « pensée et de culte ».

Le projet d'accompagnement personnalisé permet également de recueillir ses choix et mettre en place les rites qui s'y rapportent (funéraire, lieu de prière, interdits alimentaires, ...)

4.3.2. Respecter la dignité des personnes accueillies

Le principe est que lorsque que vous êtes amené à dépendre des autres pour une aide ou des soins, vous devez (dans la mesure de vos possibilités) conserver votre droit à faire vos propres choix et au respect de votre volonté.

La qualité de vie et le traitement médical est parfois en contradiction avec les deux objectifs de sécurité et d'autonomie. Les projets d'accompagnement et de soins seront garants du respect des choix de la personne.

4.3.3. La protection des personnes et des biens

Décliné au travers des documents énumérés ci-dessous, la protection des personnes et des biens se retrouve également dans le projet de soins et de gestion des risques en matière de sécurité.

Le contrat de séjour :

Conclu entre le résident (ou son représentant légal) et l'établissement : définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Le projet d'accompagnement personnalisé :

Fait partie intégrante, du contrat de séjour.

Désignation de la personne de confiance :

Il est fortement conseillé aux personnes intégrant l'institution de désigner une personne de confiance. Elle pourra assister le résident dans ses démarches ainsi qu'aux entretiens médicaux : ainsi pourra-t-elle éventuellement aider à prendre des décisions, mais également dans le cas où l'état de santé du résident ne le permettrait pas de faire part des choix et respecter les décisions du résident.

Directives anticipées :

Nouvellement intégrées dans le projet d'accompagnement personnalisé, ce document a pour vocation de préciser ses souhaits quant à la fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où la personne âgée ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa propre volonté.

Le règlement de fonctionnement :

L'EHPAD étant un lieu de vie, le règlement de fonctionnement a pour but de définir les droits de la personne accueillie et ses obligations et devoirs, nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement. Il n'est pas un simple guide technique de l'établissement mais une définition des responsabilités et engagements réciproques des professionnels et de l'utilisateur pour garantir le bon fonctionnement de la structure.

Droit à l'image

Dans le cadre des différentes manifestations et rencontres organisées par l'EHPAD les résidents sont souvent amenés à être photographiés. Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés (notamment dans la presse locale). C'est la raison pour laquelle nous sollicitons une autorisation dans le cadre du droit à l'image, dans le respect et la protection du résident.

Inventaire des biens

Un inventaire des biens apportés par le résident doit être fait dès son entrée, car en cas de vol, la responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée, si les biens (de valeurs) n'ont pas été répertoriés.

Protection juridique

Lorsqu'une personne voit ses facultés mentales ou corporelles altérées au point de ne pouvoir accomplir les actes de sa vie civile, d'exercer ses droits personnels, ou de gérer son patrimoine, elle doit être juridiquement protégée. Le projet d'accompagnement personnalisé permet de repérer une situation présentant ces caractéristiques et la directrice signale le cas au médecin traitant en toute transparence avec la famille ou le référent quand il y en a un de désigné.

Il existe différents régimes de protection juridique, encadrés par la constatation médicale de l'altération des facultés personnelles et l'appréciation judiciaire du besoin de représentation ou d'assistance.

Les mesures sont adaptées selon la situation de la personne à protéger : en fonction notamment de la situation médicale, de l'environnement familial et des enjeux patrimoniaux.



4.4. Promouvoir la participation des usagers et des familles

Depuis la loi du 2 janvier 2002, le droit à la participation des usagers a constitué une dynamique d'engagements de l'EHPAD entre professionnels, personnes accompagnées, familles et proches.

La participation des usagers au sein de l'EHPAD se réalise sous trois formes :

- la participation du résident à sa propre prise en charge : celle-ci se traduit par un accompagnement individualisé et la mise en place de documents spécifiques, comme les projets d'accompagnement personnalisés, plan de soins, projet d'animation.
- la participation à la vie et au fonctionnement de l'établissement : l'existence du conseil de la vie sociale : lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement, il se réunit 3 fois par an, c'est un lieu d'écoute très important, ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des usagers.
- La participation des usagers et des familles aux évaluations internes et externe.
- La commission menu : les commissions menu se font 2 fois par an, l'évaluation externe a mis en évidence la nécessité d'organiser plus de commission sur ce thème.
- La commission animation : il est régulièrement question de l'animation lors des réunions du C.V.S. La commission animation devra être mise en place de façon plus régulière hors C.V.S.

Le groupe de travail remarque :

- un manque de participation des familles au CVS,
- la difficulté à organiser les commissions, par manque de temps et de participants.

Décision:

| - FICHE ACTION N°4 – Projet de vie | | Echéancier |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Garantir le respect des droits, des libertés et la participation des usagers | | |
| Objectifs | Garantir le respect des droits et libertés et la participation des usagers | |
| Groupe projet | Magali LABIT : Secrétaire – Florence MARQUE : Administratrice Fabienne DELLAC : A.S. – Christelle VIGNES : AMP Evelyne LETESSIER : Lingère – Rachel COSTE : ASH | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT Sylvie | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser le rôle du CVS auprès des familles : faire un travail sur la communication, obtenir plus d'adresse mail des familles et personnes de confiance - Commission Menu : travailler avec la diététicienne et l'organisme SHERPAS sur l'organisation de la commission Menu - Commission animation : mettre en place la commission animation hors CVS | <p>1^{ème} trim. 2016</p> <p>4^{ème} trim. 2015</p> <p>1er trim. 2016</p> |
| Indicateurs | Compte rendu des commissions | |



4.5. Mener une politique de bientraitance

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'EHPAD est à la fois un lieu de vie et un lieu de soins, lieux de vie en collectivité dans lequel il est indispensable de préserver l'individualité et l'intimité de chacun.

Les personnes âgées que nous accueillons, sont imprégnées d'une histoire de vie riche. Aujourd'hui fragilisées, vulnérables, du fait de leur âge, des maladies dont elles sont atteintes, souvent en perte d'autonomie pour les activités du quotidien (hygiène, alimentation, déplacements), parfois atteintes de maladies présentant des troubles du comportement (Alzheimer ou apparentées), ayant quelquefois des difficultés à communiquer, etc., au sein de l'institution, nous nous attachons à préserver la qualité de la relation entre les professionnels et les résidents. C'est ce qui fait toute la richesse de la pratique des professionnels intervenant auprès de ces personnes.

Nous avons dans l'institution des salariés formés dans la prise en charge de la personne âgée. Tout salarié intervenant auprès des résidents a ou est en cours de formation :

- La "Philosophie de l'humanité" basée sur les concepts de Bientraitance, de Règles de l'Art dans le soin, a été l'une des principales formations effectuées dans l'EHPAD, (années 2011-2012)
- formation sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (années 2013/2014).

Le centre d'écoute ALMA 65 en 2013 (allo maltraitance), est intervenu également au sein de l'institution afin de sensibiliser les salariés aux risques encourus.

Le groupe de travail s'est appuyé sur l'outil MobiQual pour évoquer la politique de bientraitance institutionnelle

Qu'est-ce que l'outil MobiQual Bientraitance :

Le programme MobiQual s'est donné pour objectif d'améliorer la qualité de la vie en établissement, celle des résidents et celle des professionnels. Il propose des outils adaptés pour aider les professionnels à améliorer leur pratique quotidienne en termes de savoir-être et de savoir-faire.

Il ne propose ni recette, ni dogme, mais invite à une réflexion collective, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance au sein d'un établissement donné, avec les moyens qui sont les siens :

- *Qu'est-ce que la bientraitance au niveau institutionnel, dans l'établissement dans lequel je travaille ?*
- *Qu'est-ce que la bientraitance, pour moi, qui travaille dans cet établissement ?*

- *Qu'est-ce que la bientraitance pour la personne accueillie dans l'établissement dans lequel je travaille ?*
- *Qu'est-ce que la bientraitance pour l'entourage des personnes accueillies dans l'établissement dans lequel je travaille ?⁹*

Si une politique de bientraitance est véhiculée au sein de la structure, il devient indispensable d'associer les personnes clefs de l'EHPAD dans le suivi, la formation et l'information de la démarche à soutenir.

OBJECTIF : créer une cellule ou comité Bientraitance

Il sera retenu au minimum les acteurs suivants :

- le médecin coordonnateur
- un infirmier
- la psychologue
- une aide-soignante et/ou AMP
- un agent d'accompagnement
- un personnel de nuit
- la Directrice

Il est indispensable de mener une réflexion permettant de déterminer les objectifs à poursuivre :

- information de tous les salariés de l'EHPAD sur leurs droits et leurs devoirs (ainsi que des informations à donner aux familles des résidents),
- un premier diagnostic sur la situation en termes de bientraitance dans l'EHPAD, en précisant que l'outil Mobiquel sera un support à ce travail,
- élaborer un plan d'amélioration,
- les mesures d'accompagnement des professionnels, formation et soutien,
- les relations de travail autour de la bientraitance avec les autorités de tutelle et les partenaires.

Le groupe de travail propose :

- que la psychologue présente l'outil à l'ensemble du personnel,
- que soit créée une cellule bientraitance rapidement,
- de faire appel à ALMA 65 pour les personnels moins sensibilisés,
- qu'un questionnaire sur la bientraitance soit élaboré par le groupe de travail à destination des résidents et familles.



⁹ MoBiQual : principe de réflexion issue de l'outil lui-même

Décision:

| FICHE ACTION N°5 – Projet de vie | | Echéancier |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mener une politique de bientraitance | | |
| Objectifs | Garantir une politique de bientraitance dans l'institution | |
| Groupe projet | Magali LABIT : Secrétaire – Josiane MARQUE : animatrice Lydie DARRODES : Psychologue | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT Sylvie | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Créer une cellule bientraitance - Présenter l'outil mobiquel à l'ensemble du personnel : outil présenté par la Psychologue - Prévoir l'intervention d'ALMA 65 | <p style="color: green; margin: 0;">1^{ème} trim. 2016</p> <p style="color: green; margin: 0;">Courant 2016</p> <p style="color: green; margin: 0;">1er trim. 2016</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> . Compte rendu de réunion . Analyse des actions menées | |



4.6. La vie sociale et le projet d'animation

La vie sociale :

Le projet social doit avoir pour objectif de faciliter l'intégration du résident, d'aider les familles à mieux appréhender l'installation de leur parent au sein de l'institution.

L'entrée en maison de retraite peut être source de ruptures avec des liens antérieurs, (famille, amis, voisinage...) ou liée à une situation d'isolement. Aux Ramondias, nous essayons de maintenir ou voir de reconstruire, dans le respect des choix de la personne, ce réseau social indispensable à la qualité du séjour institutionnel.

L'objectif premier retenu est de faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches :

- dans le cadre du projet d'accompagnement,
- en proposant une participation aux activités aux familles,
- en mettant à disposition des petits salons, pour les repas, goûter ou autres,
- en mettant à disposition le dimanche, le salon d'animation pour fêter les anniversaires ou autres fêtes en famille,
- en proposant des rencontres internet avec les proches,
- en proposant le soutien de la psychologue en cas de difficulté,
- en les accompagnant au club du 3^{ème} âge du village, pour partager avec d'autres personnes à des rencontres, suivies ensuite dans l'institution, ou encore au forum de Luz.

Dans le cadre de la vie sociale, nous œuvrons à la création du site internet, ce portail permettra aux familles et proches de mieux suivre les événements de l'institution.

Dans le cadre des ateliers thérapeutiques que nous retrouvons dans le projet d'animation, le potentiel institutionnel doit être mieux identifié : « savoir faire » des AMP et ASG.

OBJECTIF : construire un projet définissant la place des AMP et ASG dans les ateliers thérapeutiques et d'animation

Le projet d'animation :

L'animation au sein de l'établissement est programmée mensuellement, le planning de l'animation est réalisé et diffusé sur le panneau d'affichage nous y retrouvons : gymnastique, lecture, atelier mémoire, atelier yoga du rire, atelier musique, intergénération, sortie à l'extérieur, courses en ville, office religieux, atelier manucure, coiffeur..., atelier informatique, le tableau ci-dessous reprend le planning des activités régulières des Ramondias.

| PROGRAMME D'ANIMATIONS REGULIERES | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|-------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| THEMES | ACTIVITES | JOUR | HEURE | DUREE | QUAND | INTERVENANT | Fonction |
| SPORT | | | | | | | |
|  | Atelier équilibre | Lundi | 10h30 | 1h | Hebdomadaire | Damien | Professeur EPS PA |
| | Gym | Mercredi | 10h30 | 1h | Hebdomadaire | Damien | Professeur EPS PA |
| | Activités physique | Lundi | 14h30 | 2h | Hebdomadaire | Josiane | Animatrice |
| ATELIERS THERAPEUTIQUE - RELAXATION - STIMULATION | | | | | | | |
| | Atelier relaxation | Lundi | 14h45 | 1h | Hebdomadaire | Lydie | Psychologue |
| | Atelier cognitif | vendredi | 14h45 | 1h | Hebdomadaire | Lydie | Psychologue |
| | Yoga du rire | Jeudi | 15h00 | 1h30 | 2 fois par mois | Pascale et Maïté | Animatrice |
| MUSIQUE/CHANT | | | | | | | |
|  | Animation musicale : pour les personnes en perte de mémoire | Mardi | 14h30 | 1h30 | Hebdomadaire | Claire | Professeur de musique |
| | Chants | Vendredi | 15h00 | 2h00 | Hebdomadaire | Josiane | Animatrice |
| ATELIERS LECTURE | | | | | | | |
|  | Lecture du journal | Mardi | 10h30 | 1h30 | Hebdomadaire | Josiane | Animatrice |
| | Lecture d'un roman | Jeudi | 10h30 | 1h30 | Hebdomadaire | Martine | bénévole |
| ATELIER INFORMATIQUE | | | | | | | |
|  | Cyberbase | Jeudi | 14h00 | 1h00 | Hebdomadaire | Maison de la vallée | bénévole |
| | Accès internet | A la demande dans l'institution | | | | Josiane Magali | Animatrice secrétaire |
| ATELIERS JEUX et DIVERTISSEMENT | | | | | | | |
|  | Atelier manuel | Mercredi | 14h30 | 3h00 | 3 fois par mois | Josiane | Animatrice |
|  | Atelier jeux de société - Wii | Jeudi | 15h00 | 2h30 | 2 fois par mois | Josiane | Animatrice |
| DIVERS | | | | | | | |
|  | Intergénération | Mercredi | 15h00 | 2h30 | 1 fois par mois | Josiane | J.CLUB |
| | Achats en ville | Vendredi | 10h30 | 1h30 | 2 fois par mois | Josiane | Animatrice |
| | Anniversaires | Vendredi | 15h00 | 2h | 1 fois par mois | Josiane | Animatrice |

L'animation la nuit

L'animation au quotidien ne se fait que durant la journée, le projet d'animation doit également proposer une vie sociale la nuit :

OBJECTIF :

- ✦ mise à disposition d'un salon ouvert et animé la nuit (jeux, télévision..) collation à disposition dans cet espace collectif

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

En 2012, un projet de salle d'activité avait été proposé aux autorités de tarification, l'aménagement des locaux nécessitait un investissement d'environ 30.000 Euros, ce projet, non abouti, est donc repris comme développé ci-après :

- ✦ Création d'un espace dédié à l'activité physique dans notre institution, avec un équipement approprié, permettant de proposer aux habitants du canton de plus de 60 ans, présentant une légère perte d'autonomie, une activité physique adaptée.
- ✦ Le professeur : titulaire d'un DEUG-STAPS dispensera 4 séances à raison de 2 séances sur la base de l'équilibre de 45 mn et 2 séances de 30 mn de renforcement musculaire pour deux groupes de 10 personnes.
- ✦ Les exercices répondent spécifiquement aux troubles de mobilité observés, trouble de la marche, perte d'équilibre, manque de force, en s'appuyant sur l'évaluation du médecin traitant.

Objectifs :

- ✦ travailler sur le renforcement musculaire pour lutter contre la sarcopénie,
- ✦ aider au maintien des capacités physiques et cognitives,
- ✦ créer un lien social, établissement/village, et pouvoir accueillir les habitants du canton de plus de 60 ans dans le cadre de la prévention des effets négatifs du vieillissement.

En préservant les capacités fonctionnelles restantes le plus longtemps possible, on améliore la confiance et le moral de la personne âgée qui retrouve l'estime de soi, et permet le maintien d'une certaine qualité de vie à domicile. Ouvrir notre établissement aux personnes âgées du canton, permet aux résidents de l'EHPAD d'accueillir leurs amis tout en dédramatisant l'institution qui est un lieu de vie et de socialisation.

C'est aussi offrir au futur résident la possibilité d'établir une relation de confiance avec les équipes et l'institution grâce à une connaissance mutuelle.

Le bénévolat :

Deux bénévoles interviennent dans l'institution :

- ✦ Lecture d'un roman pour l'une,
- ✦ visite des résidents isolés, mais également en fin de vie pour l'autre. Cette dernière qui a suivi une formation sur l'accompagnement en fin de vie intervient dans le cadre d'une convention signée avec SP2 (société pyrénéenne de soins palliatifs).

Objectifs :

- ✦ Développer le bénévolat,
- ✦ sensibiliser le public,
- ✦ rédiger la charte du bénévolat dans l'EHPAD,
- ✦ contractualiser les interventions et nommer un référent pour chaque bénévole.

Décision:

| FICHE ACTION N°6 – Projet de vie La vie sociale et le projet d’animation | | Echéancier |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Faire évoluer le projet social et d’animation | |
| Groupe projet | Mme Josiane MARQUE : animatrice Mme Lydie DARRODES : Psychologue Mr DO CARMO – Adjoint de Direction Mr DE LOS ANGELES – infirmier référent | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT Sylvie | |
| Moyen à mettre en œuvre | <p>AMP / ASG : étoffer le projet d’animation en intégrant le potentiel institutionnel. Animation pour les personnes désorientées, animation individuelle</p> <p>Mettre à disposition d’un salon ouvert et animé tard le soir (jeux, télévision..) collation à disposition dans cet espace collectif : écrire le projet avec les veilleurs de nuit</p> <p>Projet salle d’activité : faire une demande de subvention à l’ARS – caisse de retraite – Rotary...</p> <p>Développer le bénévolat : communication externe -</p> | <p>1^{ème} trim. 2016</p> <p>Courant 2016</p> <p>1er trim. 2016</p> <p>Courant 2016</p> |
| Indicateurs | <p>Fiches projets</p> <p>Charte du bénévole</p> <p>Évaluation fin 2016</p> | |

4.7. La qualité des prestations logistiques

L'EHPAD est un établissement médicalisé où l'on prend soin des personnes âgées, mais c'est également une hôtellerie et un restaurant. On y pratique des métiers de service. Les seniors attendent des prestations de qualité autour de moments de convivialité, d'échanges et de plaisirs partagés.

4.7.1. La restauration

Ce que l'on sert est moins important que la manière de servir ! Les seniors construisent leur ressenti autour de 3 paramètres :

- **Alimentaire : la présentation dans l'assiette, l'aspect (couleurs, odeur), le choix des aliments, la variété des menus.**

L'EHPAD souhaite proposer une prestation culinaire savoureuse et traditionnelle qui répond à l'attente et aux besoins des résidents.

Accompagner par le groupe SHERPAS dans la prestation approvisionnement, la cuisine est élaborée au sein de l'institution par 3 cuisiniers formés et suivis par un collaborateur SHERPAS et une diététicienne privée.

Les menus sont variés, il est fréquemment proposé des plats du terroir : Pastet, garbure, mouton du pays et truite du Gave....



La formation du personnel sur les textures modifiées améliore la qualité gustative et la présentation de ces plats.

La prestation doit intégrer l'hygiène et la sécurité alimentaire.

La qualité est une démarche qui s'étend des achats de matières premières jusqu'à l'assiette du convive. La vaisselle a son importance (netteté et style).

Le suivi HACCP¹⁰ et prélèvements sont sous la responsabilité de la société SHERPAS.

Le groupe de travail propose :

- De suivre régulièrement des formations en cuisine, au moins une fois par an permettant d'améliorer les techniques de cuissons, mixés et décor des denrées,
- de faire des commissions menus plus régulières,
- de sensibiliser les équipes à la présentation de l'assiette,
- d'informer le résident dès son arrivée en salle du menu servi.

¹⁰ HACCP : (Hazard Analysis Critical Control Point) - méthode permettant d'identifier les dangers alimentaires à tous les stades de la fabrication (depuis la réception des matières premières à la consommation finale).

. L'environnement et le service en salle :

La salle à manger doit rester un lieu accueillant, confortable qui favorise la convivialité. Les repas sont des moments privilégiés pour les résidents : ils rythment leur journée, leur permettent de se rassembler, d'échanger et de partager des plaisirs gustatifs.

C'est pourquoi il convient d'organiser au mieux le service en salle afin d'éviter l'ambiance « cantine ou hôpital ».

Un travail avec l'équipe soignante et le médecin coordonnateur doit être mis en place en s'appuyant sur l'outil **mobiqual** « nutrition et dénutrition », permettant de sensibiliser le personnel, de repérer les personnes présentant des troubles visuels, cognitifs, et de déglutition, ainsi qu'effectuer un travail sur le positionnement au moment du repos.

Le groupe de travail propose :

- . de travailler sur la disposition de la salle,
- . de former l'équipe aux techniques de service en salle à manger,
- . d'optimiser l'organisation du service en salle et en étage,
- . de développer les relations inter-services.



4.7.2. La gestion du linge

L'entretien et la gestion du linge sont effectués en interne. Deux lingères (1,6 ETP) sont affectées à ce service.

Dans la cadre de la fonction linge, les prestations suivantes sont actuellement assurées en interne :

- **Fourniture et entretien du linge nécessaire à l'hôtellerie :**
 - Draps, alèses, couvertures, taies d'oreiller et traversin ainsi que l'oreiller et le traversin, couverture, dessus de lit,
 - serviettes et gants de toilettes, draps de bain, peignoir de bains,
 - serviettes de table, bavoirs et nappes,
 - franges et chiffonnettes de lavage des sanitaires et surfaces.
- **Effets personnels des résidents :**

Chaque résident fournit son linge personnel, une prestation de marquage du linge est proposée dès l'entrée du résident.

Les travaux de couture sont également effectués par les lingères (boutons, fermeture éclair ...) pour des travaux plus complexes, il est fait appel à une couturière du village. Le linge est redistribué par l'équipe de lingerie 2 fois par semaine.

OBSERVATIONS :

Les résidents se plaignent parfois de ne pas avoir le retour de leurs vêtements. En cas d'absence de marquage, les lingères les gardent dans l'attente de réclamations.

Il est important de bien sensibiliser les personnes que le linge non marqué est difficile à affecter. C'est le rôle de la maîtresse de maison dès l'admission du résident.

Les vêtements fragiles font l'objet parfois de réclamation. L'information est donnée aux résidents et aux familles dès leur entrée, mais souvent mal perçue.

Des dons de vêtements sont régulièrement faits par des personnes de l'extérieur, certains résidents acceptent les vêtements proposés par les lingères.

- **Tenues du personnel :**

Les tenues du personnel sont lavées dans l'institution. Chaque agent dispose d'un stock de tenues suffisant pour qu'il puisse recevoir une tenue propre chaque fois qu'il prend son service. Un stock est également prévu pour les personnels de remplacement.

CONSTAT : Le protocole concernant le circuit du linge existe, il doit être réévalué et rédigé au format qualité.

La prise en charge du linge en EHPAD constitue un défi économique et organisationnel. Le projet s'appuiera sur l'analyse intégrale du circuit du linge, de la collecte et du conditionnement du linge sale à la restitution du linge propre pour rédiger le protocole conforme aux normes RABC (Risk analysis biocontamination control) fortement conseillé par les Agences régionales de santé (ARS).

OBJECTIF : externaliser le traitement du linge plat

Face aux besoins des résidents, aux exigences de sécurité en matière d'hygiène, à la charge physique du linge plat, à l'investissement important en terme de matériel :

Les objectifs retenus par l'EHPAD sont :

- de maintenir en interne l'entretien du linge des résidents (trousseau)
- et d'externaliser le traitement du linge plat (draps, alèses, taies d'oreillers, serviettes de toilettes, gants de toilettes...).

Le groupe de travail propose :

- de formaliser en groupe de travail le circuit du linge – protocole et procédure,
- de former à nouveau les lingères et la maîtresse de maison à la méthode RABC,
- de mieux sensibiliser le personnel à la maîtrise du linge contaminé.

4.7.3. L'entretien des locaux



L'entretien de l'environnement a 2 objectifs principaux:

- **Maintenir une propreté visuelle fondatrice de la confiance et de l'attractivité de la structure d'accueil des résidents,**
- **Réduire les risques de contamination microbologique afin de réaliser des soins de qualité dans un environnement maîtrisé.**

L'entretien des parties communes et privatives est organisé et reste à être formalisé.

OBJECTIF :

La maîtresse de maison est responsable de l'organisation et du suivi :

- de la formation aux techniques d'entretien et à l'utilisation des produits, dispensée à tout personnel nouvellement embauché et au moins tous les 3 ans pour réactualiser les connaissances des salariés (à programmer avec le fournisseur – formation gratuite),
- des formations et de l'évaluation des pratiques professionnelles des agents à tracer par la maîtresse de maison,
- de la plaquette d'entretien des chambres à disposition dans chacune d'elle. But : s'assurer que le personnel en a pris connaissance. Le travail doit être validé informatiquement (PSI permet de signer sur tablette le travail effectué),
- planifier les activités : se positionner sur «qui fait quoi». Tracer les activités. Contrôler les activités et la qualité de l'entretien. Evaluer les pratiques professionnelles.

Le groupe de travail propose :

- de mettre au format qualité les protocoles et procédures d'entretien des locaux après révisions,
- de préparer un planning de formation du personnel,
- de réorganiser l'entretien des locaux.

Décision:

| FICHE ACTION N°7 – Projet de vie La qualité des prestations logistiques | | Echéancier |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Améliorer la qualité des prestations logistiques | |
| Groupe projet | Mme LASSALLE Valérie – cuisinière Mme FERNANDEZ Jeanine – aide-soignante (maîtresse de maison) Mr DELLAC Jean-Marc – Homme d’entretien Mme DELLAC Zina – Lingère Mme LETESSIER Evelyne – Lingère | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT Sylvie | |
| Moyen à mettre en œuvre | FORMATION : continuer à programmer les formations en cuisine – voir avec le groupe SHERPAS SERVICE EN SALLE : travailler sur l’organisation du service en salle – Etablir une procédure. PROTOCOLES et PROCEDURES sur les prestations logistiques à mettre à jour et au format qualité Maîtresse de maison : la maîtresse de maison actuelle partant en retraite. Faire un travail en équipe sur le rôle de la maîtresse de maison dans la qualité des prestations logistiques Contractualiser l’externalisation du linge plat | Tous les ans 2^{ème} trimestre 2016 4^{ème} trimestre 2015 1^{er} trimestre 2016 Janvier 2016 |
| Indicateurs | Plan de formation Protocoles et procédures | |



5. Le Projet de Soins

Ce projet a été construit par le médecin coordonnateur ainsi que l'infirmier référent avec le concours de l'équipe soignante, sous la rédaction et le contrôle de la direction.

Introduction

Le nouveau projet médical de l'EHPAD les Ramondias est élaboré pour la période 2015-2020.

Il a pour objectif de définir les orientations pour la prise en soins des résidents de l'EHPAD pour les 5 années à venir.

Il se base sur les recommandations de l'ANESM (« Accompagnement personnalisé de la santé du résident ») et les remarques émises lors de l'évaluation externe 2014 concernant le projet de soins et de diverses études (INSEE, Conseil Départemental, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques...) pour la partie anticipation des besoins.

Il doit prendre en considération les changements démographiques qui vont intervenir dans la période à venir ainsi que les changements sociologiques (modifications des exigences des usagers et de leur entourage) et des modifications de l'état de santé des résidents qui seront accueillis (augmentation des poly pathologies chroniques stabilisées ou aiguës, diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital...).

Ce projet tient compte :

- de la démographie médicale locale avec un renouvellement difficile des praticiens partant à la retraite ainsi qu'à la fermeture récente du cabinet dentaire,
- des contraintes géographiques (éloignement des structures hospitalières et fermeture potentiel des hôpitaux de proximité),
- des contraintes architecturales (revoir l'orientation thérapeutique de certains secteurs) afin de proposer une offre de soins cohérente et sécuritaire de proximité en conservant valeurs et dimension humaine.

Le projet s'appuie de manière plus systématique et organisée sur les structures externes mises en place (équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs) mais aussi sur les professionnels libéraux (médecins, IDE, orthophoniste, kiné) afin de faire un travail bilanciel avant l'admission du résident au sein de la structure et assurer un suivi cohérent ensuite et tout au long de son séjour au sein des Ramondias.

Le projet de soins de l'EHPAD les Ramondias repose sur les principes définis par l'ANESM qui nous amènent à un vrai questionnement pour le rédiger au regard des **missions** qui nous sont conférées par **les textes**, de nos **valeurs** et des **caractéristiques de la population** accompagnée :

Le projet de soins s'oriente pour les 5 années à venir vers un travail plus approfondi au regard :

- des objectifs fixés,
- des effets attendus par le résident et son entourage,
- des moyens mis en œuvre,
- de l'analyse des pratiques.

L'accompagnement médical et paramédical du résident au sein de l'EHPAD : une problématique complexe quoique bien bordée par les textes et la pratique.

La législation en cours nous rappelle les obligations faites à l'institution concernant le droit de l'usager à avoir un accompagnement médical et para médical personnalisé :

- Article L311-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés(...) une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins* ».

- Article 2 de l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles : « *La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.* »

- Article L1110-5 du code de la santé publique : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales adaptées.* »

Il est indispensable de trouver l'adéquation entre les contraintes réglementaires, les besoins de la population et les possibilités de l'EHPAD en termes de soins (contraintes architecturales, ressources humaines, qualifications, éloignement des structures hospitalières...).

Il est donc nécessaire de formaliser avec précision les possibilités de soins au sein de l'EHPAD mais aussi leurs limites. Ces éléments permettront d'informer le résident et son entourage avant l'admission ou de justifier le refus d'admission d'un résident dont la prise en charge médicale serait incompatible avec les capacités de l'établissement.

Le travail qui a conduit à ce projet a généré une réflexion sur des critères d'admissibilité précis mais non restrictifs avec les regards croisés des différents intervenants (médecin coordonnateur, médecin traitant, IDE coordonnateur, psychologue, IDE libéral, kiné, orthophoniste, IDE EHPAD, AS, AMP...).

Modalités d'hébergement et projet de soins

Le projet de soins est décliné selon le type d'hébergement: **temporaire ou définitif**.

Chaque résident accueilli au sein de la structure bénéficiera d'une prise en soins bien distincte.

Objectifs de prise en soins

■ Les dimensions du soin au sein de l'EHPAD les Ramondias

L'objectif du projet de soins est d'apporter un confort de vie pour l'ensemble des personnes accueillies, adapté et personnalisé d'une part et une prise en charge médicale conforme à leur état de santé et à son évolution.

Ce projet recouvre l'ensemble des dimensions du soin :

- **Soins préventifs** : ils ont pour objectifs de :

- * retarder le moment d'entrée dans la dépendance,
- * prévenir l'apparition de complications dans le cadre d'une pathologie chronique.

- **Soins curatifs** :

- * Ils visent à traiter les affections intercurrentes dont pourrait souffrir le résident durant son séjour. Elles peuvent être envisagées dans l'établissement ou si nécessaire dans des services hospitaliers spécialisés avec lesquels l'établissement a passé une convention (CH Lourdes, CH Lannemezan).

- **Soins de réadaptation** :

- * Les soins de réadaptation sont amenés à se développer au sein de l'EHPAD (face à la diminution des durées moyennes de séjour dans les services de chirurgie - en particulier - ou en SSR). Ces soins nécessitent l'intervention de différents professionnels y compris des professionnels extérieurs à l'EHPAD (kiné, orthophoniste, ergothérapeute...).
- * Ils visent à remobiliser les potentialités du résident avec toujours l'objectif de repousser le plus possible le moment de l'entrée dans la dépendance ou d'en limiter les conséquences.

- **Soins palliatifs** :

- * Les soins palliatifs sont mis en place depuis plusieurs années au sein de l'établissement et occupent une place importante dans la prise en soins des résidents. Une réflexion se poursuivra sur les pratiques et l'accompagnement du résident et de ses proches pour en améliorer l'approche. Le réseau ARCADE (réseau de santé intervenant dans la prise en soin des résidents en fin de vie avec une prise en charge de la douleur adaptée) ainsi que l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Lourdes interviennent déjà dans l'établissement.

La nécessité de mieux appréhender la souffrance : psychologique, sociale et spirituelle, s'inscrit dans notre démarche de soins afin de mieux orienter nos actions. La psychologue prendra une place prépondérante dans cette phase, auprès des familles, des résidents et des équipes en collaboration avec le médecin

coordonnateur, ainsi que l'infirmier coordonnateur et l'« infirmier référent soins palliatifs » (nouvellement diplômé).

Dans le respect de la dignité et du choix de la personne, l'accompagnement spirituel des résidents s'inscrit dans la démarche de fin de vie en proposant, selon leurs vœux, la possibilité de recevoir le sacrement des malades par le curé de Luz ou l'intervention d'un représentant d'un autre culte.

Les directives anticipées¹¹ doivent être proposées de manière systématique afin de mieux répondre aux attentes du résident et de son entourage (ce point fera l'objet d'un indicateur de suivi).

- Les « soins palliatifs terminaux » :

- ✱ ont pour but d'accompagner le résident à la toute fin de sa vie,
- ✱ feront l'objet de formations assurées par le médecin coordonnateur et l'infirmier « référent soins palliatifs » ou de formations externes.

Le réseau ARCADE ou l'équipe mobile de soins palliatifs seront des partenaires privilégiés afin de maintenir nos connaissances et faire évoluer nos pratiques.

Le projet de soins s'articule autour de 5 grands axes qui sont eux-mêmes déclinés en 15 thèmes conformément au référentiel ANESM (Qualité de vie en EHPAD volet 4 – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident).

- Des groupes de travail ont été constitués selon les 5 axes suivants :

- **Axe I** – La garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents en matière de santé :
 - Thème 1 - droits individuels
 - Thème 2 - droits collectifs
- **Axe II** - La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents :
 - Thème 1 : Douleur
 - Thème 2 : Chutes
 - Thème 3 : Escarres
 - Thème 4 : Dénutrition
 - Thème 5 : Troubles de l'humeur et du comportement
 - Thème 6 : Risques infectieux
 - Thème 7 : Continuité des soins
 - Thème 8 : Circuit du médicament
- **Axe III** - Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de handicap.
 - Thème 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes en perte d'autonomie.
 - Thème 2 : Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale.
- **Axe IV** - La personnalisation de l'accompagnement.
- **Axe V** - L'accompagnement de fin de vie.

¹¹ Directives anticipées : Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée *directives anticipées* pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie.



N'être plus écouté : c'est cela qui est terrible lorsqu'on est vieux.

Albert Camus



5.1. AXE I - Garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents en matière de santé

Thème 1 : droits individuels

La dignité

La dignité fait partie des valeurs fondamentales de l'établissement. Elle doit être respectée dans tous les actes de la vie quotidienne et lors de **tous les soins**. Le respect de la dignité de la personne est un axe majeur dans l'accompagnement des nouveaux résidents.

L'intégrité

Le respect de l'intégrité (physique, morale) est un droit fondamental du résident que l'ensemble du personnel soignant doit prendre en considération. **Le respect du refus de soins doit faire partie de la réflexion individuelle et collective** au sein de l'établissement.

La vie privée

Les contraintes institutionnelles et de vie en collectivité ne doivent pas occulter le respect de la vie privée du résident. Les personnels sont soumis au secret professionnel et doivent éviter de porter un jugement sur les informations qu'ils sont susceptibles de recueillir auprès du résident ou de son entourage. Le respect de la vie privée s'entend aussi dans le choix des résidents de pouvoir vivre une vie sentimentale au sein de l'établissement librement et sans jugements.

L'intimité

Le respect de l'intimité est un fondement dans la prise en soins du résident. Les aides apportées dans les actes de la vie quotidienne amène les soignants à entrer dans l'intimité la plus stricte du résident (en particulier lors de la toilette). Il est indispensable pour les soignants et l'encadrement de ne pas banaliser l'intimité du résident. Elle doit être respectée et favorisée au sein de l'institution.

La sécurité

Assurer la sécurité et respecter la liberté d'aller et venir : droit inaliénable.

La sécurité qui doit être assurée par le soignant repose essentiellement sur la sécurité physique et psychologique :

- ✦ **La sécurité physique** : repose sur des pratiques de soins validées, conformes aux recommandations, à l'utilisation de matériels adaptés, en bon état... Les soignants dans leur accompagnement quotidien doivent assurer le maximum de sécurité au résident en particulier lors des transferts, des déplacements, des manipulations du résident.

Les indicateurs :

- matériels de manutention : type de matériel – adaptation des locaux – suivi,
- contention : taux de contention passive – suivi des contentions – évaluations,
- demande du CVS : taux de réponses apportées aux demandes du CVS,
- nombre de personnels formés à la contention par an.

- ✦ **La sécurité psychologique** : Les personnels doivent instaurer un climat et une ambiance propices à l'évaluation et à l'expression des besoins du résident (par lui-même ou son entourage). Le résident doit pouvoir trouver sa place au sein de l'institution et se sentir en confiance et en sécurité.

Le droit à l'information

A l'entrée du résident en EHPAD, l'information de ce dernier commence par la recherche de son consentement.

Tout patient a le droit d'être informé sur son état de santé. L'information doit lui être donnée tout au long de sa prise en charge. Le plus important n'est pas de rechercher la preuve parfaite pour justifier que l'information a bien été donnée mais de s'assurer que le résident a bien compris et assimilé les informations.

L'information du patient est le fondement de l'expression même de sa liberté à consentir ou de refuser les soins. [La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#)

Inscrit dans le code de santé publique comme un principe général et fondamental dans la relation soignant-soigné.

Le droit à l'information porte sur les caractéristiques et l'évolution habituelle de la maladie, y compris en ce qui concerne la qualité de vie, la description, le déroulement et l'organisation, des soins, des actes envisagés.

Le patient a le droit de savoir, mais s'il le souhaite, il a le droit d'être tenu dans l'ignorance.

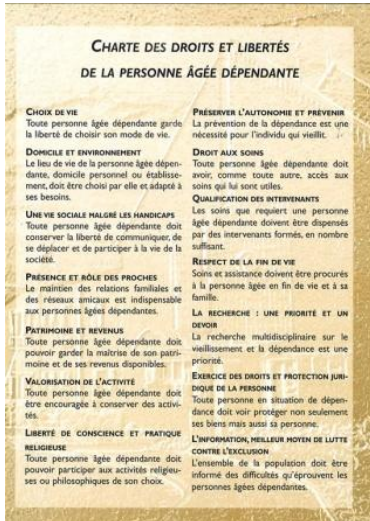
L'information perd son caractère obligatoire dès lors que la personne n'est pas en état d'assimiler, de comprendre les informations.

Dès l'entrée du résident dans l'EHPAD, il lui est demandé de désigner une personne de confiance qui sera consultée si la personne se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire.

En l'absence de personne de confiance, le professionnel de santé consulte les proches présents. Il indique dans le dossier médical pourquoi il s'est trouvé dans la nécessité de les consulter et le contenu de l'information donnée.

Dans le cas d'un résident sous tutelle, le tuteur peut être interpellé pour certaines décisions nécessitant l'accord du Juge des tutelles.

Les documents ci-dessous sont remis dès l'entrée du résident, ces documents garantissent un engagement de l'institution en termes de droit :



Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____ à _____

Demeurant à _____

Tel professionnel : _____ Tel domicile : _____

signataire des « directives anticipées », dont copie jointe,

considérant que je ne puis me trouver dans un état physique ou mental qui ne me permet pas d'exprimer mes souhaits au sujet de ma propre vie, désigne, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la santé, la personne de confiance suivante :

M (Mme/Melle) : _____

Demeurant à _____

Tel professionnel : _____ Tel domicile : _____

Tel mobile : _____ courriel : _____

qui accepte cette désignation et aura accès à mon dossier médical.

Suive au che 10



Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin 2^e témoin

Nom, prénom : _____ Nom, prénom : _____

Qualité : _____ Qualité : _____

Date : _____ Date : _____

Signature : _____ Signature : _____

Conservation

Je confie mes directives anticipées à : _____

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à _____ le _____

Signature : _____

Renouvellement à la fin des 3 ans

Document confirmé le : _____ le _____

Signature : _____

Modification avant la fin des 3 ans

Document modifié le : _____

Modification : _____

Fait à _____ le _____

Signature : _____

Annulation avant la fin des 3 ans

Document annulé le : _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature : _____

Les indicateurs :

Nombre de projets d'accompagnement personnalisé faits en présence du résident

Thème 2 : droits collectifs

La garantie des droits collectifs n'a pas été abordée par ce groupe de travail, elle concerne plus généralement l'institution dans son organisation :

Contrat de séjour, fermeture du logement, enquêtes de satisfaction (CVS, instances de participation...).

Le groupe de travail propose :

de sensibiliser le personnel plus régulièrement sur la dignité et respect de la vie privée. Formation en interne par les infirmiers, médecin coordonnateur ainsi que psychologue.

Décision:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ACTION N°8– Projet de soins AXE I - Garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents en matière de santé | Echéancier |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Garantir les droits individuels et collectifs en matière de santé | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC Mme BORDEROLLE Jackie - A.S. Mme JULIAN Edwige – A.M.P. Mme COSTE Rachel – A.S.H. | |
| Sous la responsabilité de | Mr DE LOS ANGELES | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Information des salariés : Médecin coordonnateur – IDEC (Loi Leonetti) - Formation interne des salariés par les cadres de santé - Formation droits du patient - former deux référents, un soignant un administratif sur : - Dossier du patient : enjeux et règles - Responsabilité juridique des professionnels de santé - Éthique et pratique soignante - Le secret professionnel | Tous les ans – Par groupe de 10 personnes Entre 2016 ET 2017 |
| Indicateurs | Plan de formation Taux des projets d’accompagnement personnalisé faits et mise à jour/an Taux de mise à jour des plans de soins Suivi du dossier administratif Questionnaire de satisfaction : taux de réponse par an | |

5.2. AXE II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

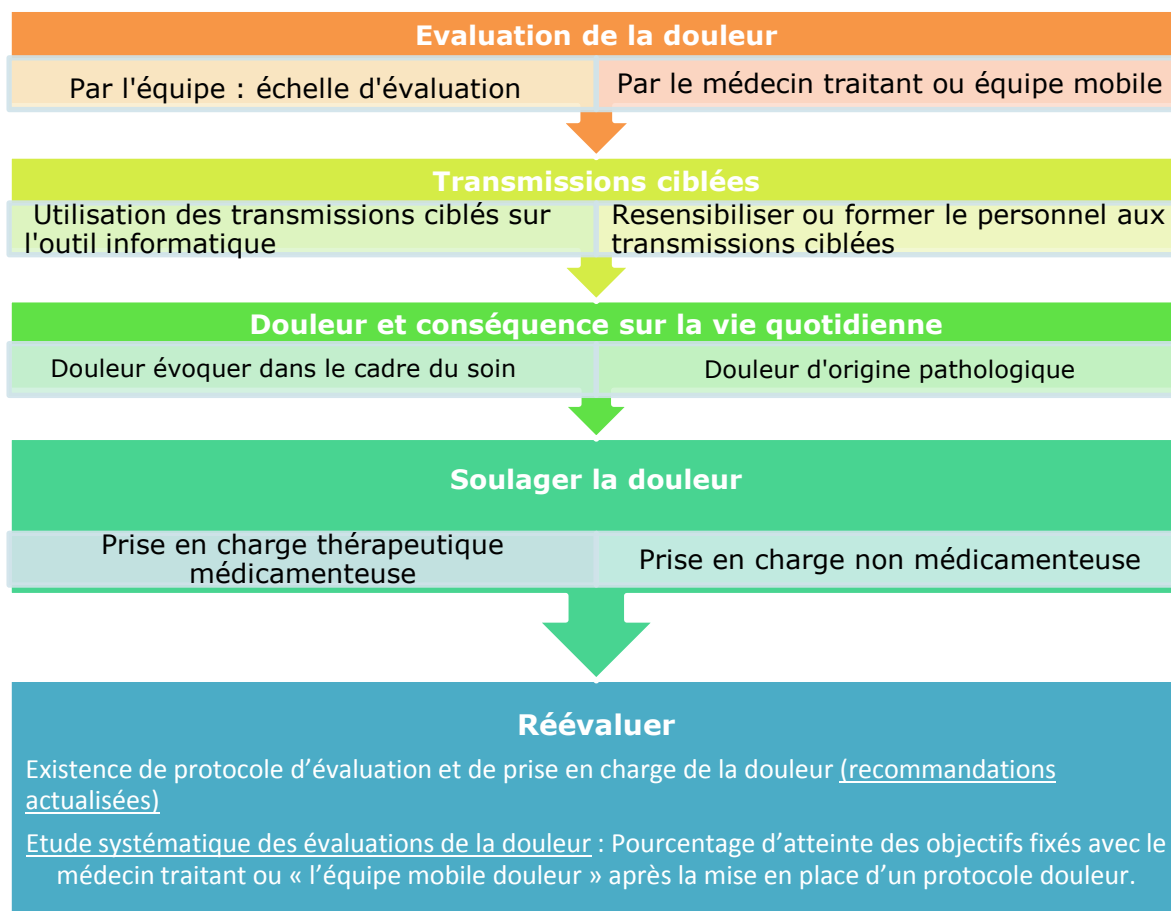
Chaque thème concernant la vulnérabilité fera l'objet de la nomination d'un « référent » dans le domaine concernée (IDE, AS, AMP, AA). Ce référent (volontaire) sera clairement identifié par l'équipe, formé (en interne ou en externe). La nomination de ces référents se fera après validation de la directrice et l'approbation du médecin coordonnateur.

Thème 1 : Douleur

L'amélioration de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée constitue un objectif majeur de santé publique. La Direction générale de la santé (DGS) a confié à la société française de gériatrie et gérontologie la mise en œuvre d'une action de diffusion de bonnes pratiques, de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

Le programme **MOBIQUAL** s'intitulant « La Douleur chez la personne âgée » est un outil de sensibilisation formation permettant d'accompagner les professionnels dans l'amélioration de leur pratique, dans l'utilisation des échelles d'évaluation, et la transmission de l'information. Médecin Coordonnateur, IDE coordonnateur, IDE référent douleur et soins palliatifs seront porteur de cette action sensibilisation/formation.

OBJECTIFS :



Décision:

| FICHE ACTION N°9 – Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents THEME 1 – LA DOULEUR | | Echéancier |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Mieux prendre en charge la douleur | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC – Mr LACAZE Guillaume : infirmier Mmes FUENTES Céline, FAYET Dominique - A.S. Mmes MARQUE Régine, PERRIER Ondine : A.M.P. Mme COSTE Rachel – A.S.H. Mme LASSALLE Valérie - Cuisinière | |
| Sous la responsabilité de | Mr DE LOS ANGELES | |
| Moyen à mettre en œuvre | <p>-Formation sur la douleur : utilisation de l’outil MOBIQUAL Formateur médecin coordonnateur, infirmier référent, infirmier diplômé soins palliatifs. Echelle d’évaluation de la douleur : comment, qui renseigne</p> <p>- Mener une réflexion sur l’approche non médicamenteuse : relaxation, réflexologie plantaire,)</p> <p>- Développer le partenariat avec les équipes mobiles (gériatrie, HAD, soins palliatifs, douleur...)</p> | <p>2015 – Groupe projet Personnels de nuit 2016 – infirmiers A.S. 2017 – Agent d’accompagnement</p> <p>Courant 2016</p> <p>Dès fin 2015</p> |
| Indicateurs | <p>Nombre de personnel formé à la douleur Taux d’évaluation de la douleur : Nombre de résidents douloureux/nombre de résident ayant bénéficié d’une évaluation Mise à jour des protocoles et procédures</p> | |

Thème 2 : Chutes

La prévention des chutes en EHPAD reste un enjeu en charge et d'efficacité :

en termes de prise

- **prise en charge** : Les chutes conduisent à des complications diverses: blessures, fractures, hospitalisations, syndrome post-chute, perte d'autonomie, décès, etc. Or, ces troubles peuvent faire l'objet de mesures de prévention.
- **Efficacité** : Ces complications ont également un coût. En prévenant les chutes, il s'agit de le réduire. Il entraîne également une surcharge de travail dans la prise en soins du résident, les réduire c'est également tenir compte des risques professionnels.

Pourquoi la personne âgée chute-t-elle ?



Parce qu'elle a plus de maladies chroniques...



A cause des médicaments



A cause d'un événement aigu surajouté



A cause de son environnement...

En conclusion : La chute est la conséquence d'une inadéquation entre la personne vieillissante et son environnement. Elle est attribuable aux modifications physiques, sensorielles et cognitives associées au vieillissement, conjuguées à un environnement pas toujours adapté.

Une analyse quantitative des chutes est réalisée de manière formelle. La fiche de déclaration est renseignée de façon systématique. Afin de limiter les récurrences les données devront être exploitées et aboutir à un plan d'action afin de limiter la récurrence ou les conséquences de la chute.

L'objectif à atteindre est de réduire le risque de chute en :

- Repérant les sujets les plus à risque.
- Sensibilisant le personnel au risque de chutes.
- Adaptant l'environnement de la personne.
- Prévenant la dénutrition.
- Proposant aux résidents une activité physique régulière (gymnastique).
- En réduisant les temps d'alitement, et en accord avec le médecin, en proposant des séances de kinésithérapie et des exercices d'équilibre chez les personnes les plus à risque.

L'objectif à poursuivre est de limiter la contention passive ou active du résident, grâce à un suivi strict de chaque cas et par des indicateurs ad hoc.

Décision:

| FICHE ACTION N°10 – Projet de soins - Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents | | Echéancier |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| THEME 2 – LES CHUTES | | |
| Objectifs | Etablir les principes de la prise en charge des chutes au sein de l'EHPAD | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC – Mr LACAZE Guillaume : infirmier Mmes FUENTES Céline, FAYET Dominique - A.S. Mme MARQUE Régine : A.M.P. Mme BASSAUD Stéphanie – A.S.H. Mme LASSALLE Valérie - Cuisinière | |
| Sous la responsabilité de | Mr DE LOS ANGELES | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Choisir une méthode d'évaluation aux risques de chute - Former les équipes à son utilisation - Sensibiliser les équipes aux transmissions ciblées - Travailler sur un protocole d'analyse des chutes - Définir les modalités de prise en charge des résidents « chuteurs répétitifs » | <p>A compter d'octobre 2015</p> <p>Programmer 5 ateliers sur 6 mois</p> <p>Dès la méthode et les modalités d'analyse finalisées former le personnel</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une démarche de prévention conforme aux réglementations de bonnes pratiques ; • Nombre de personnes formées sur la problématique des chutes par catégorie et par an • Taux de résidents ayant chuté et conséquences (suivi trimestriel) • Taux d'hospitalisation post chute • Taux de réponse apporté aux chutes | |

Thème 3 : Escarres

La maîtrise du risque « escarre » est une priorité essentielle du soin dans l'établissement, relevant de la bientraitance.

Le protocole de la prise en compte d'une escarre est établi. Le suivi des escarres se fait en équipe pluri disciplinaire (AS, AMP Agent d'Accompagnement, IDE, diététicienne, kiné, médecins...) du fait de l'origine pluri factorielle de ces lésions.

L'objectif est de prévenir l'apparition d'escarre et de prendre en charge les résidents qui en sont porteurs.

Dépistage du risque d'escarre : l'évaluation du risque d'escarre doit être systématisée à partir d'une échelle validée : Echelle de Norton.

Dépistage du risque d'escarre : Echelle de Norton

| Condition physique | | Etat mental | | Activité | | Mobilité | | Incontinence | |
|---------------------------|---|--------------------|---|------------------|---|-----------------|---|---------------------|---|
| Condition bonne | 4 | Alerte | 4 | Ambulant | 4 | Totale | 4 | Aucune | 4 |
| Moyenne | 3 | apathique | 3 | Marche avec aide | 3 | Diminuée | 3 | Occasionnelle | 3 |
| Pauvre | 2 | Confus | 2 | Assis | 2 | Très limitée | 2 | Urinaire | 2 |
| Très mauvaise | 1 | Inconscient | 1 | Alité | 1 | Immobile | 1 | Urinaire et fécale | 1 |

Score ≥ 15 : Risque faible

Score > 12 et < 15 Risque élevé

Score ≥ 15 Risque élevé

Dépistage du risque de dénutrition (voir thème 4)

Le personnel infirmier est formé. L'établissement met à disposition tous les moyens nécessaires pour prévenir les escarres, en cohérence avec les besoins de la personne en concertation avec les médecins traitants.

En ce sens, les aides techniques telles que le lit médicalisé, matelas et/ou le coussin d'aide à la prévention des escarres, associé ou non à des accessoires d'aide à la posture sont prescrits avec objectivité.

L'application de mesures préventives est essentielle pour réduire à minima le risque de constitution d'une ou plusieurs escarres. L'évaluation du risque fera l'objet d'un protocole présenté à l'ensemble du personnel soignant. Une fiche explicative sur la description d'une escarre sera élaborée et ajoutée dans le classeur « nouvel arrivant soignant ».

Ainsi, les moyens humains et techniques mis en œuvre seront concertés entre les différents intervenants, en adéquation avec l'état clinique de la personne, conformes avec les recommandations de bonnes pratiques validées, adaptées à l'environnement humain, matériel et structurel de la personne.

Ces mesures doivent être suivies dans le temps et réévaluées en tant que de besoin.

Décision:

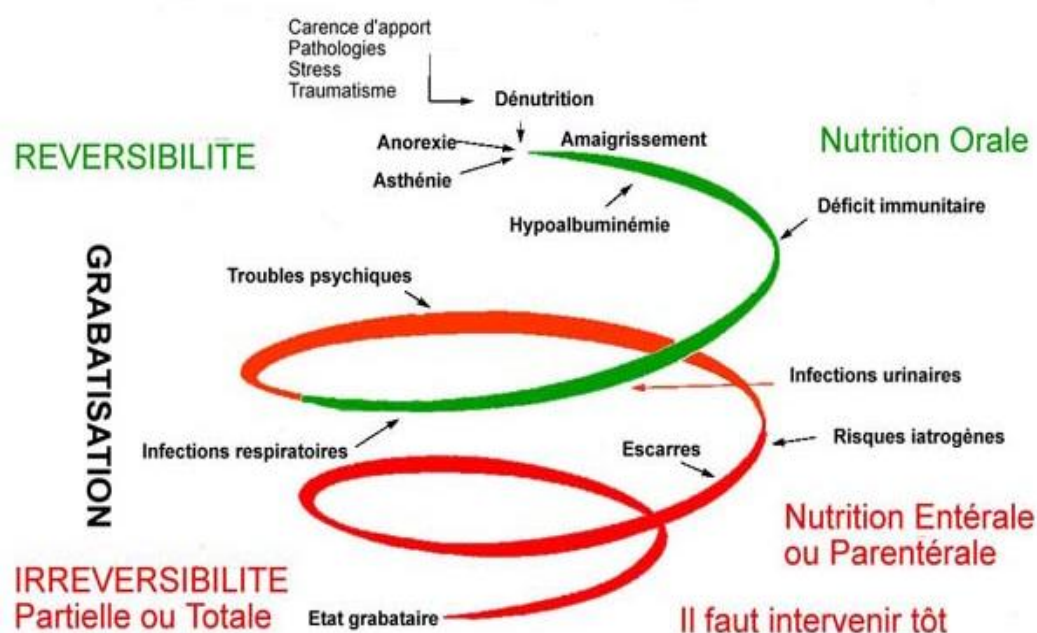
| FICHE ACTION N°11 – Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents THEME 3 – LES ESCARRES | | Echéancier |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Etablir les principes de la prévention et de la prise en charge des escarres au sein de l'EHPAD | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC – Mr LACAZE Guillaume : infirmier Mmes FUENTES Céline, FAYET Dominique - A.S. Mme MARQUE Régine : A.M.P. Mme LASSALLE Valérie - Cuisinière | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel à l'utilisation de l'échelle de Norton (formation en interne) - Sensibiliser les personnels aux transmissions ciblées : cible escarre - Travailler sur un protocole de prévention des escarres - Mise à jour du protocole de soins d'escarres - Validation des protocoles - Présentation et diffusion des protocoles - Prévoir pour le personnel infirmier formation sur plaies et cicatrisation (tous les 3 ans) | <p>Ateliers sur 6 mois</p> <p>Début des ateliers janvier 2016</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une démarche de prévention conforme aux réglementations de bonnes pratiques ; • Tableau de bord : Nombre de personnel par catégorie formées sur la prévention et prise en soin des escarres • Nombre de résidents ayant présentant une escarre (stade 2 minimum) – recensement des escarres acquis en institution et hors institution | Courant 2016 |

Thème 4 : Dénutrition

La dénutrition est un enjeu de santé publique, inscrite dans la loi. La prévention de la dénutrition est l'affaire de tous, et pas seulement de la diététicienne.

Ce phénomène touche entre 4 et 10% des personnes vivant à domicile, entre 15 et 38% de celle vivant en institution et entre 30 et 70% des personnes hospitalisées.

La spirale de la dénutrition que nous trouvons ci-dessous élaborée par le Dr FERRY montre à quel point la surveillance nutritionnelle de la personne âgée peut limiter la survenue de pathologies et de pertes d'autonomie.



La dénutrition est une vulnérabilité qui est déjà prise en charge au sein de l'institution. Elle implique l'ensemble des soignants ainsi que la diététicienne et les cuisiniers.

Le suivi de la dénutrition et sa prévention se fait en collaboration entre le médecin coordonnateur, l'IDE coordonnateur et la diététicienne, son intervention devra être formalisée, afin d'assurer la continuité en cas d'absence de l'infirmier référent.

Le travail en atelier portera sur la dénutrition, mais aussi sur les troubles alimentaires et sur le surpoids. L'alimentation dans le cadre de la fin de vie devra être débattue afin de proposer une offre de soins en adéquation avec les contraintes logistiques et organisationnelles.

La collaboration entre le secteur soins et la cuisine doit être développée et formalisée par des documents de transmissions et de suivi.

L'évaluation de l'état nutritionnel à l'admission du résident est appliquée selon la procédure établie. Le suivi du poids se fait mensuellement pour chaque résident, une balance spécifique pour les personnes ne pouvant se verticaliser est à la disposition des professionnels.

Les résidents dénutris ou à risque de dénutrition font l'objet d'un suivi spécifique et d'une supplémentation adaptée au cas par cas (augmentation de la ration alimentaire, enrichissement de la nourriture, complémentation orale...), mise en place de nutrition entérale.

Comme nous l'avons évoqué la dénutrition c'est l'affaire de tous, un certain nombre d'éléments est à prendre en considération :



L'hygiène bucco-dentaire : une mauvaise dentition peut amener à des risques de dénutrition. L'établissement s'est engagé auprès de l'UFSBD (union française pour la santé bucco dentaire) pour former le personnel soignant et encadrant avec pour objectif de :

- a. Développer les connaissances et le savoir-faire du personnel.
- b. Améliorer et sensibiliser les résidents à l'hygiène bucco-dentaire.
- c. Etablir des protocoles d'hygiène pour chaque résident.

Ces formations doivent débuter fin 2015.

Le village de Luz-Saint-Sauveur ne bénéficie plus de cabinet dentaire de proximité, les soins dentaires doivent se faire à 17 km et nécessitent des déplacements taxis, ou VSL. Pour les personnes lourdement dépendantes, l'hospitalisation est envisagée. Néanmoins, nous avons passé un contrat de partenariat avec une prothésiste dentaire qui intervient sur l'établissement et propose des prestations sur les prothèses amovibles (dentiers..) : réparations, rebasage, nettoyage...



L'aide au repas : Sensibilisation du personnel au positionnement, à la relation avec la personne, aux aides techniques simples (assiettes, couverts, verres, pailles ... adaptés), aux textures modifiées afin :

- a. d'établir une relation de qualité avec la personne ayant des répercussions significatives sur la quantité d'aliments consommés,
- b. de positionner correctement la personne : le confort de la personne au moment du repas est primordial,
- c. d'adapter les textures modifiées selon les besoins de la personne.

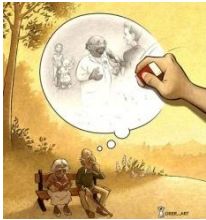
Un partenariat avec un ergothérapeute devra être envisagé pour les personnes présentant des difficultés majeures.



Les troubles de la déglutition : Les troubles de la déglutition exposent au risque de dénutrition. Un accompagnement approprié dans la prise en charge aura pour but de faire retrouver à la personne le plaisir de manger et de boire en assurant une nécessité vitale.

L'orthophoniste avec laquelle nous avons signé un contrat d'intervention, fait un bilan sur prescription médicale des résidents présentant ces troubles, et assure un suivi en cas de besoins.

Une infirmière et une aide soignante de l'institution seront référentes « troubles de la déglutition », une formation étant programmée en septembre et novembre 2015.



Maladie d'Alzheimer : risque majeur de dénutrition

Les différents troubles du comportement subis par la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peuvent entraîner des difficultés pour se nourrir. Ces personnes nécessitent une vigilance particulière.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent parfois des troubles cognitifs et praxiques, qui les empêchent d'utiliser correctement leurs couverts, elles ne sont pas en capacité de rester assises et refusent de s'alimenter.

Un travail sur l'alimentation pouvant être consommé debout, mais également sous formes de bouchées (« finger-food » ou mangé main) permettrait d'apporter des réponses aux risques de dénutrition chez ces patients.

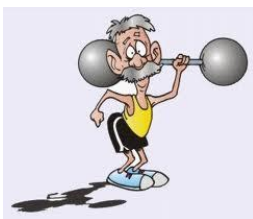
Les cuisiniers se formeront à ces techniques. La diététicienne et le formateur SHERPAS, seront partenaires de cette expérience à mettre en place en 2016 en concertation avec le médecin coordonnateur et l'infirmier référent.



Le refus alimentaire :

Le refus alimentaire est pris en compte dans notre institution. Il est très mal vécu par les soignants et l'entourage, les équipes recherchent systématiquement la cause de ce refus (douleur, dégoût, démence, dépression, fin de vie..) en concertation avec le médecin traitant.

Les lois de mars 2002 et du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) assurent le respect des droits du patient. En respectant le refus, il convient d'orienter les soins vers l'accompagnement de qualité de vie.



L'activité physique

L'établissement favorise l'activité physique, chaque résident est sollicité, le projet d'accompagnement personnalisé sera le reflet des souhaits du résident. Des activités adaptées à l'état de santé devront être mieux ciblées. L'outil MOBIQUAL « nutrition dénutrition » sera un support dans l'amélioration de nos pratiques.

Décision:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| FICHE ACTION N°12– Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents THEME 4 – LA DENUTRITION | Echéancier |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Etablir les principes de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition. | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC – Mr LACAZE Guillaume : infirmier Mmes FUENTES Céline, FAYET Dominique - A.S., Mme MARQUE Régine : A.M.P. Mme LASSALLE Valérie - Cuisinière | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent Mme INDURAIN Sabine – Diététicienne | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - désignation d'un référent nutrition - Appropriation de l'outil MOBIQUAL « nutrition dénutrition» par le référent - Sensibiliser les personnels à l'intérêt du suivi alimentaire et de la courbe de poids - Définir les modalités de prise en charge des résidents dénutris - Travailler sur un protocole d'analyse de la dénutrition - Formaliser un groupe de travail sur l'éthique « alimentation » - Former les personnels au positionnement des résidents - à l'hygiène bucco-dentaire - aux troubles de la déglutition. - Formation des cuisiniers à la présentation des textures modifiées – finger food - Faire un rappel de la loi leonetti | 1^{er} trimestre 2016 Formation 2016-2017 Début des ateliers 04/2016 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord : Nombre de personnels par catégorie formés sur les risques liés à la dénutrition • Nombre de résidents dénutris (grade I-II) et changeant de catégorie au cours de l'année • Pourcentage de dossier patient incluant des protocoles spécifiques de prise en charge de la dénutrition. | |



Thème 5 : Troubles de l'humeur et du comportement

Les troubles du comportement ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par des facteurs : liés à l'environnement, à l'entourage, aux professionnels, ou propres à la personne (somatiques, personnalité) et propres à la maladie.

Les personnes atteintes de déficits cognitifs sont susceptibles de devenir déprimées, anxieuses, apathiques, irritables, colériques, agressives, agitées ou avoir des réactions dites catastrophiques, devant l'échec.

L'évaluation des troubles de l'humeur et du comportement est réalisée par la psychologue de l'établissement, en collaboration avec l'équipe soignante dès l'admission du résident, et réévalués annuellement ou en cas de modification de son humeur.

Une convention avec l'hôpital psychiatrique de Lannemezan a été signée depuis 2002, les patients nécessitant des consultations psychiatriques sont suivis une fois par mois par le médecin psychiatre et une fois par mois par l'infirmier psychiatrique (en alternance).

En collaboration avec les prescripteurs, les prescriptions de neuroleptiques et des autres psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques/hypnotiques) pour les résidents ayant ou non une maladie d'Alzheimer sont réévaluées.

Les études et les projections récentes indiquent que la proportion des résidents (de plus en plus âgés), souffrants de troubles de l'humeur ou du comportement va augmenter de manière importante dans les années à venir.

Les professionnels ont été formés pour leur majorité sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les troubles du comportement (facteurs de risques, symptômes, etc.) et leur prévention nécessitent un accompagnement spécifique, d'aide, de bientraitance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut développer la formation aux techniques de relation au patient, en particulier lors de certaines actions qui peuvent être l'occasion de troubles du comportement : actes de la vie quotidienne intime tels que repas, toilette, habillage. Ces techniques ont pour buts :

- d'augmenter le sentiment d'efficacité ;
- de limiter les risques de détresse, d'épuisement ;
- d'éviter des attitudes qui pourraient être source de stress chez le patient, comme chez le soignant.

La psychologue bénéficiera à court terme d'une formation spécifique en psychogérontologie afin d'améliorer le dépistage, l'évaluation, la prise en soins de ces troubles et l'accompagnement des équipes.

Décision:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| FICHE ACTION N°13– Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents Thème 5 : Troubles de l’humeur et du comportement | Echéancier |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Améliorer la prise en soin | |
| Groupe projet | Mr DE LOS ANGELES – IDEC – Mr LACAZE Guillaume : infirmier Mmes FUENTES Céline, FAYET Dominique - A.S. : Mme MARQUE Régine : A.M.P. Mme LASSALLE Valérie - Cuisinière | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mme DARRODES Lydie - Psychologue Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | Utilisation du programme Mobiquial pour les thématiques suivantes permettant une formation en interne : <ul style="list-style-type: none"> ○ la prise en charge de la dépression du sujet âgé ○ la prise en soins des personnes atteintes par la maladie d’Alzheimer. Inscription de la Psychologue : D.U. en géronto psychiatrie | Formation 2016-2017 Début des ateliers 03/2016 Session 2016 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d’évaluation des troubles de l’humeur et du comportement/NPI (indicateur annuel). • Nombre de prise en charge non pharmacologique en place. • Taux de résidents ayant une prescription de neuroleptiques confirmés. • Tableau de bord : Nombre de personnels par catégorie et par an formé sur la gestion des troubles du comportement. | |



se mobiliser pour garantir aux résidents une meilleure sécurité lors de leur prise en charge



Thème 6 : Risque infectieux

L'évaluation du risque infectieux prend en compte les risques liés à l'organisation et à l'environnement, ainsi que la gestion des soins.

Les cinq ingrédients essentiels de la lutte contre le risque infectieux :

- **La mobilisation de tous et de chacun, dans sa pratique quotidienne.**
- **L'hygiène des mains, une pratique de base, sans laquelle rien n'est possible.**
- **La vaccination, un élément central de la prévention.**
- **Une réactivité immédiate en cas d'épidémie.**
- **Une utilisation pertinente des antibiotiques.**

La maîtrise du risque infectieux au sein de l'établissement est une exigence réglementée permettant d'assurer la sécurité des résidents accueillis. Elle doit faire l'objet de plusieurs groupes de travail, pluri disciplinaire : soignants, cuisiniers, lingères, ASH.

L'objectif des actions spécifiques à mettre en place vise à limiter les risques infectieux en :

- Informant, sensibilisant, formant l'ensemble des personnels sur diverses thématiques en lien avec le risque infectieux en fonction des missions de chacun (vaccination, hygiène, entretien des locaux, gestion des déchets, BMR, gestion d'une crise épidémique, etc.).
- Définissant la politique de surveillance des phénomènes infectieux :
 - identification d'une personne référente en hygiène dans l'établissement (IDEC, IDE, AS),
 - programmer annuellement la prévention des infections liées aux soins (formation, évaluation, surveillance),
 - surveillance des infections à potentiel épidémique (grippe, infection invasive à pneumocoque, conjonctivite virale, gale, BMR, etc.),
 - signalement de certains cas d'infections auprès de l'ARS (maladies à déclaration obligatoire – les cas groupés d'infections respiratoires et de gastro-entérites aiguës, tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population),
 - formaliser le partenariat avec le laboratoire d'analyses médicales, notamment pour le signalement de la présence de BMR.

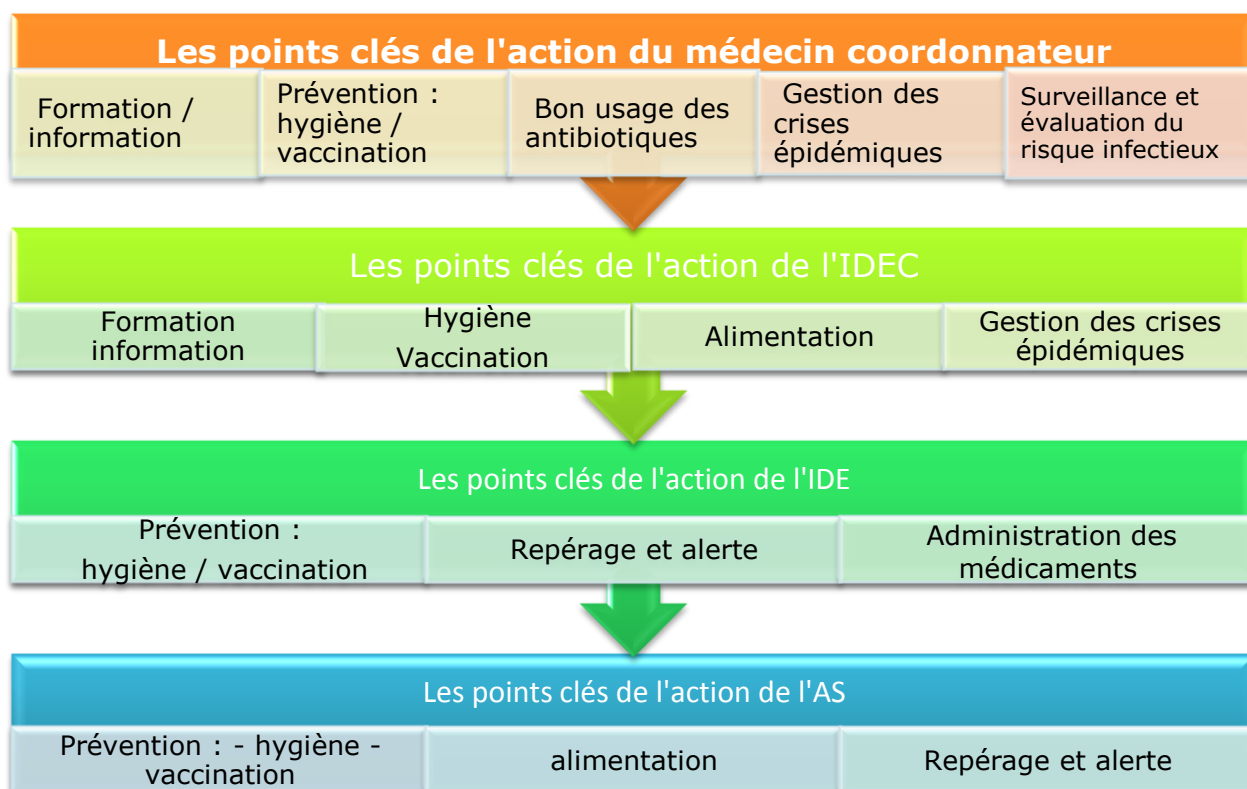
Conformément aux préconisations élaborées dans le cadre de l'évaluation externe, il faudra procéder à l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux à partir du manuel du GREPHH (dans le deuxième semestre 2015). L'outil d'auto-évaluation proposé par le GREPHH a pour objectif d'accompagner les EHPAD dans la prévention des infections associées aux soins.

Cet outil nous permettra de visualiser les points forts et les points faibles de notre organisation et nous aidera dans l'élaboration d'un programme d'action et d'amélioration des pratiques. Cette auto-évaluation servira de fil conducteur durant la période de 2015-2020

Il sera nécessaire de développer un partenariat avec les équipes opérationnelles d'hygiène du Centre Hospitalier de Lourdes et du C.CLIN.

Un projet de convention doit être proposé au CCLIN dont nous dépendons.

L'outil MOBIQUAL sur la prévention des risques infectieux liés aux soins sera un support de formation qui reprend les points clés de l'action des professionnels :



Les protocoles et procédures sur les conduites à tenir concernant :

- la gale,
- les infections à BMR (bactéries multi résistantes),
- les IRA (infections respiratoire aiguë),
- la grippe,
- les cas de gastro-entérite,
- de TIAC (toxi-infection alimentaire)...

Une mise à jour ainsi que le mode de diffusion auprès des professionnels seront travaillés en groupe.

La convention avec l'hôpital de proximité de LOURDES existe, conformément aux directives réglementaires.

Décision:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p>FICHE ACTION N°14– Projet de soins - Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</p> <p>Thème 6 : Risques infectieux</p> | <p>Echéancier</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Améliorer la maîtrise des risques infectieux au sein de l'EHPAD | |
| Groupe projet | Référent Hygiène – IDEC – INFIRMIER – AS – AMP – ASH | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation de la maîtrise des risques infectieux : référentiel GREPHH - Elaboration du DARI : document d'analyse du risque infectieux - Utilisation de l'outil MOBIQUAL : prévention et maîtrise des risques infectieux, support de formation interne pour le personnel. - Evaluation des protocoles et procédures existants ; validation du mode de diffusion | <p>4^{ème} trimestre 2015</p> <p>1^{er} trimestre 2016-</p> <p>Session 2016</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Production du DARI (Dossier d'Analyse des Risques Infectieux) • Synthèse du manuel d'auto-évaluation : GREPHH (Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière). Evaluation chaque année. • Taux de vaccination (anti pneumococciques chez les résidents et vaccination anti grippale chez les résidents et le personnel) | ° |



Améliorer le bien-être des résidents, optimiser la continuité des soins en EHPAD, réaliser des économies en diminuant les hospitalisations évitables, les objectifs de ce thème sont multiples.

Thème 7 : Continuité des soins

La continuité des soins est déjà un objectif prioritaire de l'établissement. Il sera nécessaire pour le nouveau projet de soins de poursuivre dans cette voie et de formaliser les actions menées. La continuité des soins est abordée à différents niveaux :

Assurer l'accompagnement médical entre le domicile et l'EHPAD :

Etablir un partenariat entre les intervenants à domicile : ADMR, Pyrène Plus, infirmiers libéraux.

Optimiser le partenariat et l'intervention du médecin traitant au sein de l'EHPAD :

Repérage des besoins en amont : la création par le médecin traitant du plan personnalisé de santé (PPS) document qui a pour objectif d'aider les professionnels à organiser la prise en charge de la personne âgée (à domicile), est un outil encore peu utilisé dans l'accueil du résident en EHPAD. Notre objectif est d'intégrer le PPS dans la coordination des soins de l'EHPAD avec le médecin traitant, car ce document prend en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : médicale, psychologique et sociale.

Quatre médecins traitants interviennent dans l'établissement, ils ont tous été signataires du contrat d'intervention conformément au décret de décembre 2010.

Les commissions de coordination qui ont lieu deux fois par an, sont sources d'échanges permettant d'évoluer dans nos pratiques.

Améliorer l'intervention des équipes mobiles :

Equipes Mobiles : de Gériatrie - HAD, hospitalisation à domicile - Soins Palliatifs :

Des conventions de partenariat ont été signées avec ces trois équipes mobiles. Les interventions sont parfois difficiles à obtenir, un rapprochement du médecin traitant et du médecin coordonnateur de ces unités doit être mieux formalisé.

Anticiper la gestion des situations d'urgences médicales : voir la procédure.

Développer les liens avec l'hôpital en cas d'hospitalisation du résident :

- ✚ Rencontre avec les personnes ressources.
- ✚ Admission et retour.
- ✚ Compte rendu d'hospitalisation.

Développer la télémédecine : En test dès 2005 dans l'établissement, en partenariat avec l'hôpital PURPAN, avec la collaboration du Professeur LARENS et le Docteur RUMEAU, la télémédecine mériterait d'être développée dans notre vallée.

Décision:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ACTION N°15 – Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents Thème 7 : Continuité des soins | Echéancier |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Optimiser la continuité des soins au sein de l'EHPAD | |
| Groupe projet | Référent Médecin coordonnateur – Infirmier référent | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec les acteurs du domicile - Prévoir une commission de coordination gérontologie sur ce thème - Évaluer avec les médecins traitants : les besoins recensés, les difficultés rencontrées. Préparer un questionnaire. - Rencontre avec la coordinatrice PAERPA et le CLIC | 4^{ème} trimestre 2016- Courant 2016 Courant 2016 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Compte rendu de commission. • Suivi des hospitalisations selon les critères de l'ARS. • Tableau de bord concernant les interventions des équipes mobiles. • Conventions réalisées. • Nombre de résidents admis directement à partir d'un Centre Hospitalier ou d'un SSR. • Nombre de résidents transférés vers une UHR ou une UCC. • Taux d'hospitalisation avec passage aux urgences. | ° |

Thème 8 : Circuit du médicament

Le circuit du médicament en EHPAD est un processus complexe impliquant de multiples acteurs, opérant en des lieux différents : EHPAD, Officine,

On évoque classiquement trois étapes :

- Prescription,
- préparation
- dispensation et administration des médicaments.

La démarche de sécurisation du circuit du médicament vise à la bonne administration du médicament selon le fil conducteur dit des 5 B : « **Le Bon médicament, à la Bonne dose, par la Bonne voie d'administration, au Bon moment et au Bon patient** ».

La prescription est la première étape du circuit du médicament ; elle en est aussi la plus décisive. Elle est du ressort du médecin traitant. La préparation se fait jusqu'à présent au sein de l'institution par un infirmier détaché, par roulement deux fois par semaine, à cette tâche. L'objectif est de signer une convention de partenariat avec le pharmacien pour qu'il soit préparateur des piluliers.

Le système utilisé OREUS PILLULIERS permet : une préparation informatisée des piluliers par résident, un stockage simple, et un contrôle de la distribution. Le système n'est pas utilisé dans ces possibilités maximales, il conviendra de refaire une formation avec OREUS.

Le droit des résidents par rapport aux médicaments : les résidents ont le libre choix de leur prescripteur et de leur pharmacien. Les personnes autonomes gèrent seules leurs médicaments.

Dans la grande majorité des cas, l'établissement gère les médicaments pour les résidents du fait de leur dépendance (motrice, sensorielle ou cognitive), toutefois, quand elle est possible, la gestion directe totale ou partielle de ses médicaments par le résident autonome doit être encouragée pour le maintien de l'autonomie. Laisser le choix au résident participe à la bientraitance. Il s'agira alors d'organiser, de sécuriser au mieux le stockage de ses médicaments et de veiller à la bonne observance du traitement. Une relation de confiance avec la famille quand elle est présente, permettra d'aborder avec elle et le résident la question de l'automédication qui peut créer des interactions avec le traitement habituel.

Le circuit du médicament est un axe prioritaire dans le projet de soins. Il devra intégrer les nouvelles contraintes réglementaires (convention) et la pharmacovigilance par l'intermédiaire d'un circuit clairement identifié.

Il sera nécessaire de favoriser la révision des prescriptions médicamenteuses et de mettre en place la liste préférentielle des médicaments.

La prescription des benzodiazépines devra être améliorée, et réévaluée régulièrement en équipe pluridisciplinaire.

Décision:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| FICHE ACTION N°16 – Projet de soins Axe II - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents Thème 8 : Circuit du médicament | Echéancier |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Sécuriser le circuit du médicament | |
| Groupe projet | Référent Médecin coordonnateur – Infirmier référent | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Auto-évaluation sur la sécurisation du circuit du médicament (référence auto-évaluation ARS Rhône-Alpes) • Revoir les protocoles et procédures du circuit du médicament • Validation de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement au sein de l’EHPAD mise en place par le médecin coordonnateur et le pharmacien en concertation avec les médecins traitants. • Convention avec le pharmacien d’officine – validation du titre de pharmacien référent • Formation complémentaire OREUS | <p>4ème trimestre 2015</p> <p>Dès janvier 2016 1^{ère} réunion commission gérontologie</p> <p>Décembre 2015</p> <p>Courant 2016</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Protocoles et procédures. • Présence de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement. • Taux de résidents ayant une prescription de benzodiazépines. • Score de risque en gériatrie (iatrogénie médicamenteuse). • Suivi du nombre de non-conformité. • Suivi réglementaire de certaines molécules. • Suivi des déclarations de pharmacovigilance. | |

5.3. AXE III – Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement en situation de dépendance



Thème 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes en perte d'autonomie

Le principal objectif de la prise en charge en gériatrie est le maintien de l'autonomie.

Maintien des capacités de déplacement : En prévention primaire, la stimulation motrice consiste à proposer des activités physiques mettant en jeu la marche et l'équilibre pour réduire le nombre de chutes. L'EHPAD propose deux fois par semaine des activités physiques et de renforcement musculaire dispensées par un éducateur sportif spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées fragiles, diplômé depuis 2005. **Le financement de sa prestation sera soumis aux autorités de tarification pour l'exercice 2016**

Capacités de déplacement diminuées : La prévention secondaire s'adresse aux individus dont les capacités d'équilibre sont déjà diminuées, lorsqu'il y a eu chute avec ou sans conséquence. L'objectif est de refaire marcher le patient le plus vite possible pour que la personne reprenne confiance en elle et afin d'éviter la fonte musculaire, une prescription de kinésithérapie sera alors nécessaire. Les exercices viseront à réassurer la personne, en lui proposant des exercices à sa portée puis en augmentant progressivement les exigences, tout en lui montrant ses limites afin qu'elle ne prenne pas de risque. Il faudra veiller à ce que l'environnement soit adapté à la personne. L'adaptation de matériel d'aide à la marche ou de maintien sera peut être à envisager, l'intervention d'un psychomotricien et ou ergothérapeute sur prescription devra être soumise à l'appréciation du médecin traitant. Le suivi et la traçabilité des interventions fera l'objet de traçabilité sur informatique dans le dossier de soins.

Pertes de la motricité manuelle ou et de la coordination des mouvements : On laissera à la personne le soin de réaliser tout ce qu'elle est encore capable de faire seule sans danger. On peut l'encourager, l'inciter à faire et surtout lui laisser le temps de faire par elle-même. L'aide d'un psychomotricien ou d'un kinésithérapeute sera sollicitée en cas de besoins.

Les caractéristiques de la population accueillie, les particularités ainsi que les contraintes des prises en charge nécessitent de plus en plus de professionnalisme. Comme nous l'avons évoqué précédemment le projet d'accompagnement personnalisé et le projet de soins sont les supports de la prise en soin du résident.

Recueil des capacités du résident : la grille AGGIR retenue par le groupe de travail permet d'identifier les capacités du résident. Le recueil d'information à partir de cet outil

permettra d'élaborer un plan de soin « type », disponible dès l'entrée du résident et affinés quelques jours après son admission.

Les transmissions seront à développer dans l'observation au quotidien de l'état général et plus globalement, toute observation devant induire un ajustement des pratiques.

Il convient donc :

- ✱ d'organiser périodiquement des réunions de travail guidées par une réflexion éthique intégrant les risques de maltraitance,
- ✱ d'organiser les modalités d'un travail en équipe qui prennent en compte en particulier les événements inhabituels et les situations complexes,
- ✱ d'identifier la nécessité de mettre en place des groupes de paroles ou d'analyse des pratiques,
- ✱ de conduire la rédaction de protocoles et mieux diffuser les protocoles internes existants,
- ✱ de favoriser l'analyse et l'adaptation des pratiques en accueillant ponctuellement des compétences spécifiques en fonction des problématiques rencontrées (orthophonique, ergothérapeute, psychomotricien, équipe mobile de gériatrie),
- ✱ de créer une fiche d'évaluation : « sur ce que le résident est capable de faire »,
- ✱ définir des groupes de résidents homogènes dans la prise en soin : autonome, aide partielle, aide totale ; permettant d'établir des projets de soins type opérationnel dès l'arrivée du résident,
- ✱ Former les professionnels à l'utilisation des aides techniques,
- ✱ Former les professionnels au transfert.

Mener une réflexion en groupe de travail :

- sur la place des actes de la vie quotidienne dans le sentiment de bien être et d'intimité de la personne âgée,
- sur l'importance des sorties à l'extérieur,
- sur les contraintes imposées par la gestion des actes de la vie quotidienne pour les résidents, les soignants, l'institution.
- sur l'impact d'une absence de respect des habitudes de vie pour le résident.

L'objectif étant d'accompagner les salariés dans une démarche d'amélioration de la gestion de la vie quotidienne des résidents en intégrant les contraintes institutionnelles.



Décision:

| FICHE ACTION N°17 – Projet de soins Axe III – Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement en situation de handicap Thème 1 : Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes en perte d'autonomie | | Echéancier |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Concourir au maintien de l'autonomie | |
| Groupe projet | Médecin coordonnateur – Infirmier référent A.S. : Dominique FAYET Mmes BOURDA Christelle – MARQUE Régine – VIGNES AMP : Mmes BOURDA Christelle – MARQUE Régine – VIGNES Christelle Agent d'accompagnement : COUMET Josy – SARTHE Séverine | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Définir un outil d'évaluation des capacités pour les actes de la vie quotidienne • Présenter et former les équipes à l'utilisation de ce document • Travailler sur l'organisation : temps d'aide à la marche • Assurer les cessions de gymnastique adaptée : AMP titulaire du diplôme universitaire • Repérer les aides techniques possibles • Mettre en place sur le dossier de soins informatisé la traçabilité des intervenants extérieurs (kinésithérapeute, éducateur sportif...) • Former le personnel sur cette thématique : aide au transfert, utilisation du matériel adapté, accompagnement à la marche | Début 2016 1er trimestre 2016 Travail en réunion de commission gérontologie Décembre 2015 et Courant 2016 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi trimestriel du « tableau des modes de déplacement des résidents » : évaluation du nombre de résidents changeant de catégorie - marche→marche avec canne→marche avec déambulateur→fauteuil roulant (avec indication de la capacité à se déplacer seul et sans aide extérieur - de manière constante, de manière adaptée, sans se mettre en danger ...). • Tableau de présence des participants aux séances d'activités physiques. • Tableau de bord des activités adaptées mises en place durant l'année hors séances hebdomadaires. • Entre 2 évaluations AGGIR : nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé. | |

Thème 2 : Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale

Les objectifs des toilettes

- 1) L'hygiène
- 2) La communication verbale
- 3) La communication non verbale
- 4) La réhabilitation
- 5) La prévention des dégradations
 - Escarres
 - Plis
 - Rétractions
 - Syndrome d'immobilisme
- 6) Confort du patient
- 7) Confort du soignant
- 8) Aspect économique
- 9) Evaluation



L'aide à la toilette d'une personne âgée dépendante n'est pas un simple acte d'hygiène

C'est un acte qui fait entrer la relation aidant-aidé dans la sphère de l'intime. Une attitude et des gestes respectant la pudeur du résident sont indispensables.



La toilette, moment privilégié pour la relation d'aide et temps thérapeutique, est aussi un moment sensible pour le déclenchement de troubles psychologiques et comportementaux. La toilette doit être abordée comme un soin et un temps privilégié dans la relation avec le patient. Ce thème particulièrement sensible, a fait l'objet de publication de l'ANESM dans le respect de la personne et du cadre de vie.

Les travaux effectués ces dix dernières années ont permis de proposer des chambres individuelles, toutes équipées de sanitaires aux normes handicapées et de douche au sol permettant un accompagnement respectant l'intimité de la personne et toujours dans cette même volonté de leur permettre de conserver toute l'autonomie possible.

S'il appartient au soignant de préserver l'autonomie fonctionnelle du résident dans les actes de la vie quotidienne pour la toilette, l'habillement..., l'organisation doit essayer de laisser le temps au patient, permettant à la fois de ne pas faire à la place de la personne mais d'accompagner son geste tant que cela reste possible dans le respect de ses choix et de son intimité.

L'incontinence lorsqu'elle apparaît sera évaluée médicalement, si aucune solution n'a été trouvée, l'utilisation de protection s'imposera avec comme objectif de préserver l'autonomie de la personne en s'assurant qu'elle soit présentée aux toilettes régulièrement. Souvent imposée par nécessité, la question des protections avec la personne et éventuellement ses proches doit être abordée, et ce de façon anticipée pour éviter toute action pouvant être perçue comme maltraitante.

Les professionnels ont été formés à la "Philosophie de l'humanité" basée sur les concepts de *Bienveillance*, de *Règles de l'Art* dans le soin. Cette formation devra être dispensée aux nouveaux salariés dans les deux ans à venir.

Les différents types d'accompagnement à la toilette doivent être formalisés sous forme de protocole : Toilette au lavabo - Toilette mixte : lit/lavabo - Toilette au lit - Douche, selon les aides requises sans aide, aide partielle, aide totale.

Toilette évaluative : créer une fiche de toilette évaluative.

L'infirmier évaluera en collaboration avec le soignant les capacités d'une personne au cours du soin, la fiche permettra d'accompagner les soignants dans une prise en charge uniforme et adaptée pour l'accomplissement de la toilette.

Décision:

| FICHE ACTION N°18 – Projet de soins Axe III – Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement en situation de handicap Thème 2 : Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale | | Echéancier |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Définir le processus de maintien des capacités à la toilette Favoriser l'autonomie pour la toilette Apporter des soins corporels de qualité dans le respect de l'intimité et de la pudeur | |
| Groupe projet | Médecin coordonnateur – Infirmier référent A.S. : Dominique FAYET Mmes BOURDA Christelle – MARQUE Régine – VIGNES AMP : Mmes BOURDA Christelle – MARQUE Régine – VIGNES Christelle Agent d'accompagnement : COUMET Josy – SARTHE Séverine | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Toilette évaluative : créer une fiche de toilette évaluative • Mener une réflexion sur l'outil permettant d'évaluer les capacités pour les actes de la vie quotidienne • Suivi des évolutions praxies gestuelles des résidents • Travailler sur l'organisation : temps de toilette • Protocole : établir les protocoles en fonction des caractéristiques de prise en charge de la toilette • Définir des plans de soins type en lien avec les protocoles • Formation HUMANITUDE • Formation sur les transferts et aide à l'installation | Début 2016 1er trimestre 2016 Etablir un calendrier Courant 2016 : en lien avec les toilettes évaluatives Plan de formation 2016 |
| Indicateurs | Nombre de résidents dont l'item toilette s'est aggravé depuis leur arrivée Nombre de personnels formés et caractéristiques de la formation Nombre de toilettes évaluatives pratiqués | |

5.4. AXE IV – La personnalisation de l’accompagnement

Le projet de soins personnalisés

La prise en compte des besoins de la personne accueillie a évolué au fil du temps : la prise en considération des droits de la personne accueillie, en institution, a laissé place à l’individualisation de la prise en charge, et la personnalisation de l’accompagnement en institution.

Le projet de soins personnalisé est une pièce majeure du projet d’accompagnement personnalisé.

LA DEMARCHE GLOBALE DU PROJET DE SOINS PERSONNALISEE

Objectif de la démarche : le projet personnalisé est une application des valeurs et des pratiques énoncées par le projet d’établissement et le projet de soins, il doit permettre d’adapter les services proposés au plus près des besoins et attentes des patients ou résidents, des familles et des prescripteurs.

En règle générale, le plan de soin personnalisé (qui recouvre l’ensemble des actes de soins réalisés sur un temps donné) est élaboré par l’infirmier coordonnateur (IDEC) en lien avec le médecin coordonnateur.

Initié avant l’entrée dans l’institution au vue des éléments transmis par le médecin traitant du futur résident, sa famille et lui même pendant la phase de pré admission, il est en partie élaboré lors des transmissions entre soignants auxquelles l’IDEC assiste.

De même que pour le projet d’accompagnement personnalisé, le rôle de l’IDEC est majeur dans l’élaboration du projet de soins personnalisé. Représentant l’ensemble des personnels paramédicaux, il garde un rôle stratégique majeur. La collaboration du médecin coordonnateur et de l’IDEC est un atout majeur pour la réalisation d’un projet de soins personnalisé. Le projet de soins personnalisé s’inscrit dans le dossier informatisé du résident, les soins sont signés par les professionnels sur tablette, ce qui permet un suivi et une traçabilité de la prise en soin du résident.

Le résident et son entourage doivent être partie prenante du projet de soins. La personnalisation du projet de soins doit être un objectif constant de la part de tous les professionnels intervenant auprès du résident. Il doit tenir compte de ses besoins mais aussi des avis que lui ou son entourage peuvent émettre tout au long du séjour. Les changements sociologiques qui se présentent vont confronter les équipes à de nouvelles attentes, de nouvelles exigences mais aussi des refus en particulier lors de prise en charge médicale en phase aigüe (refus de soins, refus d’hospitalisation, refus d’acharnement thérapeutique...).

OBJECTIFS :

- Évaluer les potentialités et les ressources du résident dans le cadre d’une évaluation multidimensionnelle,
- Réévaluer systématiquement, en cas d’évolution positive ou négative, la pertinence du plan de soins,
- Impliquer le résident dans l’évaluation de sa santé tout au long de son séjour,
- Impliquer le résident et ses proches dans les réponses proposées,
- Poser clairement les responsabilités de chacun dans les risques que veut prendre le résident,
- Analyser et accompagner les situations de refus de soins.

Décision:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| FICHE ACTION N°19 – Projet de soins 5.4 - La personnalisation de l'accompagnement - Le projet de soins personnalisé | Echéancier |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs | Personnalisation de l'accompagnement dans le soin : implication du résident et de son entourage Uniformisation des pratiques dans le soin auprès du résident. | |
| Groupe projet | Médecin coordonnateur – Infirmier référent Infirmier : LACAZE Guillaume A.S. : BORDEROLLE Jacky AMP : LACOSTE Julie Agent d'accompagnement : MONTIER Cendrine | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir la procédure d'élaboration du plan de soin en tenant compte de sa révision • Informer le résident de la démarche de soins ainsi que sa famille : établir une procédure d'information en groupe de travail • Elaborer un questionnaire reprenant les items de la démarche de soins • Constituer un groupe éthique sur le refus de soins • Formation sur la démarche de soins en EHPAD | Janvier 2016 Courant de 2016 2016 - 2017 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ou de représentant légal ayant donné leur avis sur le projet de soins personnalisés • Taux de résidents ou de représentants légaux satisfaits de la qualité des soins. | |

5.5. Axe V - L'accompagnement de fin de vie



Droit des malades en fin de vie, que dit la loi

Votée le 22 AVRIL 2005, la loi Léonetti précise les droits des patients et organise les pratiques à mettre en œuvre quand la question de la fin de vie de pose.

Quels sont les points fondamentaux de la loi Léonetti ?

1. La loi interdit de donner délibérément la mort à autrui.
2. Elle énonce l'interdiction de l'obstination déraisonnable (L. 1110-5 CSP alinéa 2). Est considérée comme déraisonnable l'administration d'actes « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.* »
3. Le respect de la volonté des patients : l'appréciation du caractère « *déraisonnable* » est le fait du patient s'il est en état d'exprimer sa volonté. Sinon, c'est le médecin qui prend la décision, après avoir recherché quelle pouvait être la volonté du patient (existence de directives anticipées, consultation de la personne de confiance, de la famille), et avoir respecté une procédure collégiale.
4. La préservation de la dignité des patients et l'obligation de leur dispenser des soins palliatifs : lorsque des traitements considérés comme de l'obstination déraisonnable sont arrêtés ou limités, la loi fait obligation au médecin de soulager la douleur, de respecter la dignité du patient et d'accompagner ses proches.
5. La protection des différents acteurs est assurée par la traçabilité des procédures suivies.

L'accompagnement de fin de vie est une démarche engagée par l'établissement depuis 2005 et confortée par :

- Une convention avec le réseau de soins palliatifs ARCADE : l'équipe mobile intervient régulièrement au sein de l'institution, pour les cas de fin de vie difficile.
- Une convention avec l'HAD de l'hôpital de Lourdes (hospitalisation à domicile) a été signée en début d'année 2015 : nous n'avons pas pour cet exercice fait appel aux services de l'équipe mobile, l'utilisation du dispositif en cas de besoin permet un renforcement important en termes de soins infirmiers avec un accès facilité au matériel médical et paramédical.
- L'astreinte infirmier(e) la nuit : La possibilité de faire appel, directement ou par téléphone, à un(e) infirmier(e) la nuit est décisive pour la prise en charge des personnes âgées en fin de vie.
- La formation aux soins palliatifs : 1 infirmier diplômé en soins palliatifs (D.U. obtenu en 2014)- référent soins palliatifs dans l'institution.
- La mise en place des formations sur l'accompagnement de fin de vie pour les infirmier(e)s, et soignants.

- L'accueil des familles : lorsqu'un résident est en fin de vie, l'EHPAD offre la possibilité d'accueillir la famille de jour comme de nuit auprès de son parent.

L'accès aux soins palliatifs est un élément important de l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées en EHPAD: il s'agit d'ailleurs de l'une des priorités affichées du *Programme National de Développement des Soins Palliatifs 2008-2012*.

L'accompagnement en fin de la vie ne doit pas se résumer aux soins appliqués au moment de l'approche du décès. Il sera nécessaire de travailler sur plusieurs points dès l'admission du résident tout en respectant son cheminement, ses valeurs, ses croyances, sa personnalité et ses désirs. Il sera nécessaire d'intégrer l'entourage dans cette étape ultime de l'accompagnement du résident.

Afin de promouvoir et améliorer la qualité des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées, l'outil MOBQUAL « les soins palliatifs en EHPAD » en sera le support du programme de formation interne dispensé par l'infirmier référent « soins palliatifs et le médecin coordonnateur.

Un travail de fond est réalisé sur les thèmes suivants :

Résident

- Aborder avec le résident, si possible, le sujet de son décès (directives anticipées) afin de respecter la volonté du résident en fin de vie.
- Penser l'approche de la fin de vie de manière pluri disciplinaire.
- Travailler en collaboration avec les équipes mobiles et les bénévoles.
- Travailler sur l'organisation jour/nuit à mettre en place autour du résident en fin de vie.
- Mettre en place des réunions éthiques si nécessaire.

Entourage

- Proposer aux familles une réflexion autour de la fin de vie de leur proche et de la place qu'ils souhaiteraient occuper dans son accompagnement.
- Informer l'entourage sur la prise en soins, l'évolution et les alternatives possibles (hospitalisation, intervention des soins palliatifs...).
- Assurer la logistique (lit accompagnant, salon privatif pour les repas...).
- Proposer un accompagnement spirituel et contacter les représentants du culte si besoin.

Equipes

- Inclure dans le projet d'établissement les soins palliatifs en définissant les possibilités, les limites et les modalités de coopération avec les structures ressources du territoire.
- Poursuivre le plan de formation sur les soins palliatifs, l'accompagnement en fin de vie, la gestion du stress professionnel, la relaxation...
- Organiser des analyses des pratiques sur l'accompagnement en fin de vie.
 - Organiser le soutien des professionnels après le décès des résidents.



Décision:

| FICHE ACTION N°20 – Projet de soins | | Echéancier |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'accompagnement de fin de vie | | |
| Objectif | Etablir les principes de la prise en soins de la fin de vie en sein de l'EHPAD. | |
| Groupe projet | Médecin coordonnateur – Infirmier référent - Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent Infirmiers : LACAZE Guillaume - référent soins palliatifs – Cazaux Véronique A.S. : RITEAU Dominique – FAYET Dominique – FUENTES Céline A.S. (nuit) : LEFEBVRE Didier - AMP (nuit) : CASTAY Monique Agent d'accompagnement : SARTHE Séverine Agent d'accompagnement et ASH de nuit : PAILHE Nadine – BASSAUD Stéphanie | |
| Sous la responsabilité de | Mme FINALDI Patricia – Médecin Coordonnateur INFIRMIERS : Mr DE LOS ANGELES – Infirmier référent Mr LACAZE Guillaume référent soins palliatifs | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions d'éthique pluridisciplinaire sur le thème spécifique des soins palliatifs (médecin traitant – médecin coordonnateur – équipes soignante) Sensibiliser les personnels aux transmissions ciblées, en particulier cible soins palliatifs Définir les modalités d'intervention des professionnels extérieurs : kiné, équipes mobiles, bénévoles Mettre en place des techniques de prise en soins non médicamenteuses : réflexologie plantaire, effleurage, relaxation... Intégrer la dimension spirituelle dans la prise en soins de la fin de vie Mettre à jour et rédiger les procédures et protocoles | <p style="color: green;">Courant de 2016</p> <p style="color: green;">2016 - 2017</p> |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnels formés sur la prise en charge des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie par catégorie et par an Nombre de protocole sur les symptômes d'inconfort Taux de prescriptions anticipées nominatives effectuées par un médecin traitant pouvant s'appuyer sur les protocoles de l'établissement. Nombre de résidents inclus dans le réseau de soins palliatifs Nombre annuel de jours d'astreinte Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie | |



Des qualités humaines sont nécessaires aux personnels accompagnants les personnes âgées hébergées, à savoir :

***le respect,
la patience,
la bonne humeur,
la confiance,
la responsabilité,
l'écoute.***



6. Mise en adéquation des besoins et des ressources : LE PROJET SOCIAL –

Ce projet institutionnel est élaboré avec la participation de l'ensemble du personnel. Sa mise en œuvre et son succès reposent sur l'implication de tous à chaque phase de la mise en place des objectifs fixés. Co écrit avec l'adjoint de direction, le projet social repose sur un constat, des besoins, des objectifs.

Si la motivation et l'engagement de chacun jouent un rôle important, on ne peut se limiter à cette attente. Le projet social est donc l'outil de management qui permettra de gérer les besoins et les ressources humaines de l'établissement.

Cette gestion passe par :

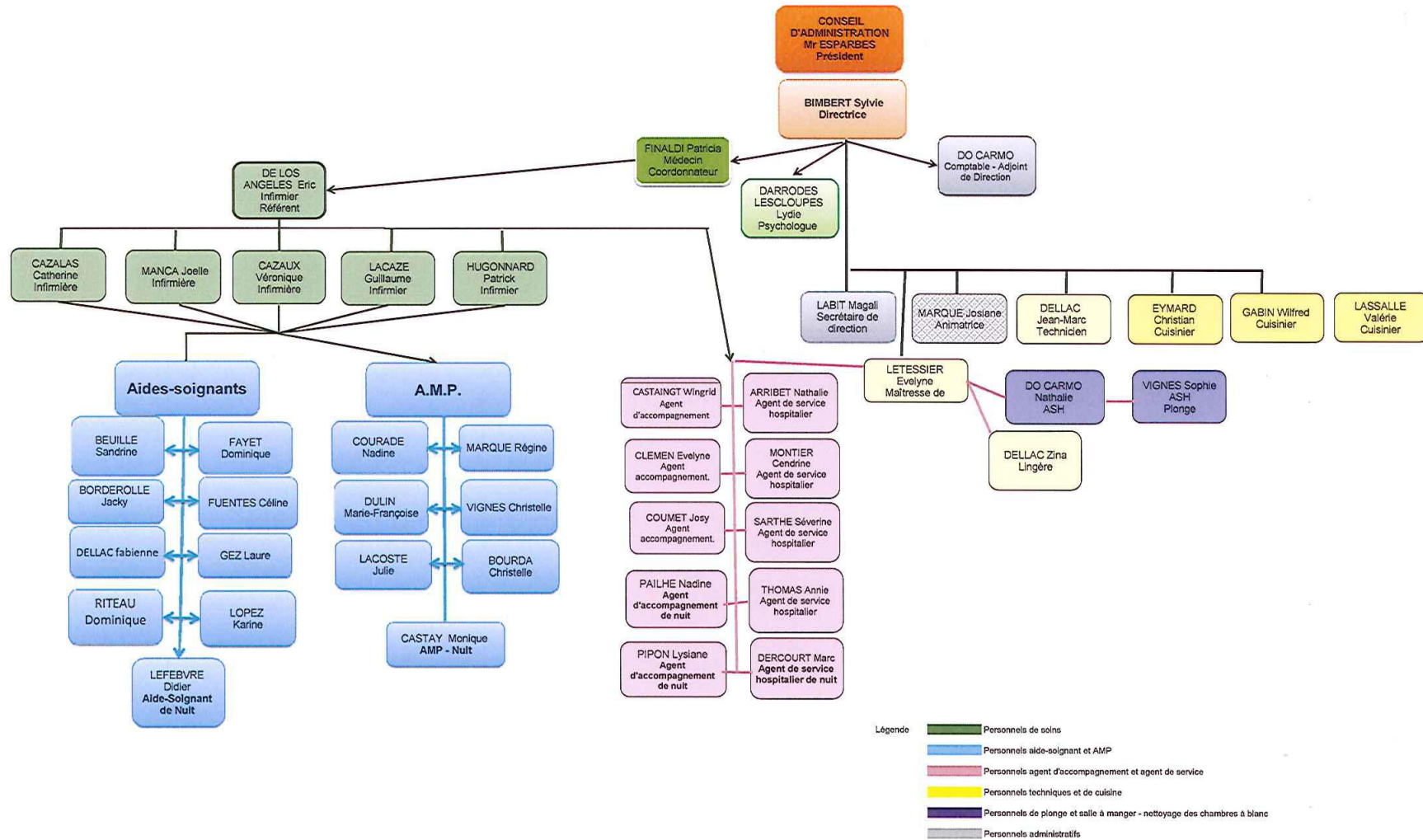
- L'adaptation des effectifs à la charge de travail
- L'adaptation des qualifications aux modes de prises en charge
- La participation des personnels à la réflexion sur les pratiques et sur les objectifs et leur évaluation
- L'adaptation de l'organisation du travail
- L'adaptation de l'outil de travail
- Le soutien psychologique du personnel

6.1 Ressources humaines

Le Conseil d'administration, organe délibérant, définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les comptes administratifs, le règlement de fonctionnement, les orientations sur les projets de construction et de restructuration, les investissements. Il acte les décisions à partir des éléments présentés par la direction pour mener des projets et développer des actions au profit des usagers et des équipes de professionnels qui les accompagnent au quotidien.

Ouvert 24h/24h et 365j/365j, notre établissement est doté d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels ayant diverses formations. Les besoins croissants des résidents, l'évolution des pathologies, les obligations règlementaires de plus en plus nombreuses et complexes, sont autant de paramètres qui influencent aujourd'hui le management des ressources humaines. La gestion des embauches (nombreux métiers règlementés avec un diplôme d'état), le suivi des carrières (obligation de formations) mais aussi et surtout les actions de prévention des risques professionnels et psychosociaux aujourd'hui au cœur des politiques de management.

ORGANIGRAMME RAMONDIAS





6.1.1. Rôles et missions de chacun

Chacun à une mission bien précise au sein de l'EHPAD :

ADMINISTRATION

Directrice

1 – (1 ETP)

Missions :

- chargée de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du projet d'établissement.
- Assure la gestion administrative, technique et financière dans les domaines suivants :
 - **ressources humaines** : recrutement - plannings - encadrement des équipes et management – évaluation et entretien annuel – discipline - formation continue - projet social - gestion des carrières – relation et organisation des réunions avec les représentants du personnel
 - **gestion financière** : budget prévisionnel, compte administratif et bilan financier – gestion des emprunts – suivi des amortissements - rapport d'activité - suivi des réformes - gestion économique : travaux : élaboration un plan de financement – gestion des achats – négociation –
 - **Autorité de tarification** : interlocuteur des autorités de tarification
 - **organisation de réunion et commissions**: conseil de la vie sociale – commission menu – commission animation
 - **conduite de projets** : projet architectural - projet social - suivi du projet de vie et du projet de soins – extension d'activité - maîtrise des différentes réglementations applicables (HACCP, sécurité incendie, démarche qualité)
 - **représentation de l'établissement à l'extérieur** - relations avec les résidents, les usagers, les partenaires extérieurs, et organisation de l'animation.
 - astreintes
- Aspects humains de l'établissement :
 - valide les admissions des résidents
 - veille au confort et à la sécurité des résidents.
 - gère les relations avec les familles... et intervenants extérieurs

Responsabilités :

Selon l'article L4121-1 du Code du Travail :

Doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de tous les travailleurs de son établissement.

Il est tenu également de prévenir et d'agir contre la maltraitance conformément à l'article 121-2 du Code pénal et de mettre en œuvre tous les moyens dont il

dispose pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents eux-mêmes dans la limite de l'exercice de leur liberté.

La directrice représente l'employeur (Œuvre notre Dame de l'Espérance) dans le cadre des attributions et conditions définies dans la délégation de pouvoir. Elle assume alors la responsabilité des décisions prises dans les domaines visés et celles découlant de tout défaut de respect de la réglementation.

Le Comptable – Adjoint de Direction **1 – (1 ETP)**

Missions :

- Assurer l'instruction administrative ou financière des affaires qui lui sont confiées (encaissement, facturation, élaboration du compte d'emploi/ bilan/budget prévisionnel, gestion de l'aide sociale, gestion des contrats/paies/arrêts maladie/charges sociales) et préparer lorsqu'il y a lieu les décisions qui en découlent.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Référent : en santé et sécurité au travail.

La Secrétaire administrative **1 – (1 ETP)**

Missions :

- Assurer l'instruction administrative des affaires qui lui sont confiées (accueil physique et téléphonique, secrétariat, veille juridique, classement et archivage, tenue de tableaux de bord, constitution des dossiers résidents, honoraires et fiche de soins, relation avec résidents, familles, tutelles) et préparer lorsqu'il y a lieu les décisions qui en découlent.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.

Soin et Accompagnement sanitaire et social

Le médecin coordonnateur: **1 – (0.40 ETP)**

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Elaborer avec le concours de l'équipe soignante, le projet de soins dont il coordonne et évalue par la suite la mise en œuvre.
- Participer à la constitution et à la mise en place du projet de vie.
- Organiser les soins et leur suivi.
- Mettre en œuvre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures contre l'infection et la contagion.
- Coordonner l'action des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.
- Développer et entretenir les relations extérieures avec le secteur médico-social privé et public.

Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (décret N° 2011-1047 du 2 septembre 2011, article D312-158 du CASF).

L'infirmier référent**1 (1 ETP)****Missions :**

- Analyser, organiser et évaluer les soins infirmiers, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier.
- Mettre en œuvre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures contre l'infection et la contagion.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Elaborer avec le médecin coordonnateur, la psychologue et les équipes, les projets de soins individualisés.
- Encadrer et manager l'équipe soignante, en collaboration avec le médecin coordonnateur.
- Accompagner et être à l'écoute des résidents et leurs familles.
- Effectuer, en collaboration avec les équipes, les admissions et tâches administratives relatives à la prise en charge des résidents.
- Mettre en œuvre le projet d'établissement pour ce qui le concerne.
- Travailler en collaboration avec les services extérieurs tels que le service d'Hospitalisation A Domicile et l'équipe mobile de soins palliatifs.
- Gestion logistique des commandes et suivi des dispositifs médicaux, des compléments alimentaires.
- Adapter le matériel au résident (fauteuil, matelas, déambulateur etc...)
- Elabore les différents protocoles en lien avec les recommandations en vigueur.

Les Infirmiers**5 - (4,4 ETP)****Missions :**

- Mener à bien la dispense des soins infirmiers, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier.
- Mettre en œuvre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures contre l'infection et la contagion. L'infirmier(e) est le/la responsable le weekend en l'absence de l'infirmier référent.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Elaborer avec le médecin coordonnateur, la psychologue et les équipes, les projets de soins individualisés.
- Veiller à préserver l'autonomie du résident, à assurer son confort, sa sécurité et le respect de sa dignité.
- Coordonner les partenaires extérieurs paramédicaux (cabinet médical, kiné, podologue...) avec prise de rendez vous

Aides-soignants**8 - (7 ETP)****Missions :**

- Mettre en œuvre les moyens nécessaires au bon déroulement des actes de la vie quotidienne (lever, toilette, habillage, repas, coucher, sommeil, etc.) tout en préservant l'autonomie.
- Donner les soins d'hygiène et de confort aux résidents dans le respect de leur dignité en s'assurant de leur confort et leur sécurité.
- Réaliser des activités d'animation thérapeutiques ou de loisirs.
- Assurer la surveillance et l'observation de l'état physique et moral des résidents (comportement...) et transmettre aux supérieurs hiérarchiques.

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Participer au projet individualisé des résidents dont il/elle est référent.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire (collaboration avec l'équipe soignante mais aussi le service hôtellerie, animation, cuisine, etc.)
- Accompagner les activités mises en place par l'équipe pluridisciplinaire (par exemple : actions menées par l'orthophoniste.)

Aides médico psychologiques

6 – (5,40 ETP)

Missions :

- Participer à différentes actions afin de préserver l'autonomie du résident, d'assurer son confort, sa sécurité et de respecter sa dignité, sous la responsabilité de l'infirmière
- Mettre en œuvre les moyens nécessaires au bon déroulement des actes de la vie quotidienne (lever, toilette, habillage, repas, coucher, sommeil, etc.) tout en préservant l'autonomie
- Accompagner les personnes âgées dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles afin de leur apporter notamment l'assistance individualisée que nécessite leur état physique ou psychique tout en maintenant un maximum d'autonomie.
- Réaliser des toilettes thérapeutiques en lien avec les compétences spécifiques apportées par le diplôme d'AMP (et l'aide de l'ergothérapeute si nécessaire).
- Réaliser des ateliers thérapeutiques en collaboration avec la psychologue.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Participer au projet individualisé des résidents dont il/elle est référent.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire (collaboration avec l'équipe soignante mais aussi le service hôtellerie, animation, cuisine, etc.)

Les Aides-soignants - AMP nuit

1 AS – 1 AMP (2 ETP)

Missions :

- Accompagner le résident dans tous les actes de la vie quotidienne.
- Veiller à sa sécurité, à son confort, à son bien-être, sous la responsabilité de l'infirmier référent.
- Poursuivre les objectifs de l'équipe : maintien de l'autonomie, du confort, de la sécurité des résidents, du respect de leur dignité. Cela passe par une collaboration étroite avec l'équipe de jour (par le biais des transmissions), et par des rencontres régulières avec l'infirmier référent et la Direction.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.

L'Animatrice

1 – (1 ETP)

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Mettre en place un projet d'animation, l'évaluer et le modifier en fonction de l'évolution de l'état de santé physique et cognitif du public accueilli.
- Développer, organiser et conduire des projets, des animations et événements visant à l'épanouissement, la socialisation et l'autonomie des résidents.
- Accompagner le résident dans les actes de la vie sociale.

- Mettre en place un climat relationnel et sensoriel propice au calme et au bien-être des résidents.
- Participer au projet de vie individualisé des résidents.
- Entretenir un échange quotidien avec les résidents (distribution du courrier, accueil des nouveaux résidents, visite en chambre, etc.)
- Organiser l'animation spécifique en secteur protégé (USE)
- Assurer la décoration de l'ensemble de la résidence en fonction des saisons, des fêtes.
- Favoriser les liens avec l'extérieur (intervenants extérieurs pour des animations ou services, sortie des résidents, échange intergénérationnelles, etc.)

La Psychologue

1 – (0,6 ETP)

Missions :

- Concevoir les méthodes et mettre en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation reçue.
- Etudier et traiter au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.
- Contribuer à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives, curatives assurées par les établissements et collaborer à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel.
- Entreprendre, susciter ou participer à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action.
- Collaborer à des actions de formation organisées dans l'EHPAD.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Effectuer des évaluations psychométriques et des bilans cognitifs.
- Aider à gérer les situations conflictuelles et prendre en charge les résidents et les familles en difficulté.
- Soutenir les résidents et les familles dans l'accompagnement de fin de vie.
- Accompagner les équipes dans les situations difficiles de leur pratique quotidienne.
- Participer à la réalisation d'ateliers thérapeutiques par l'équipe soignante et par le service animation.
- Organiser et participer aux projets de vie individualisés.

Les agents de services hospitaliers –Agent d'Accompagnement : 8 – (7 ETP)

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Maintenir l'environnement des résidents (chambres, sanitaires, parties communes) propre et accueillant dans le respect des règles d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de sécurité.
- Accompagner le résident dans les actes de la vie quotidienne.

Les Agents d'accompagnement de nuit

3 (3 ETP)

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.

- Maintenir l'environnement des résidents (chambres, sanitaires, parties communes) propre et accueillant dans le respect des règles d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de sécurité
- Accompagner le résident dans les actes de la vie quotidienne.

Lingères

2 – (1,69 ETP)

Missions :

- Entretien du linge hôtelier, des résidents, de tenue du personnel dans le respect de la démarche RABC et qualité.
- Surveillance de l'approvisionnement des produits de lavage, rinçage et toutes les fournitures nécessaires à la lingerie ainsi qu'au bon fonctionnement du matériel avec l'aide de l'homme d'entretien.
- Entretien des locaux lingerie et maintien en bon état de fonctionnement.
- Travailler en collaboration avec l'équipe d'Agents de Service Hôtelier.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.

Technicien d'entretien (homme d'entretien)

1 – (1 ETP)

Missions :

- Réaliser les travaux de remise en état (chambres, locaux communs, bureau, sanitaires) dans le respect des règles incombant classé ERP2 - (électricité, peinture, plomberie).
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Réaliser des travaux d'entretien des espaces verts.
- Effectuer la veille et la maintenance sécurité.
- Participer à la politique de prévention des risques.

A.S.H. PLONGE – entretien des locaux communs

2 – (2 ETP)

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Réaliser la plonge restauration – préparation de la salle à manger.
- Effectuer le nettoyage des locaux communs en respectant les procédures de nettoyage établies sanitaires, axes de circulation, lieux de vie et lieux commun, etc.).
- Assure le nettoyage des chambres à blanc.
- Participe à la mise en œuvre de certaines prestations de restauration.

Les Cuisiniers

3 - (3 ETP)

Missions :

- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Elaborer les repas en proposant aux résidents une alimentation variée et équilibrée en collaboration avec la diététicienne, et le médecin coordonnateur.
- Mettre en œuvre des techniques et des règles de fabrication culinaire.
- Applique la norme H.A.C.C.P. (norme d'hygiène et de sécurité européennes).
- Gérer l'ensemble des commandes alimentaire (contraintes qualité, coût, etc.).
- Respecter les protocoles et les procédures mise en place.
- Assurer le suivi des contrôles sanitaires et la traçabilité des diverses activités liées à la préparation des repas.

6.1.2. Taux d'encadrement

La convention tripartite en cours nous autorise un effectif de 42,19 équivalent temps plein, répartis par catégorie de service, mais également par section tarifaire : hébergement / dépendance / soins.

L'objectif dans les 5 années à venir est d'obtenir le financement :

- 1 poste de maîtresse de maison : 70% hébergement – 30% dépendance
- 2 postes d'A.S.G. (assistant de soins en gérontologie) : financement soins uniquement – (3 salariées sont déjà titulaires de cette certification).

Le tableau ci-dessous reprend les ratios d'encadrement actuel par section tarifaire :

| | | EFFECTIF DU PERSONNEL en ETP | Ratio d'encadrement 2015 |
|----------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Ratio hébergement | | 17.68 | 0.2490 |
| Ratio dépendance | | 8.76 | 0.1233 |
| Ratio soins | | 15.75 | 0.2218 |
| Ratio établissement | | 42.19 | 0.5936 |

Les postes d'A.S.G. s'inscrivent dans le cadre du projet de reconnaissance du secteur Sainte-Eugénie en PASA (pôle d'activités et de soins adaptés), ainsi que l'ouverture d'un secteur d'accueil de jour dans les deux ans à venir. Indispensable à une prise en charge de qualité spécifique, les deux postes ASG porteraient le Ratio soins à 0.2500 ETP affectés essentiellement sur la dotation soins.

OBJECTIF : création d'un poste de Maîtresse de maison en substitution d'un poste de lingère.

La Maitresse de Maison

Missions :

- Assurer l'accueil des résidents et de leurs familles.
- Assurer le suivi de l'hygiène et de l'entretien des locaux, des produits d'entretien
- Manager l'équipe hôtelière.
- Former le personnel ASH à l'utilisation du matériel, aux produits d'entretien dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.
- Participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet institutionnel.
- Participer à l'élaboration des projets de vie.

OBJECTIF : création de 2 postes d'ASG

L'AS - AMP - ASG

Aide-soignant ou aide médico psychologique déjà expérimenté dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou en grande dépendance.

- Aider et soutenir les personnes fragilisées par la maladie, ainsi que leur entourage dans les actes essentiels de la vie quotidienne, en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie.
- contribuer à l'évaluation des besoins de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement.
- participer à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de ces personnes et de leurs aidants. contribue ainsi à restaurer ou préserver l'autonomie des personnes âgées et à maintenir ou restaurer l'image d'eux-mêmes.
- participer à la mise en œuvre du lien social et de lutte contre la solitude et l'ennui.

Ces créations de poste s'inscrivent dans le projet institutionnel :

- reconnaissance du secteur Sainte-Eugénie en P.A.S.A.,
- création d'un accueil de jour.

Pour ce faire, le groupe de travail a défini un certain nombre d'orientations stratégiques :

- travailler en coordination avec les différents acteurs de terrain : médecins traitants, infirmiers libéraux, équipe mobile de gériatrie, CLIC, MAIA., aide à domicile (ADMR)...

La fluidité du parcours de la personne accompagnée et la cohérence du travail des différents intervenants permettra d'adapter véritablement les réponses aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

Par ailleurs, la coopération de tous est essentielle pour qu'un véritable travail d'identification continue des besoins puisse être mené. Il s'agit là d'une condition sine qua non de la pertinence des réponses proposées aux usagers au niveau du canton.



Décision:

| FICHE ACTION N°21 - Ressources Humaines - Mise en adéquation des besoins et des ressources | | Echéancier |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Définir les besoins en recrutement pour adapter la ressource actuelle à la ressource nécessaire. | |
| Groupe projet | BIMBERT SYLVIE / Directrice – D0 CARMO Michel / Adjoint de Direction /Comptable/ Salarié compétent en santé sécurité au travail - DELLAC Fabienne AS / ASG - DELLAC Zina Lingère - | |
| Sous la responsabilité de | Mme BIMBERT – Directrice. | |
| Moyen à mettre en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Enquête de terrain auprès des intervenants médico-sociaux – mairie • Participer au schéma gérontologie 2017 • S’inscrire dans les appels à projet • Organiser un colloque pour les personnes âgées et aidants sur le canton de Luz | A compter de 2016 2017 2019 |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Compte rendu des rencontres auprès des acteurs de terrain • Appel à projet | |

6.1.3. Gestion prévisionnelle des emplois et qualification (GPEC)

Anticiper et se préparer à l'avenir

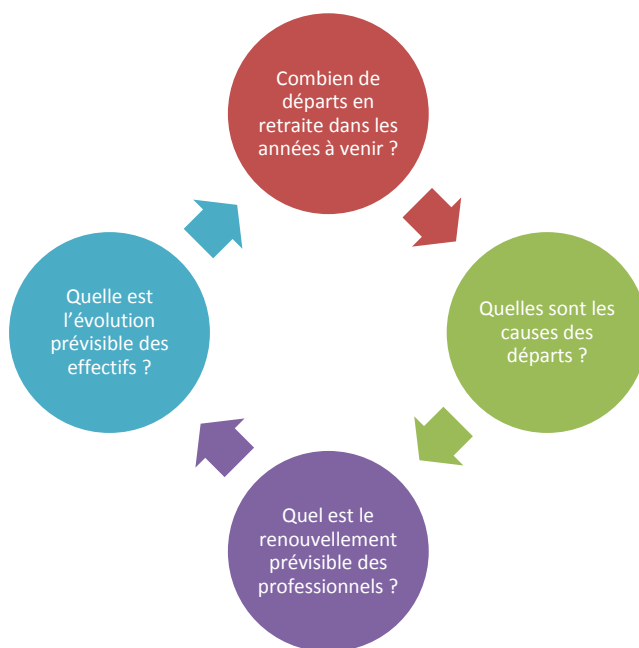
Anticiper les besoins en matière de ressources humaines devient un impératif dans notre secteur d'activité qui est confrontée à des évolutions majeures :

- accélération de l'évolution des métiers,
- renouvellement générationnel (effet «papy boom»)
- effort continu de qualification et de professionnalisation des salariés à assurer.

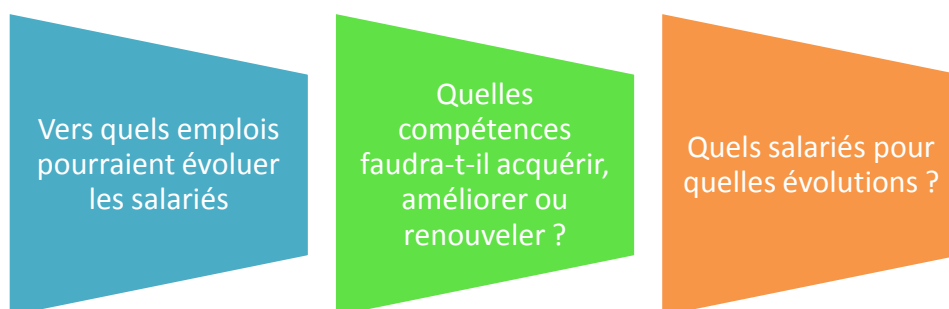
Elément clé de l'organisation et de la qualité des prestations fournies, la qualification constitue un enjeu majeur qu'il est impératif de prendre en compte dans toute démarche prospective.

L'engagement de l'EHPAD dans une démarche anticipative, permettra de visualiser à court et moyen terme les besoins en formation, les ressources internes, les besoins de recrutement, les partenariats externes.

OUTIL 1 : établir un tableau de bord reprenant les éléments liés au renouvellement prévisible des effectifs



OUTIL 2 : Réaliser chaque année une synthèse des besoins en qualification et en ressources internes : s'appuyer sur les entretiens annuels du personnel.





6.1.4. Evolution de l'indice vieillesse technicité des effectifs sur 5 ans –

L'établissement compte en 2015 quarante huit salariés avec une majorité de personnel féminin soit :

40 personnels féminins
8 personnels masculins

31 salariés exercent leur activité à temps complet, 10 sont à 80%, trois à 60%, 1 personne à mi-temps, 1 à 0,40%, ce qui ramène l'effectif en équivalent temps plein à 42,19.

La moyenne d'âge des salariés est de 45,16 ans, et nous allons être amenés dans les 5 années à venir à des départs en retraite présentant une ancienneté assez importante :

2016 1 aide-soignante
2017 1 infirmier
2018 1 aide-soignante
1 agent d'accompagnement de nuit
2019 1 directrice
1 animatrice
2 AMP – dont 1 de nuit

L'incidence budgétaire de ces départs sera évaluée lors de l'élaboration de la convention tripartite afin d'obtenir les financements nécessaires pour les années à venir.

La qualification de ces postes nécessite d'avoir une réflexion sur les besoins d'adaptation à l'emploi des personnels, d'en repérer les attentes et d'évaluer les compétences requises pour pourvoir à ces départs.

L'institution favorisera l'évolution de carrière en interne. L'entretien professionnel, rendez-vous obligatoire entre le salarié et l'employeur permettra d'envisager les perspectives d'évolution professionnelle du salarié et les formations qui peuvent y contribuer. Les fiches de poste seront alors adaptées en tant que de besoin.

Quatre salariés en poste se sont déjà engagés dans une démarche qualifiante avec délivrance de diplôme permettant de répondre aux besoins à venir.

Le tableau ci-dessous reprend par poste et salarié : l'âge, l'ancienneté, et la qualification acquise ou en cours.

Les abréviations suivantes concernant les qualifications signifient :

AAAA : agent d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes
DEAS : diplôme d'état d'aide-soignant
DEAMP : diplôme d'état d'aide médico-psychologique
ASG : assistant de soins en gérontologie

GESTION DES RESSOURCES ET DES EMPLOIS

TABLEAU REPRENANT L'INCIDENCE VIEILLESSE TECHNICITE JUSQU'À 2020

| ADMINISTRATION ANIMATION | | | | | | Ancienneté au moment du départ | Situation et parcours professionnel | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|
| 100% HEBERGEMENT | | Année de naissance | Date d'embauche | Année de départ (62 ans) | | | | | |
| 1 | Directeur - CAFDES - DU Réseau de santé soins palliatifs | BIMBERT | 1957 | 01/12/1989 | 31/12/2019 | 30 ans | | | |
| 2 | Comptable - DU en gérontologie | DO CARMO | 1971 | 22/12/2003 | 2033 | | DEIS en cours - Diplôme d'état d'ingénierie sociale - Master Intervention Sociale et Changement | | |
| 3 | Secrétaire - Référente qualité | LABIT Magali | 1978 | 04/06/2013 | 2040 | | | | |
| 4 | Animatrice - DEAMP | MARQUE | 1957 | 16/09/1996 | 31/12/2019 | 23 ans | | | |
| PERSONNEL TECHNIQUE | | | | | | Ancienneté au moment du départ | Situation et parcours professionnel | | |
| 100% HEBERGEMENT | | Année de naissance | Date d'embauche | Année de départ (62 ans) | | | | | |
| 5 | Entretien | DELLAC J.M. | 1963 | 14/04/2009 | 2025 | | | | |
| 6 | Cuisine | GABIN | 1978 | 01/10/2008 | 2040 | | | | |
| 7 | Cuisine | EYMARD | 1958 | 03/01/2005 | 31/12/2020 | 15 ans | | | |
| 8 | Cuisine | LASSALLE | 1965 | 01/11/2001 | 2027 | | | | |
| 9 | plonge | DO CARMO Nath | 1974 | 01/09/2011 | 2036 | | longue maladie | | |
| PERSONNELS : Agent d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes (AAAPA) - Agent de service hospitalier (ASH) | | | | | | Ancienneté au moment du départ | Situation et parcours professionnel | | |
| 30%dépendance-70%hébergement | | Année de naissance | Date d'embauche | départ (62 ans) | | | | | |
| 10 | Lingère | LETESSIER | 1968 | 11/09/2003 | 2030 | | | | |
| 11 | | DELLAC Zina | 1960 | 03/12/2007 | 2022 | | | | |
| 12 | ASH | ARRIBET Nath. | 1966 | 05/12/2011 | 2028 | | longue maladie - Remplacé par un CDD formé AAA | | |
| 13 | DEAMP | BOURDA | 1990 | 01/10/2008 | 2052 | | Diplômé DEAMP (diplôme d'état d'aide médico-psychologique) - remplace l'AS en formation infirmière - est remplacée par un salarié en formation AAAPA | | |
| 14 | AAAPA | CLEMEN E. | 1963 | 09/07/1992 | 2025 | | | | |
| 15 | AAAPA | COUMET J. | 1959 | 04/12/2006 | 2021 | | | | |
| 16 | AAAPA | MONTIER | 1980 | 19/11/2003 | 2042 | | | | |
| 17 | AAAPA | SARTHE Séverin | 1987 | 10/10/2011 | 2049 | | | | |
| 18 | AAAPA | THEIL Nathalie | 1965 | 08/03/1993 | 2027 | | | | |
| 19 | ASH | THOMAS A | 1966 | 14/06/1990 | 2028 | | | | |
| 20 | ASH | VIGNES Sophie | 1985 | 03/10/1985 | 2047 | | | | |
| Agent de service hospitalier de nuit | | | | | | Ancienneté au moment du départ | Situation et parcours professionnel | | |
| 21 | AAAPA | PAILHE N | 1967 | 22/07/2013 | 2029 | | | | |
| 22 | AAAPA | DERCOURT M | 1956 | 01/03/2011 | 31/12/2018 | | | 7 ans | longue maladie - Remplacé par un CDD en formation AMP |
| 23 | AAAPA | PIPON L | 1966 | 01/01/2000 | 2028 | | | | |

GESTION DES RESSOURCES ET DES EMPLOIS
TABLEAU REPRENANT L'INCIDENCE VIEILLESSE TECHNICITE JUSQU'À 2020

| PERSONNELS SOIGNANTS | | | EVOLUTION DE L'ENCADREMENT | | | Ancienneté au moment du départ | Situation et parcours professionnel |
|------------------------|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 30%dépendance-70%soins | | Année de naissance | Date d'embauche | Année de départ (62 ans) | | | |
| 24 | DEAS | BEUILLE SANDR | 1976 | 03/12/2007 | 2038 | | en formation infirmière - Remplacé par AMP (Bourda) |
| 25 | DEAS | BORDEROLLE J | 1961 | 07/03/1982 | 2023 | | |
| 26 | DEAS - ASG | DELLAC | 1967 | 01/10/1997 | 2029 | | |
| 27 | DEAS | FAYET | 1969 | 02/05/2002 | 2031 | | |
| 28 | DEAS | FERNANDEZ J | 1954 | 01/11/1983 | 30/04/2016 | 33 ans | |
| 29 | DEAS | FUENTES | 1979 | 07/01/2002 | 2041 | | |
| 30 | DEAS | GEZ Laure | 1979 | 15/07/2014 | 2041 | | |
| 31 | DEAS | RITEAU D. | 1956 | 09/03/2011 | 31/01/2018 | 7 ans | |
| 32 | | | | | | | |
| 33 | DEAMP - ASG | COURADE N. | 1965 | 07/11/2006 | 2027 | | |
| 34 | DEAMP | DULIN | 1957 | 04/05/1995 | 31/12/2019 | 24 ans | |
| 35 | DEAMP | LACOSTE | 1984 | 17/07/2009 | 2 046 | | |
| 36 | DEAMP - ASG | LOPEZ | 1983 | 17/10/2003 | 2 045 | | A.S. : diplôme passerelle en cours |
| 37 | DEAMP | MARQUE | 1968 | 01/07/1987 | 2 030 | | |
| 38 | DEAMP | VIGNES Christell | 1983 | 09/05/2001 | 2 045 | | |
| 39 | DEAS. Nuit | LEFEBVRE | 1968 | 01/12/2000 | 2 030 | | |
| 40 | DEAMP Nuit | CASTAY | 1957 | 01/07/2002 | 01/07/2019 | 17 ans | |
| | | | | | | | |
| DEPENDANCE | | | EVOLUTION DE L'ENCADREMENT | | | Départ à la retraite | Evolution de carrière en cours |
| 100% - Dépendance | | Année de naissance | Date d'embauche | Année de départ (62 ans) | Ancienneté | | |
| 41 | Psychologue | DARRODES L. | 1961 | 19/10/2007 | 2023 | | |
| | | | | | | | |
| SOINS | | | EVOLUTION DE L'ENCADREMENT | | | Départ à la retraite | Evolution de carrière en cours |
| 100% - Soins | | Année de naissance | Date d'embauche | Année de départ (62 ans) | Ancienneté | | |
| 42 | Médecin coordonnateur | FINALDI P | 1961 | 01/09/2002 | 2023 | | |
| 43 | Infirmière référent | DE LOS ANGELE | 1972 | 04/06/2012 | 2034 | | |
| 44 | Infirmière | CAZALAS | 1972 | 11/03/1998 | 2034 | | |
| 45 | Infirmière | MANCA | 1963 | 23/06/1987 | 2025 | | |
| 46 | Infirmière | CAZAUX V | 1970 | 04/01/2010 | 2032 | | |
| 47 | Infirmière | HUGONNARD | 1952 | 01/03/2010 | 31/03/2017 | 7 ans | Départ à 65 ans à sa demande |
| 48 | Infirmier - DU en soins palliatifs | LACAZE | 1985 | 01/12/2010 | 2047 | | |

Formations effectuées par le personnel en poste au 13/11/2014

| DIPLOME | Nom et prénom | Les transmissions ciblées | La prise en charge du sujet âgé | Méthodologie de soins, humanité | sécurité incendie | DEAMP - DEAS | ASC21 - PSI | DIVERS D.U | agent d'accompagnement | ASG | les démences et la maladie Alzheimer | la bientraitance | la cohésion d'équipe | Hygiène, HACCP R.C et RABC | prise en charge individualisée de la P-A | évolution des pratiques prof. | l'accompagnement fin de vie | soins palliatifs | ALMA | AFGSU | |
|------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------|-------------|------------|------------------------|-----|--------------------------------------|------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|------|-------|--|
| | ARRIBET NATHALIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | BORDEROLLE JACQUELINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | BOURDA CHRISTELLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAFDES | BIMBERT SYLVIE | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | CASTAY Monique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDE | CAZALX VERONIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDE | CAZALAS CATHERINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | CLEMEN EVELYNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | COUMET MARIE JOSE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAMP-ASG | COURADE NADINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DELLAC ZINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | DERCOURT MARC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS - ASG | DELLAC FABIANNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DELLAC JEAN MARC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | DE LOS ANGELES ERIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAMP | DULIN MARIE-FRANCOISE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DUGSA | DO CARMO MICHEL | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| | DO CARMO NATHALIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEP - CAP | EYMARD CHRISTIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | FAYET Dominique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | FERNANDEZ JEANINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDECIN | FINALDI PATRICIA | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| BEP - CAP | GABIN WILFRIED | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEAS | HERRET MONIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDE | HUGONNARD-BRUYERE PATRICK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | MARQUE JOSIANE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AS | BEUILLE SANDRINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDE | LACAZE GUILLAUME | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | LACOSTE JULIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AS | LEFEBVRE DIDIER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LETESSIER Eve lyne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PSY | LESCLOUPE-DARRODES LYDIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP-ASG | LOPEZ Karine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LASSALLE VALERIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | MONTIER Cendrine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDE | MANCA JOELLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LABIT MAGALI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | MARQUE REGINE | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | PIPON LYSJANE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AS | RITEAU DOMINIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | SARTHE SEVERINE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | THOMAS ANNIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AAAPAD | THEIL NATHALIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMP | VIGNES Christelle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VIGNES SOPHIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 Travailler en réseau de santé
2 Gériologie Sociale
Référént qualité

3 Médecin coordonateur
4 Soins Palliatifs
5 Vieillessement - Activité Physique

4 emplois aidés en cour de formation : 2 AMP-2 AAAPAD

UNIFAF : organisme collecteur des fonds de formation, est un partenaire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale en terme de formation, cet organisme propose chaque année des formations ponctuelles sur différents thèmes (« bienveillance éthique et soin, l'alimentation de la personne âgée..) n'impactant pas le budget formation de l'établissement.

Un livret formation est remis à chaque salarié et mis à jour pour chacune des formations. Les souhaits de formation sont collectés lors des entretiens individuels.

Le plan de formation est validé chaque année avec les représentants du personnel.

6.1.5. L'encadrement - Formation du personnel

Pour garantir une qualité de prise en charge de personnes âgées, et répondre ainsi aux critères de qualité exigés par la signature de la convention tripartite, le personnel doit présenter les diplômes correspondant à sa qualification.

Les compétences requises

Diplômes obligatoires :

- **Direction** : Certification de niveau I enregistré au RNCP (CAFDES, Master, DEIS)
- **Médecin coordonnateur** : Diplôme de docteur en médecine et Diplôme Universitaire en gérontologie
- **Infirmier référent** : Diplôme d'Etat d'Infirmier - Formation d'infirmier Référent
- **Infirmiers** : Diplôme d'Etat d'Infirmier
- **Aides-soignants** : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
- **Aides médico-psychologique** : Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique
- **Psychologue** : Diplôme en psychologie et psychologie clinique
- **Agent d'entretien polyvalent** : Habilitation électrique obligatoire
- **Cuisinier** : CAP de Cuisine et formation à la norme HACCP (Norme d'hygiène et de sécurité européennes)
- **ASH** : BEP sanitaire et social ou équivalent

Les engagements des salariés

Engagement de courtoisie (livret d'accueil) et de bienveillance : le personnel s'engage à mettre en œuvre sa compétence, à respecter les résidents et être à leur écoute, dès lors que celui-ci est aussi dans l'attente d'attitude courtoise et du respect de son travail de la part des résidents et des familles.

L'identification du personnel

Un badge est disposé sur les tenues du personnel pour faciliter leur identification.

Blouse de couleurs différentes pour les Infirmiers, les AS-AMP et les ASH-AAA.

Un organigramme avec des photos d'identité de chacun est proposé à l'accueil, on y retrouve également les intervenants extérieurs.

Des professionnels tenus au secret professionnel :

Les personnes dépositaires de l'information secrète sont les personnes en raison de leur état, les professions particulières (médecin, aides-soignants quand ils collaborent avec l'infirmière) et les personnes exerçant une fonction ou une mission temporaire (aide sociale, personne prenant connaissance du registre d'entrée et sortie des personnes).

Tout salarié exerce son travail dans le cadre de ses compétences (fiche de poste) et de sa qualification. Il respecte le droit du travail et les règles définis par son employeur dans le contrat de travail et le règlement intérieur.

L'organisation de l'activité et des transmissions entre équipes

Les cycles de travail des soignants sont établis avec des roulements sur 15 jours avec 1 week-end sur 2 en équipe et contre-équipe.

Par jour, le personnel présent est :

- 6 AS- AMP jour et 1 AS-AMP nuit,
- 6 ASH – AA jour et 1 ASH – AA nuit
- 2 infirmiers le matin et 1 l'après-midi et les WE.

Les transmissions entre équipes se réalisent par le biais du PSI (un profil est créé pour chaque soignant IDE, AS). Chaque soignant dispose d'une tablette par secteur. L'ensemble de l'établissement est équipé WIFI.

L'horaire infirmier est décalé jusqu'à 21h15 pour permettre une relève de 15 minutes communes.

La communication interne est garantie par différentes réunions, par notes de service et affichage. Il est convenu que la pluridisciplinarité intervient « Tout le temps, sur tous les champs et dans tous les domaines (collecte d'informations...) ». Le travail pluridisciplinaire est nécessaire lors de :

- L'accueil,
- l'élaboration du PVI,
- le Repas/alimentation (impression de la liste pour les entrées et les sorties),
- la surveillance médicale et paramédicale,
- l'animation,
- l'entretien des locaux/hygiène /sécurité,
- la rééducation,
- le suivi administratif.

Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels

La politique de recrutement doit être formalisée par une procédure spécifique. Elle est prévue dans le cadre de la GPEC. Un livret d'accueil du salarié a été mis en place ainsi qu'un accompagnement au travers de fiche d'évaluation des compétences. Le dossier du salarié comprend tout document permettant de justifier, son identité, les divers contrats de travail avec fiche de poste et fiche de tâche, les courriers de suivi de carrière, suivi d'arrêt, suspension, avancement, sanction. Le passeport formation a été mis en place afin de valoriser le parcours professionnel (CV, Attestations de Formation, Certificats, Diplômes, entretien professionnel).

Formaliser par une procédure le recrutement comme préconisé lors de l'évaluation externe

Une équipe opérationnelle est une équipe qui travaille dans de bonnes conditions. Il est important d'avoir été informé et préparé à sa prise de fonction.

Une politique d'accueil des nouveaux agents a été développée, pour qu'ils se sentent suffisamment informés, intégrés et soutenus par l'équipe permanente :

- dossier d'accueil complet (avec « guide du nouvel agent », organigramme du personnel avec noms des personnes ressources, liste des résidents, fiches de tâches, mémento sur la conduite à tenir en cas d'alarme incendie), collègue référent, visite de l'établissement, bilans réguliers pour adapter et adopter les bonnes pratiques.

6.2. Gestion des risques : Réduction de la pénibilité et bien-être au travail

La prévention des risques professionnels : le Document Unique d'évaluation des Risques Professionnels

Une évaluation des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés de l'établissement doit être réalisée une fois par an et permettre la réactualisation du Document Unique des Risques Professionnels (DUERP), c'est-à-dire un plan de prévention comprenant des actions de prévention des risques professionnels, d'information, de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

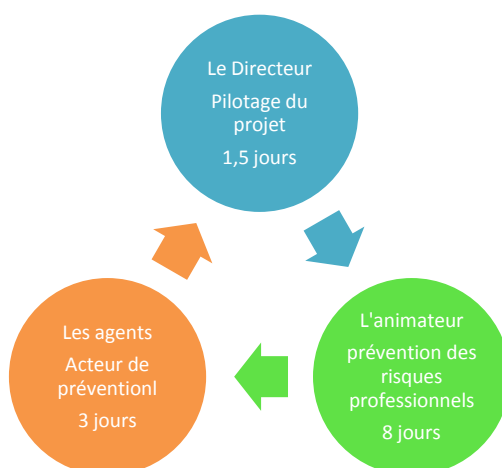
Le DUERP a été mis en place par la directrice en 2011 et est retravaillé plusieurs fois par an par l'adjoint de direction en collaboration avec les délégués du personnel, et le personnel volontaire. Le document existant est enrichi par les comptes rendus des actions mise en place.

Dans le cadre de la médecine du travail, les visites médicales d'embauche, de reprise et périodique sont organisées dans l'entreprise. La nouvelle réglementation concernant les services de santé au travail en a fait des partenaires de terrains :

- intervention de chargé de prévention et d'ergonome (2014 et début 2015),
- Intervention de psychologue du travail en cas besoins (2014 et 2015).

En collaboration avec la CARSAT¹², une analyse des accidents du travail a été réalisée par un contrôleur de sécurité. Son intervention nous permet d'intégrer une véritable démarche de prévention visant à diminuer au maximum les risques professionnels au travers d'un dispositif dit « HAPA » avec la nomination d'un animateur : - AP HAPA : animateur Prévention du secteur de l'Hébergement et de l'Aide à la Personne Agée.

Le dispositif repose en priorité sur 3 acteurs nécessitant une formation, conditions indispensable pour réussir la démarche :



Michel DO CARMO adjoint de Direction a été nommé par la Directrice « Salarié compétent en Santé Sécurité au travail » (article L4644-1 du code du travail).

En lien avec la Carsat Midi Pyrénées, il bénéficiera du dispositif HAPA afin de devenir Assistant en Prévention des Risques Professionnels certifié pour coordonner et animer la démarche prévention de l'Établissement. L'adhésion à ce dispositif permettra de

¹² CARSAT : caisse d'assurance retraite et de santé au travail

sensibiliser et de former l'ensemble des agents à la prévention des Risques Professionnels (certificat d'acteur PRAP 2S).

Objectifs :

- Répondre aux obligations générées par l'article L4121 du code de travail sur la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité et de santé des salariés.
- Respecter les obligations relatives au « salarié compétent désigné » introduite par la loi du 20 juillet 2011.
- Respecter la recommandation R471 du 25 octobre 2012.
- Diminuer les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Diminuer les couts direct (soins, indemnités, incapacité..) et les couts indirects (perturbations du fonctionnement, baisse de la performance, affaiblissement du potentiel humain et difficultés de recrutement).
- Permettre à l'ensemble des salariés de devenir acteur de la prévention de l'Établissement et donc acteur de sa propre prévention.

L'engagement de la directrice dans la démarche de prévention est d'impliquer l'ensemble des acteurs de terrains dans le cadre de la gestion des ressources humaines en tenant compte :

De la pénibilité :

Mise en place de fiche individuelle de pénibilité - Prise en compte de la pénibilité et du vieillissement dans la Gestion Prévisionnelle des Emplois des Compétences et des Qualifications.

Des risques Psychosociaux - Soutien psychologique du personnel

Travailler en établissement pour personnes âgées met le personnel à rude épreuve. Il n'est pas embauché pour soigner mais pour prendre soin et pour accompagner. Par ailleurs, même lorsque le personnel est bien formé, que le secteur professionnel a été choisi par la personne, la confrontation permanente avec le vieillissement peut avoir des effets très négatifs sur la santé physique et psychique et peut conduire à des actes de maltraitance.

Pour cela afin de favoriser une parole libératrice, il est nécessaire de ménager dans le temps de travail des moments de dialogue en équipe et d'autres où cette expression est écoutée par un professionnel. Le soutien psychologique apporté au personnel doit être régulier.

Ce choix a été fait suite à la crue de juin 2013. Depuis janvier 2015, avec l'appui de la médecine du travail, un psychologue intervient tous les mois sur le thème de l'analyse des pratiques professionnelles. Il laisse libre cours à l'expression du personnel sur un thème cité en début de séance et aide à analyser les comportements face à certaines difficultés rencontrées.



Décision:

| FICHE ACTION N°22 - Ressources Humaines - Gestion des risques : réduction de la pénibilité et bien-être au travail | | Echéancier |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Objectif | Des ressources humaines compétentes et mobilisées. | |
| Groupe projet | BIMBERT SYLVIE / Directrice – D0 CARMO Michel / Adjoint de Direction /Comptable/ Salarié compétent en santé sécurité au travail - DELLAC Fabienne AS / ASG - DELLAC Zina Lingère - | |
| Sous la responsabilité de | BIMBERT SYLVIE - Directrice - | |
| Moyen à mettre en œuvre | ACTUALISATION DU DOSSIER DU SALARIE ET ENRETIEN ANNUEL : Relancer les entretiens individuels dès novembre 2015 LIVRET D'ACCUEIL DU SALARIE : réévaluer le livret d'accueil et prendre en compte les modifications - 3ème trimestre 2015 Règlement intérieur : Revoir le règlement intérieur - COURANT 2016 GESTION DES EMPLOIS ET DES RESSOURCES : Provisionner les départs à la retraite - dès BP 2016 - Anticiper sur les perspectives d'évolution de carrière en interne - dès 2016 – PREVENTION DES RISQUES : programme en cours - perspective sur 3 ans | Courant de 2016 2016 - 2017 |
| Indicateurs | ELABORATION AU FORMAT QUALITE : d'ici fin 2015 . Procédure générale d'encadrement et de gestion des ressources humaines . Procédure de recrutement . Formaliser l'organisation des réunions | |

7. Définition d'une politique globale de gestion des risques

L'amélioration continue de la sécurité et de la qualité est un véritable enjeu qui au-delà de la légalité appelle une responsabilité morale.

La sécurité des usagers comme celle des professionnels représente une priorité majeure de notre établissement

La politique globale de gestion des risques s'articule autour des priorités suivantes:



7.1. Gestion des événements indésirables

La fiche de signalement des événements indésirables est à disposition des professionnels de l'institution, elle est peut utilisée, pourtant elle est essentielle pour analyser les défaillances et améliorer les pratiques

Les événements indésirables tels que chutes, fugues, troubles du comportement sont tracés sur des documents informatisés dans le logiciel de soins. Ces événements sont traités dès leurs survenus et permettent de mettre en place des démarches correctives (environnement, matériel, soins spécifiques.....). En fin d'année une synthèse par thèmes permet de mener une réflexion sur les améliorations à apporter.

Les réclamations des résidents ou des familles sont traités en équipe, mais ne font pas l'objet de fiche de signalement.

Des progrès doivent être faits dans la connaissance de ce document et son utilité : Le but n'est pas de chercher un coupable mais une cause de défaillance afin de pouvoir éviter que ne se reproduise le même incident. Cela s'inscrit dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents et du personnel.

OBJECTIF : développer la culture de déclaration d'évènements indésirables

7.2. Sécurité et la maintenance

La sécurité est un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité des populations accueillies, notre première mission est d'assurer la sécurité des personnes accueillies, des visiteurs ; des personnels de l'institution, ainsi que des biens.

Des mesures de prévention sont assurées pour garantir le maximum de sécurité des personnes accueillies dont le suivi est consigné dans le registre de sécurité, assuré par des contrats de maintenance et des formations du personnel.

Le tableau ci-dessous consigne l'ensemble de ces éléments :

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|--|--|
| Vérification des moyens de secours | Extincteurs | | | |
| | Système de Sécurité Incendie (EA,DAS,.) | | | |
| | Désenfumage (commande manuelle) | | | |
| | Poteaux et Bouches d'Incendie | | | |
| Contrôle et Maintenance des installations techniques | Electricité | | | |
| | Eclairage de secours | | | |
| | Chauffage | | | |
| | Gaz | | | |
| | Cuisine et appareils de cuisson | | | |
| | Ramonage (conduits de fumée et hottes) | | | |
| | Ascenseurs | | | |
| | Groupe électrogène | | | |
| | Portes automatiques | | | |
| | Formation incendie du personnel | | | |
| Formation habilitation électrique | | | | |
| Services vétérinaires - légionnelles - | | | | |
| Rapport d'accessibilité des handicapés | | | | |
| Rapport et déclarations obligatoires - RADON /AMIANTE | | | | |

34 salariés sont formés AFGSU (attestation de formation aux soins d'urgence) au niveau I pour les administratifs, cuisiniers, ASH, lingère ou niveau II pour les infirmiers, aides soignants, aide médico-psychologique.

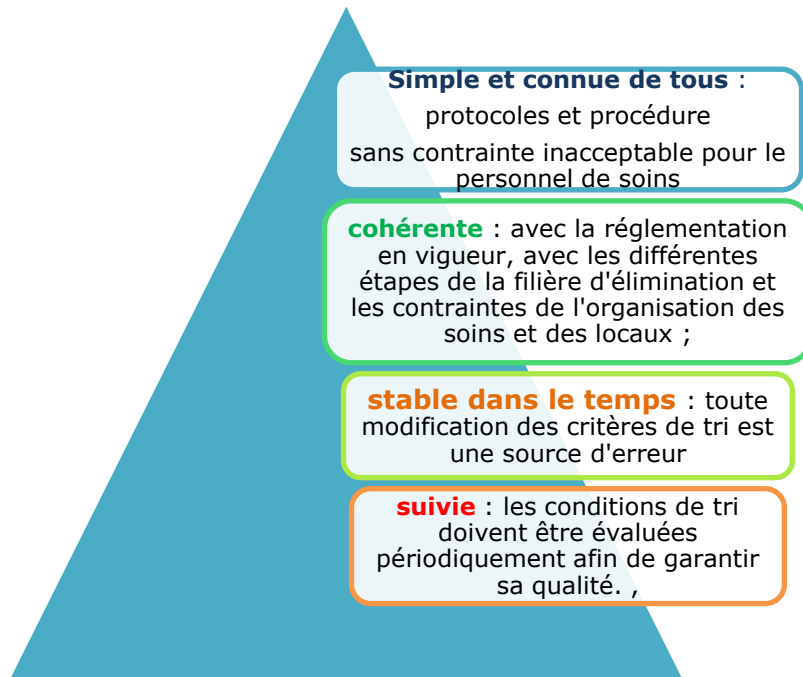
L'ensemble des salariés bénéficie d'une formation sur la sécurité incendie chaque année.

L'établissement est également équipé d'un défibrillateur et de sacs d'urgence (type pompiers).

7.3. Gestion des déchets

La gestion des déchets s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des salariés et de la collectivité. Elle contribue également à prévenir les événements indésirables liés aux activités des établissements de santé, notamment la prévention des infections nosocomiales.

Pour être fiable et durable dans le temps quatre critères sont à retenir :



DASRI OU DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUES INFECTIEUX

Les déchets à éliminer systématiquement par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur nature sont :

- les matériels piquants et tranchants,
- les tubes de prélèvement de sang, les dispositifs de drainage,
- tout article de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide humain, les déchets anatomiques humains,
- tout petit matériel de soins : seringue, tubulure, sonde, canule, drain,...
- Tous déchets étant issus de mesures d'hygiène spécifiques pour un patient donné, ou un groupe de patients, en fonction d'un statut infectieux avéré ou possible.

La collecte des déchets d'activités de soins s'effectue par une entreprise agréée- AMC Diffusion, contractualisée, une fois par mois, les conteneurs sont fournis par le collecteur et sont conformes à la réglementation.



Les containers sont stockés dans un local prévu à cet effet en rez-de-chaussée du bâtiment.

Les produits d'incontinence :

Les protections pour adultes sont éliminées par la filière des déchets ménagers et assimilés sauf si un risque infectieux existe.

L'établissement est équipé d'un compacteur dont l'utilisation est très simple : les sacs de déchets sont placés dans la cuve du compacteur et l'utilisateur déclenche le cycle de traitement. Le vide d'air s'effectue alors dans le sac, qui est ensuite serti automatiquement. Un désinfectant bactéricide et virucide est pulvérisé dans la cuve et un dispositif de filtration de l'air permet une neutralisation des odeurs et des bactéries. Les sacs compactés peuvent alors être manipulés en toute sécurité.

Ce compacteur de petit gabarit se place directement dans le local à déchets. Ce procédé permet d'éviter toutes nuisances olfactives et de réduire le volume des déchets.



Huiles usagées :

Les huiles alimentaires usagées sont collectées par la société « allo à l'huile » dans des cuves de 100 l, fournies par la société, deux fois par an.



Les déchets autres que les déchets alimentaires :

Papiers, cartons, verres sont triés par container.



Piles et accumulateurs

sont collectés à l'accueil dans un récipient prévu à cet effet.



Autres déchets :

Les déchets verts, d'équipements électriques et électroniques, encombrants, sont portés à la déchèterie par l'homme d'entretien avec le véhicule de l'établissement.



7.4. P.M.S. : Plan de maîtrise sanitaire

Avec l'aide de la société SHERPAS, avec laquelle nous avons un contrat d'approvisionnement, nous avons créé en 2014, le Plan de Maîtrise Sanitaire. Il décrit les mesures prises par l'établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de ses productions vis à vis des dangers biologiques, physiques et chimiques.

Le plan de maîtrise sanitaire (PMS) est **un outil** permettant **d'atteindre les objectifs** de sécurité sanitaire des aliments **fixés par la réglementation**, notamment celle dite du « *Paquet hygiène* ».

Il est **obligatoire** pour tous les établissements **manipulant des denrées alimentaires**, même s'ils ne sont pas soumis à l'agrément sanitaire. C'est notamment le cas pour la restauration collective. Il **décrit un certaines procédures** pour en faciliter leur mise en œuvre. C'est en quelque sorte **une synthèse écrite** du fonctionnement de l'établissement à savoir :

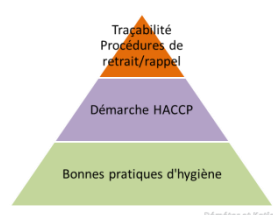
- le respect des règles d'hygiène de base,
- l'analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise,
- l'identification et la traçabilité du produit avec l'élaboration d'une procédure de retrait et de rappel la gestion des non-conformités.

Avec la collaboration de l'équipe SHERPAS, le contrôle mensuel de tout ce qui est exigé dans le PMS donne lieu à un compte-rendu accompagné de préconisations. Le Plan de Maîtrise Sanitaire est un **véritable gage de qualité** vis-à-vis de la patientèle.

Il comprend les éléments nécessaires à la mise en place et les preuves de l'application :

- des Bonnes Pratiques d'Hygiène ou pré requis (BPH),
- de la maîtrise du plan HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point = Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise.),
- de la gestion des produits non conformes (procédure de retrait/rappel) - de la mise en place d'un système de traçabilité.

La société SILLIKER, procède aux prélèvements d'échantillon de denrées alimentaires et des surfaces en cuisine pour analyse mensuellement, suivi d'un rapport. Cette même société procède aux prélèvements d'eau chaude sanitaire pour le contrôle de la légionnelle.





7.5. Le plan bleu

Le plan bleu a été remis à jour le 1^{er} semestre 2015, il permet à l'établissement une mise en œuvre rapide et cohérente de moyens indispensables, pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel quelque soit sa nature : épidémie, pandémie, catastrophe naturelle, rupture en eau, d'énergie, livraisons

Le plan bleu est activé par le directeur de l'établissement en cas de crise interne à l'établissement ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement de dispositifs d'alerte et d'urgence.

Le plan bleu a été rédigé sous la responsabilité de la directrice qui est le référent de l'établissement en cas d'évènement exceptionnel.

Principes de fonctionnement en cas de crise

Le système mis au point permet une mise en alerte du personnel de la structure, quelles que soient la nature et l'intensité de la crise.

Le plan Bleu est mis en œuvre à partir d'une cellule de crise qui a pour fonction :

- l'estimation de la gravité de la situation ;
- l'évaluation des besoins de l'établissement et des moyens dont il dispose ;
- la mise en œuvre des actions nécessaires pour faire face à la crise ;
- en fin de crise, la réalisation d'une synthèse sous forme de retour d'expérience (RETEX).

Le groupe de travail constate :

- qu'un grand nombre de documents existent -

Propose

de catégoriser les risques :
(protocoles et procédures)

Sécurité des soins
Sécurité des résidents
Sécurité des salariés
Sécurité alimentaire
Sécurité des bâtiments
Sécurité juridique et financière

- d'améliorer les moyens d'information et de communication

Decision:

| FICHE ACTION N° 23 - Gestion des risques - Définition d'une politique globale de gestion des risques | | Echéancier |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif | Définition d'une politique globale de gestion des risques. | |
| Groupe projet | BIMBERT SYLVIE / Directrice - DE CARMO Michel / Adjoint de Direction /Comptable/ - DELLAC Jean-Marc Technicien d'entretien - DELLAC Zina Lingère - | |
| Sous la responsabilité de | BIMBERT SYLVIE - Directrice - | |
| Moyen à mettre en œuvre | <p>PROTOCOLES ET PROCEDURES : revoir ou créer les protocoles et procédures concernant la gestion des risques et les classer par catégorie.</p> <p>COMMUNICATION : Organiser une gestion documentaire facilement consultable sur un support unique.</p> | <p style="color: green;">Courant de 2016</p> <p style="color: green;">Début 2016</p> |
| Indicateurs | <p>Protocoles et procédure Compte rendu de réunion du groupe de travail.</p> | Tous les trimestres à compter du 4 ^{ème} trimestre 2015 |

8. Logistique

La logistique d'une manière générale, regroupe l'ensemble des activités mises en œuvre pour assurer la continuité du service, une prestation de qualité, garantir la sécurité, l'entretien des locaux et bâtiments et espaces verts, ainsi que la maintenance des matériels.

Quatre points sont évoqués dans ce chapitre : la restauration, la lingerie, l'entretien des locaux, la maintenance.

8.1. La restauration

Comme nous l'avons développé tout au long du projet d'établissement, le bien être du résident est au centre des préoccupations de l'EHPAD.

Depuis une dizaine d'année, la restauration dans l'EHPAD a bien évolué. Il est recherché une approche hôtelière, avec une prise en compte des goûts et des aversions de chacun.

Cependant, les personnes âgées que nous accueillons souffrent de pathologies diverses avec ou sans handicap moteur : dénutrition, mauvaise dentition, troubles de la déglutition, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, démences...

Toutes les pathologies abordées ci-dessus nécessitent un suivi ou une surveillance nutritionnelle avec, par conséquent, une place primordiale accordée à la restauration où l'alimentation jouera, tour à tour, un rôle préventif, curatif et surtout très symbolique.

Une diététicienne travaille en partenariat avec l'équipe soignante et les cuisiniers pour évaluer les besoins spécifiques de chacun une fois par mois.

Les repas sont préparés quotidiennement par les cuisiniers de l'établissement dans le respect des règles d'hygiène les plus strictes, comme nous l'avons évoqué précédemment.

La volonté de l'établissement est de privilégier la prise de repas en commun, avec le moins d'isolement possible. Le moment du repas est organisé dans différents lieux de l'établissement, cependant nous constatons que le nombre de personnes en chariot roulant augmentant, la salle à manger principale devient de plus en plus exigüe.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer perdent très souvent du poids. Ce phénomène de dénutrition a des causes diverses et néanmoins liées, telles que la perte d'autonomie, les troubles de la mémoire ou encore du goût. Les conséquences directes de cette dénutrition sont la progression de la maladie et une augmentation des risques de décès.

Pour redonner l'appétit et la notion du plaisir de manger aux patients atteints de cette maladie, il est important de proposer des aliments pouvant être mangés avec les doigts.

Le personnel de cuisine régulièrement formé aux textures modifiées devra s'inscrire dans les années à venir dans la démarche du manger avec ses doigts (finger food), des formations seront réalisées, l'objectif étant de répondre aux besoins grandissant rencontrés chez les personnes âgées présentant des troubles de type ALZHEIMER.



Lorsque l'on parle de restauration en EHPAD, la recherche du plaisir gustatif, et d'un environnement agréable sont évoqués, mais le bien d'être du résident entre également dans nos préoccupations pour lesquelles il est important de :

- ✓ veiller à la qualité de l'installation
- ✓ faciliter la prise alimentaire
- ✓ ajuster la table ou l'adaptable à bonne hauteur
- ✓ utiliser du matériel adapté en fonction des capacités physiques de la personne (ex. cuillère à dessert - assiette à rebord - tapis antidérapant)
- ✓ protéger la personne avec une serviette adaptée
- ✓ positionner le repas devant la personne - ouvrir les opercules et sachets (yaourts, flans, compotes...)
- ✓ couper les aliments (viande, œuf dur, pain, légumes, fromage) - ne pas surcharger les assiettes - proposer un plat après l'autre (ne pas mélanger les aliments : sucrés-salés, chauds-froids)
- ✓ aider à la prise du repas

La sensibilisation des personnels au positionnement du patient, au savoir faire et savoir être au moment du repas doit s'inscrire dans la démarche d'amélioration de la qualité du service proposé en restauration. Un partenariat avec l'orthophoniste libérale intervenant dans l'institution sera mis en place dès 2016. Pour les cas particuliers ou des difficultés d'installation sont repérées, nous faisons appel à un ergothérapeute libérale afin de bénéficier de ses conseils.

Le groupe de travail propose :

- Proposer des formations sur le service en salle
- Faire des commissions menu à chaque début de saison (4 fois par an donc) avec diététicienne et au moins un cuisinier



8.2. La lingerie

L'EHPAD les Ramondias, jusqu'à présent prend en charge l'ensemble de la blanchisserie de l'établissement.

La buanderie est ouverte de 7h30 à 15h30 du lundi au vendredi, deux agents gèrent et entretiennent le linge.

Le service lingerie est équipé de matériels de lavage, séchage, repassage, d'un ordinateur pour la conception d'étiquettes et d'une thermo-colleuse permettant le marquage des vêtements des résidents au moment de l'inventaire d'arrivée ou au cours de leur séjour, ainsi que d'une machine à coudre pour les réparations simples.

La distribution du linge propre des résidents a lieu trois fois par semaine. L'établissement fournit les serviettes et gants de toilettes, les serviettes de tables, les couvertures et les dessus de lit.

Les lingères sont à la disposition des résidents et des familles aux heures d'ouverture de la buanderie

Plusieurs paramètres nous obligent à repenser ce mode d'organisation.

1/ Le renouvellement du matériel :

La calandreuse, utilisée pour le séchage repassage des draps nécessitent d'être remplacée, ce qui représente un investissement important.

2/ La fin des tarifs réglementés en électricité :

suppression du tarif réglementé pour les puissances souscrites supérieures à 36 kva, donc suppression du tarif réduit de nuit : draps et serviettes sont lavées essentiellement la nuit.

3/ La charge de travail :

nous constatons que l'augmentation de la charge de travail en lingerie liée à la dépendance croissante des résidents, entraîne des troubles musculo-squelettique chez les salariés travaillant sur ce service (arrêts de travail : tendinite de l'épaule, coudes et poignets, lombalgies)...

Le linge blanc (draps, taies d'oreillers, alèses, serviettes de toilettes, gants) traité dans l'institution représente plus de 90 tonnes de linge par an, nous envisageons donc dès 2016 d'externaliser l'entretien de ce linge, ce qui nous permettra d'éviter un investissement dans le matériel couteux, de tenir compte des facteurs de risques de pénibilité au travail, de réduire notre consommation en énergie électrique et fuel, de réduire l'utilisation de produits lessiviers.

Travaux en lingerie :

- ✱ haussement des machines à laver : s'intègre dans la démarche de prévention des risques. Ces travaux nécessiteront l'interruption de la lingerie pendant un mois, la blanchisserie des Gaves (ou autre) sera sollicitée.
- ✱ Ré agréage du niveau 1 de la lingerie.

Le groupe de travail propose :

- de revoir l'organisation de la lingerie selon une méthode participative dans l'EHPAD
- former la lingère à temps partiel sur les méthodes RABC (*Risk Analysis and Biocontamination Control* ou, en français, analyse des risques et maîtrise de la biocontamination).

8.3. L'entretien des locaux

L'entretien des chambres est organisé avec soin. Il est tenu compte des habitudes de vie des résidents, de leurs souhaits d'être présents ou non lors du ménage de leur chambre dans un souci de respecter leur intimité.

Des formations sur l'utilisation du matériel par les fournisseurs eux-mêmes sont dispensées aux salariés.

Le rôle de la maîtresse de maison dans le suivi de l'entretien des locaux est primordial.

Protocoles et procédures existent et sont affichés dans chaque chambre.



8.4. La maintenance

La maison de retraite se compose de trois bâtiments, un seul agent gère l'ensemble de la structure.

La maintenance et travaux de réfections des locaux intérieurs et extérieurs est assuré par le technicien d'entretien. Celui-ci est aussi chargé du suivi des travaux des entreprises extérieures, il assure l'entretien de premier niveau des installations (électrique, sanitaire, chaufferie, incendie etc...) et de l'ensemble des espaces verts (pelouse, massifs, plantations, etc..) il est également chargé du suivi de l'entretien des véhicules.

Dans le cadre du projet logistique un certain nombre de travaux est à prévoir :

TRAVAUX :

Bâtiments : les bâtiments ayant été rénovés dans leur ensemble, il n'y a pas à ce jour à prévoir des investissements conséquents.

Néanmoins le projet d'établissement dans sa continuité doit intégrer :

la rénovation de la zinguerie de l'ensemble des bâtiments : gouttières, et descentes d'eau. Ces travaux nécessitent la mise en place d'échafaudage,

l'entretien des balcons : afin faciliter l'entretien des balcons, une résine sera posée par l'homme d'entretien (14 chambres sont concernées),

les volets roulants : dans les 5 années à venir une vingtaine de volets devra être renouvelée,

la maintenance des escaliers : ré-agréage des escaliers et changement du revêtement,

l'amélioration de la SALLE D'ANIMATION : changement du revêtement,

l'aménagement de la PHARMACIE : remplacement des tiroirs de stockage des médicaments des résidents. Les travaux seront effectués par le technicien d'entretien.

La fonction hôtelière d'une structure d'accueil pour personnes âgées dépendantes se manifeste très clairement au regard de la qualité de ses locaux.

Pour beaucoup de nos résidents, il s'agit de leur dernier lieu de vie et nous devons le rendre aussi agréable et tranquille que possible.





9. Communication interne et externe

9.1. La communication au sein même de l'EHPAD

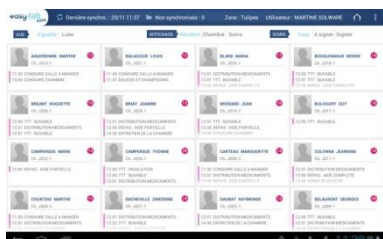
AMELIORER L'INFORMATION EN INTERNE :

L'établissement est équipé d'un certain nombre de logiciel permettant de communiquer :

➤ Pour l'accompagnement des résidents :

Logiciel PSI

- Dossier administratif et gestion des séjours
- Evaluations : Aggir, Pathos
- Plan de soins
- Transmissions narratives, ciblées et diagnostics infirmiers
- Synthèse médicale, prescriptions avec base de données médicamenteuse (Vidal ou BCB), Rapport Activité Médicale Annuel, circuit du médicament et interface avec logiciels de Préparation des Doses à Administrer (PDA) en officine, dossier de Liaison d'Urgence, Accès contextuel au DMP du résident à partir du dossier médical.
- Dossiers des professionnels (rééducation, psychologue, diététicien), agenda des professionnels
- Animations, activités collectives et individuelles, suivi d'activité
- Projet Personnalisé
- Statistiques



Pour les plans de soins :

Les tablettes PSI (easy soins) : permettent aux professionnels de valider les actes réalisés auprès du résident et de transmettre certaines informations (fièvres/selles...)

Les recueils d'information concernant les résidents sont centralisés sur le PSI, mais également dans des dossiers de soins patients à l'infirmierie. La communication concernant les résidents se fait également au travers des :

Transmissions orales :

Les transmissions sont programmées 4 fois par jour :

- 6h45 à la prise de poste (nuit jour)
- 10h00 : permet d'avoir un regard immédiat sur les résidents nécessitant une intervention spécifique
- 13h50 : Au changement d'équipe (matin/après-midi)
- 20h45 : au départ de l'équipe du soir et arrivée du personnel de nuit (soir/nuit)

1. Les avantages :

- s'adaptent à la personne, au lieu, au moment et à la situation,
- provoquent des réactions immédiates,
- permettent l'échange,
- permettent de vérifier la pertinence et la compréhension de l'information écrite.

2. Les inconvénients :

- fugacité,
- ne laissent pas de trace,
- n'ont pas de valeur juridique.
- interprétables,
- pas contrôlables.

Transmissions écrites :

Les transmissions écrites qui se font sur PSI permettent de noter l'ensemble des actions de soins effectuées et de recenser toutes les observations et événements dont il faut tenir compte pour leur réalisation.

1. Avantages :

- Elles sont durables, en cas de contestation, il est aisé de s'y référer.
- Elles engagent celui qui l'a faite,
- Elles permettent d'éviter les oublis (« pense bête »).

2. Inconvénients :

- Multiplication de documents : PSI – Tableau de la salle de soins – classeurs de suivi...
- Trouver le juste milieu entre les informations essentielles, secondaires et sans intérêt.
- fastidieuses à rédiger ou à lire d'où la rédaction de transmissions ciblées.

Protocoles et procédures :

Lors des transmissions il est souvent fait référence à des protocoles ou procédures, que l'on retrouve dans un classeur à la salle de soins

Le groupe de travail propose

1. De faire un travail sur les transmissions ciblées : 2 infirmiers référents
2. D'avoir un outil permettant de visualiser facilement : soins/projet de vie/animation
3. Que les plans de soins puissent être modifiés par les AS/AMP et validés par l'infirmier
4. De visualiser les protocoles et procédures sur ce même outil

Dans le cadre de la logistique, les tablettes posent des problèmes de connexion.

Le groupe de travail participera à la présentation de différents logiciels plus performants, expert dans la gestion des soins en EHPAD avec une traçabilité de la prise en charge des résidents.

➤ Communication avec le résident :

Les troubles de l'audition induisent un risque important d'isolement relationnel. La communication avec les personnes démentes et atteintes de la maladie d'Alzheimer sont également souvent difficiles.

Le groupe de travail propose :

1. que des outils soient systématiquement mis en place (ardoise, ou autre pour faciliter la relation avec le résident),
2. de formaliser dans son projet d'accompagnement personnalisé, les moyens de communications donnant des résultats,
3. de demander un bilan de l'audition,
4. de refaire des formations sur la communication avec les personnes âgées démentes.

Communication : résidents – familles – visiteurs

En cours d'élaboration :

Affichage dynamique pour la communication interne :

un écran à affichage dynamique remplacerait le panneau actuel à l'entrée de l'établissement qui reprendrait : météo, menu du jour, activité du jour et de la semaine, journée coiffeur, manucure, podologue

INTERNET :

Les familles qui le souhaitent peuvent obtenir diverses informations concernant les activités de l'établissement, les documents ou rendez-vous par mail, ils ont également la possibilité de converser avec leurs parents via internet.

SITE INTERNET

Un site internet sera créé en collaboration avec le groupe de travail, le prestataire eRekaa a été retenu pour un total de 2.388,00 €. Site opérationnel pour la fin de l'année 2015.

COMMUNICATION ETABLISSEMENT / SALARIE

Il existe un grand nombre de support pour communiquer avec les salariés.

TRANSMISSIONS – NOTE DE SERVICE – PANNEAU D’AFFICHAGE – Messagerie....

LA DEMANDE DU GROUPE DE TRAVAIL : les informations devraient être centralisées pour être vues – entendues – connues de tous

Un logiciel est à l'étude pour :

- la gestion des plannings par internet – absences – demande de CA
- la gestion de la documentation.

9.2. Organisation de la communication externe

L'E.H.P.A.D. souhaite mettre en place une véritable politique de communication externe afin de :

- promouvoir l'établissement auprès des prescripteurs et de la population locale pour optimiser l'image de la maison de retraite et augmenter le nombre de personnes susceptibles d'être intéressées par les services de l'E.H.P.A.D.
- Développer une communication institutionnelle : le conseil d'administration reçoit régulièrement par mail des comptes-rendus de réunion, la gazette trimestrielle et autres informations. Elargir l'information auprès : des organismes de tutelles, - des mairies avoisinantes...
- Communiquer auprès du grand public : nous faisons régulièrement appel à la presse locale pour informer la population de la vie au sein de l'œuvre, des sorties à l'extérieur, des actions menées en partenariat avec les enfants, la participation aux activités du canton. L'objectif sera d'intéresser les médias aux actions menées dans l'institution : radio, télévision....
- Développer et alimenter le site Internet de l'établissement : - programme d'activités, menus, documentation institutionnelle, partenariat avec les associations locales, projet d'établissement.
- Développer une communication auprès des prescripteurs : procéder à la diffusion de brochures et du livret d'accueil auprès de prescripteurs potentiels : Médecins généralistes / Kinés/ IDE domicile,

Le groupe de travail propose :

- de rencontrer les acteurs locaux de diffusion : radios, télévisions, journaux
- d'interroger les prestataires extérieurs sur les besoins en information
- rencontrer le club des aînés



10. Conclusion

L'élaboration de ce projet montre la volonté de tous les acteurs de l'EHPAD les Ramondias d'apporter aux résidents un accompagnement de qualité dans le respect et la dignité.

Notre projet institutionnel s'inscrit dans l'adaptation de l'offre de service aux besoins futurs, dans un contexte de fort vieillissement de la population et de changement culturel et générationnel. Les fiches actions permettent d'avoir une vision plus concrète de notre quotidien, notre priorité reste l'humain et les valeurs inhérentes à notre institution.

Les hypothèses des besoins futurs :

Concernant l'hébergement institutionnel :

L'œuvre Notre-Dame de l'Espérance a, depuis 2004, rénové l'ensemble des chambres des bâtiments les plus anciens. Nous pouvons constater qu'un certain nombre de celles-ci, une dizaine, ne correspondra plus aux besoins des personnes à accueillir dans les années futures, vu leurs petites superficies (10m²- hors sanitaire). Pour apporter une réponse adaptée à la demande, l'achat du terrain contigu se projette dans l'agrandissement des bâtiments permettant de proposer des chambres plus vastes.

L'offre de service :

- Contribuer significativement au maintien à domicile :
 - notamment en apportant un répit aux aidants, hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, accueil séquentiel (sur des ateliers spécifiques).
 - Agir pour promouvoir l'autonomie : proposer une salle d'activités adaptée à l'éducation physique des personnes âgées, ouverte à la population des plus de 60 ans en perte légère d'autonomie.
- Proposer une palette de services pour répondre à la diversité des situations et des attentes des personnes âgées :
 - accueil de jour, PASA, accueil de nuit
 - portage des repas,
 - partenariat avec les services à la personne de proximité.

Recherche de partenariat - Mutualisation des moyens :

Les objectifs principaux recherchés dans de la mutualisation sont :

- de procéder à l'échange de bonnes pratiques en matière de : sécurité, qualité, ressources humaines,
- Intégrer un groupement d'achats et de services,
- Maîtriser les coûts de fonctionnement.

Dans nos cartons, un projet d'avenir pour 2020 :

On le sait, l'entrée en maison de retraite peut être mal vécue par les personnes âgées. D'où une idée essentielle qui pourrait voir le jour à Luz Saint Sauveur.

- **Le concept :** créer des appartements sur le foncier de la maison de retraite pour que des personnes puissent y vivre en autonomie, tout en bénéficiant des services de l'institution.

- **Une transition entre domicile et maison de retraite :** Une solution idéale pour les personnes âgées « *qui sont au tout début de leur perte d'autonomie* » et qui veulent se sentir rassurées et entourées tout en restant chez elles, dans leur environnement.

La volonté de tout mettre en œuvre pour accompagner nos aînés jusqu'au bout de leur vie, tout en leur garantissant de demeurer dans leur environnement familial, reste au cœur de toutes nos actions et anime nos choix et notre projet global.

La démarche prospective qui s'inscrit dans notre projet d'établissement vise à préparer demain, pour que cette fondation poursuive son service au profit des hommes et des femmes qui vivent en pays Toy.

Ce troisième projet d'établissement fait donc suite aux précédents, sans solution de continuité, avec la même ambition d'excellence pour que la dernière partie de vie de nos aînés soit à l'image de la beauté des hautes vallées des Gaves...

