

INTRODUCTION

I. CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

La rédaction du projet d'établissement est une obligation réglementaire (dispositions de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles) instituée par la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'impose pour les établissements sociaux et médico-sociaux (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) avec une réactualisation tous les 5 ans.

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale. » (Article L.311 du code de l'action sociale et des familles).

Ce document garantit les droits des usagers en définissant les objectifs en matière de qualité des prestations et en rendant lisibles l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Il permet également de donner des repères aux professionnels dans l'exercice de leur activité et conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.

Le projet d'établissement s'inscrit dans une conduite de projet à 3 dimensions :

- Descriptives: on *projette* une image, un plan pour décrire ce qui existe
- Projectives : on *projette* dans l'avenir ce qui n'existe pas encore mais paraît être une évolution souhaitable, une ambition réaliste
- Stratégiques: on *projette* le chemin à parcourir pour aboutir au but recherché, en précisant les moyens à mettre en œuvre, les étapes à respecter, dans une démarche de projet (lien avec la convention tripartite)

Le projet d'établissement est le document qui permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel pour répondre aux besoins des publics sur un territoire donné. Il n'a pas vocation à synthétiser l'ensemble des documents relatifs au positionnement, au pilotage de l'établissement mais doit s'appuyer sur des documents de référence :

Documents de positionnement institutionnel :

- arrêtés d'autorisation, convention tripartite, schémas territoriaux gérontologique et de santé, recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM et HAS,...

Outils de la Loi 2002-2 :

- contrat de séjour, règlement de fonctionnement, projet de vie individualisé, charte des droits et libertés de la personne accueillie, ...Rapports d'évaluation et de contrôle: résultats de l'évaluation interne, rapport d'évaluation externe, avis des commissions, enquêtes de satisfaction, registre des réclamations,...

Outils de pilotage :

- rapports de gestion, bilan social, document unique d'évaluation des risques professionnels, conventions de coopération, procédures et protocoles, ...

Le projet d'établissement a pour ambition de définir les axes stratégiques et les projets d'action de l'établissement dans différents domaines.

Il comprend les éléments suivants :

- Des axes stratégiques
- Un projet médical et de coopération en santé
- Un projet de soins et d'autonomie
- Un projet de vie et d'accompagnement individualisé
- Un projet de vie et d'accompagnement des personnes désorientées
- Un projet de soins palliatifs
- Un projet d'animation et de vie sociale
- Un projet de service du Service de Soins Infirmiers A Domicile
- Un projet de service de l'Equipe Mobile Alzheimer
- Un projet social et de développement des ressources humaines
- Un projet qualité et de gestion des risques
- Un projet architectural

II. METHODOLOGIE

1. Le comité de pilotage

Un comité de pilotage représentatif a été constitué pour valider la démarche de réécriture du projet d'établissement 2015-2020. Cette composition a été validée par le conseil d'administration de l'EHPAD.

Les membres se sont réunis le 12 janvier et le 9 février 2015 pour valider :

- La démarche projet
- les thématiques à développer
- la composition des groupes projets
- les animateurs des groupes projets
- le diagnostic interne
- le diagnostic externe
- les axes stratégiques
- le calendrier de déploiement

COMITE DE PILOTAGE

Président du Conseil d'Administration
Administrateur
Directeur
Médecin coordonnateur
Cadre supérieur de santé
IDEC SSIAD
Infirmière
Aide-soignante
Agent de Service Hospitalier
Responsable du service technique
Représentant des familles
Président du CVS - représentant des Résidents
Représentants du personnel
Résidents
Médecin traitant

2. La démarche participative

La réécriture du projet d'établissement s'est construite dans une démarche participative associant :

- L'équipe de Direction
- L'encadrement
- Les professionnels
- Les résidents
- Les familles

La démarche d'élaboration du projet d'établissement a été présentée à l'ensemble des personnels lors d'une assemblée générale qui s'est déroulée le 5 février 2015 et aux animateurs et responsables de services le 9 mars 2015.

Un appel à candidature sur la base du volontariat a été lancé auprès des personnels pour s'inscrire aux 5 groupes de travail thématiques :

- projet médical et de coopération en santé
- projet de soins et d'autonomie
- projet de vie et d'accompagnement individualisé
- projet social et de développement des ressources humaines
- projet qualité et de gestion des risques

Deux animateurs par groupe projet ont été désignés.

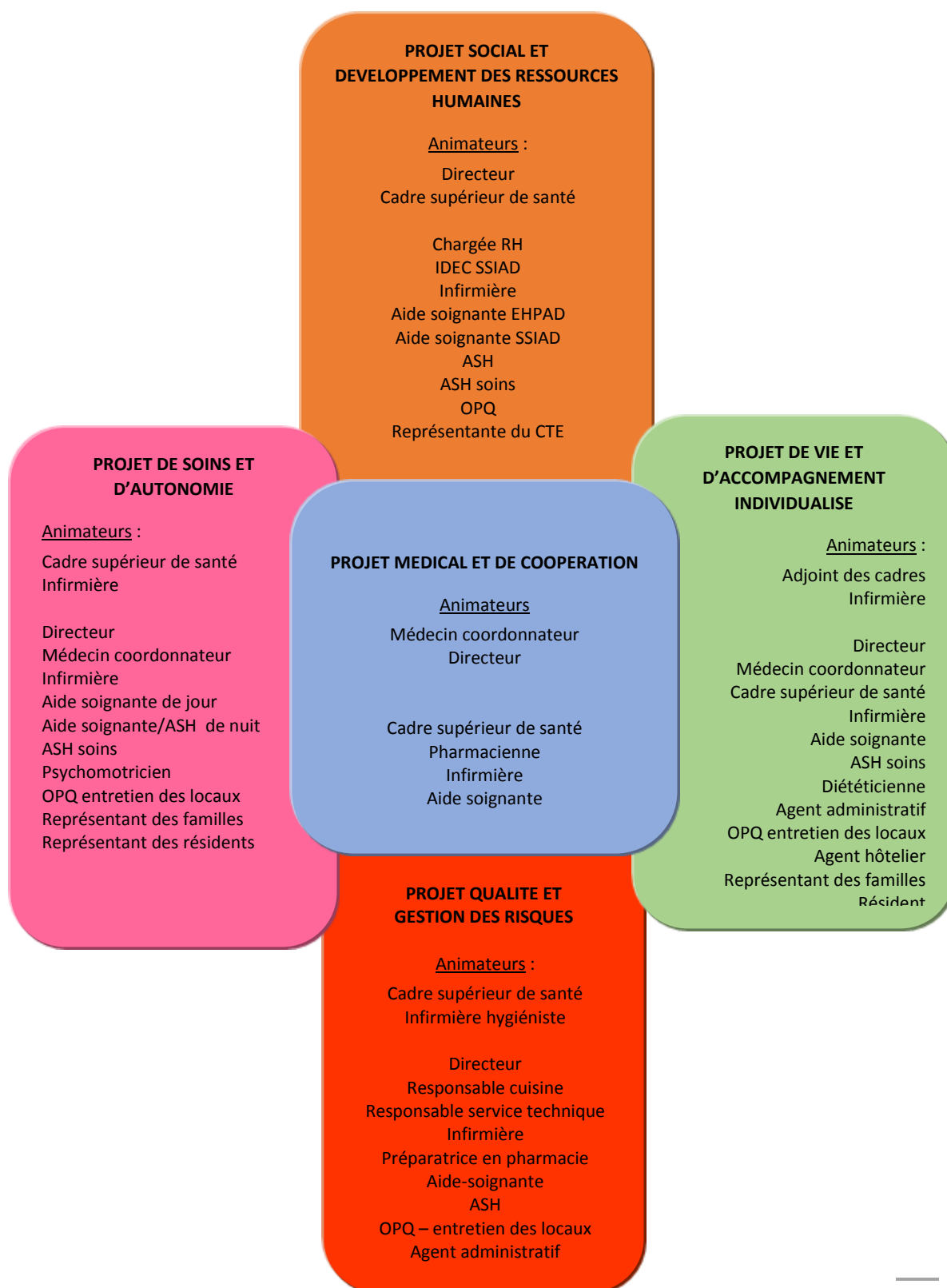
Les familles et résidents participants ont été sollicités directement.

Le volet « Projet UPAD » ainsi que les deux projets de services « SSIAD personnes âgées » et « Equipe Mobile Alzheimer » ont fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire associant les personnels des services concernés. Ils ont été animés par les responsables de service.

Le volet « soins palliatifs » a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail spécifique qui s'est réuni en 2014.

Le projet architectural est issu d'un plan directeur qui a été réalisé en fin de 4^{ème} trimestre 2011 par le groupement Crescendo Conseil – AR architectes et mis à jour en octobre 2013 pour faire suite à la demande de scénarii complémentaires.

3. Les groupes de travail



**PROJET DE
SOINS PALLIATIFS**

Animateurs :

Cadre supérieur de santé
Infirmières

Psychologue
IDEC SSIAD
AS SSIAD
Aides-soignantes jour
ASH soins
Psychomotricien
Préparatrice en Pharmacie

**PROJET DE VIE ET
D'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES
DESORIENTEES**

Animateurs :

Cadre supérieur de santé
Infirmières
Psychologue

Aides-soignantes/AMP de jour
Aide-soignante/ASH de nuit
ASH soins
Psychomotricien
Ergothérapeute

**PROJET DE SERVICE
SSIAD PERSONNES ÂGÉES**

Animateurs :

IDEC SSIAD

Aides-soignantes SSIAD

**PROJET DE SERVICE
EQUIPE MOBILE ALZHEIMER**

Animateurs :

IDEC EMA

Ergothérapeute
ASG EMA

4. La procédure de validation et de suivi

Le projet d'établissement est élaboré pour une période maximale de 5 ans.

Le présent projet de l'EHPAD Balthazar Besnard, a été validé en date du 23 septembre 2015, par le conseil d'administration, pour la période septembre 2015 à septembre 2020.

Il a été présenté aux différentes instances: Conseil de la vie Sociale, Comité Technique d'Etablissement et CHSCT

Le projet d'établissement sera diffusé en 2015 par l'intermédiaire des actions suivantes :

- Information et présentation du projet d'établissement au personnel lors d'une assemblée générale
- Diffusion d'une note de service au personnel
- Distribution d'un exemplaire par service
- Mise à disposition d'un exemplaire « plastifié » à l'accueil avec un système d'onglets pour faciliter l'accès aux différentes thématiques
- Communication de son existence dans le supplément de Fil Happy
- Envoi d'un exemplaire aux autorités de tarification

Le projet d'établissement sera suivi annuellement dans le cadre du rapport d'activités, et actualisé au moins à mi-parcours.

b. Le Calendrier et planning de travail

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	SEPTEMBRE
COPIL	12	9						
ASSEMBLEE GENERALE		5						
GROUPE ANIMATEURS			9					
PROJET MEDICAL			10/17	7/14	26	29		
PROJET DE SOINS				16/22/28/30	22	3/10/16/17/29	8/20/22	
PROJET DE VIE				10/15/16/20/30/22/24	22	8		
PROJET QUALITE				10/13/16/24	11	1/8/23		
PROJET SOCIAL				15	13/18/19	2/4/25	1	
CONSEIL DE LA VIE SOCIALE								21
COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT								21
CONSEIL D'ADMINISTRATION								23

III. BILAN DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2009-2015

Le projet d'établissement 2009-2015 a été présenté au Conseil d'Administration dans sa séance du 26 juin 2009. La démarche de projet a été lancée le 26 février 2009 accompagnée par un bureau de consultant PM Consultant. Un comité de pilotage représentatif de tous les services et de tous les acteurs de la vie de la structure a été constitué. Des groupes de travail thématique ont également été constitué afin d'élaborer l'ensemble des sous projets que constitue le projet d'établissement à savoir :

- projet médical
- projet de soins
- projet de vie
- projet d'animation
- projet qualité et performance de gestion
- Projet logistique et technique
- Projet social

Le bilan du projet d'établissement 2009-2015 est annexé.

IV. BILAN DE LA CONVENTION TRIPARTITE 2^{ème} GENERATION

La première convention tripartite a été signée le 31 décembre 2004 et la deuxième le 25 octobre 2010. 38 objectifs avaient été déterminés.

Le bilan de la dernière convention tripartite 2010-2015 est annexé.

V. PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2015-2020

RÉSIDENCE BALTHAZAR BESNARD

1. Historique

La Maison de Retraite de Ligueil est née en 1867 par la volonté d'un généreux Donateur, Jean-Jacques Balthazar-Besnard (d'où la dénomination de cet Etablissement).

Un décret Impérial du 8 juillet 1865 « Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, NAPOLEON, Empereur des Français » autorise la création d'un Hôpital Hospice dans la Commune de LIGUEIL « destiné aux malades des deux sexes, domiciliés dans la circonscription du Canton de LIGUEIL et de la Commune de CUSSAY, Canton de la HAYE-DESCARTES ».

Les agrandissements successifs ont porté la capacité d'accueil à celle dont l'Etablissement dispose actuellement à savoir 147 lits.

Depuis le 1er Janvier 2005, l'établissement est devenu un E.H.P.A.D. - un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

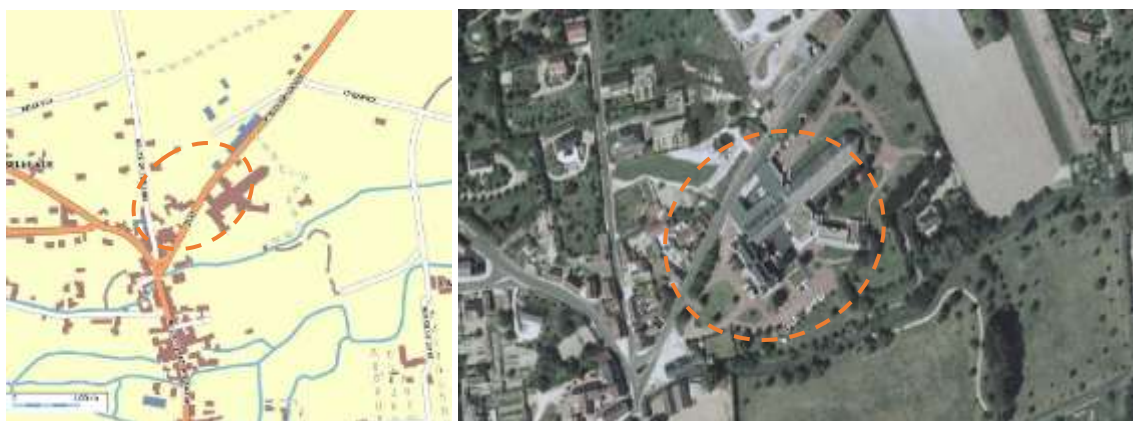
2. Situation géographique de l'établissement

L'EHPAD Balthazar Besnard est implanté 3 place Ludovic Veneau à Ligueil, commune de 2 175 habitants.

La commune de Ligueil est située dans le département d'Indre-et-Loire (37), à 45 km au sud de Tours et à proximité de la Vienne (86) et de l'Indre (36). Poitiers est à 70 km au sud-ouest de Ligueil, et Paris à 270 km au nord-est.

Ligueil est desservie par la route départementale 50 venant de Tours et la route départementale 31 venant d'Amboise et Loches. L'autoroute A10 est à 20 minutes par Sainte-Maure-de-Touraine, 40 minutes par Tours et 50 minutes par Amboise.

Ligueil est traversée par la rivière l'Esves.



3. Description de la structure (architecture, locaux, personnel)

L'établissement a vécu de nombreuses transformations et extensions depuis sa construction en 1865. Il est actuellement composé de 4 parties nommées B1, B2, B3 et B4.

Le bâtiment B1 : c'est le bâtiment historique construit en 1865 et visible depuis la route. Son architecture extérieure est élégante. Une grande pelouse le sépare du portail d'entrée. Des travaux d'humanisation ont été réalisés en 2008.

Le bâtiment B2 a été construit 1962 avec travaux d'humanisation et adjonction d'une aile neuve réceptionnée en 2000.

Le bâtiment B3 a été construit en 1973.

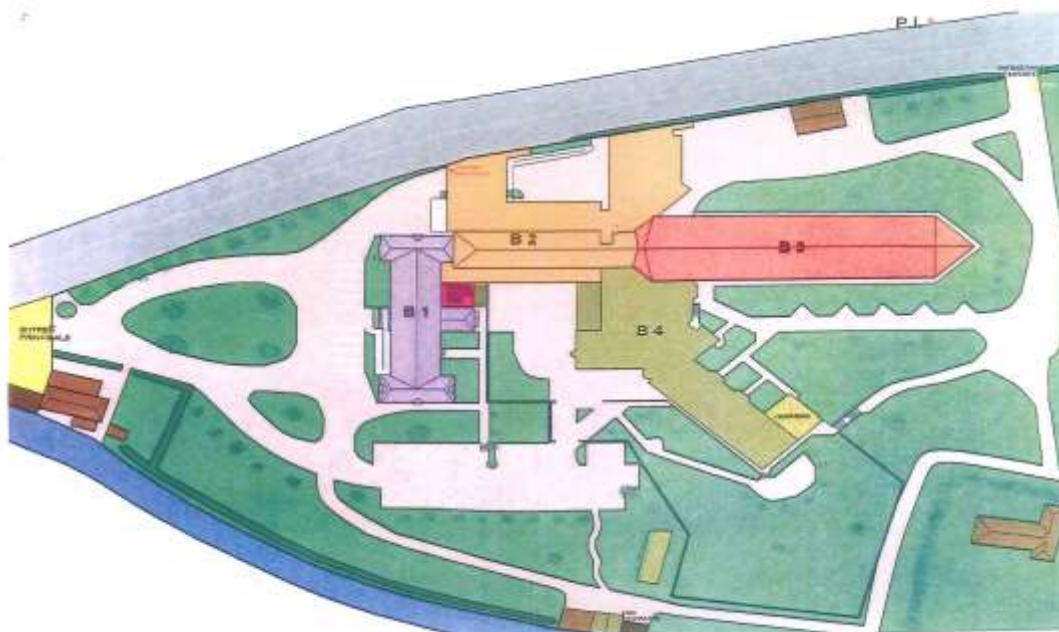
Le bâtiment B4 a été construit en 1986.

Un pavillon situé à l'entrée de l'enceinte de l'établissement est utilisé comme logement d'appoint pour le personnel, notamment en cas de fortes chutes de neige ou bien est mis à disposition des stagiaires de l'établissement.

Les bâtiments sont entourés par des espaces verts : l'unité Alzheimer dispose d'un grand jardin sécurisé, une promenade tout autour du parc est aménagée pour les résidents et longe un enclos où vivent des chèvres. L'enceinte du parc est clôturée.

Des travaux de mise en conformité incendie des bâtiments B3 et B4 ainsi que la rénovation des chambres et salles d'eau du bâtiment B3 ont été effectués sur la période 2008-2009.

Plan de masse de l'établissement



Répartition des lits dans les bâtiments

Bâtiment	Niveau	Service	Chambre individuelle	Chambre double
B1	1 ^{er} étage	Château de Loches	8	-
B2	Rdj	Les Fruits	5	-
	1 ^{er} étage	Château d'Azay le Rideau	20	-
	2 ^{ème} étage	La Clairière	11	-
B3	Rdc	Le Lavoir	2	11
	1 ^{er} étage	Château de Chenonceau	-	11
	2 ^{ème} étage	Le Vignoble	2	11
B4	Rdj	Les Fleurs	14*	-
	Rdc	Au Fil de l'eau	10*	-
	1 ^{er} étage	Château de Villandry	9*	-
Total			81	33
			114 chambres / 147 lits	

(*) Salles d'eau ne comprenant pas de douche (33)

4. Etablissement gestionnaire

Nom de l'établissement : **E.H.P.A.D. BALTHAZAR BESNARD**

3 place Ludovic Veneau – BP 1 – 37240 LIGUEIL

Téléphone : 02.47.91.44.44 Télécopie : 02.47.91.44.10

Type d'établissement : Etablissement social et médico-social

Statut : Etablissement public autonome

N° FINESS : 37 0000 952

N° SIRET siège social : 263 700 098 00019

N° APE : 8710 A (activité principale) – Hébergement médicalisé pour personnes âgées

Etablissements et services gérés par l'établissement gestionnaire :

- EHPAD

N° SIRET : 263 700 098 00019

N° APE 8710A – Hébergement médicalisé pour personnes âgées

- SSIAD

N° SIRET : 263 700 098 00027

N° APE 8690D – Activité des infirmiers et sages-femmes

5. Créations et autorisations

- 1865 – Décret impérial autorisant la création d'un hospice sur Ligueil
- 1868 – Ouverture de l'hospice (bâtiment B1) accueillant 15 à 40 pensionnaires
- 1959 - Décret n°59-957 du 3 août 1959 (publié au JO du 18 juin 1961) portant classement de l'établissement en hospice
- 1962 – Création du bâtiment B2
- 1967 – Extension de la capacité de 50 à 80 lits
- 1969 – Changement de dénomination de la maison de retraite de Ligueil en Maison de Retraite « Balthazar Besnard »
- 1973 - Ouverture du bâtiment B3 d'une capacité de 70 lits
- 1979 – Autorisation du 3 octobre 1979 autorisant 60 lits de soins de cure médicale
- 1981 – Arrêté du 11 décembre 1981 transformant l'hospice en maison de retraite publique
- 1982 – Arrêté du 30 juillet 1982 autorisant la création de 30 places de SSIAD pour personnes âgées
- 1984 – Arrêté du 24 décembre 1984 autorisant l'extension à 100 lits de la section de cure médicale et ramenant la capacité d'hébergement valide à 72 lits
- 1986 – Ouverture du bâtiment B4 d'une capacité de 33 chambres
- 1986 – Création d'un service de distribution de repas à domicile
- 1990 – Avis du Président du Conseil Général d'Indre et Loire portant extension de la capacité de l'établissement à 172 lits (+12 lits)
- 1999-2000 - Humanisation et mise en sécurité incendie du bâtiment B2
- 2005 – Signature de la 1^{ère} convention tripartite 2005- 2009
- 2005 – Arrêté conjoint du 31 janvier 2005 portant transformation de la maison de retraite publique en Etablissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) avec une capacité autorisée de 155 lits hébergement
- 2007 – Arrêté du 13 juillet 2007 portant création d'une antenne de 5 places de SSIAD personnes adultes handicapées « sud 37 »
- 2007 – Création d'une place d'Accueil de jour pour personnes désorientées
- 2007 – Arrêté du 13 novembre 2007 portant extension de la capacité du SSIAD à 32 places (+2 places)
- 2008 –Avenant N°1 de la convention tripartite 2005-2009 du 13 mars 2008
- 2008-2009 – Travaux d'humanisation du bâtiment B1 et de mise en sécurité incendie des bâtiments B1, B3 et B4
- 2009 – Avenant n°2 de la convention tripartite 2005-2009 du 24 décembre 2009
- 2010 – Arrêté conjoint n° 10-OSMS-PA37-0072 du 30 septembre 2010 portant la capacité autorisée de l'EHPAD à 147 lits hébergement (humanisation du bâtiment B et dédoublement de petites chambres doubles).

2010 – Signature de la 2^{ème} convention tripartite 2010 – 2015 (effet au 1^{er} septembre 2010).

2012 – Arrêté du 11 janvier 2013 portant autorisation d’extension de 5 places « de soins d’accompagnement et de réhabilitation » pour la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées du Service de Soins Infirmiers à Domicile à compter du 1^{er} octobre 2012.

2014 – Arrêté du 3 juillet 2014 portant sur l’autorisation de cession d’une place d’accueil de jour, modifiant la capacité de l’établissement.

6. Service rendu

La Résidence Balthazar Besnard dispose de 185 lits et places répartis de la façon suivante :

Une activité principale d’hébergement de personnes âgées dépendantes et en perte d’autonomie comprenant :

- 128 lits autorisés d’hébergement pour personnes âgées dépendantes ou en perte d’autonomie
- 19 lits pour personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer ou apparentée

Une activité principale de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) comprenant :

- 32 places de SSIAD personnes âgées
- 5 places d’Equipe Spécialisée Alzheimer (Equipe Mobile Alzheimer Sud Touraine de 10 places en association avec le SSIAD de Preuilley-sur-Claise)
- 5 places de SSIAD adultes handicapés (antenne du SSIAD « Sud 37 »)

Une activité secondaire d’accueil de jour comprenant 1 place d’accueil de jour pour personnes âgées désorientées. Cette activité a cessé le 30 juin 2014 (transfert de l’autorisation au GCMS Confluence – accueil de jour Marjolaine.

Une activité secondaire de distribution de repas à domicile pour une clientèle moyenne de 50 personnes âgées par jour.

Evolution des capacités

Nature des places	Date dernière autorisation	Nombre de lits et places installées
Hébergement	2010 (EHPAD)	147 lits
dont hébergement aide sociale	2010 (EHPAD)	147 lits
Hébergement temporaire		0
Accueil de jour	2007	1 place
Accueil de nuit		0
Distribution repas à domicile	1986	
SSIAD personnes âgées	1982 – 2007	32 places
SSIAD personnes adultes handicapées	2007	5 places (antenne du SSIAD « Sud 37 »)
SSIAD « Equipe Spécialisée Alzheimer »	2012	5 places (10 places en association avec le SSIAD de Preuilley-sur-Claise)
Accueil de jour	2014	cession d’1 place au 30 juin 2014

7. Les instances

L'EHPAD Balthazar Besnard est un établissement public autonome, personne morale de droit public, disposant d'une autonomie administrative et financière. Il est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un Directeur.

Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sont régies, pour l'essentiel, par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 modifiée rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le Conseil d'Administration est présidé par le maire de la commune. Ce Conseil définit la politique générale de l'établissement. Il vote le budget et décide des investissements.

La Directeur, nommée par la ministre de la santé après avis du Président du Conseil d'administration, est le représentant légal de l'établissement dont il assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur l'ensemble du personnel et ordonne les dépenses et les recettes. Il est responsable du bon fonctionnement de tous les services.

En parallèle, différentes instances participent au bon fonctionnement de l'établissement en émettant des avis sur les grandes lignes de la politique institutionnelle :

- Le CTE (Comité technique d'établissement) donne son avis sur les orientations générales de l'établissement et ses principales règles de fonctionnement,
- Le CHSCT (Comité d'hygiène, Sécurité des conditions de travail) participe à la protection de la santé et de la sécurité des agents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail
- Le CVS (Conseil de la vie sociale) donne son avis et fait des propositions sur toutes questions intéressant le fonctionnement de l'établissement, du point de vue des Résidents et de leur famille.
- Le CLIN (Comité de Lutte contre les infections nosocomiales) définit la politique de prévention du risque infectieux de l'établissement. la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales ainsi que leur prévention en s'appuyant sur un réseau de correspondants hygiène

D'autres instances participatives existent au sein de l'établissement :

- La commission des menus
- La commission d'animation
- La commission restauration
- Le comité de retour d'expériences (CREX)

8. Population accueillie

PROFIL DE DEPENDANCE DES RESIDENTS PAR GIR (GMP AOUT 2014)	
GIR 1	28
GIR 2	75
GIR 3	12
GIR 4	23
GIR 5	9
GIR 6	1
GMP : 754	147

AGE ET SEXE 2014	
FEMMES	
ENTRE 60 ET 70 ANS	3
ENTRE 71 ET 74 ANS	4
ENTRE 74 ET 79 ANS	9
ENTRE 80 ET 84 ANS	26
ENTRE 85 ET 89 ANS	27
ENTRE 90 ET 94 ANS	33
ENTRE 95 ET 99 ANS	17
ENTRE 100 ET 105 ANS	8
	127
AGE MOYEN : 87 ANS	

AGE ET SEXE 2014	
HOMMES	
ENTRE 60 ET 70 ANS	3
ENTRE 71 ET 74 ANS	4
ENTRE 74 ET 79 ANS	8
ENTRE 80 ET 84 ANS	12
ENTRE 85 ET 89 ANS	15
ENTRE 90 ET 94 ANS	13
ENTRE 95 ET 99 ANS	5
ENTRE 100 ET 105 ANS	
	60
AGE MOYEN : 84 ANS	

AGE ET SEXE 2014	
HOMMES & FEMMES	
ENTRE 60 ET 70 ANS	6
ENTRE 71 ET 74 ANS	8
ENTRE 74 ET 79 ANS	17
ENTRE 80 ET 84 ANS	38
ENTRE 85 ET 89 ANS	42
ENTRE 90 ET 94 ANS	46
ENTRE 95 ET 99 ANS	22
ENTRE 100 ET 105 ANS	8
	187

AGE MOYEN DES RESIDENTS ADMIS EN 2014	
FEMMES	87 ANS
HOMMES	82 ANS
HOMMES & FEMMES	86 ANS
TOTAL D'ENTREES EN 2014	44

NOMBRE D'ENTREES EN 2014 PAR MOTIF	
FAMILLE D'ACCUEIL	2
DOMICILE PRIVE OU D'UN PROCHE	16
TRANSFERT DE CONVALESCENCE	6
TRANSFERT DE FOYER LOGEMENT	1
TRANSFERT DE LONG SEJOUR	4
TRANSFERT DE MAISON DE RETRAITE	4
TRANSFERT DE MEDECINE	2
TRANSFERT DE SOINS DE SUITE	7
AUTRES	2
	44

Evolution de l'origine géographique des résidents admis à l'EHPAD entre 2012 et 2014

Bassin	Ville	CP	File Active 2014	File active 2013	File active 2012	% 2014	% 2013	% 2012
LIGUEIL	Ligueil	37240	7	9	9			
	Bournan	37240		1	1			
	Bossée	37240			2			
	Esves le Moutier	37240			1			
	Manthelan	37240	4	4	5			
	La Chapelle Blanche	37240	1	1				
	Louans	37240	2	1				
	Mouzay	37320		2				
	Varennes	37600	1					
				15	18	18	35.71%	29.16%
PREUILLY SUR CLAISE	Preuilly s/ Claise	37290		1				
	Yzeure sur Creuse	37290	1		1			
			1	1	1	2.38%	1.92%	2.08%
DESCARTES	Buxeuil	37160			1			
	Cussay	37160	3	2	1			
	Ciran	37160		3	2			
	Descartes	37160	2	4	3			
	La Celle St Avant	37160			2			
	Marcé sur Esves	37160		1				
	Neuilly le Brignon	37160		1				
				5	11	9	11.9%	21.15%
GRAND-PRESSIGNY	Le Grand Pressigny		1					
	Le Petit Pressigny	37350		1	1			
	Betz le Château	37600	3	2	1			
			4	3	2	9.52%	5.76%	4.16%
LOCHES	Bridoré	37600	3		2			
	Chedigny	37310		2				
	Chambourg sur Indre	37310			1			
	Loches	37600	1	1				
	Perrusson		1					

	Reignac s/ Indre	37310		1				
	Tauxigny	37310	1		1			
			6	4	4	14.28%	7.69%	8.33%
STE MAURE DE TOURAIN	Marcilly	37800		1				
	Nouâtre	37800		1				
			0	2	0	0%	3.84%	0%
L'ILE BOUCHARD	L'Ile Bouchard	37220		1				
CHAMBRAY LES TOURS			0	1	0	0%	1.92%	0%
	Chambray les Tours	37170		1	1			
	Cormery	37320	1		1			
	Esvres s/ Indre	37320		1				
			1	2	0	2.38%	3.84%	0%
BLERE	Bléré	37150	2					
		37320						
			2	0	0	4.76%	0%	0%
AMBOISE	Nazelles Negron	37530	1					
			1	0	0	2.38%	0%	0%
CHATEAU RENAULT	Château-Renault	37110		1				
			0	1	0	0%	1.92%	0%
ST CYR SUR LOIRE	St Cyr sur Loire	37540	0	0	1	0%	0%	2.08%
MONTLOUIS S/ LOIRE	Veretz	37270		1				
	Montlouis sur Loire	37270			1			
	La Ville aux Dames	37700	1					
			1	1	1	2.38%	1.92%	2.08%
MONTBAZON	Montbazou	37550			1			
	Sorigny	37250			1			
			0	0	2			4.16%
ST AVERTIN	St Avertin	37550	2	1	1			
			2	1	1	4.76%	1.92%	2.08%
ST PIERRE DES CORPS	St Pierre des Corps	37000		2				
			0	2	0	4.76%	3.84%	0%
JOUE LES TOURS	Joué les Tours	37300	2		1			
			2	0	1	4.76%	0%	2.08%

TOURS	Tours	37000	2	2	6			
			2	2	6	4.76%	3.84%	12.5%
VOUVRAY	Vernou s/ Brenne	37210		1				
			0	1	0	0%	1.92%	0%
CANTON DE DESCARTES						59.51%	57,99%	62.49%
PAYS TOURAINE COTE SUD						73,79%	69,52%	70,82%
INDRE-ET-LOIRE			42	52	48	95.45%	91.23%	92.30%

HORS DEPARTEMENT

Département	File active 2014	File active 2013	File active 2012
Indre (36)		2	
Loir et Cher (41)		1	
Ile de France (75)		1	
Yvelines (78)		1	
Gard (30)	1		1
Dordogne (24)			1
Paris (75)			1
Eure et Loir (28)			1
Haute-Vienne	1		
	2	5	4
	4.55%	8.77%	7,7%

9. Evolution de l'activité

JOURNEES REALISEES SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
52 774	51 915	52 078	52 348	51 938

TAUX D'OCCUPATION SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
98.36%	96.75%	97.06%	97.56%	96.80%

COEFFICIENT D'OCCUPATION SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
101.11%	99.46%	99.85%	100.37%	97.79%

DUREE MOYENNE DE SEJOURS SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
1059 JRS	1312 JRS	1476 JRS	1478 JRS	1323 JRS

NOMBRE D'ENTREES SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
44	57	52	38	53

NOMBRE DE SORTIES SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
44	57	52	38	53

NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
771 JRS	968 JRS	562 JRS	371 JRS	376 JRS

NOMBRE DE DECES SUR 5 ANS				
2014	2013	2012	2011	2010
34	50	39	33	32

NOMBRE DE DECES EN 2014 PAR MOTIF	
DECES DANS L'ETABLISSEMENT	27
DECES HORS ETABLISSEMENT	7
	34

10. Evolution des Tarifs

EVOLUTION DU PRIX DE JOURNEE SUR 5 ANS						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TARIF MOYEN HEBERGEMENT						
	49.21	48.45	49.26	49.57	50.26	50.42
TARIF DEPENDANCE						
GIR 1/2	13.75	14.45	14.46	15.06	14.91	15.38
GIR 3/4	6.87	7.22	7.23	7.53	7.45	7.69
GIR 5/6	5.07	5.32	5.33	5.55	5.5	5.66
EVOLUTION TARIF HEB.		-1.57%	1.67%	0.63%	1.39%	0.32%
EVOLUTION TARIF DEP.		5%	0.18%	4.13%	-0.90%	2.90%
EVOLUTION TARIF HEB. + DEP.		-0.51%	1.52%	0.97%	1.25%	0.48%

VI. DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

I. DIAGNOSTIC INTERNE

1. Réseaux et coopérations

L'EHPAD Balthazar Besnard s'inscrit dans un réseau gérontologique de soin pour assurer une prise en charge globale des résidents accueillis. Des conventions fixant les modalités de coopération entre partenaires sont signées avec des structures sanitaires locales telles que :

- CH de Loches (Plan Bleu, Equipe opérationnelle hygiène, Maintenance informatique)
- CH Amboise-Château Renault (Médecine du Travail)
- CH Sainte-Maure de Touraine (SSIAD Personnes adultes handicapés)
- Hospitalisation à Domicile
- Réseau de Soins palliatifs de la région Centre (EASP)

L'établissement entretient aussi des partenariats avec les acteurs de la santé et de coordination locale tels que

- Coordination autonomie du sud 37
- CLIC sud Touraine
- Médecins libéraux du sud lochois(EHPAD)
- Masseurs-Kinésithérapeutes (EHPAD)
- Orthophoniste (EHPAD)
- Infirmières libérales (SSIAD)
- EHPAD Preuilly-sur-Claise (EMA Sud Touraine)

Enfin, l'établissement est membre de groupements de coopérations :

- GCS « Sud Touraine et Brenne » (Blanchisserie)
- GCMS « Confluence » (Accueil de jour)
- GCS « Achats du Centre » (groupements d'achats hôteliers et pharmaceutiques)

2. Rapport d'évaluation externe

Le CLEIRPPA, organisme habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), a procédé à l'évaluation externe de l'établissement, comme le prévoit le Code de l'Action Sociale et des Familles aux articles D 347-1 et suivants.

L'évaluation s'est déroulée sur une période allant de novembre 2013 à janvier 2014.

Le CLEIRPPA a utilisé une méthodologie d'évaluation externe précise et en totale adéquation avec les exigences du décret du 15 mai 2007.

La démarche d'évaluation s'est déroulée selon 3 phases :

1 - Une phase de préparation de la visite avec deux phases intermédiaires :

- Une étude documentaire des éléments demandés par l'évaluateur (dont un questionnaire à remplir par la structure) et les documents recommandés dans le cadre du décret du 15 mai 2007 et de la loi du 2 janvier 2002.
- La préparation de la visite (choix des personnes à rencontrer au cours de la visite).

2 - **Une phase de visite du site et d'entretiens** auprès des professionnels, familles, usagers et d'entretiens téléphoniques avec des organismes partenaires de l'établissement. Pendant cette phase les 26, 27 et 28 novembre 2013, **une visite de l'ensemble des locaux** a été faite afin de se rendre compte de la configuration, de la qualité et de la sécurité des espaces consacrés aux usagers, aux familles et aux professionnels

3 - **Une phase d'analyse et de rédaction** d'un pré-rapport d'évaluation externe, puis du rapport définitif.

En amont de cette démarche, l'évaluateur a échangé avec l'équipe de direction de l'établissement afin de lui présenter plus en détail la démarche d'évaluation proposé.

A l'issue de cette évaluation externe des préconisations ont été formulées à l'établissement :

Architecture intérieure

- Travailler sur une signalétique des chambres différente de numéros complexes à retenir
- Ouvrir l'accès à l'unité Alzheimer depuis l'extérieur pour enrayer l'isolement de l'unité au sein de la structure et l'ouvrir sur l'extérieur
- Apporter de la lumière dans la salle d'activité de l'unité Alzheimer par l'ouverture d'un hublot dans le plafond.
- Ne pas fermer systématiquement les portes des chambres la journée dans l'unité Alzheimer car cela renforce l'impression de fermeture et d'isolement de l'unité.

Travail en équipe, communication

- Associer l'animatrice aux réunions de staffs cliniques.
- Favoriser la mobilité des professionnels au sein de l'unité Alzheimer
- Mettre en place des groupes de parole ou d'analyse de la pratique

- Organiser des changements de lieu pour les professionnels afin qu'ils ne restent pas des années au même poste des professionnels.
- Travailler avec les IDE sur leur implication dans leur poste de référentes et leur responsabilité dans l'encadrement de leur secteur.

Démarche qualité

- Renforcer les équipes d'entretien des chambres par des emplois aidés ou en réfléchissant à une répartition différente des tâches sur les postes d'ASH de soins.
- Positionnement de l'établissement, partenariat, travail en réseau
- Inviter les bénévoles de l'aumônerie à participer aux séances d'information afin de les aider dans les liens tissés avec les résidents atteints de troubles cognitifs.
- Solliciter des rencontres avec les professionnels du secteur sanitaire pour renforcer les liens.

Gestion des risques professionnels

- Mettre en place une réunion d'analyse de la pratique ou un groupe de parole à destination des professionnels afin qu'ils aient un espace de réflexion et de parole pour
- éviter le risque d'épuisement professionnel. Cet espace serait particulièrement important pour l'équipe de l'unité Alzheimer qui semble isolée au sein de l'établissement et qui présente des difficultés d'entente.

Liberté et droits de la personne en établissement

- Un travail important doit être mené sur les possibilités de sortir de l'unité Alzheimer et sur l'ouverture de cette unité au reste de l'établissement. Des activités pourraient être organisées type barbecue, apéritif, conférences... dans cette unité ouverte à l'ensemble des résidents.

Animation

- Elaborer un planning d'animation hebdomadaire pour l'unité Alzheimer et inciter l'animatrice à s'investir dans l'animation de cet espace.
- Vie quotidienne et projet de vie personnalisé
- Mettre en place les projets de vie personnalisés au plus vite.

Approche des soins

- Retravailler le projet quotidien au sein de l'UPAD et élaborer un projet de soins pour cette unité mené par l'équipe Médecin coordonnateur, cadre de santé, IDE, psychomotricienne, psychologue, diététicienne....

3. Analyse des résultats d'enquêtes de satisfaction de la Résidence

Résultats des questionnaires de satisfaction 2014 :

- 93% sont satisfaits de leur séjour à la résidence
- 93% sont satisfaits de la qualité des interventions et des contacts avec les personnels
- 100% des personnels respectent l'intimité et la dignité lorsqu'ils effectuent des soins de base
- 92% des résidents trouvent les activités d'animation adaptées et diversifiées (67% se disent intéressés par l'animation)
- 100% des résidents sont satisfaits de la chambre qui leur a été attribuée
- 100% des résidents sont satisfaits de la propreté de leurs vêtements
- Seuls 87% sont satisfaits de l'aide consacrée pour les soins d'hygiène et l'assistance à la toilette
- 25% ne sont pas du tout satisfaits de la fréquence des douches proposées
- Seuls 86% sont satisfaits de la prise en charge médicale (fréquence des visites, prises de rdv...)
- 47% des résidents relèvent que les personnels n'attendent pas à la porte avant d'entrer (100% des personnels frappent à la porte avant d'entrer)
- Seuls 76% des personnels demandent l'avis des résidents avant leurs interventions
- Seuls 69% des résidents connaissent le rôle et les représentants du Conseil de la Vie Sociale
- 6% des résidents sont satisfaits du confort de leur chambre
- 25% des résidents ne sont pas satisfaits de la propreté de leur chambre
- 13% des résidents ont été victimes de la perte de linge
- 69% des résidents sont satisfaits de la qualité des repas (goût, assaisonnement, température)

II. DIAGNOSTIC EXTERNE

1. Orientations et besoins sur le territoire de santé et le bassin de vie

- Programme régional de santé 2012-2016
- Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016
- Schéma départemental en faveur des personnes âgées – avenant 2015-2016
- Diagnostic local de santé du Pays Touraine côté sud (nov 2013)

1.1 - Programme régional de santé 2012-2016

PRIORITÉS DU DOMAINE DE L'AUTONOMIE CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement) : prévenir la perte d'autonomie, améliorer le dépistage des facteurs de fragilité, dont les troubles cognitifs, améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques.
- Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée : améliorer la coordination des acteurs, promouvoir les bonnes pratiques professionnelles, organiser l'accès et la continuité des soins.
- Favoriser le choix de vie à domicile : apporter des solutions de répit et alternatives à l'institutionnalisation, améliorer l'information et la formation à destination des aidants naturels, adapter l'offre médico-sociale.

PRIORITÉS DU DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES

- Diminuer la mortalité par suicide
- Améliorer la réponse aux situations de crise : optimiser le circuit de l'urgence et faire mieux connaître le circuit de l'urgence, améliorer la coordination et l'accompagnement dans la phase de post crise.
- Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale : mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale, reconnaître la place de l'entourage, assurer la continuité et le suivi des prises en charge dans les territoires de proximité, adapter les réponses aux spécificités de certains publics dont les personnes âgées.

PRIORITÉS DU DOMAINE DES MALADIES CHRONIQUES CONCERNANT ÉGALEMENT LES PERSONNES ÂGÉES

- Améliorer la qualité de vie des malades chroniques : soutenir la personne dans son projet de vie, limiter les complications, prévenir et dépister les maladies chroniques.
- Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité : réduire l'incidence et la prévalence des cancers, réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires, réduire l'incidence et la prévalence du diabète.

1.2 - Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016

AMÉLIORER L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS SUR LES DISPOSITIFS EXISTANTS ET DÉVELOPPER ET ENCOURAGER LES ORGANISATIONS PERMETTANT LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES FACTEURS DE FRAGILITÉ

- Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique (consultation pôle court séjour)
- Améliorer l'accès aux consultations mémoire pour diagnostic et accompagnement précoce et assurer la transmission de données à la Banque nationale Alzheimer
- Mettre à disposition des médecins généralistes et leur faire connaître un numéro d'appel pour avis gériatrique sur les territoires qui n'en disposent pas encore Diffuser cette information auprès des médecins
- Expérimenter des coopérations entre médecins libéraux et professionnels de santé pour dépister les facteurs de fragilité chez les personnes âgées
- Former les acteurs intervenant à domicile aux signes d'alerte (chutes, troubles cognitifs, problèmes alimentaires, modifications de comportement, etc.) et améliorer la transmission d'information vers le médecin généraliste
- Développer les politiques de prévention au sein des EHPAD (chutes, nutrition, dépistage des troubles cognitifs...)

AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES PAR LA MISE EN OEUVRE DU PLAN ALZHEIMER

- Développer les politiques de prévention au sein des EHPAD (chutes, nutrition, dépistage des troubles cognitifs...)
- Améliorer l'accès aux consultations mémoire pour diagnostic et accompagnement précoce et assurer la transmission de données à la Banque nationale Alzheimer
- Aider au déploiement des dispositifs préconisés dans le Plan Alzheimer 2008- 2012

CONTRIBUER À ÉVITER LES HOSPITALISATIONS AUX URGENCES DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE ET EN EHPAD

- Mettre en place une équipe mobile gériatrique extra hospitalière
- Organiser pour tous les établissements et services, la transmission d'information vers le médecin traitant et vers les IDE le cas échéant dès la sortie d'hospitalisation (type lettre abrégée, fiche de liaison IDE). Cette action s'inscrira également en lien avec le déploiement du DMP.
- Clarifier les rôles respectifs et les articulations entre services d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, HAD et organiser la continuité des prises en charge pour les patients relevant de SSIAD.
- Déployer un outil de gestion unique de liste d'attente en EHPAD

DÉVELOPPER LES FORMULES DE RÉPIT ET D'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS, LES FORMES INNOVANTES DE RÉPIT ; FORMER ET INFORMER LES AIDANTS

- Développer l'offre en AJ et HT en clarifiant les missions, en tenant compte des particularités territoriales et en assurant un maillage cohérent et ce dans un souci d'efficience

CONTRIBUER AU DÉPLOIEMENT DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET À L'EFFICIENCE DES ESMS

- Accompagner et contrôler la mise en œuvre des recommandations de l'ANESM dans les ESMS
- Mettre en œuvre les actions de gestion du risque pour renforcer l'efficacité et la qualité des soins en EHPAD

CONTRIBUER À LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE, À LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ET AU RESPECT DES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 2 MARS 2002

- Mettre en place une véritable politique de promotion de la bientraitance et renforcer la lutte contre la maltraitance
- Veiller à la garantie des droits des usagers
- Accompagner la mise en œuvre des dispositions relatives à l'évaluation des ESMS

ACCOMPAGNER LA PROFESSIONNALISATION DES SALARIÉS DES ESMS ET L'ÉVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES DES ESMS

- Soutenir la mise en œuvre d'actions de professionnalisation dans les ESMS pour personnes âgées sur la base du programme MobiQual, des formations à la bientraitance et des formations spécifiques du plan Alzheimer
- Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisées
- Inciter à l'utilisation de cadres juridiques de coopération (GCSMS – fusion/absorption d'associations, etc.) pour mieux gérer les absences de personnels des ESMS par territoire et favoriser la continuité des soins de qualité

1.3 - Schéma départemental en faveur des personnes âgées - avenant 2015-2016

PRESERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES ET FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTE

- Favoriser la coordination des actions collectives de prévention et l'implication des acteurs
- Agir pour le lien social et lutter contre l'isolement des personnes

DEVELOPPER ET DIVERSIFIER LES SERVICES ET ACTIONS FAVORISANT LE REPIT DES AIDANTS FAMILIAUX ET LE MAINTIEN A DOMICILE

- Etudier la faisabilité d'expérimentation de baluchonnage
- Optimiser l'offre et la fréquentation en accueil de jour et en hébergement temporaire
- Structurer les actions d'information, de formation et de soutien aux aidants familiaux

ACTIONS TRANSVERSALES

- Quantifier et qualifier l'offre en habitats et établissements dédiés aux seniors par territoire
- Renforcer et optimiser la communication en direction des usagers, de leur entourage, des professionnels et des élus
- Structurer les actions d'information, de formation et de soutien aux aidants familiaux

1.4 - Diagnostic local de santé du Pays Touraine Côté Sud

- Travailler sur l'isolement et l'accessibilité : transport local, mobilité, transport sanitaire, l'isolement géographique en lien à l'isolement social (favoriser la création de lien social et intergénérationnel)
- Favoriser des actions permettant d'améliorer la démographie médicale : encourager l'arrivée de médecins et la création de maisons médicales, favoriser les initiatives d'arrivée d'autres professionnels de santé...)
- Travailler en partenariat, favoriser le travail en coordination et améliorer la connaissance et l'information entre professionnels et à destination de la population : mise à disposition d'outils de liaison sécurisée, messagerie partagée, dossier partagé pour le suivi du patient, une page web santé qui pourrait être portée par le Pays, une centralisation des informations, regroupement annuel de professionnels sur des thématiques définies
- La question de la formation des professionnels et des non professionnels apparaît également comme un levier (repérage et diagnostic, formation et soutien des professionnels, accompagnement des parents...)
- La continuité des soins et la prise en charge globale des publics améliorées par le travail en partenariat initié et des outils en commun. Pouvoir permettre le décroisement des secteurs (santé / social / médico-social).

2. Offre d'accompagnement à domicile et d'hébergement des personnes âgées dépendantes sur le bassin de vie

2.1 – Les EHPAD et accueils de jour

Le territoire du Pays Touraine Côté Sud compte 10 structures pouvant accueillir des personnes âgées :

Capacité : Nom de la structure	Hébergement Permanent	HP Alzheimer	Hébergement Temporaire	TOTAL Hébergement	Accueil de Jour	TOTAL
EHPAD DU CH LOCHES	209	16	0	231	6	231
EHPAD Gaston Chargé ABILLY	86	28	0	116	0	116
EHPAD l'Abbatiale CORMERY	69	0	0	69	0	69
Relais SEPIA DESCARTES	0	0	22	22	12	34
EHPAD Les Baraquins VILLELOIN COULANGE*	65+ 15* personnes handicapées	0	2	82	0	82
EHPAD " La Chataigneraie " LA CELLE GUENAND	58+10* personnes handicapées	13	0	83	0	83
EHPAD " Balthazar Besnard " LIGUEIL	128	19	0	148	0	148
EHPAD " Le Dauphin " PREUILLY SUR CLAISE	108	15	0	125	0	125
GCMS Confluence " Marjolaine "					7	
TOTAL	723+25*	91	24	838+25*	25	863+25*

A l'offre médico-sociale du territoire pour personnes âgées, s'ajoute la résidence service Mary Flor de Loches. Elle s'adresse cependant aux personnes désireuses de se familiariser avec la vie en résidence ou un temps fragilisées (vacances des proches, besoin de repos), la Résidence Mary Flor dispose de 50 appartements (aucune aide possible au titre de l'Allocation Personnalisée d'autonomie pour de l'hébergement temporaire).

Globalement, le territoire dispose de 131,2 lits ou places installés en structures d'hébergement complet (Ehpad, maison de retraite, logement-foyer, USLD, accueil temporaire) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

2.2 – Les services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) Personnes âgées

Les SSIAD suivants interviennent sur le Pays :	Capacité installée
SSIAD Gaston Chargé ABILLY	32
SSIAD Balthazar Besnard LIGUEIL	32
SSIAD CH LOCHES	70
SSIAD Le Dauphin PREUILLY SUR CLAISE	25
TOTAL	159

Le Pays est couvert par l'équipe spécialisée Alzheimer suivante :

EMA SUD TOURAINE (Ligueil / Preuilly)

2.3 – Les familles d'accueil agréées par le Conseil Départemental

On dénombre au total 9 familles réparties sur les cantons suivants :

- Descartes
- Le Grand Pressigny
- Ligueil
- Loches
- Montrésor

2.4 – Les services d'accompagnement à domicile

Les associations d'aide à domicile, notamment l'ASSAD (Association de soins et services à domicile) et l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural), sont regroupées en fédérations et couvrent l'ensemble du département d'Indre-et-Loire. Leur activité est considérable du fait des besoins recensés sur le sud du département.

En parallèle d'autres services concourent au maintien à domicile : garde de nuit, téléassistance, portage de repas à domicile, ...

3. Etude des besoins démographiques

Informations extraites du rapport relatives aux données sociales, départementales et cantonales de l'observatoire Social Départemental du Conseil général d'Indre et Loire – Octobre 2012

En dix ans, selon les projections INSEE, Omphale 2010 en scénario central (basé sur l'hypothèse d'un scénario d'évolution tendancielle de la démographie conjugué à une baisse du taux de dépendance, les gains d'espérance de vie à venir étant des années passées sans dépendance), même si la part des personnes de 60 ans et plus dans la population générale restait légèrement moindre que dans l'ensemble de la région (27.78% contre 28,95%), **la progression des personnes âgées s'accélérait en Indre-et-Loire plus fortement que dans le reste de la région.**

La progression de 2012 à 2020 serait de + 25,75% contre 22,47% en région, avec une évolution du nombre des personnes de 75 ans et + de 16,32% contre 10,25% pour la région.

Plus précisément, la période 2010-2020 sera marquée par une forte croissance des effectifs de personnes âgées de 90 ans et plus (+ 5 500). Sachant que la dépendance est intrinsèquement liée à l'âge, qu'elle touche aujourd'hui une personne sur deux après 90 ans (53%) et qu'elle s'améliorerait pour passer à 45%, l'évolution des effectifs des personnes âgées dépendantes reposerait essentiellement sur cette tranche d'âge (+ 88 %).

Globalement, une progression de 17.6% de personnes âgées dépendantes est attendue pour le département contre 13.6% pour la région.

Parallèlement, on observerait une diminution de la dépendance pour les personnes âgées de 75 à 85 ans. Il faut noter qu'en 2009, l'espérance de vie en Indre et Loire, tant pour les hommes que pour les femmes, était supérieure à celle relevée au niveau régional.

A l'horizon 2030, au niveau de la région Centre, ce seraient les départements du Loiret et de l'Indre et Loire qui enregistraient les croissances les plus importantes de leurs effectifs de personnes âgées potentiellement dépendantes : +26% en particulier pour le département d'Indre-et-Loire (par rapport à 2010) ce qui représente 7 800 personnes. La progression serait plus marquée le long de l'axe ligérien.

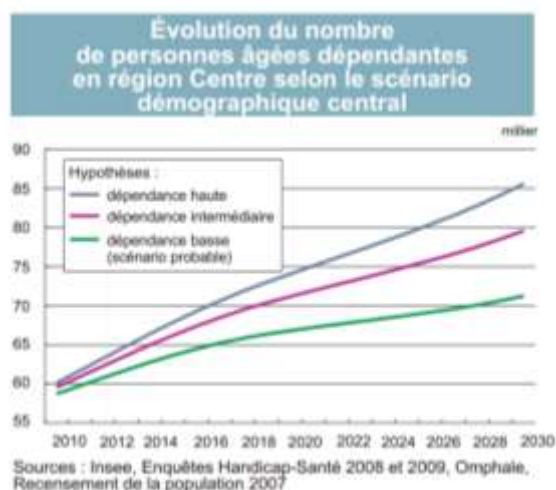
De nouvelles structures et services de maintien à domicile ainsi que le développement de modes d'accueil alternatif seront nécessaires pour faire face à ces enjeux démographiques.

Selon ces projections, l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du babyboom, combinée à l'allongement de l'espérance de vie et à la structure par âge des flux migratoires, entraînerait une forte augmentation du nombre de personnes âgées en Indre et Loire entre 2007 et 2040. La hausse du nombre de séniors (60 ans et +) s'élèverait ainsi à environ 67% sur cette période. Les effectifs des 80 ans et + feraient plus que doubler (x 2,35) et leur progression atteindrait 136% (contre 45% environ pour les effectifs de la tranche d'âge des 60 à 79 ans). Parallèlement, le nombre de jeunes de moins de 20 ans et de personnes âgées de 20 à 29 ans n'augmenteraient respectivement que d'un peu plus de 8% et 12% alors que celui des personnes âgées de 30 à 59 ans diminuerait dans le même temps de presque 2%.

La structure par âge de la population départementale serait donc profondément modifiée en 2040 :

- ↯ La proportion des jeunes de moins de 20 ans ne représenterait plus que 22,4% de la population
- ↯ La part des personnes âgées de 60 ans et + s'élèverait à 32% (contre 22,6% en 2007),
- ↯ La part des personnes âgées de 80 ans et + s'élèverait à 10,8% (contre 5,4% en 2007).

Cette évolution ne manquera pas d'avoir une incidence



3.1 – Situation démographique sur le pays Touraine côté sud

Population par âge au 01.01.2009 sur le pays Touraine côté sud

	Population	65 ans et +		75 ans et +		Evolution 1999/2009 des 75 ans et +	Indice vieillissement (65 ans+/-20 ans*100)
		Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population		
Touraine côté sud	52 194	12 312	23,6%	6 831	13,1%	+1,4% (+931)	106,5
Indre-et-Loire	588 420	105 655	18,0%	56 577	9,6%	+1% (+9 157)	74,2
Centre	2 538 590	473 994	18,7%	254 922	10,0%	+1,1% (+39 991)	77,7

Source : INSEE (RP 2009) / Diagnostic Local de Santé Pays Touraine côté sud

Estimation des personnes âgées dépendantes (Gir 1 à 4) en 2009 sur le pays Touraine côté sud

	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +	Total	%
Touraine côté sud	256	623	265	1 144	11,9
Indre-et-Loire	2 169	5 115	2 271	9 555	11,8
Centre	9 801	23 038	9 729	42 568	11,7

Source : DREES 2009 / Programme Territorial de Santé Pays Touraine côté sud

Nombre des allocataires de l'APA à domicile des personnes âgées de 75 ans et plus selon le GIR 1 à 4 sur le pays de la Touraine côté sud .

75 ans et +	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL	% sur le territoire	Part des allocataires / population des 75 ans et +	Part APA domicile / APA Total
Touraine côté sud*	22	190	225	412	849	15,77%	9,51%	52,77%
ndre et Loire	122	1 035	1 229	2 995	5 381	20,86%	9,51%	10 196
Bénéficiaires en %	2,63%	22,35%	26,54%	48,48%	100%			52,77%
Centre	622	5 346	6 329	15 648	27 942		10,96%	

Source : OSC / DREES 2012

(*)Source : Insee RP 2009, Données sociales départementales et cantonales Octobre 2012 / PTS Touraine côté sud – répartition GIR suivant taux départemental

Nombre de bénéficiaires d'une aide-ménagère à domicile pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

	Nombre de bénéficiaires d'une aide-ménagère à domicile	Valeurs ‰ de la population de 75 ans et +
Touraine côté sud	518	75,29
Indre et Loire	4 180	70,12
Centre	13 827	52,44

Source : OSC / DREES 2012

Part des cas d'affection longue durée ALD 15 « Alzheimer et autres démences » chez les personnes âgées de 75 ans et plus sur le pays Touraine côté sud

	75 ans et +			
	Effectifs	Nombre d'ALD 15	Part de l'effectif	Part dans l'ensemble des admissions longue durée*
Touraine côté sud**	6 831	289	4,24%	6,52%
Indre-et- Loire	56 577	2 399	4,24%	6,52%
Centre	254 922	10 268	4,02%	6,19%

Source : Eco santé (2012)

* : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, affections psychiatriques, insuffisances respiratoire chronique, autres.

(**) Evaluation réalisée à partir d'une extrapolation des données départementales sur la base de la population des personnes âgées de 75 ans et + sur le pays de la Touraine côté sud (6 831 en 2009).

Part des admissions en affection longue durée ALD 15 « Alzheimer et autres démences » sur le pays Touraine côté sud (2005-2010)

	Touraine côté sud		Indre-et-Loire	Centre
	Nombre d'admissions annuelles	Part dans l'ensemble des admissions longue durée*	Part dans l'ensemble des admissions longue durée*	Part dans l'ensemble des admissions longue durée*
Hommes	21	2,8%	2,8%	2,9%
Femmes	44	6,8%	7,2%	6,9%
Ensemble	65	765		

Source : Diagnostic Local de Santé Pays Touraine côté sud

* : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, affections psychiatriques, insuffisances respiratoire chronique, autres.

Population des personnes âgées de 65 ans et plus vivant seule ou en couple sur le pays Touraine côté sud

		65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et +	Total
		Touraine côté sud	seule	667	796	967
	en couple	2 030	1 913	1 669	1 708	7 320
Indre et Loire	seule	6 846	7 070	8 610	21 947	44 473
	en couple	19 988	16 498	14 157	14 902	65 545

Source : INSEE (RP 2011)

Densité de population des personnes âgées de 75 ans et plus en 2009 sur le pays Touraine côté sud

	Nombre Communes	Superficie Km ²	%	Population recensées	Densité (Hab./km ²)	Population de 75 ans et +	Densité (Hab./km ²)
Touraine côté sud	68	1 809	29,52	52 194	28,85	6 831	3,77
Indre-et-Loire	277	6 126,7	16,70	588 420	96,04	56 577	9,23
Centre	1 842	39 150,9	7,19	2 538 590	64,84	254 922	6,51

Source : INSEE
Confluence

Exploitation GCMS

Projection de la population âgée de 65 ans et plus à l'horizon 2030 en Indre-et-Loire (scénario central)

	Population Au 1 ^{er} janvier	- 20 ans	65 ans et +		80 ans et +		Evolution cumulée des 65 ans et +	Evolution cumulée des 80 ans et +	Indice vieillessement (65 ans+/-20 ans*100)
			Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population			
2010	582 649	136 339	139 835	24	34 376	5,9			102,5
2015	595 749	139 405	155 490	26,1	38 127	6,4	11,9%	10,9%	113,0
2020	606 762	138 341	170 500	28,1	40 653	6,7	21,9%	18,2%	123,2
2025	615 823	135 481	183 515	29,8	41 875	6,8	31,2%	21,8%	135,4
2030	623 694	132 846	195 839	31,4	51 142	8,2	40,0%	48,7%	147,4

Source : INSEE

Evaluation de la projection de la population âgée de 65 ans et plus à l'horizon 2030 sur le pays Touraine côté sud (scénario central – évolution identique au département d'Indre-et-Loire)

	Population Au 1 ^{er} janvier	- 20 ans	65 ans et +		75 ans et +		Evolution cumulée des 65 ans et +	Evolution cumulée des 80 ans et +	Indice vieillessement (65 ans+/-20 ans*100)
			Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population			
2010	52 490	11 550	12 522	23,8	6 985	13,3			108,4
2015	53 670	11 809	14 012	26,1	7 746	14,4	11,9%	10,9%	118,6
2020	54 662	11 718	15 264	27,9	8 256	15,1	21,9%	18,2%	130,2
2025	55 478	11 475	16 428	29,6	8 507	15,3	31,2%	21,8%	143,2
2030	56 187	11 218	17 530	31,2	10 386	18,4	40,0%	48,7%	156,2

Source : INSEE

Exploitation : GCMS Confluence

	Population	65 ans et +		75 ans et +		Evolution 1999/2009 des 75 ans et +	Indice vieillissement (65 ans+/-20 ans*100)
		Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population		
Touraine côté sud	52 194	12 312	23,6%	6 831	13,1%	+15,77% (+931)	106,5
CC Gd Ligueillois	9 777	1 983	20.3%	1 081	11,1%	+12.39% +268	83.2
CC Touraine du sud	15 567	4 377	28.1%	2 430	15.6%	+9.41% (+93)	142.1
Indre-et-Loire	588 420	105 655	18,0%	56 577	9,6%	+1% (+9 157)	74,2
Centre	2 538 590	473 994	18,7%	254 922	10,0%	+1,1% (+39 991)	77,7

Source : INSEE (RP 2009) / Diagnostic Local de Santé Pays Touraine côté sud

Concernant les personnes âgées (75 ans et plus), pour tous les territoires, il est observé un vieillissement de la population. La population âgée de 75 ans et plus représentent 13,1 % de la population totale en 2009 contre 11,7 % en 1999. C'est sur le territoire de la communauté de communes Touraine du Sud que le vieillissement est le plus accentué puisque les personnes âgées y représentent 15,6 % de la population en 2009. C'est également sur ce même territoire que l'écart observé entre 1999 et 2009 est le plus élevé (+2 points). Sur la communauté de communes du Grand Ligueillois, la part des personnes âgées de 75 ans et plus est stable (10,9 % de la population totale en 1999 et 11,1 % en 2009).

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030



Sources : Insee, Enquêtes Handicap et Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

Taux de dépendance par bassin démographique en 2030



Sources : Insee, Enquêtes Handicap et Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

Conditions de vie des personnes âgées

	Personnes âgées de 75 et plus vivant en logement ordinaire en 2009		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale en 2009		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation en 2009	
	Effectifs	% de la population des 75 ans et +	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus
Pays Touraine Côté Sud	6 137	89,8	685	10,0	10	0,1
CC Touraine du Sud	2 177	89,6	250	10,3	4	0,2
CC Loches Développement	2 265	89,7	255	10,1	4	0,2
CC Montrésor	739	93,0	56	7,0	1	0,1
CC Grand Ligueillois	956	88,4	124	11,5	1	0,1
Indre-et-Loire	51 011	90,2	5 373	9,5	193	0,3
Centre	228 720	89,7	25 559	10,0	643	0,3
France hexagonale	4 989 016	90,5	507 773	9,2	18 455	0,3

Selon le recensement de l'Insee de 2009, 6 137 personnes de 75 ans et plus du Pays vivent en logement ordinaire, ce qui représente 89,8 % des 75 ans et plus. Le taux observé sur le Pays, est proche de ceux observés dans le département, en région et au niveau national (90,2 % des 75 ans et plus du département, 89,7 % en région et 90,5 % au niveau national). A l'échelle des communautés de communes, il varie de 88,4 % sur celle du Grand Ligueillois à 93,0 % sur celle de Montrésor.

Près de 685 personnes âgées de 75 ans et plus du Pays vivent dans un service ou un établissement de moyen ou long séjour, ce qui représente respectivement 10,0 % des 75 ans et plus du territoire. Près de 5 points sépare la CC de Montrésor (7,0 % des 75 ans et plus) de celle du Grand Ligueillois (11,5 %).

Le nombre important de personnes âgées vivant en logement ordinaire implique pour ces territoires une adaptation des pratiques médicales avec par exemple le développement des soins infirmiers et l'équipement des logements en domotique et téléassistance médicale.

III. PROJET ARCHITECTURAL

1. Le diagnostic architectural

L'EHPAD Balthazar Besnard est un établissement public autonome disposant d'une capacité d'accueil de 147 résidents. L'établissement a été créé en 1867. Une première restructuration a eu lieu en 2000 sur le bâtiment B2 et une restructuration du bâtiment B1 en 2009. Par ailleurs, une UPAD (Unité pour Personnes Agées Déambulantes ou Unité Alzheimer) a été aménagée dans les années 2000 en rez-de-jardin accueillant 19 résidents

Les constructions et restructurations ont été réalisées sans harmonie globale posant aujourd'hui de réels problèmes fonctionnels.

Les différentes évaluations menées dans le cadre de la préparation de la convention tripartite 2010-2015 et les remontées d'informations des utilisateurs ont permis de mettre en avant les constats suivants :

- Constructions et réalisations réalisées au fil du temps sans harmonie globale
- Le degré de dépendance augmente
- Problèmes fonctionnels : distances à parcourir importantes, ensemble des flux et ergonomie des postes de travail non optimisés, unités de vie trop importantes (35 lits)
- Accueil hôtelier inéquitable: faible luminosité du rez de jardin, absence de douches individuelles dans certaines chambres, chambres doubles > 5%, restaurant bruyant et traversé par un flux de circulation, ...
- Concurrence des autres établissements
- Parking exiguë
- ERP classé en type U et non en type J
- Pas de véritable plan directeur

Le conseil d'administration a donc décidé de faire réaliser une étude de faisabilité sur la base de trois enjeux majeurs :

Augmenter l'attractivité

- Par l'amélioration du service tant sur le plan fonctionnel pour les utilisateurs que sur le plan de l'accueil pour les résidents.
- Par la mise en place d'une ligne architecturale harmonieuse et globale permettant de valoriser le patrimoine existant.

Répondre aux contraintes réglementaires et volontaires

- Par notamment le passage de type U en type J et le respect de certaines règles environnementales élémentaires.

Créer un plan directeur sur 10 ans

- Pour permettre d'avoir une vision globale à long terme permettant d'engager en toute cohérence des travaux à courts et moyens termes.

2. La démarche méthodologique

Le plan directeur a été réalisé en fin de 4^{ème} trimestre 2011 par le groupement Crescendo Conseil – AR architectes et mis à jour en octobre 2013 pour faire suite à la demande de scénarii complémentaires.

Le plan directeur s'appuie sur l'étude de faisabilité réalisée lors de la 1^{ère} phase qui comprenait :

- Des diagnostics
 - Diagnostics techniques : sécurité incendie, accessibilité handicapés, solidité, vétusté, équipements techniques.
 - Diagnostic environnemental
 - Diagnostic qualité architecturale et urbanistique
 - Diagnostic des surfaces
 - Diagnostic organisationnel et fonctionnel
- Des scénarios de travaux de modernisation

L'étude de faisabilité phase 1 a fait l'objet d'une présentation au comité de pilotage projet de l'EHPAD le 18 novembre 2011 puis d'une validation avec demande de précisions sur plusieurs scénarios.

Une 2^{ème} réunion du comité de pilotage s'est déroulée le 16 décembre 2011 et a permis de présenter le plan directeur dans sa version finale.

L'évaluation financière

Les enveloppes financières prévisionnelles de l'opération présentées dans le rapport n'ont, en l'état actuel d'avancement du dossier, qu'un caractère informatif. Elles permettront à la maîtrise d'ouvrage de statuer sur la poursuite ou non du projet.

Ces estimations devront être affinées en phase programmation dès la connaissance précise des caractéristiques du bâtiment (surfaces et niveau de qualité).

L'estimation des prix est établie en base économique de décembre 2011.

Le mode d'évaluation financière utilisé à ce stade de l'étude est le suivant:

- Détermination des conditions particulières des travaux envisagés (importance, complexité, niveau de prestation, délai d'exécution, etc ...)
- Evaluation des surfaces
- Application sur les surfaces de prix de référence extrapolés à partir d'une synthèse statistique et analogique d'opérations similaires tenant compte des tendances conjoncturelles
- Fondations spéciales sur l'ensemble des bâtiments neufs
- Procédure de consultation des maîtres d'œuvre: concours sur esquisse avec 3 concurrents
- Procédure de consultation des entreprises: appel d'offres ouvert en corps d'états séparés
- Provisions pour actualisation / révision, calculée sur la base du calendrier prévisionnel de l'opération et d'un taux annuel de 2,0% an

Les Limites de l'estimation

L'estimation de l'enveloppe financière prévisionnelle de l'opération ne prend en compte que les éléments mentionnés dans la synthèse ci-après, elle exclut notamment, et sans que cette liste soit limitative:

- Les frais d'ordre administratif et financier

- Les frais de déménagement et d'installation
- Les frais des matériels nécessaires au fonctionnement des activités de l'EHPAD
- Les frais éventuels dus à la nature du terrain (pollution, présence d'eau, ...)
- Les frais éventuels dus à la nature des réseaux publics et des voiries attenantes

3. Le plan directeur

Le plan directeur est le prolongement direct de l'étude de faisabilité présentée lors de la phase 1.

Il expose les fondements du projet en termes d'objectifs et de moyens. Il est élaboré à l'appui de la prise en considération des souhaits exprimés par les utilisateurs qui ont été associés à la démarche au travers de la constitution de réunions de travail.

Il porte sur les aspects suivants :

- fonctionnel : permettre de dégager des orientations significatives en termes de besoins et d'usages
- technique : vérifier les contraintes techniques liées au site.
- calendaire : prendre en compte les actions à réaliser entre la remise de l'étude de faisabilité jusqu' à la fin des travaux de construction
- financier : simuler un budget prévisionnel d'investissement et de fonctionnement
- administratif : proposer un montage administratif et juridique adapté au projet

Le plan directeur permet in fine d'adopter la meilleure stratégie pour la poursuite ou non du projet et pour la programmation des travaux.

4. Synthèse de l'existant

Principales opportunités

- Le château et sa cour d'honneur sont de véritables atouts pour l'établissement.
- La mise en sécurité incendie de l'établissement est effectuée à 100%
- L'ensemble des revêtements des parties communes est neuf
- L'établissement est bien équipé du point de vue de la logistique (cuisine, blanchisserie, ...)
- Le parc permet à la fois une vue a et des possibilités de déambulations agréables
- Proximité de la ville

Principales contraintes

- Absence complète d'unité dans l'architecture
- Manque de lisibilité des espaces
- Gros problèmes d'orientation dans les bâtiments tant sur le plan horizontal (effet labyrinthe) que sur le plan vertical (3 niveaux d'accès). Le niveau de référence n'est pas clairement identifié.
- Chambres doubles dans le B3
- Absence de douches dans les chambres du B4
- Le restaurant n'est pas fonctionnel car de nombreux poteaux de structure sont présents dans le local et la circulation entre les bâtiments B1 et le noyau central des bâtiments B2, B3, B4 traverse cet espace.
- Grandes longueurs des circulations : 80m du bout du B3 au noyau central

- Zones d'attente saturées au niveau des ascenseurs et principalement au niveau du RDC pour l'accès restaurant du RDC.
- La déambulation « Alzheimer » extérieure est imparfaite car elle transite dans la cour technique (groupe électrogène) fortement goudronnée.
- Manque de lumière naturelle dans le bâtiment B3 et au RDJ du B4
- Entrée officielle (bâtiment B1) peu pratique donc détournée notamment par l'accès ambulance située au R+1 du bâtiment B3.
- Circuits fonctionnels à améliorer pour le personnel (pas d'ascenseur dédié).
- Manque d'espaces « bien-être »
- Certains espaces ne sont pas non utilisés : bricolage RDJ, salon entrée restaurant, terrasses
- Espace stationnement insuffisant

5. Synthèse des attentes des utilisateurs – axes stratégiques du projet

Priorisation des besoins en termes d'architecture

- Ensemble immobilier harmonieux, de qualité et recentré sur la ville
- Redonner de la lisibilité aux espaces
- Améliorer l'orientation interne au bâtiment
- Créer de grands volumes ouverts permettant la communication verticale
- Retraitement du parc afin d'inciter à la déambulation et aux rencontres

Priorisation des besoins en termes de technique

- Inconfort d'été et d'hiver dans le B4

Priorisation des besoins en termes de fonctionnement

- Améliorer l'entrée du bâtiment
- Accéder facilement à l'extérieur des bâtiments : jardins ou terrasses
- Humanisation du B4
- Dédoublage des chambres doubles par création de studios (B3)
- Salles de bains privatives pouvant accueillir des chariots douche (bâtiment à créer)
- Une salle de bains collective pour 30 résidents
- Agrandissement du couloir du bâtiment B3
- Salons d'attente judicieusement placés
- Grand restaurant avec espace d'animation pouvant accueillir l'ensemble des résidents
- Une grande salle d'animation
- Ajout de salons TV
- Création d'un restaurant invités
- Agrandissement du restaurant personnel
- Création de Chambres d'hôte pour les familles
- Rapprochement des espaces logistiques et d'hébergement

6. Eléments de programme

Le stationnement

L'espace accueil

Retrouver un accès principal avec un seul niveau de référence RDC

Les chambres

- 22m²
- Porte 1/3-2/3
- Allèges basses
- Douches privatives
- Domotique : chute, volets roulants, température, lumière

Les circulations résidents

- Mini 1,80m dans le neuf rythmés par des salons avec lumière naturelle
- Création d'alcôves/salon dans les circulations existantes

Les services

- Dans tous les services : espaces de services et de soins regroupés
- Bureaux infirmières et consultation médecin regroupés au niveau de l'accueil

La logistique

- Création d'une circulation verticale dédiée pour le flux logistique des services
- Création d'un local déchets au RDC du B2 avec monte-charge vers cour ambulance

Les espaces de vie




- Salon dans chaque service
- Salle d'activités
- Rue du commerce





Démarche environnementale

3 cibles à privilégier :

- Maintenance
- Confort visuel
- Thermique

7. Les différents scénarii envisagés

	Scénario n°1	Scénario n°2	Scénario n°3	Scénario n°4
				
Description	Création d'un accueil accessible depuis le RDC Déplacement du restaurant au RDC du B4 Création de la rue du commerce Humanisation B3 et B4 Construction B5 sur 2 niveaux RDC et R+1 avec galerie de liaison RDC vers B4 Capacité maintenue à 147 lits	Création d'un accueil accessible depuis le RDC Reconstruction B3 avec restaurant au RDC Création de la rue du commerce Restructuration B4 Construction B5 sur pilotis, 2 niveaux R+1 et R+2 avec galeries de liaison vers B3 Capacité maintenue à 147 lits	Création d'un accueil accessible depuis le RDC Reconstruction partielle B3 Reconstruction B4 sur 4 niveaux avec restaurant au RDC Construction B5 sur 3 niveaux Création de la rue du commerce Capacité maintenue à 147 lits	Reconstruction complète Capacité maintenue à 147 lits
Coût de l'opération (valeur déc. 2011)	12,1 M€ HT	11,3 M€ HT	13,5 M€ HT	18,6 M€ HT
Délai	6 ans dont 4,5 de travaux	7,5 ans dont 5,5 de travaux	6 ans dont 3,5 de travaux	4,5 ans dont 2,5 de travaux
Nombre de phase de chantier	4	4	4	1
Incidences résidents	Forte	Forte	Moyenne	Aucune

	Scenari0 n°5 - base	Scenari0 n°5 – option 1	Scenari0 n°5 – option 2	Scenari0 n°5 – option 3
				
Description	<p>B1: Création 6 lits au RDC</p> <p>B2 : accueil de jour PASA au RDJ</p> <p>B2: restaurant en encorbellement pour création circulation au RDC</p> <p>B3: Humanisation par création de studios</p> <p>B4 : Administration au RDJ</p> <p>B4: Humanisation par création de douches dans chambres < 18 m²</p> <p>B5: création de 30 lits</p> <p>Capacité ramenée à 125 lits</p>	<p>B1: Création 6 lits au RDC</p> <p>B2 : accueil de jour PASA au RDJ</p> <p>B2: restaurant en encorbellement pour création circulation au RDC</p> <p>B3: Humanisation par création de studios</p> <p>B4 : Administration au RDJ</p> <p>B4: Humanisation par création de douches dans chambres < 18 m²</p> <p>B5: création de 45 lits</p> <p>Capacité diminuée à 140 lits</p>	<p>B1: Création 6 lits au RDC</p> <p>B2 : accueil de jour PASA au RDJ</p> <p>B2: restaurant en encorbellement pour création circulation au RDC</p> <p>B3: Humanisation par création de studios</p> <p>B4 : Administration au RDJ</p> <p>B4: Humanisation par création de douches dans chambres < 18 m²</p> <p>B5: création de 52 lits</p> <p>Capacité maintenue à 147 lits</p>	<p>B1: Création 6 lits au RDC</p> <p>B2 : accueil de jour PASA au RDJ</p> <p>B2: restaurant en encorbellement pour création circulation au RDC</p> <p>B3: Humanisation par création de studios</p> <p>B4 : Administration au RDJ</p> <p>B4: Humanisation par extension (20 lits) avec chambres > 20 m²</p> <p>B5: création de 30 lits</p> <p>Capacité diminuée à 129 lits</p>
Coût de l'opération (valeur déc. 2011)	9 M€ HT	9,7 M€ HT	9,9 M€ HT	9,5 M€ HT
Délai	7 ans dont 4,5 de travaux	7 ans dont 4,5 de travaux	7 ans dont 5 de travaux	7 ans dont 5 de travaux
Nombre de phase de chantier	4	4	4	4
Incidences résidents	Forte	Forte	Moyenne	Forte

8. Le scénario retenu :

Le scénario n°5 base et option n°5 a été retenu :

- Maintien de la capacité à 147 lits
- Accueil recentré
- Humanisation des existants
- Extension du B4 avec aménagement de chambres individuelles > 20 m²
- Création d'un nouveau bâtiment d'une capacité de 52 chambres individuelles > 20 m²

Ce scénario a fait l'objet d'une approbation par le conseil d'administration l'EHPAD par délibération n°2013/45 dans sa séance du 10 décembre 2013.

8.1 Détail du scénario

B1: Création 6 lits au RDC

B2 : accueil de jour PASA au RDJ

B2: restaurant en encorbellement pour création circulation au RDC

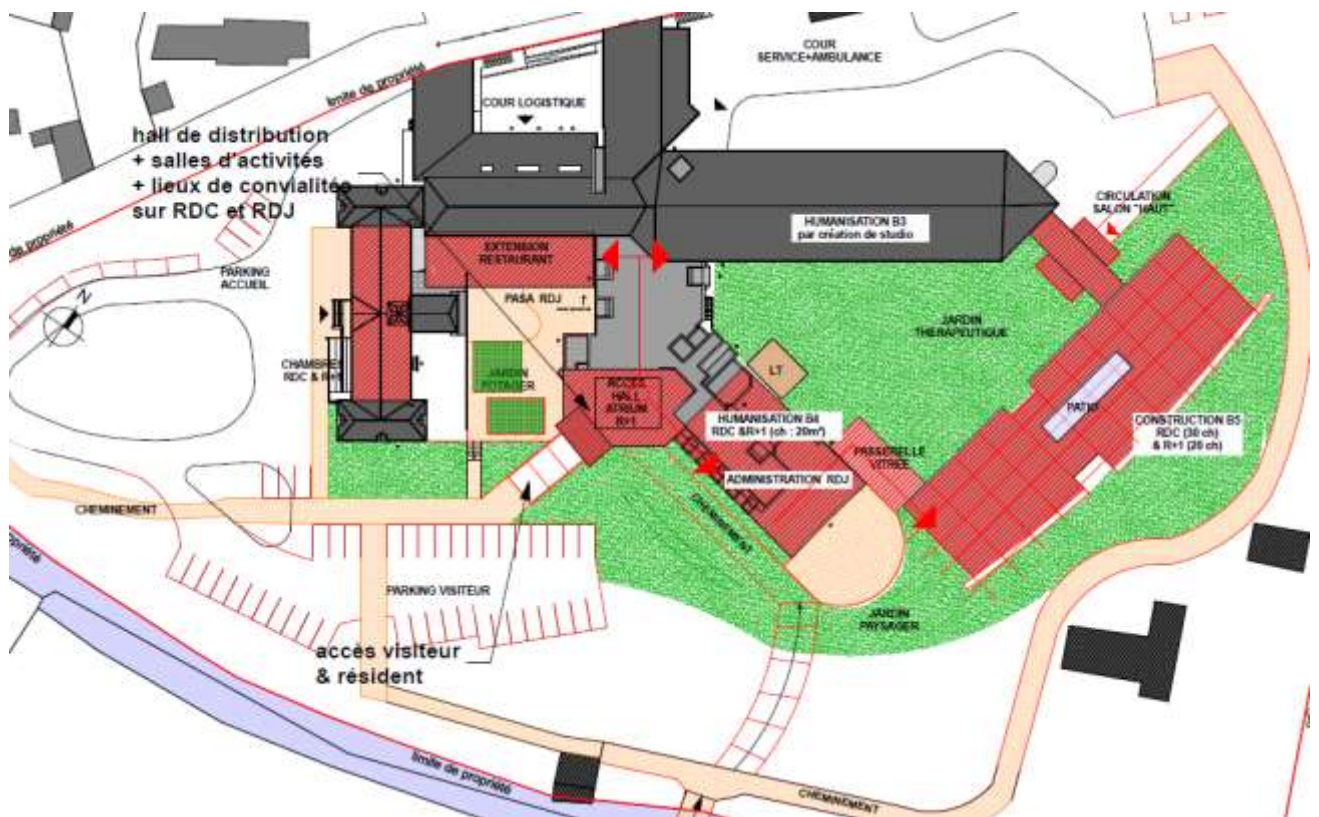
B3: Humanisation par création de studios

B4 : Administration au RDJ

B4: Humanisation par extension avec > 20 m²

B5: création de 52 lits

- **9,3 M€HT de travaux valeur décembre 2011**
- **11,1 M€ TDC valeur décembre 2011**
- **12,5 M€ TDC valeur fin de chantier**
- **63 k€ HT / lit**
- **5,3 ans de travaux**



8.2 Nombre de chambres

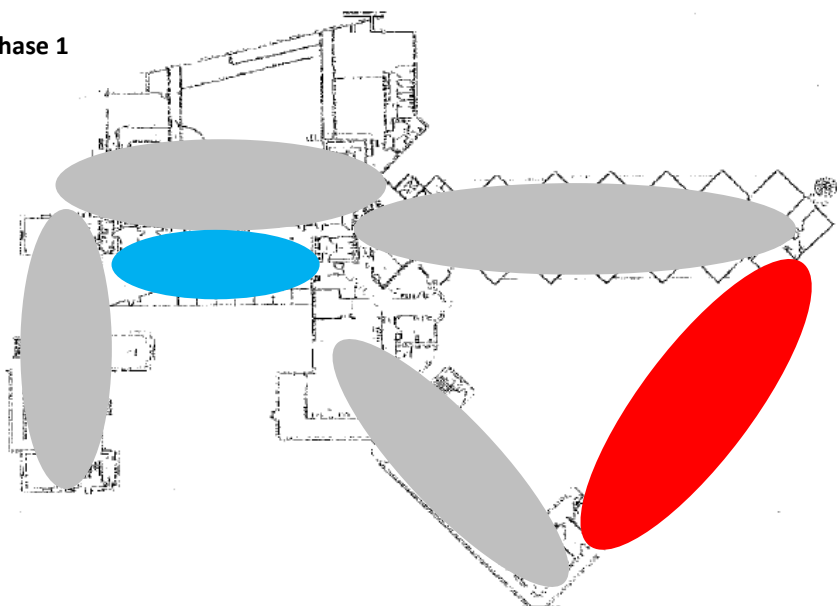
option n°5 147 lits avec ext B4 20 m ²					
B1		6	8		14
B2			20	11	31
B3		12	10	12	34
B4		10	6		16
B5		30	22		52
	0	58	66	23	147

Ecart 147

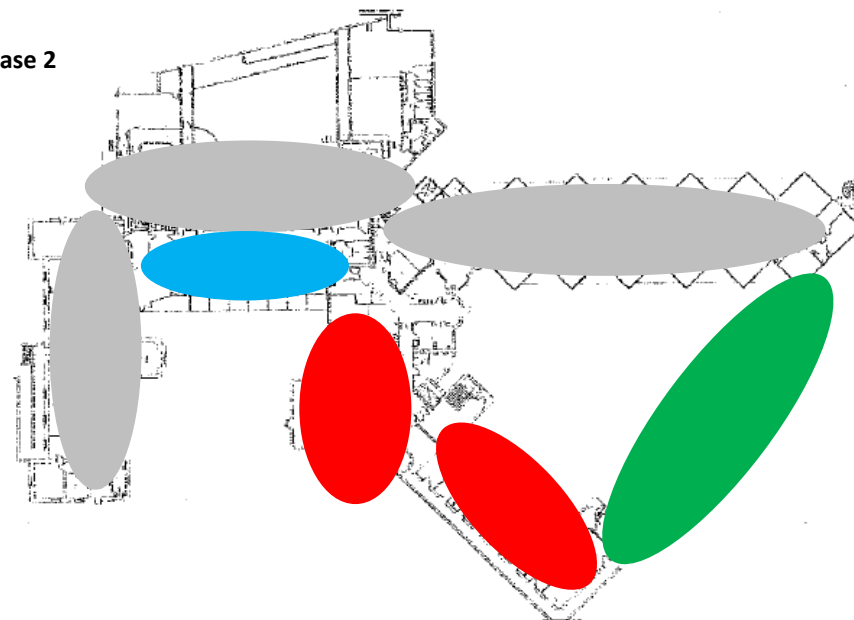
0

8.3 Le phasage

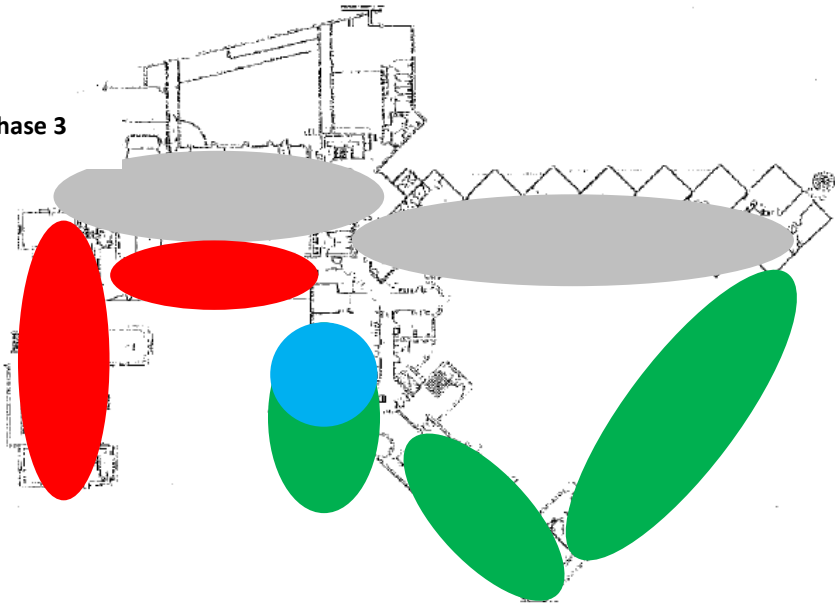
Phase 1



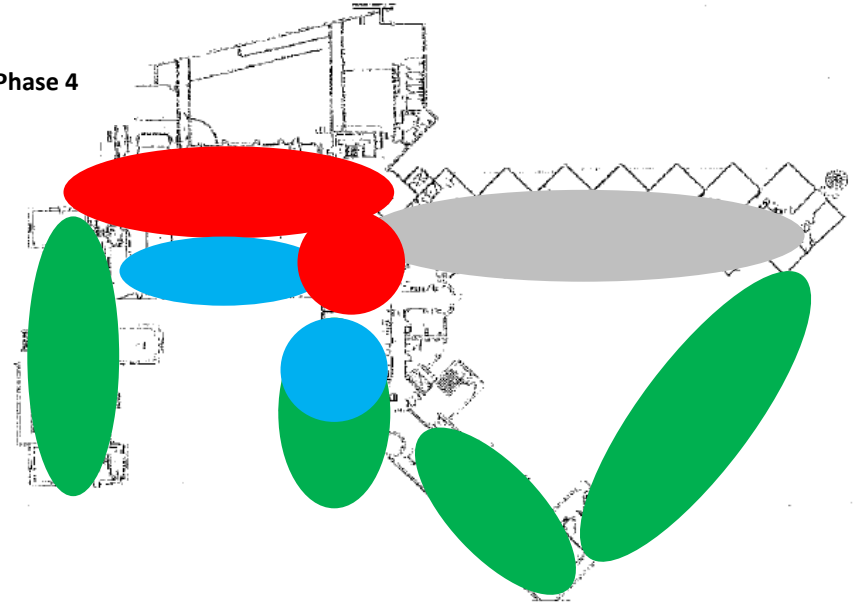
Phase 2



Phase 3



Phase 4



Détails phase travaux

	B1	B2	B3	B4	B5	Noyaux verticaux	Total lits
Phase 1	8 lits R+1	36 lits	70 lits	33 lits	travaux		147 lits
Phase 2	8 lits R+1	31 lits	70 lits	Travaux	38 lits: 33 de B4, 5 de B2 RDJ	Travaux noyau B4	147 lits
Phase 3	8 lits R+1 Travaux RDC	31 lits Travaux SAM définitive	40 lits	Admin + SAM provisoire + 16 lits	52 lits		147 lits
Phase 4	14 lits	31 lits Travaux SdB SAM définitive	34 lits	Admin + SAM provisoire + 16 lits	52 lits	Travaux noyau B23	147 lits

8.5 L'enveloppe financière prévisionnelle de l'opération

Extérieur	Extérieur cour d'honneur	Réaménagement espaces extérieurs avec redistribution des places de parking (Revêtement avec balisage)	100 000,00 €
	Extérieur parking existant	Déplacement parking, reprofilage, pour accueil 45 véhicules	30 000,00 €
	Extérieur parking route de Loches	Création parking 45 véhicules	90 000,00 €
	Extérieur accès ambulances R+1	Terrassement au droit de la façade du B3 + reprofilage pour aménagement paysager des chambres rdc.	20 000,00 €
	Extérieur accès ambulance R+1	Création abris poubelles pour stockage temporaire/2j par semaine en attente camion poubelles	10 000,00 €
	Accès entre parking et entrée principale	Aménagements extérieurs et passerelle pour accès RDC B4	100 000,00 €
	Cour logistique GE	Aménagement terrasses et jardin paysager	40 000,00 €
	Jardin thérapeutique	Aménagement entre B3, B4 et B5	50 000,00 €
	Enveloppe B1	Réfection des enduits et pierres + révision toiture	195 000,00 €
	Enveloppe B3	Menuiseries extérieures, vêtures et révision toiture	700 000,00 €
Enveloppe B4	Menuiseries extérieures, vêtures et révision toiture terrasse	300 000,00 €	
Pavillon d'entrée		Rafranchissement et conformité électrique	20 000,00 €
Bâtiment B1	RDJ	Rafranchissement ateliers services techniques	20 000,00 €
	RDC 6 chambres	Restructuration	206 500,00 €
Bâtiment B2	RDJ	Restructuration vestiaires existants: cloisonnement, carrelage, ...	29 000,00 €
	RDJ	Aménagement local poubelle dans RDJ existant compris monte charge vers cour ambulance R+1	40 000,00 €
	RDJ	Aménagement zone d'accueil de jour	63 200,00 €
	RDC	Restructuration restaurant	182 000,00 €
	RDC	Extension restaurant	184 000,00 €
	R+1	Reprise contre pente salle de bains dans 26 chambres	230 000,00 €
Noyau vertical B2/B3/B4	4 niveaux	Restructuration complète du noyau central entre B2/B3 et B4: travaux de reprise en sous œuvre, recloisonnement, remplacement ascenseur panoramique par ascenseur 1600 kg, ascenseur 4 niveau conservé	804 000,00 €
Noyau central B4	3 niveaux	Restructuration complète compris extension pour création hall d'entrée à RDC avec atrium sur RDJ et R+1, compris ascenseur 1650 kg	1 120 000,00 €
		RDJ à R+1: Recloisonnement pour création chambres et locaux de services et de soins	275 000,00 €
Bâtiment B3	Restructuration légère	Création de studios dans actuelle chambres doubles de 36m ² Suppression de 2 chambres par niveau pour création alcôves "espaces de vie collectifs" dans circulations	270 000,00 €
Bâtiment B4	RDC à R+1 - restructuration	Extension pour créations chambres 20m ²	660 000,00 €
	RDJ	Création bureaux administratifs	60 000,00 €
Bâtiment B5	Construction	Bâtiment 3 niveaux pour création chambres 22m ²	3 216 000,00 €
Tous bâtiments existants	Chauffage	Refonte complète chaufferie et sous-stations + remplacements partiels de réseaux enterrés	150 000,00 €
Tous bâtiments existants	Mise en sécurité et accessibilité	Pour les parties non touchées par les travaux, prévoir légers travaux pour mise en accessibilité (sanitaires, vestiaires, ...) et mise en sécurité	50 000,00 €
Tous bâtiment	Plus value opération tiroirs		75 000 €
Total HT			9 289 700 €

Scenario n°5 option n°5: 147 lits		Montant (HT)	Révision 2%/an
		base décembre 11	sur 6 ans
Travaux	Bâtiment	9 289 700 €	10 461 711 €
	Total Travaux	9 289 700 €	10 461 711 €
Prestataires intellectuels	Programmation	20 000 €	20 000 €
	Conduite d'opération	139 346 €	160 064 €
	AMO HQE	92 897 €	106 709 €
	Mission DIAG	25 000 €	25 000 €
	Relevé géomètre de l'existant	10 000 €	10 000 €
	Diag amiante et plomb avant travaux	8 000 €	8 000 €
	Maîtrise d'œuvre compris BET	1 021 867 €	1 150 788 €
	OPC	120 766 €	133 336 €
	Géotechnicien	20 000 €	20 000 €
	Géomètre	10 000 €	10 000 €
	Contrôleur technique	92 897 €	102 566 €
	Coordinateur SPS	69 673 €	76 924 €
Total Prestataires intellectuels	1 630 445 €	1 823 388 €	
Frais divers	Mobilier	0 €	0 €
	Assurance DO	111 476 €	111 476 €
	Frais de raccordement concessionnaires	10 000 €	10 612 €
	Primes concours maîtrise d'œuvre	40 000 €	40 000 €
	Frais de publicité	2 000 €	2 000 €
	Frais de reprographie	5 000 €	5 000 €
	Total Frais divers	168 476 €	169 088 €
Total HT	11 088 622 €	12 454 187 €	
Prix TDC/lit (147 lits)	75 433 €		

VIII – PROJET MEDICAL ET DE COOPERATION EN SANTE

1. Filière de soins gériatriques et parcours de santé coordonné

Il n'existe pas de filière de soins gériatriques labellisée sur le territoire. Dans le cadre de l'expérimentation du PAERPA sur le sud Lochois (parcours de soins coordonné), des objectifs de conventionnement et de coopération avec les EHPAD ont été définis pour les Centres hospitaliers mais aucune démarche de rapprochement n'a été à ce jour engagée.

Les résidents ont le libre choix du centre hospitalier de proximité. Le centre hospitalier de Loches, situé à moins de 30 kilomètres de Ligueil, reste l'établissement hospitalier privilégié par les usagers. Il ne possède toutefois pas de lits de court séjour gériatrique.

Un travail de collaboration avec le service des urgences du centre hospitalier de Loches avait été initié mais n'a pas été poursuivi. Les conditions d'orientation vers le service des urgences devront faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire en associant les médecins libéraux.

Certaines prises en charge spécifiques sont orientées vers le CHRU de Tours ou en cabinet libéral spécialisé en particulier dans le domaine de la psychiatrie.

Les praticiens du secteur public de psychiatrie n'interviennent pas dans l'établissement. L'intervention mensuelle d'une infirmière de psychiatrie a été amorcée depuis quelques mois mais reste à évaluer.

D'une manière générale, les demandes de rendez-vous de consultations spécialisées ne sont pas privilégiées pour les résidents de l'EHPAD et les délais d'attente dans certaines spécialités sont tardifs. Une maison de santé pluridisciplinaire a été récemment ouverte sur Ligueil. Des coopérations seront à privilégier.

L'établissement est éligible au dispositif de télé-médecine et des conventions médicales seront à formaliser.



Atouts :

- Proximité d'un service des urgences
- Intervention d'une IDE de psychiatrie à conforter
- Territoire d'expérimentation du PAERPA



Perspectives :

- Formaliser une convention « filière gériatrique » avec le centre hospitalier de Loches
- Elaborer un processus formalisé d'urgence
- Former les agents de nuit au processus de l'urgence
- Harmoniser les bonnes pratiques professionnelles (culture gériatrique, médecin coordonnateur, praticien hospitalier)
- Développer des pratiques d'hospitalisation programmée
- Développer la télé-médecine
- Mettre en œuvre le volet soins palliatifs et la commission de soins palliatifs
- Développer le recueil des directives anticipées
- Mettre en place des indicateurs qualité de suivi
- Privilégier la prise en charge en HAD pour limiter la durée d'hospitalisation
- Encourager des vacations de psychiatres dans l'établissement

2 - Le médecin coordonnateur et la pharmacienne

Le médecin coordonnateur intervient depuis septembre 2011 à raison de 5 demi-journées par semaine. Il a engagé une formation qualifiante de capacité en gériatrie à l'Université de Tours. Il sera prochainement diplômé.

L'établissement est habilité à gérer une pharmacie à usage intérieur (PUI) depuis 1982. La pharmacienne est en place depuis 2002. Depuis 2010, elle intervient à raison de 5 demi-journées par semaine réparties dans la semaine. Elle est assistée par une préparatrice en pharmacie hospitalière diplômée. La pharmacienne est formée à un DIU Douleur et a bénéficié d'une formation « pharmacie hospitalière ».

Ils collaborent de façon régulière avec les équipes soignantes ; Ils interviennent aux transmissions orales journalières lors des jours de présence, participent aux staffs, s'impliquent dans la commission de coordination gériatrique.

Selon leur disponibilité, un temps d'échange avec l'équipe pluridisciplinaire est organisé tous les matins (IDE, cadre, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, préparateur en pharmacie...).

Ils animent, parfois conjointement, des sessions d'information/formation auprès des équipes soignantes.

Leurs disponibilités les jours de présence et ou par téléphone est à souligner.

Une astreinte de sécurité est mise en place pour la pharmacienne. Elle est remplacée pendant ses temps longs d'absence.

Le médecin coordonnateur participe à la commission d'admission en présence du directeur et du cadre de santé.

Des réunions très régulières avec le directeur et cadre de santé sont organisés.



Atouts :

- Temps de présence et disponibilité du médecin coordonnateur et pharmacien
- Gestion d'une PUI à consolider
- Dynamisme de la commission de coordination gériatrique
- Temps d'information médicale dispensés de façon régulière aux équipes



Perspectives :

- Temps de présence médicale et pharmacien à faire évoluer au regard des résultats de la coupe PATHOS
- Renforcer le temps d'information médicale auprès des équipes
- Formation des professionnels de santé salariés à l'outil PATHOS

3. Coordination avec les professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'EHPAD

Des conventions d'interventions sont formalisées et signées avec l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenants au sein de l'EHPAD. A ce jour, 7 médecins, 5 masseurs-kinésithérapeutes, 1 orthophoniste et 1 pédicure interviennent de façon régulière dans l'établissement. Il y aura lieu d'attirer d'autres professionnels afin d'anticiper, notamment, les départs programmés de médecins. Leur présence est planifiée et concertée permettant généralement d'assurer une présence médicale ou kinésithérapeute tous les jours de la semaine. Une infirmière est disponible à chaque visite médicale. Elle veille à la coordination et la continuité des soins infirmiers avec les équipes soignantes. Une entente confraternelle organisée entre médecins permet d'assurer la permanence des soins en cas d'urgence la semaine en dehors de leur jour planifié de présence. La disponibilité téléphonique des intervenants en cas de besoin et d'intervention, en cas de nécessité, est saluée par les équipes infirmières.

En dehors de leur présence, un pôle de santé pluridisciplinaire, adossé au service des urgences du centre hospitalier de Loches, organise avec la régulation du Samu-Centre 15, la permanence des soins tous les WE jusqu'à 20h00 (samedi après-midi et dimanche toute la journée). Les nuits et jours fériés sont couverts par deux médecins effecteurs mobiles sur l'ensemble du département (hors agglomération).

D'une manière générale, on constate une bonne intégration des intervenants extérieurs (médicaux et paramédicaux) dans l'organisation interne des soins. Tous ont accès et utilisent activement le dossier médical et de soins informatisés (PSI). La position stratégique du bureau des IDE situé près de la pharmacie, le fait qu'elle soit un carrefour où tous les intervenants passent et peuvent échanger, facilitent les coopérations et le dialogue autour des situations des résidents entre les professionnels de l'EHPAD et les intervenants extérieurs. Les intervenants participent de façon dynamique à au moins une commission coordination gériatrique par an. L'image de l'établissement, la disponibilité et le professionnalisme de l'équipe de l'EHPAD sont très appréciés par les professionnels médicaux.



Atouts :

- Dynamisme de la commission de coordination gériatrique à consolider
- Nombre d'intervenants à fidéliser et à renforcer pour couvrir une présence tous les jours de la semaine et anticiper les départs programmés
- Présence systématique d'une IDE détachée lors des visites médicales
- Attractivité et image de l'établissement
- Tutorat du médecin coordonnateur à la prise en main du logiciel dossier médical PSI
- Ecoute collaborative des intervenants avec les IDE
- Présence d'une salle de kinésithérapie aménagée



Perspectives :

- Favoriser les conditions d'interventions de médecins spécialistes dans l'établissement (psychiatrie, soins bucco-dentaire, occultiste, ophtalmologiste, opticien, dermatologue...).
- Développer la téléconsultation et la téléexpertise
- Entretenir et renforcer le partenariat avec les professionnels de santé de proximité, notamment avec la création de la maison de santé pluridisciplinaire sur Ligueil
- Développer l'informatisation nomade

4. La gérontologie positive

La gérontologie positive est un concept inspiré de la psychologie positive, c'est-à-dire pour les professionnels, la capacité à (re)donner du sens à leurs actions, et pour les bénéficiaires, la capacité à (re)donner du sens à leur existence. Pour le résident, elle traduit la capacité à faire face contre l'adversité, en mobilisant et valorisant ses capacités restantes par la pratique de certaines habitudes de vie comme l'optimisme. Les exercices de gratitude et celui des trois émotions positives pour contrer une émotion négative, font partie des outils qui permettent de cultiver l'optimisme. La gérontologie positive permet d'améliorer les conditions psychomotrices et lutter contre la désadaptation et le repli sur soi qui entrainent l'évolution vers la déchéance irréversible.



Atouts :

- Initiation du concept abordée par le médecin coordonnateur dans le projet d'établissement dans le cadre d'une réflexion collective et pluridisciplinaire



Perspectives :

- Généraliser la culture de la gérontologie positive à tous les personnels

5. Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles

Le Médecin coordonnateur assure la veille des mises à jour des bonnes pratiques gériatriques dans le cadre de sa mission. Il s' st engagé dans une formation qualifiante de capacité en gériatrie ; Par ailleurs, il met régulièrement à jour ses connaissances (bibliographies spécialisés, congrès, formation continue médicale DPC, veille réglementaire HAS et PAPA) et dispose d'un abonnement à une revue médicale spécialisée.

Il s'assure auprès du médecin traitant, dans sa pratique médicale, de la prise en compte des référentiels de bonnes pratiques gériatriques. Il garantit la bonne coordination médicale au sein de l'établissement.



Atouts :

- Relation confraternelle avec les médecins traitants
- Présence systématique d'une IDE détachée lors des visites médicales
- Présence de 0,5 ETP du médecin coordonnateur tous les jours de la semaine
- Capacité en gériatrie du médecin coordonnateur
- Dynamisme de la commission de coordination gériatrique à consolider
- Présence d'un médecin libéral tous les jours de la semaine
- Présence d'un infirmier psychiatrique un après-midi par mois
- Staffs pluridisciplinaires ( laboration du projet de vie individualisé du résident) une fois par semaine
- Information médicale périodique par le médecin coordonnateur et la pharmacienne



Perspectives :

- Protocoles médicaux à actualiser
- Protocoles médicaux à élaborer

- Réappropriation du guide des bonnes pratiques gériatriques en EHPAD
- Favoriser les conditions d'intervention de médecins spécialiste dans l'établissement (psychiatrie, soins bucco-dentaire, occultiste, ophtalmologiste, opticien, dermatologue...).

6. Le suivi médical des résidents

L'établissement est habilité à gérer une pharmacie à usage intérieur (PUI). Il bénéficie d'une dotation globale de soins avec PUI. Le résident ou son représentant choisit dès l'admission son médecin traitant et les autres professionnels de santé (kinés, orthophoniste, pédicure...) parmi la liste des intervenants libéraux conventionnés dans l'établissement. Le libre choix d'un professionnel de santé non conventionné est possible sous conditions.

Les conditions de la convention organisent une présence planifiée et concertée des intervenants permettant d'assurer généralement une présence médicale ou kinésithérapeute tous les jours de la semaine.

Une entente confraternelle permet d'assurer que le médecin présent assure les problématiques médicales pressantes des résidents pris en charge par les autres confrères. Les demandes de rendez-vous sont assurées par l'équipe infirmière via un agenda pour chaque médecin.

La présence systématique d'une IDE détachée lors des visites médicales permet la coordination et la continuité des soins infirmiers avec l'équipe soignante.

La traçabilité de la visite est assurée par le médecin en collaboration avec l'infirmière détachée (programmation des consultations, transmissions écrites, consignes de soins). Le dossier médical et la validation pharmaceutique sont informatisés et sécurisés par code d'accès.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) a été déployé pour l'ensemble des résidents consentants. Il est ouvert lors de l'admission. Il est actualisé, le cas échéant, après chaque visite médicale.

Atouts :



- Poursuite de l'organisation programmée des visites
 - Maintien d'une dotation globale avec PUI
 - Dossier médical inclut la validation pharmaceutique
 - Présence d'une pharmacienne à 0.5 ETP
 - Détachement de l'IDE lors des visites des médecins traitants
 - Staffs pluridisciplinaires à renforcer (réévaluation de la prise en charge médicale et iatrogénique)



Perspectives :

- Développement des fonctionnalités du PSI
- Renforcer le temps infirmier consacré à la visite médicale
- Développement de la messagerie sécurisée et du DMP

7. Les prises en charge spécifiques et la prévention des risques

7.1 La dépression et le risque suicidaire

Les équipes pluridisciplinaires, et particulièrement les agents de nuit, se rendent disponibles pour échanger, rassurer et valoriser les résidents. Ils proposent, autant que possible, leur soutien et leur accompagnement, en les associant dans les actes de la vie quotidienne, en privilégiant leur autonomie et potentialité, et en respectant leur rythme et leurs habitudes de vie.

Les signes de souffrances psychiques sont repérés et partagés dans les transmissions. La sensibilisation et l'information/ formation des professionnels au repérage des signes révélateurs de souffrance psychique et du risque suicidaire devra néanmoins être renforcée notamment pour les équipes de nuit. Des groupes d'analyses de pratiques pour les professionnels sont proposés et encadrés par une psychologue de l'établissement.

Deux psychologues interviennent dans l'établissement : une psychologue intervient à 0.4 ETP plus particulièrement sur l'EHPAD et une autre psychologue à 0.2 ETP (1 journée par semaine) intervient plus spécifiquement sur l'UPAD ; Elles réalisent les entretiens cliniques en lien avec les partenaires (médecins traitants, géronto-psychiatre, orthophoniste,...). Elles sont associées au recueil de l'histoire de vie du résident et participent aux staffs pluridisciplinaires pour l'élaboration des projets de vie individualisés des résidents. Elles sont consultées pour les demandes d'admissions. Elles réalisent des visites et bilans d'entrée ainsi que les évaluations cognitives. Elles animent des ateliers de groupe avec les résidents et des formations pour le personnel. Elles rencontrent et accompagnent les familles et proches dans un travail de soutien et d'écoute. Elles assurent de façon planifiée des sessions d'analyses des pratiques avec les équipes soignantes dans les services où elles n'interviennent pas. Leurs observations sont transmises et partagées dans le dossier de soins du résident.

Un psychomotricien intervient à temps plein au sein de la structure et participe, à travers sa prise en charge et l'animation d'ateliers, à la revalorisation de l'image de soi et l'amélioration thymique. La prescription concertée d'un traitement médicamenteux adapté peut être proposée le cas échéant. Par ailleurs, une prescription de vitamine D est systématiquement proposée.

Les praticiens du secteur public de psychiatrie n'interviennent pas dans l'établissement. L'intervention mensuelle d'une infirmière de psychiatrie a été amorcée depuis quelques mois mais reste à évaluer.

Des projets de vie et d'accompagnement individualisés sont mis en place. Les résidents sont associés, selon leur degré d'autonomie, dans la validation et l'appropriation des objectifs fixés en staffs pluridisciplinaires. Ils doivent être généralisés à l'ensemble des résidents.

L'établissement rénové bénéficie d'un cadre d'accueil agréable et confortable. Plusieurs petits salons permettent aux résidents et visiteurs des moments d'échange et de convivialité. Une salle à manger réservée aux familles permet aux résidents d'accueillir leurs proches dans un cadre plus intime. L'établissement propose 81 chambres individuelles et 33 chambres doubles. Les bâtiments ne proposent pas tous des chambres au confort équivalent.

Un grand salon confortable, lieu d'animation, de fête et de détente, ouvre sur une terrasse. Un salon de coiffure grand et lumineux offre un cadre de bien-être et d'esthétique apprécié de tous. Une coiffeuse intervient 1 fois par semaine

Une esplanade aménagée, prolongée par un jardin thérapeutique, offre un espace extérieur de rencontre, de promenade et d'éveil avec l'aménagement de mobiles sensoriels et d'un parcours de marche thérapeutique.

Il existe un programme d'animation affiché à la semaine à divers endroits stratégiques de l'EHPAD. Par ailleurs, l'animatrice utilise la radio interne pour rappeler aux résidents la tenue d'une animation juste avant qu'elle ne débute.

Le contenu des animations est diversifié et ouvert sur l'extérieur. Des animations exceptionnelles pour marquer les temps importants du calendrier sont également prévues (anniversaires, repas à thème, fête du calendrier,...)

Les sorties à l'extérieur sont régulières, notamment la sortie au marché. Un séjour-vacances de 3 à 4 jours est organisé tous les ans en été. Six à huit résidents accompagnés de personnels soignants de l'établissement partent ainsi chaque année.

Plusieurs partenariats sont noués avec les écoles et centres de loisirs de la commune et favorise les échanges intergénérationnels.

Les familles et proches sont invités à participer aux animations.

Un journal interne « Happy+ », adressés trimestriellement aux résidents et aux référents familiaux, les informent des projets et animations programmés.

Un site internet, primé en 2011, permet notamment de consulter et télécharger les programmes d'animation sur les deux prochains mois.



Atouts :

- Programme d'animation diversifié
- Espaces extérieurs agréables et aménagés



Perspectives :

- Renforcer le temps de psychologue
- Information/formation des professionnels au repérage des signes révélateurs de souffrance psychique et du risque suicidaire
- Améliorer les conditions de confort des logements et du cadre de vie
- Encourager et favoriser les échanges familiaux
- Développer les animations et activités de vie sociale en particulier à l'extérieur
- Favoriser les conditions d'intervention de médecins psychiatres dans l'établissement

7.2 La décompensation cardio-respiratoire

Les traitements médicaux sont adaptés et réévalués à la pathologie cardiaque. Des consultations spécialisées sont proposées et devront être développées dans le cadre de la mise en place de la télémédecine. Des séances de réadaptation par les kinésithérapeutes sont prescrites le cas échéant. Le nombre d'intervenants et leurs disponibilités restent insuffisants au regard des besoins. Le psychomotricien et l'ergothérapeute proposent et animent des ateliers de réadaptation (atelier gym, jardin thérapeutique, sorties à l'extérieur,...).

En collaboration avec les médecins traitants, la diététicienne adapte les menus des résidents aux prescriptions de régime (régime sans sel par exemple). Une convention de mise à disposition de bouteilles de gaz médicaux est formalisée avec un prestataire. Des formations sur les prises de constantes ont été réalisées mais doivent être généralisées à toutes les aides-soignantes. Les activités et exercices d'endurance proposés ne sont pas suffisants et doivent être développés.



Atouts :

- Activités de réadaptation proposées par le psychomotricien et l'ergothérapeute à poursuivre
- Aménagement d'un jardin thérapeutique à s'approprier et à compléter par un jardin de soin et par un parcours psychomoteur.
- Présence d'un 0.5 ETP de diététicienne
- Eligibilité à la télémédecine à développer



Perspectives :

- Généraliser la formation des aides soignantes à la prise de constante
- Développer et généraliser les formations AFGSU niveau 1 et 2
- Renforcer les activités de motricité et d'exercices d'endurance

7.3.1 La douleur

Les personnels soignants sont sensibilisés à la prévention et à la gestion de la douleur. Le bilan d'entrée du résident intègre l'évaluation de la douleur. Des grilles d'évaluation (Ex : DOLOPLUS) sont utilisées par les professionnels. Des informations/formations sont animées par le médecin coordonnateur et la pharmacienne qui s'est formée à un D.U. Douleur. Un volet « soins palliatifs » du projet d'établissement a été élaboré. Il intègre la question de la gestion de la douleur. Des référents douleur devront être formés. Des protocoles médicaux et de soins sont à élaborer. Les traitements antalgiques sont utilisés selon le protocole préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (3 paliers d'antalgique I, II et III selon la puissance algique).

7.3.2 Les soins palliatifs

Une convention avec le réseau soins palliatifs et l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs (EADSP) du CHRU de Tours est formalisée. Elle intervient à la demande de l'équipe pluridisciplinaire. Un volet « soins palliatifs » du projet d'établissement a été élaboré. Il intègre les modalités d'accompagnement des résidents en fin de vie. Des formations dans ce domaine sont dispensées chaque année. Des référents soins palliatifs devront être formés. Des protocoles médicaux et de soins sont à élaborer.



Atouts :

- Information/formation Douleur et soins palliatifs à poursuivre
- Convention d'intervention avec une EADSP formalisée à dynamiser
- Utilisation des outils d'évaluation de la douleur à consolider



Perspectives :

- Réévaluer plus régulièrement les prescriptions médicamenteuses
- Former des référents douleurs et soins palliatifs
- Actualiser les protocoles et procédures
- Mettre en œuvre le volet « soins palliatifs » et la commission de soins palliatifs
- Développer le recueil des directives anticipées

7.4 Les maladies infectieuses

Les règles d'hygiène et les précautions standards sont appliquées et maîtrisées en cas de risques infectieux. Des formations sont dispensées périodiquement par l'infirmière hygiéniste qui intervient à raison d'une journée par semaine. Les protocoles sont validés par l'équipe opérationnelle d'hygiène du Centre Hospitalier de Loches qui met à disposition l'infirmière hygiéniste.

Des distributeurs de Solution Hydro-Alcoolique (SHA) sont installés dans tous les logements.

Une équipe de bionettoyage est dédiée à l'entretien des locaux et bénéficie d'actions de formations régulières. La fréquence d'entretien des logements est insuffisante et fait l'objet de la majorité des réclamations des usagers. La traçabilité des travaux d'entretien des locaux est à poursuivre.

Des campagnes de vaccinations adaptées sont proposées aux résidents. (antigrippe, bronchite...). La médecine préventive de l'établissement propose également à chaque professionnel une vaccination gratuite contre la grippe.

Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) associant 8 EHPAD du territoire a été créé depuis 2009. Il se réunit au moins 3 fois par an et se compose de l'équipe opérationnelle d'hygiène du centre hospitalier de Loches (médecin et infirmières hygiénistes), des directeurs, cadres de santé, médecins coordonnateurs et pharmaciens des EHPAD ainsi que de référents hygiène issus des personnels paramédicaux volontaires représentatifs des établissements. Ses actions permettent de soutenir et d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène hospitalière, d'organiser des actions de formation et de sensibilisation aux pratiques d'hygiène et au respect des précautions standards (hygiène des mains, port de gants...), de conduire des enquêtes épidémiologiques et des audits de pratiques de terrain, de rédiger des protocoles et des supports d'information, ou encore, d'encourager le bon usage des antibiotiques en lien avec les médecins coordonnateurs, les pharmaciens ainsi que les médecins libéraux.

Des audits et contrôles de bonnes pratiques professionnelles initiés sont à renforcer.

Le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) est élaboré et actualisé annuellement par l'IDE hygiéniste en collaboration avec la Direction et les équipes soignantes. Un suivi particulier des actions à mettre en œuvre devra être réalisé et intégré à un tableau bord de la démarche qualité.



Atouts :

- Présence d'une IDE hygiéniste à 0.2 ETP
- Formation à l'hygiène des locaux et à la prévention des risques infectieux à poursuivre et à renforcer

- Dynamisme du CLIN inter-EHPAD
- Distributeurs de SHA installés dans chaque logement



Perspectives :

- Renforcer les effectifs de l'équipe de bionettoyage pour améliorer la fréquence d'entretien des logements
- Améliorer le taux de vaccination anti-grippe des professionnels
- Assurer une meilleure mise en œuvre et suivi des actions préconisées par le DARI
- Renforcer les audits et les contrôles qualité.

7.5 Les iatrogénies médicamenteuses

L'établissement gère une pharmacie à usage intérieur. Une pharmacienne gérante est présente à raison de 5 demi-journées par semaine. Elle est assistée par une préparatrice en pharmacie hospitalière à temps plein.

La prescription est saisie sur une ordonnance informatique et signée électroniquement par le prescripteur dont l'identifiant figure en clair. Une attention toute particulière est portée sur les intolérances et les interactions. Une base de données électronique sur les médicaments, intégrée au logiciel de soins, permet d'assurer la sécurisation de la prescription et d'apporter une aide efficace à la prescription de médicaments.

Les prescriptions sur support papier sont conservées dans le dossier médical.

Les médicaments inscrits au livret thérapeutique de l'établissement sont prescrits de façon préférentielle. Les prescriptions argumentées de médicaments non-inscrits au livret thérapeutique sont possibles après concertation entre prescripteur et pharmacien dans le respect des rôles professionnels propres.

La pharmacienne analyse la conformité administrative et réglementaire de la prescription. Elle effectue une analyse pharmacothérapeutique. Le cas échéant, Elle peut faire des propositions visant à améliorer la prise en charge thérapeutique. Cet avis est soumis à la validation du prescripteur. Une trace de cet échange est conservée dans le dossier de soins (PSI).

La surveillance thérapeutique est effectuée par les infirmières et les aides-soignantes qui distribuent les médicaments. Elle permet d'évaluer l'efficacité thérapeutique rendue et de repérer la survenue éventuelle de tout effet indésirable, y compris mineur, lié au traitement, pendant et après son administration. Ce dernier fait l'objet d'un enregistrement dans le dossier informatisé du résident ou d'une déclaration d'événements indésirables. Une infirmière est systématiquement détachée pour accompagner le médecin traitant lors de ses visites médicales.

Un comité de retour d'expérience (CREX) est mis en place et se réunit tous les mois en présence de la direction, de la pharmacienne, de la préparatrice, d'une infirmière et d'une aide-soignante. Une réunion annuelle de service permet de s'assurer que le système qualité demeure approprié et efficace.

Le service peut s'appuyer sur l'analyse des fiches d'évènements indésirables. Des audits internes sont périodiquement réalisés et font l'objet d'un rapport écrit

La gestion des alertes concernant les médicaments fait l'objet d'une procédure spécifique qui garantit la permanence de l'accès à l'information diffusée par l'ANSM, la traçabilité des mesures prises et la gestion des conséquences pour le résident. Un système d'alerte Fax rappel/retrait de médicament est mis en place. En cas de signalement les produits signalés sont enlevés par l'équipe pharmaceutique.

Le circuit du médicament sécurisé et maîtrisé fait l'objet d'une procédure formalisée (Cf. § circuit du médicament) et d'audits périodiques qui sont à renforcer.

La sensibilisation des médecins traitants à la diminution des prescriptions, notamment de neuroleptiques, est régulièrement évoquée lors de la commission de coordination gériatrique.



Atouts :

- Gestion d'une PUI à consolider
- Sécurisation du circuit du médicament engagée à renforcer
- CREX associant l'équipe de pharmacie en place



Perspectives :

- Améliorer la prescription médicamenteuse des résidents dans le cadre des bonnes pratiques professionnelles de l'HAS
- Développer l'informatisation nomade d'aide à la sécurisation et à la traçabilité du circuit du médicament.
- Renforcer les audits et contrôles qualité
- Formaliser le système d'assurance qualité des activités de la pharmacie.
- Développer les prises en charge non médicamenteuses

7.6 La constipation

Les troubles du transit font l'objet d'une surveillance quotidienne par les équipes de soins. Des produits naturels sont privilégiés avant un traitement médicamenteux mais pas systématisés.

La diététicienne assure l'équilibre nutritionnel des menus notamment en privilégiant des produits riches en fibre dans le cadre des recommandations du GEM-RCN.

Des fontaines à eau sont disponibles à chaque étage des bâtiments. Des collations sont proposées l'après-midi et le soir. La surveillance de l'hydratation des résidents devra faire l'objet d'une traçabilité.

Des activités de mouvement sont proposées par le psychomotricien et l'ergothérapeute mais devront être développées par l'équipe d'animation.

Un soutien psychologique est proposé dans certaines situations mais doit être renforcé.



Atouts :

- Suivi nutritionnel par la diététicienne
- Ateliers motricité animés par le psychomotricien et l'ergothérapeute à poursuivre



Perspectives :

- Privilégier les produits naturels et eaux minérales
- Favoriser les produits riches en fibre
- Développer les activités physiques en animation
- Renforcer le temps de soutien psychologique

7.7 Les risques de dénutrition

La diététicienne et l'équipe infirmières assurent la surveillance nutritionnelle des résidents. La diététicienne recueille à l'admission les goûts et habitudes alimentaires des résidents.

Un bilan d'entrée (IMC + MNA) est effectué avec analyse du taux d'albuminémie systématique. La surveillance du poids des résidents est réalisée au moins mensuellement.

La texture des plats est adaptée aux besoins des résidents et fait l'objet d'une prescription concertée en équipe pluridisciplinaire. Des plats de substitution sont proposés. Des compléments alimentaires peuvent être préconisés. Une commission de menus est en place et prend en compte les attentes des résidents. Des repas « thérapeutiques » (ateliers cuisine, pâtisserie) sont régulièrement proposés par l'équipe d'animation et de réadaptation. Des collations l'après-midi et le soir sont proposées mais devront faire l'objet d'une traçabilité.

Les menus sont lisiblement affichés aux entrées des salles de restauration. Les menus des weekends et jours fériés sont améliorés. Des viennoiseries sont servies tous les dimanches. Des repas à thème sont proposés périodiquement. Les salles à manger ont été rénovées mais manquent de places et pour certaines de luminosités.

Une remobilisation des équipes soignantes autour du protocole d'hygiène bucco-dentaire est à conduire. Des actions de formations aux gestes quotidiens et à la vigilance bucco-dentaire, ainsi que la mise en place de soignants référents est à proposer. Ces actions devront être complétées par des dispositifs de nettoyage qui faciliteront l'entretien des prothèses dentaires.

Le dépistage et le repérage systématique des problématiques bucco-dentaires des résidents dès l'admission par l'intervention de dentistes au sein des établissements est à encourager. L'accessibilité aux consultations dentaires devra être facilitée.



Atouts :

- Bilan d'entrée sur l'état nutritionnel des résidents systématisé
- Présence d'une diététicienne 0.5 ETP
- Dynamisme de la commission de menus
- Repas thérapeutiques et à thèmes proposés



Perspectives :

- Systématiser la prescription des repas à texture modifiée
- Améliorer la confection des plats à texture modifiée
- Développer la formation de préparation culinaire adaptée aux personnes âgées pour les personnels de cuisine
- Protocoliser la préparation des produits enrichis
- Veiller à la régularité des collations l'après-midi et le soir
- Améliorer le confort des lieux de restauration
- Sensibiliser les résidents et les familles au bénéfice d'un confort oral
- Former les personnels soignants aux gestes quotidiens et à la vigilance bucco-dentaire
- Mettre en place des soignants référents
- Améliorer l'entretien des prothèses dentaires
- Faciliter le dépistage des problématiques bucco-dentaires et l'accès aux soins de confort

7.8 Les pertes de motricité

Les chutes font l'objet d'une déclaration systématique et d'une analyse par le psychomotricien. Des kinésithérapeutes interviennent sur prescription médicale dans le cadre d'une convention avec l'établissement. Une salle de kinésithérapie équipée est à disposition des professionnels de réadaptation.

Une salle de psychomotricité/ergothérapie permet la réalisation d'ateliers thérapeutiques réguliers par les professionnels de l'établissement.

Un jardin thérapeutique et un parcours de marche permet des activités de motricité à l'extérieur. Des activités à l'extérieur initiés par l'ergothérapeute doivent être poursuivies (course au marché, promenades, visites...). Le parc paysagé de l'établissement invite les familles et proches à accompagner les résidents sur l'extérieur (chemin goudronné, parc des chèvres, jardin thérapeutique).

Des bilans d'entrée avec tests d'appui unipodal sont réalisés à l'admission mais doivent être généralisés. Lors de la visite médicale d'admission, réalisée par le médecin coordonnateur, l'Hypotension Orthostatique est systématiquement recherchée.

Les équipements et dispositifs d'aide à la marche et à la mobilité adaptés sont mis à disposition des résidents. Si nécessaire, des chaussures de prévention des chutes sont prescrites.

Dans le cadre de l'accompagnement des résidents dans la vie quotidienne, les équipes soignantes veillent à privilégier l'autonomie du résident et à stimuler les potentialités et capacités restantes des résidents. Ils sont attentifs à ce que les résidents portent des tenues adaptées (chaussures, vêtements confortables, lunettes...).

Les contentions font l'objet d'une prescription concertée en équipe pluridisciplinaire. Elles devront toutefois être réévaluées plus régulièrement.



Atouts :

- Ateliers d'équilibre et de motricité proposés par le psychomotricien et l'ergothérapeute
- Salle de kinésithérapie à disposition
- Analyse des chutes à développer



Perspectives :

- Encourager l'intervention d'autres masseurs-kinésithérapeutes
- Aménager un parcours de motricité
- Généraliser les bilans d'entrée
- Intégrer la prévention de la perte de motricité dans le projet architectural
- Développer l'acquisition de dispositifs d'aide à la mobilité et la verticalisation des résidents
- Renforcer l'aide humaine à la mobilité
- Réévaluer plus régulièrement les prescriptions de contention
- Généraliser la culture de la gérontologie positive à tous les personnels

7.9 Les risques d'escarres

Les aides-soignantes et infirmières réalisent quotidiennement des soins de prévention des risques d'escarres. Les changements de position font l'objet d'un suivi. Les équipes disposent de crèmes de soins préconisées par la pharmacie.

La diététicienne et l'équipe infirmières assurent la surveillance nutritionnelle des résidents.

Des matelas de prévention anti-escarre et matelas à air sont mis à disposition des résidents. La gestion du parc est assurée par le psychomotricien. Le renouvellement des matelas est à programmer.

L'ergothérapeute assure la prévention et le soulagement des troubles cutanés par l'installation de matériels adaptés (coussins anti-escarre, de positionnement...)

Les escarres font l'objet d'un suivi illustré avec photographie. Les infirmières bénéficient de formations sur les plaies et escarres qui doivent être reconduite périodiquement.

Une convention d'intervention avec l'HAD a été formalisée. Le partenariat est à poursuivre et à encourager.

L'établissement est éligible au dispositif de télémédecine. Des conventions médicales de téléconsultation et de téléexpertise avec des dermatologues seront à élaborer.



Atouts :

- Présence d'un psychomotricien et ergothérapeute à temps plein
- Convention avec HAD à poursuivre



Perspectives :

- Compléter et renouveler le parc de matelas de prévention
- Poursuivre les formations plaies et escarres
- Développer des formations sur les changements de position pour tous les soignants
- Développer les tests d'évaluation
- Développer la télémédecine

7.10 Les risques de déshydratation

Des carafes d'eau renouvelées deux fois par jour sont distribuées dans les logements des résidents. Des fontaines à eau sont disponibles à chaque étage des bâtiments. Des collations sont servies tous les jours. Des tisanes sont proposées à la demande le soir.

Le protocole de prévention est à actualiser. Il doit permettre de mieux cibler les résidents à risque de déshydratation.

Un plan de prévention des risques de canicule (plan bleu) est formalisé et connu de tous les professionnels.



Atouts :

-



Perspectives :

- Mieux cibler les résidents à risque de déshydratation
- Poursuivre les informations/formations sur la prévention des risques de déshydratation
- Proposer en systématique des tisanes le soir
- Actualiser le protocole

7.11 Le risque d'errance

L'établissement est habilité à accueillir des personnes désorientées déambulantes dans une UPAD de 19 lits avec un bel espace extérieur clos. L'accès à cette unité est sécurisé par un digicode. L'aménagement intérieur des locaux ne favorise pas la déambulation des résidents. L'espace de vie est toujours accessible et attractif mais manque un peu de luminosité. Les chambres ne présentent pas tous le même niveau de confort et devront être rénovées. La salle d'activité manque de lumière naturelle. L'aménagement d'une salle d'activités complémentaires est à prévoir.

Dans l'EHPAD, les accès principaux de l'établissement sont sécurisés de 19h30 à 6h15 par des digicodes. L'équipe de nuit vérifie les accès et la fermeture des portes. La surveillance de la présence des résidents à risque doit être renforcée. Il n'existe pas de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Des collations le soir ne sont pas systématiquement proposées. Des activités d'animation et relationnelles la nuit sont à développer.



Atouts :

- Sécurisation des accès à améliorer



Perspectives :

- Restructurer l'UPAD
- Créer un PASA
- Renforcer la surveillance des résidents à risque
- Développer les activités d'animation la nuit
- Expérimenter la domotique

7.12 Le risque de maltraitance

Le médecin coordonnateur effectue systématiquement une visite médicale d'admission. Les médecins traitants interviennent tous les jours de la semaine. Un recueil de données sur les habitudes de vie est remis aux équipes à l'entrée du résident et complété, si besoin, par le référent institutionnel. Des staffs pluridisciplinaires mensuels permettent d'élaborer les projets de vie des résidents.

Les équipes pluridisciplinaires qualifiées veillent, par leur présence dans tous les services, à la qualité de la prise en charge et au respect des bonnes pratiques professionnelles.

Une charte de bientraitance a été élaborée et diffusée à tous les personnels.

Des formations spécifiques « bientraitance » sont dispensées chaque année mais doivent être développées.

Une procédure de recrutement et d'intégration des agents est formalisée mais doit être déployée. Elle intègre notamment les obligations de bienveillance envers les usagers et de devoir de signalement des situations de maltraitance. Un protocole est formalisé. Une politique de mobilité interne a été initiée et doit être poursuivie.

Des groupes d'analyses des pratiques animées par les psychologues de l'établissement sont organisés toutes les semaines dans une unité.

Il existe des fiches d'événements indésirables et un comité de retour d'expérience qui se réunit tous les mois.

Les fiches de réclamations sont systématiquement visées par la direction et enregistrées dans un registre des réclamations.

Les agents sont facilement identifiables (badges, couleur de tenue)

Les usagers ont la possibilité de venir rencontrer le directeur et/ou le cadre et/ou le médecin coordonnateur en cas de besoin. L'accès au dossier médical est possible selon une procédure qui doit être formalisée.

Il existe une note d'information aux usagers sur les modalités de recueil de la satisfaction (registre de la satisfaction, boîte aux lettres, enquête de satisfaction, 3977...).



Atouts :

- Protocole de lutte contre la maltraitance formalisé
- Dispositifs de recueil de la satisfaction diversifiés
- Identification par badge des personnels



Perspectives :

- Déployer la procédure de recrutement et d'intégration des personnels
- Favoriser la mobilité interne du personnel
- Mettre en place un dispositif interne de signalement des situations de maltraitance
- Conforter les groupes d'analyses des pratiques
- Prévenir les risques psychosociaux

8 La continuité de la prise en charge

La permanence médicale des soins est assurée par une régulation du SAMU-Centre 15. Elle s'appuie dans le territoire notamment sur le pôle pluridisciplinaire de santé du Lochois avec l'installation d'une maison médicale de garde adossée au service des urgences du centre hospitalier de Loches. La permanence est assurée tous les WE (samedi de 12h00 à 20h00 et le dimanche de 8h00 jusqu'à 20h00). En semaine après 20h00 et les nuits et jours fériés, deux médecins effecteurs mobiles assurent la permanence des soins pour l'ensemble du département (hors agglomération).

Le médecin coordonnateur est présent tous les jours.

Les médecins traitants interviennent de façon programmés et répartis sur la semaine.

Une entente confraternelle des médecins organisée permet d'assurer la permanence des soins en cas d'urgence la semaine en dehors de leur jour planifié de présence. Il y a lieu de souligner la disponibilité téléphonique des intervenants en cas de besoin et d'intervention en cas de nécessité. Des protocoles médicaux et de soins seront à actualiser et à élaborer notamment en cas de prescription urgente.

L'établissement rencontre ponctuellement des difficultés à faire établir les certificats de décès les week-ends et jours fériés en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux (cette mission ne relève pas réglementairement de la permanence des soins). Cette difficulté devra faire l'objet d'une réflexion concertée avec l'agence régionale de santé.

Une infirmière est présente en continue de 6h30 à 21h00. La nuit, 3 à 4 agents, dont une aide-soignante, sont toujours planifiés. L'aide-soignante assure le relais avec le SAMU Centre 15 en cas d'urgence. Une formation spécifique pour les personnels de nuit au processus d'urgence est à prévoir. Un encadrement de l'équipe de nuit par un temps partagé d'infirmière coordinatrice est à envisager dans le cadre d'une coopération inter-EHPAD.



Atouts :

- Présence mensuelle du médecin du travail à consolider
- Souscription à une assurance statutaire à soutenir

- Désignation d'IDE référentes pour chaque service à conforter
- Chargée des ressources humaines impliquée
- Mise en place d'une aide-soignante « volante » à développer



Perspectives :

- Encourager l'intervention d'autres médecins libéraux dans l'établissement
- Entretenir et renforcer le partenariat avec le service des urgences des centres hospitaliers
- Formaliser une convention « filière gériatrique »
- Programmer la formation des agents de nuit au processus d'urgence
- Développer la formalisation des protocoles médicaux
- Mieux encadrer et évaluer le travail de nuit
- Envisager la création d'un poste partagé d'IDE coordinatrice de nuit
- Développer la télémédecine et la Visioconférence
- Développer la messagerie sécurisée et le DMP
- Faire évoluer le logiciel de soins DMP compatible
- Sécuriser l'établissement des certificats de décès les WE et jours fériés

9 La télémédecine

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA sur le territoire du Lochois, l'établissement est éligible au dispositif de télémédecine porté par l'Agence Régionale de Santé et mis en œuvre par le Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Centre. L'établissement a bénéficié d'une dotation pour l'acquisition d'une solution d'équipements et de logiciels de télémédecine.

Des partenariats avec des spécialistes et établissements de santé pour la réalisation de téléexpertises et de téléconsultations seront à constituer et à formaliser.

Les spécialités envisagées pourraient concerner la cardiologie, la dermatologie, la diabétologie voire la géronto-psychiatrie. La solution de télémédecine offrira également la possibilité de réaliser de la visioconférence et de l'échange et du partage sécurisés de données et de documents. Ces fonctionnalités pourraient être utiles notamment pour faciliter la communication avec les services d'urgences et les médecins traitants dès lors qu'ils y sont équipés dans leurs cabinets médicaux. Le développement des objets connectés offrira d'autres fonctionnalités qu'il conviendra d'expérimenter.



Atouts :

- Eligibilité à la télémédecine à développer



Perspectives :

- Formaliser des partenariats avec des spécialistes pour le développement des téléconsultations et des téléexpertises
- Entretenir et renforcer le partenariat avec le service des urgences du CH de Loches
- Développer la messagerie sécurisée et le DMP
- Généraliser l'installation du wifi dans tout l'établissement

10 Dossier médical et traçabilité

Un dossier médical papier du résident est constitué dès son admission. Il est alimenté par l'ensemble des documents médicaux recueillis à son arrivée, transmis par son médecin traitant et déposés tout au long de sa prise en charge médicale dans l'établissement ou dans les établissements de santé. Les dossiers médicaux sont classés dans une armoire fermée à clé. Pour des raisons de fonctionnalités, l'armoire est positionnée dans le bureau des infirmières dont l'accès est sécurisé par un digicode. En cas de décès ou de sorties, le dossier médical du résident est archivé dans un local fermé à clé.

Un dossier médical informatisé (PSI) est également créé. Des droits d'accès sont définis. Les observations et prescriptions après examen des résidents sont tracées dans le dossier de soins. Les résultats des analyses de biologie médicale ne sont pas intégrés directement dans le logiciel PSI.

Tous les médecins libéraux intervenants dans l'établissement ont accès et utilisent activement le dossier médical et de soins informatisés (PSI). Le médecin coordonnateur se rend disponible pour former chaque nouvel intervenant selon leur disponibilité. Les intervenants (médecins, kinés) devront toutefois bénéficier d'une formation de remise à niveau au dossier médical de PSI pour permettre de mieux valoriser leurs actes.

Un accès intranet au dossier médical est à étudier.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est informatisé. Un Dossier Médical Partagé (DMP) a été déployé pour l'ensemble des résidents consentants. Il est ouvert lors de l'admission. Il est actualisé, le cas échéant, après chaque visite médicale. Il permet notamment au médecin d'urgence (médecin de garde ou SAMU-centre 15) d'accéder aux renseignements médicaux à distance. Le logiciel de soins n'est pas DMP compatible. En cas d'hospitalisation, le DLU est transféré manuellement dans le DMP. Cette manipulation ne garantit pas la mise à jour des dernières données.

Tous les professionnels de santé salariés de l'établissement disposent d'une carte professionnelle. Il y aura lieu de développer leur messagerie personnelle sécurisée.



Atouts :

- Dossier médical informatisé avec DLU
- Bonne appropriation du logiciel PSI par les médecins traitants
- Déploiement du DMP



Perspectives :

- Améliorer la qualité et la sécurité de l'archivage médicale
- Développer le DMP et la messagerie sécurisée
- Rendre le logiciel PSI, DMP compatible
- Développer un accès sécurisé intranet avec les médecins traitants
- Mieux former les intervenants libéraux au logiciel PSI
- Développer l'informatisation nomade et les objets connectés
- Formaliser un protocole d'accès et de partage du dossier médical
- Mieux sensibiliser les professionnels au secret professionnel partagé et à la discrétion professionnelle
- Etudier la création d'un intranet d'accès au dossier médical

11 L'évaluation de la dépendance et de la charge en soins

La réévaluation du niveau de dépendance des résidents (GIR) est effectuée en équipe pluridisciplinaire trois semaines après leur admission. Elle est validée par le médecin coordonnateur. Cette évaluation des capacités restantes des résidents permet d'établir le plan de soin personnalisé du résident. Le niveau d'autonomie est également réévalué à chaque staff pluridisciplinaire lors de l'élaboration du projet de vie et d'accompagnement individualisé du résident.

Une réévaluation annuelle pour tous les résidents est réalisée entre le mois de mai et le mois de septembre de l'année N. Elle détermine le Gir Moyen Pondéré (GMP), qui est transmis au conseil départemental pour validation. Il sert de base pour la détermination des tarifs journaliers dépendance de l'établissement pour l'année N+1.

Une réévaluation intermédiaire peut être sollicitée dès lors qu'elle est justifiée par une évolution de l'état de santé et du niveau d'autonomie du résident.

Le niveau de soins nécessaires à dispenser aux résidents est évalué par l'outil PATHOS. Il permet d'évaluer, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies des résidents hébergés. Cette évaluation est réalisée par le médecin coordonnateur, en association avec les médecins traitants et professionnels de santé, quelques semaines après l'entrée, et réévaluée périodiquement en fonction de l'évolution des besoins en soins requis. Elle s'appuie notamment sur les observations, actes et prescriptions des intervenants libéraux tracés dans le dossier de soins du résident. Une formation-action de l'ensemble des professionnels de santé salariés à l'utilisation de l'outil PATHOS est à prévoir. Une sensibilisation des intervenants libéraux à la valorisation de leurs actes est à poursuivre.

Une évaluation (pathosification) est réalisée au moins annuellement, un jour donné. Elle détermine le Pathos Moyen pondéré (PMP). Il sert de base pour fixer le niveau de la dotation globale de soins à chaque renouvellement de la convention tripartite tous les 5 ans.



Atouts :

- Dossier médical informatisé avec DLU
- Bonne appropriation du logiciel PSI par les médecins traitants
- Déploiement du DMP



Perspectives :

- Former l'ensemble des professionnels de santé salariés à l'outil PATHOS
- Développer la formation auprès du personnel soignant à l'utilisation des outils d'évaluation de la dépendance
- Faire un bilan d'entrée d'évaluation des capacités motrices et cognitives, et réévaluer régulièrement
- Mieux exploiter les fonctionnalités du logiciel de soins PSI – faire évoluer le logiciel
- Développer les staffs pluridisciplinaires
- Développer la valorisation et la traçabilité des actes et soins
- Développer l'informatisation nomade et les objets connectés
- Développer les prises en charge non médicamenteuses

12 Le rapport d'activités médicales

Le rapport d'activités médicales du médecin coordonnateur n'est pas formalisé. Les statistiques du logiciel de soins PSI sont difficilement exploitables sans une maîtrise du progiciel.

Une maquette de rapport d'activités médicales est en cours élaboration.

Des rapports complémentaires (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue...) seront à construire.



Atouts :

-



Perspectives :

- Etablir une maquette de rapports d'activités médicales
- Elaborer un rapport d'activités psychologue, psychomotricien, ergothérapeute et diététicien
- Présenter les rapports d'activités en commission de coordination gériatrique
- Définir en concertation des objectifs qualité issus des recommandations des rapports

13. Le circuit du médicament

13.1 Le système qualité

L'établissement est habilité à gérer une pharmacie à usage intérieur. La prise en charge des médicaments et des dispositifs médicaux des résidents est intégrée dans la dotation globale de soins.

Une pharmacienne gérante est présente à raison de 5 demi-journées par semaine. Elle est assistée par une préparatrice en pharmacie hospitalière à temps plein.

La politique qualité de la pharmacie est intégrée dans le cadre plus global de la politique qualité de l'établissement. Le système qualité de la pharmacie s'intègre donc dans celui de l'établissement.

La pharmacienne est responsable du système qualité des activités de la pharmacie. Il s'inscrit dans le cadre des bonnes pratiques de Pharmacie Hospitalière.

Le service de pharmacie, sous la responsabilité de la pharmacienne, met en place un système qualité pour les activités propres de la pharmacie à usage intérieur.

Un comité de retour d'expérience (CREX) est mis en place et se réunit tous les mois en présence de la direction, de la pharmacienne, de la préparatrice, d'une infirmière et d'une aide-soignante. Une réunion annuelle de service permet de s'assurer que le système qualité demeure approprié et efficace. Le service peut s'appuyer sur l'analyse des fiches d'évènements indésirables. Des audits internes sont périodiquement réalisés et font l'objet d'un rapport écrit. La pharmacienne et la préparatrice en

pharmacie hospitalière participe à la commission de coordination gériatrique qui se réunit deux fois par an et associe les professionnels de santé libéraux.

Une procédure des procédures organise le système documentaire.

La pharmacie est ouverte pendant les jours de présence de la pharmacienne.

La permanence des soins pharmaceutiques est assurée sous forme d'astreinte de sécurité (en dehors des jours d'ouverture). Une clé de la pharmacie est disponible pour le personnel infirmier en cas de stricte nécessité et selon une procédure définie (appel systématique de l'astreinte + traçabilité).

11.2 [Les locaux](#)

La pharmacie principale comprend un espace de bureau équipé et d'un espace de stockage des médicaments (formes orales, injectables, rectales, dermatologiques...) avec une zone de réception des colis. Le réaménagement et l'agrandissement des locaux seront à prévoir dans le cadre du projet architectural.

11.3 [Les achats](#)

Les commandes sont réalisées selon les règles du Code des Marchés Publics. Certains achats de produits sont réalisés selon des procédures négociés (gaz médicaux par exemple).

L'établissement adhère au « GCS Achats du Centre » piloté par le Centre Hospitalier de Blois. Le GCS achats du centre est un groupement d'achat régional de la région centre (départements 18.28.36.37.41.45). Sa création a été faite en avril 2009. La cellule de coordination de ce groupement de commande est le « CERAP » situé à Blois, qui coordonne l'achat de médicaments, de dispositifs médicaux et produits d'hygiène pour une cinquantaine d'établissements de santé et médicaux sociaux public et ESPIC avec PUI. Chaque établissement adhérent commande directement au laboratoire pour ses besoins.

La PUI s'approvisionne en produits pharmaceutiques auprès de laboratoires autorisés et commercialisant des produits conformes aux exigences pharmaceutiques.

Les commandes sont réalisées par la pharmacienne tous les mois ou plus selon les besoins.

11.4 [La prescription](#)

Le médecin traitant du résident rédige l'ordonnance. Dès lors que la prescription relève de la seule compétence de l'infirmière, compte tenu de la nature du médicament, ou du mode d'administration, le prescripteur précise « soins infirmiers ». Les modalités d'administration sont précisées avec la plus grande clarté possible.

La prescription est saisie sur une ordonnance informatique et signée électroniquement par le prescripteur dont l'identifiant figure en clair. Elle comporte l'ensemble des mentions définies dans la réglementation en vigueur (notamment le nom, prénom, sexe, âge, si nécessaire le poids et sa surface corporelle, durée du traitement, le rythme et horaires de l'administration, etc...). Les prescriptions ne

vont pas uniquement porter sur les médicaments administrés mais aussi sur d'autres éléments pouvant améliorer le confort du résident (changement de galénique, patch plutôt qu'intraveineuse...). En outre une attention toute particulière est portée sur les intolérances et les interactions. Les prescriptions sur support papier sont conservées dans le dossier médical. Une copie est transmise à la pharmacie

Les médicaments inscrits au livret thérapeutique de l'établissement sont prescrits de façon préférentielle. Les prescriptions argumentées de médicaments non-inscrits au livret thérapeutique sont possibles après concertation entre prescripteur et pharmacien dans le respect des rôles professionnels propres.

La prescription orale est acceptée en cas d'urgence vitale (ex : si l'état de santé d'un résident s'aggrave et que le médecin n'est pas en mesure de se déplacer immédiatement). L'IDE peut joindre le médecin traitant ou le médecin de garde pour obtenir une prescription orale, prescription qui devra être confirmée par écrit (fax ou e-mail) le plus tôt possible. Le fax ou l'e-mail doit permettre d'identifier les coordonnées de l'émetteur et l'heure d'envoi.

11.5 La dispensation

L'IDE transmet informatiquement (PSI) ou remet à la Pharmacie à Usage Intérieur l'ordonnance.

La pharmacienne analyse la conformité administrative et réglementaire de la prescription. Elle effectue une analyse pharmacothérapeutique. Le cas échéant, Elle peut faire des propositions visant à améliorer la prise en charge thérapeutique. Cet avis est soumis à la validation du prescripteur. Une trace de cet échange est conservée (PSI).

La pharmacienne vérifie la disponibilité des médicaments. Elle s'assure de la concordance avec le livret thérapeutique. Les prescripteurs doivent se référer préférentiellement à cette liste validée.

Le médicament est substitué automatiquement par la pharmacienne lorsque le générique est vrai (même principe actif, même forme, même bioéquivalence). Lorsque le principe actif est différent pour les mêmes indications, une proposition d'équivalence validée par la pharmacienne est soumise à l'accord médical écrit du prescripteur. Dans ce cas une nouvelle prescription est saisie.

Selon la nature du médicament, la pharmacienne peut accompagner la prise en charge thérapeutique par des informations et des conseils auprès des personnels infirmiers, prescripteurs et résidents. Ces informations s'appuient sur le résumé des caractéristiques du produit (RCP) et les données acquises, et peuvent concerner notamment les modalités d'administration (moment de l'administration, voie...), les conditions et durée de conservation, les précautions d'emploi spécifiques.

11.6 La délivrance des médicaments

La pharmacienne délivre nominativement les médicaments pour une période définie à partir des ordonnances.

Elle range les médicaments dans le casier nominatif du résident dans l'armoire à pharmacie fermée à clé du local préparatoire lui-même verrouillé.

Des modalités particulières de délivrance sont organisées pour les stupéfiants ou médicaments à statut particulier.

Parallèlement, la pharmacienne assure, le cas échéant, le renouvellement de la dotation pour les besoins urgents en dehors des heures ouvrables, les Week-end et jours fériés (selon liste limitative).

Pour satisfaire à une modification de prescription après fermeture de la PUI, les infirmières disposent d'une dotation d'urgence de médicaments.

Un chariot d'urgence rassemblant les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires aux situations aiguës est disposé dans le bureau des infirmières. Il est vérifié trimestriellement par la pharmacienne.

11.7 [La préparation](#)

La préparation hebdomadaire des médicaments dans les piluliers est réalisée en semaine pour les 5 services (1 jour de la semaine par service- selon un calendrier) par la préparatrice en pharmacie ou l'IDE en son absence qui complète si besoin, selon l'ordonnance, les traitements. Les médicaments restent blistérés, sauf ceux nécessitant d'être coupés ou ceux présentés sous emballage non individuel.

La préparation des médicaments donne lieu à différentes opérations communes à toutes les formes médicamenteuses :

- Prélèvement des médicaments dans les casiers nominatifs de chaque résident en regard de la prescription médicale,
- Vérification de la concordance médicaments/prescription médicale en particulier sur les données suivantes : nom, dosage, voie d'administration

Pour chaque médicament, contrôle de l'aspect général, du respect des conditions de conservation, de l'intégrité de l'emballage et de la date de péremption.

En cas de doute, de prescription médicale incomplète ou de difficulté pour l'exécution de la prescription, la préparatrice en pharmacie ou l'IDE demande un complément d'information ou une confirmation.

La préparation des gouttes buvables, collyres ou sirops fait l'objet d'un protocole écrit spécifique.

11.8 [La gestion des alertes et évènements indésirables](#)

La gestion des alertes concernant les médicaments fait l'objet d'une procédure spécifique qui garantit la permanence de l'accès à l'information diffusée par l'ANSM, la traçabilité des mesures prises et la gestion des conséquences pour le résident. Un système d'alerte Fax rappel/retrait de médicament et DM est mis en place. En cas de signalement les produits signalés sont enlevés par l'équipe pharmaceutique.

Une fiche de recueil des évènements indésirables sur le circuit du médicament est à disposition des professionnels. L'analyse, l'exploitation et le suivi des évènements indésirables sur le circuit du médicament est supervisé par un Comité de Retour d'Expériences (CREX) dans lequel participe

notamment la pharmacienne et/ou la préparatrice en pharmacie, et sera utilisé en tant que support pour la formation à la gestion des risques de l'ensemble des professionnels.

11.9 Le transport et la livraison des médicaments entre la pharmacie et les services

Le transport est assuré sous la responsabilité du pharmacien. Les chariots de médicaments disposent d'un système de fermeture assurant la sécurité des médicaments, des personnels et des résidents. Le lieu et les personnes en charge de la réception des médicaments sont clairement identifiés. Une procédure écrite est en place (signature d'un registre de livraison).

L'IDE ou l'AS/AMP qui participe aux transmissions du matin récupère le chariot de médicaments et se rend dans son service.

11.10 L'administration et la distribution des médicaments

L'IDE planifie sur le logiciel de soins PSI les actes d'administration des médicaments concernant les résidents.

Ces actes s'intègrent dans la planification de l'ensemble des soins.

Les séparateurs intérieurs des piluliers de couleurs rose ou bleu permettent de distinguer les résidents prenant leur repas en petite salle à manger d'étage (séparateur de couleur rose) des résidents prenant leur repas au restaurant (séparateur de couleur bleu).

La distribution des médicaments est réalisée par l'IDE (décret de compétence) ou en collaboration avec l'AS/AMP (article L 313-26 du Code de l'action sociale et des familles) pour les traitements relevant de gestes de la vie courante.

Pour les solutions médicamenteuses buvables, elles sont préparées dans des flacons nominatifs par la préparatrice en pharmacie ou l'IDE en son absence et sont distribués par l'IDE ou en collaboration avec l'AS/AMP lorsqu'il s'agit de geste de la vie courante.

L'IDE ou l'AS/AMP vérifie l'identité du résident concerné, facilitée par une photographie collée sur le pilulier (au regard de la fiche de traitement, vérifie la concordance entre la fiche de traitement et le médicament préparé).

En cas de doute ou de difficulté pour l'exécution de la prescription, l'IDE ou l'AS/AMP demande un complément d'information ou une confirmation.

Pour les résidents dans l'incapacité ou ayant des difficultés à déglutir, l'écrasement des médicaments ne pouvant être substitués par une autre forme orale, seront écrasés selon un protocole défini.

Une information sur le traitement est délivrée au résident sous forme adaptée et, le cas échéant, une éducation thérapeutique du résident et/ou son entourage est mise en œuvre, a fortiori, dans les cas de pathologies chroniques.

Après la distribution des médicaments du matin, l'IDE ou l'AS/AMP transfère les piluliers des résidents qui déjeunent au restaurant (par ordre alphabétique) dans les semainiers de couleur bleu placés en

bas du chariot de médicaments de son service. Le chariot de médicaments est fermé à clé et rangé dans la tisanerie, elle-même verrouillée.

Au moment du repas du midi, l'IDE passe avec son chariot de médicaments « restaurant » et récupère les semainiers de couleur bleu des résidents déjeunant au restaurant et situés dans les chariots de médicaments des services, à l'exception du service du rez-de-jardin (unité Alzheimer).

Après le repas du midi, l'IDE remettra dans le chariot de médicaments de chaque service, les piluliers des résidents qui prennent leur repas du soir dans la salle à manger de leur service ou en chambre. Les piluliers des résidents prenant leur repas du soir au restaurant sont laissés dans le chariot de médicaments « restaurant » jusqu'au dîner. Le chariot de médicaments est fermé à clé et rangé dans le bureau des infirmières, lui-même verrouillé ou sous surveillance. L'IDE récupérera son chariot de médicaments « restaurant » pour la distribution des médicaments le soir au restaurant.

A la fin du repas du soir, l'IDE remontera avec son chariot de médicaments « restaurant » et remettra dans le chariot de chaque service, les semainiers de couleur bleu puis transférera les piluliers des résidents ayant dîné en salle à manger dans les semainiers de couleur rose (par ordre alphabétique).

A la fin de leur service, les AS/AMP se rendront aux transmissions dans le bureau des infirmières et déposeront dans la salle de préparation des médicaments le chariot de médicaments de leur service.

L'AS de nuit se chargera de permuter, dans chaque chariot de service, les piluliers vides du jour (jour J) (par ordre alphabétique) avec les piluliers pleins du lendemain (J+1) (par ordre alphabétique).

L'IDE enregistre, par défaut, dans les meilleurs délais toute administration de médicaments ou injection en utilisant le logiciel PSI ou à défaut le support de prescription.

L'enregistrement concerne tous les médicaments administrés et comporte :

- la dénomination commune du médicament
- la dose et les modalités de dilution
- la date, l'heure d'administration
- le numéro de lot pour certains médicaments (stupéfiants)
- la date d'arrêt

La non prise du médicament est mentionnée sur le support et la raison précisée (résident absent, refus...). Cette dernière est reportée dans son dossier médical et transmise oralement au médecin prescripteur dans les meilleurs délais. Ces modalités de traçabilité sont à améliorer. Les outils nomades informatiques peuvent faciliter la traçabilité en temps réel.

11.11 [La surveillance thérapeutique](#)

La surveillance thérapeutique permet d'évaluer l'efficacité thérapeutique rendue et de repérer la survenue éventuelle de tout effet indésirable, y compris mineur, lié au traitement, pendant et après son administration. Ce dernier fait l'objet d'un enregistrement dans le dossier informatisé du résident ou d'une déclaration d'événements indésirables. Le lieu et les personnes en charge de la réception des médicaments sont clairement identifiés. Une procédure écrite est en place (signature d'un registre de livraison).

L'IDE ou l'AS/AMP qui participe aux transmissions du matin récupère le chariot de médicaments et se rend dans son service.

Assurée conjointement par l'IDE et le médecin prescripteur, elle repose sur l'observation clinique et l'évolution des paramètres biologiques, sur la connaissance des caractéristiques essentielles des médicaments et sur la prise en compte de critères spécifiques à chaque résident.

L'IDE transmet ses observations et ses interrogations au médecin prescripteur. C'est au vue des données de la surveillance thérapeutique que le médecin peut réajuster, arrêter, compléter ou modifier le traitement du résident selon la balance bénéfice/risque établie. Ces éléments sont notés dans le dossier informatisé du résident.

Le résident est informé de la survenue d'un effet indésirable médicamenteux le concernant et de son éventuelle déclaration aux autorités sanitaires.

La prescription médicamenteuse fait l'objet d'une réévaluation périodique par le prescripteur selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.



Atouts :

- Gestion d'une PUI à consolider
- Sécurisation du circuit du médicament engagée à renforcer
- CREX associant l'équipe de pharmacie en place



Perspectives :

- Réaménager la pharmacie dans le cadre du projet architectural
- Développer des outils informatiques nomades d'aide à la sécurisation et à la traçabilité du circuit du médicament.
- Renforcer les audits et contrôles qualité
- Formaliser le système d'assurance qualité des activités de la pharmacie.
- Améliorer les pratiques d'écrasement et de déblistérisation des médicaments
- Renforcer les modalités d'organisation et pratiques de dispensation des médicaments
- Certifier les agents en charge de la dispensation des médicaments
- Développer les prises en charge non médicamenteuses

V. PROJET DE SOINS ET D'AUTONOMIE

1. Philosophie du soin

Une des valeurs de l'établissement est la bientraitance c'est-à-dire la prise en considération des souhaits du résident avant tout, le respect du rythme, la notion du « pas de soins de force » (respect du refus), l'adaptation des repas.

Il y a un travail sur la douleur et les soins palliatifs qui a été validé par le directeur et le médecin coordonnateur.

Cette bientraitance est recherchée au travers des staffs, des transmissions mais aussi lors des analyses de pratiques qui sont effectuées par la psychologue. Une charte de bientraitance a été élaborée et postée sur le net : il s'agit du « je ».

Un travail est réalisé autour du concept de gérontologie positive et de l'haptonomie.

Une animatrice intervient à temps plein, elle est formée au BPJEPS (brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport), des soignants animateurs sont détachés certains jours. La richesse de l'équipe pluridisciplinaire est un plus à la prise en soins globale des résidents.

Les repas sont confectionnés sur place et le linge des résidents est entretenu sur site.

Il existe une collaboration étroite entre les différents services y compris les équipes du SSIAD et d'EMA.



Atouts :

- La formation haptonomie est à conforter
- Les staffs, transmissions
- Prise en considération des souhaits du résident avant tout
- Mise en place de groupes d'analyse des pratiques
- Concept de gérontologie positive
- Pas de soins de force
- 1 animatrice formée au BPJEPS
- Présence de soignants animateurs



Perspectives :

- Augmenter le temps animation
- Augmenter le temps psychologue
- Renouvellement d'expérience d'un accueil d'une socio esthéticienne ou vacation à raison d'une fois par semaine
- Réflexion sur le respect des petits déjeuners
- Hygiène des chambres plus régulière
- Interventions plus régulières des soignants animateurs : intervention un jour fixe
- Réactiver le manger main, travail sur les textures, les odeurs, les couleurs
- Protocole sur le circuit du linge (perte de linge)

2. Organisation des soins

Le dossier de soins est informatisé, facilement et rapidement consultable, mais tous les soins ne sont actuellement pas saisis sur le logiciel. Le DMP (dossier médical partagé) est déployé et les DLU (dossier de liaison d'urgence) y sont intégrés.

Une convention PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est signée et l'établissement est site pilote.

Les soins sont assurés 24h/24 par les équipes aides-soignantes, la continuité IDE est assurée de 6h30 à 21h00. Le ratio en aides-soignantes est supérieur à celui des agents des services hospitaliers.

Concernant les équipes aides-soignantes, agent des services hospitaliers, tous les jours, il y a une équipe le matin, une équipe le soir et une équipe la nuit. Les horaires de l'équipe IDE sont décalés sur la journée. Le week-end, il y a 1 IDE du matin, 1 IDE du soir et les aides-soignantes sont en effectif minimum. La nuit, il n'y a pas d'IDE mais il y a toujours la présence d'une aide-soignante. 2 IDE sont référentes par service effectifs. De nombreuses ressources sont recrutées en interne (psychomotricien, ergothérapeute, diététicienne, psychologues) et d'autres interviennent de l'extérieur (kinés, orthophonistes, pédicure/podologue), la fluidité dans la communication entre les différents intervenants est réel et tous sont centrés sur le bien être des résidents.

Les équipes hôtelières sont composées de contrats uniques d'insertion et l'équipe de bio nettoyage est dédiée.

Des transmissions orales sont effectuées à tout changement d'équipe et renforcées entre les équipes du matin et du soir par la présence de l'équipe pluridisciplinaire. Un staff pluridisciplinaire est organisé une fois par mois dans chaque service.

Des protocoles de soins sont élaborés et archivés dans un classeur dans chaque lieu de soins et sur les bureaux informatiques de chaque tisanerie.

Mais les locaux sont exigus et il existe 33 chambres doubles.



Atouts :

- Les dossiers de soins sont informatisés
- Les Staffs une fois par service par mois à conforter
- Les transmissions à chaque changement d'équipe
- Prise en charge 24h/24 : continuité des soins
- Ressources internes pluridisciplinaires riches
- Protocoles formalisés avec gestion documentaire à actualiser
- Fluidité de la communication entre les différents intervenants
- Mise en place du DMP et du DLU effective.



Perspectives :

- Enrichissement des dossiers de soins
- Multiplication des postes informatiques et/ou mise en place de tablettes tactiles pour signer les soins
- Exploiter les possibilités du dossier de soins, scannage des courriers
- Plus de présence soignante la nuit : 4 agents en continu
- Renforcer les effectifs du week-end : 4 le matin/3 l'après-midi
- Systématisation des transmissions de 13h30 le week-end
- Révision des protocoles de soins : commission de réactualisation des protocoles une fois par an
- Formalisation et organisation du bio-nettoyage
- Augmentation du temps de psychologue
- Locaux exigus et mal adaptés, chambres doubles, difficultés dans l'organisation des soins (pudeur, fin de vie...)
- Réflexion sur l'élaboration de 2 projets de vie par semaine

3. Les règles de confidentialité et la discrétion professionnelle :

Les règles de confidentialité sont notifiées dans le livret d'accueil des professionnels et des résidents dans chaque fiche de poste. Une notification est inscrite dans les transmissions hebdomadaires en page de couverture et dans la charte de bienveillance. Il est apposé un item dans le livret d'évaluation annuelle.

Une campagne d'affichage dans les tisaneries des unités a permis ce rappel.

A tout étudiant venant en stage au sein de l'EHPAD, il est réprécisé ces règles et parfois même lors des transmissions.

Ces règles semblent globalement respectées.

Par ailleurs, la gestion des mots de passe du dossier de soins informatisé est adaptée à la profession. La salle de soins est sécurisée par un digicode. Seule l'équipe IDE et quelques intervenants possèdent ce code.

Les DMP sont entrés dans le logiciel et les DLU y sont intégrés.

Dans la convention signée avec les bénévoles, il est précisé la nécessité de ces règles de confidentialité.

Un destructeur à papier est installé dans le bureau des IDE et de l'administration.



Atouts :

- Sensibilisation des personnels à la discrétion professionnelle
- Supports de notifications divers et d'affichage
- Informatisation sécurisée des informations
- DMP

- L'application des règles de confidentialité respectée
- Destructeur de documents en place à développer
- Convention avec les bénévoles notifiant la nécessité de la confidentialité



Perspectives :

- Sensibilisation des équipes par rapport à ces règles : exemple répondre au téléphone dans une chambre, les chambres doubles où il y a des échanges professionnels
- Fermeture de l'armoire dossiers résidents : commande d'une armoire
- Gestion des accès informatiques
- Accès des archives médicales à contrôler et sécuriser
- Mise en place d'une messagerie sécurisée pour les IDE et les paramédicaux
- Formation des équipes, des bénévoles et des représentants des familles aux règles de confidentialité

4. Individualisation de la prise en soins

Il existe un recueil des attentes de la personne qui est remis à l'entrée du résident, rempli par l'utilisateur et/ou sa famille. Si il est incomplet, l'aide-soignante ou l'IDE le rempli avec le résident et/ou sa famille.

Les projets de vie sont élaborés lors des staffs chaque semaine dans une unité. Il y a donc un staff toutes les 5 semaines par unité. Un staff concerne un résident. Le post staff évalue les objectifs du staff précédent. L'équipe pluridisciplinaire participe aux staffs et chacun intervient en fonction de ses compétences.

Le résident a le libre choix de son médecin traitant et des intervenants libéraux.

Une analyse des pratiques professionnelles est menée une fois par semaine dans un service par la psychologue. Le rythme de vie des résidents est respecté.

Il y a un bilan à l'entrée du résident, il est complété par une évaluation de l'existant avec un bilan sang et une visite médicale systématique.

Le dossier de soins est informatisé, la réactualisation des plans de soins aides-soignants est à la charge de chaque référent institutionnel. Chaque agent doit valider ses soins de manière informatique et un travail de groupe a été mené concernant les transmissions ciblées. Les IDE signent leurs plans de soins de manière informatique.

Au cours des transmissions, il y a réévaluation quotidienne des prises en soins. Des réunions de liaison sont organisées, en collaboration avec le SSIAD afin d'assurer le suivi.

En termes de qualifications, le ratio aide-soignant est plus important que le ratio agent des services hospitaliers.

Les grilles AGGIR sont réévaluées 3 semaines après l'entrée. Elles sont toutes réévaluées au moins une fois par an.



Atouts :

- Utilisation de PSI à développer
- PVI + Staffs à conforter
- Qualification des agents à conforter
- Formalisation et consolidation des référents institutionnels
- Bonnes collaborations avec les familles à conforter
- Disponibilité des personnels envers les familles à conforter
- Volet soins palliatifs à activer
- Groupes d'analyse des pratiques initiés
- Respect du rythme de vie du résident dans les secteurs de soins à conforter
- Réunions de liaison SSIAD + intervention d'un soignant du SSIAD à la première toilette
- Professionnels pluridisciplinaires



Perspectives :

- Mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire systématique: psychomotricité, ergothérapie, psychologie, diététique à l'entrée du résident
- Habilitation des chambres doubles pour la prise en compte de l'individualisation de la prise en charge
- Réévaluation plus régulière des plans de soins par les référents institutionnels
- Paramétrage de l'icône plan de soins
- Affinage des transmissions PSI : exemple changement de matériel suivant le jour pour un transfert de résident, changement quotidien dans l'autonomie du résident
- Augmentation du temps psychologue
- Education thérapeutique dans les pathologies chroniques : dépression, diabète, insuffisance cardiaque, respiratoire

5. Maintien de l'autonomie et valorisation des capacités restantes

Le maintien de l'autonomie et des capacités est aidé par la présence de professionnels formés (ergothérapeute, psychomotricien) qui peuvent soutenir les équipes dans les prises en soins.

Divers ateliers de réhabilitation, de maintien ou de stimulation sont animés par les différents acteurs, des soignants animateurs renforcent ces ateliers. Par ailleurs, des kinésithérapeutes interviennent du lundi au samedi et une salle de kinésithérapie est équipée.

Il est évoqué le maintien de l'autonomie lors des transmissions et/ou des staffs mais aussi lors de réunions informelles.

La gérontologie positive est un concept qui se développe au sein de l'EHPAD, le médecin coordonnateur est partie prenante.

Le CMP (centre médico-psychologique) de Loches intervient au travers d'une IDE.

Des formations haptonomie associée aux soins ont débutées dans certaines unités, il est prévu de former l'ensemble du personnel.

Il est procédé à des toilettes évaluatives par les IDE en collaboration avec les aides-soignantes.

Le concept de la vulgarisation des mouvements est développé, c'est-à-dire que chaque résident est sollicité pour bouger, c'est pourquoi, les équipes sollicitent les résidents pour les gestes de la vie quotidienne.



Atouts :

- Formation haptonomie à poursuivre
- Toilettes évaluatives à conforter
- Présence de professionnels formés
- Soignants animateurs à développer
- Ateliers divers à conforter
- Interventions de stimulation individuelle en chambre (psychomotricien)
- Atelier stimulation à l'utilisation du guidon de transfert
- Cour Anglaise réhabilitée à conforter
- Projet de jardin thérapeutique à conforter et à développer
- Vulgarisation du mouvement, chaque résident est sollicité pour bouger
- Sollicitation des résidents dans la vie quotidienne
- Staff, transmissions, réunions informelles
- Gérontologie positive en travail au sein des équipes
- Présence de soignants animateurs
- Présence de kinés du lundi au samedi
- Salle de kiné équipée



Perspectives :

- Former l'ensemble des agents à l'haptonomie y compris les « non soignants » (salle de restaurant, bio-nettoyage, administration...), le SSIAD, EMA
- Systématiser les toilettes évaluatives pour chaque entrée
- Développer le temps psychologue et animatrice
- Développer le partenariat avec le CMP de Loches
- Temps de soignants animateurs plus réguliers (1 fois par semaine dans chaque service)
- Réflexion sur la problématique des chutes ou de la chute de la personne âgée (prévention, analyse, exploration profonde de la chute et traitement adapté)
- Bilan psychomotricien, ergothérapeute systématique à l'entrée du résident pour le risque de chute
- Sollicitation des résidents peu autonomes pour amélioration de l'autonomie
- Développer la culture de la gérontologie et psychologie positive
- Création d'un PASA (pôle d'activité et de soins adaptés)

6. Besoins fondamentaux de la personne âgée

Les transmissions écrites et orales, les staffs et le recueil des attentes de la personne permettent de veiller aux besoins fondamentaux des personnes. Les projets de vie individualisés sont en cours d'élaboration.

Les résidents peuvent aménager leur logement comme ils le souhaitent et il leur est possible d'amener des biens personnels.

Une vigilance globale est assurée pour tous les résidents de l'EHPAD et la sécurité est toujours recherchée.

L'alimentation et l'hydratation sont adaptées selon les comorbidités et en fonction des retours des staffs et des transmissions.

La fréquence respiratoire est surveillée en fonction des transmissions et des staffs. Quotidiennement, les soignants sont vigilants quant aux problèmes respiratoires (toux...).

L'élimination est surveillée en fonction des comorbidités.

La mobilité et les chutes font l'objet d'une étude, il y a des feuilles de déclaration des chutes enregistrées dans le dossier de soins informatisé.

La surveillance de l'élimination s'effectue en fonction des comorbidités.

Le droit d'aller et venir des résidents est évoqué pour chaque nouvel arrivant et il n'y a pas d'intégration systématique à l'unité UPAD en cas de doutes, une vigilance et une réflexion sont alors engagés.

Il y a une psychologue dans l'établissement, elle est missionnée pour mener les entretiens avec les résidents, en cas de besoin, les soignants procèdent à une écoute active.

L'équipe de nuit a pour mission de surveiller le sommeil et les problèmes liés.

Différentes formations sont effectuées dans l'établissement (douleur, haptonomie, troubles psycho comportementaux, alimentation, hydratation...)



Atouts :

- Surveillance du sommeil à développer : recherche des pathologies du sommeil par les équipes de nuit
- Staff : PVI à conforter
- Formation haptonomie à conforter
- Formation/information à conforter et à développer
- Surveillances diverses à conforter
- Staffs, transmissions, recueil des données à conforter

- Réflexion des soignants sur le droit d'aller et venir des résidents à chaque entrée : Pas d'intégration systématique en unité sécurisée



Perspectives :

- Traçabilité des signes de pathologies du sommeil
- Formation des équipes de nuit aux pathologies du sommeil
- Formation des soignants à l'accompagnement, l'empathie et à l'écoute
- Formation haptonomie pour tous les agents au contact des résidents
- Formation des soignants aux troubles psycho-comportementaux, douleur, TOC TOC à systématiser

7. Prévention, accompagnement et soins gériatriques

7.1 Les traitements médicaux :

Le circuit du médicament est sécurisé.

Chaque résident a son ordonnance spécifique avec prescription détaillée. Il y a La banque Claude Bernard sur les ordinateurs et il existe une alerte iatrogénie. Les médecins traitants intègrent en temps réel les prescriptions médicales il y a un lien avec la pharmacie. Chaque résident a le choix de son médecin traitant.

Il y a une pharmacie à usage interne avec une pharmacienne à mi-temps et une préparatrice en pharmacie à temps plein. 3 à 4 piluliers sont contrôlés tous les jours par l'équipe IDE et une photo de chaque résident est apposée sur les piluliers.

Les chariots de médicaments sont disposés dans des pièces sécurisées par un digicode. Ce sont les aides-soignantes qui distribuent les traitements dans les unités, elles ne répondent pas au téléphone pendant la distribution, ou il est réglé sans sonnerie. Les IDE distribuent les traitements en salle de restaurant. En cas d'erreur médicamenteuse, la réactivité est une des valeurs de l'établissement et le médecin traitant est joint de suite, une fiche d'événements indésirables est effectuée. Un CREX a été élaboré et se réunit une fois par mois. Les IDE valident les prises et les non prises des traitements et informent le médecin traitant en cas de non prise systématique d'un traitement. Les formes galéniques des traitements sont adaptées en fonction du besoin. La réglementation concernant les toxiques est suivie.

Des staffs sont organisés afin d'élaborer les projets de vie, lors de ces réunions, les traitements sont réévalués et la pharmacienne forme les AS en leur expliquant l'utilisation des traitements.

La vaccination et les résultats de laboratoire sont entrés dans le dossier de soins.



Atouts :

- Circuit du médicament sécurisé
- Banque Claude Bernard avec une alerte iatrogénique
- Prescriptions entrées directement par l'équipe médicale
- Existence du CREX et des fiches d'événements indésirables

- Réactivité des soignants
- Préparatrice en pharmacie
- Pharmacie à usage interne
- Pharmacienne
- Vérification des piluliers tous les jours par les IDE
- Validation des prises et non prises dans le dossier de soins
- Les formes galéniques sont adaptées aux besoins
- Pièces de stockage et chariot sécurisé
- Réglementation des toxiques élaborée et suivie
- Photos sur les piluliers
- Staffs avec interventions pédagogiques du pharmacien



Perspectives :

- Distribution en salle de restaurant par IDE sans téléphone
- Vigilance lors du stockage des piluliers dans les échelles, lors des entrées ou changement d'étage d'un résident
- Distribution des traitements de nuit sans téléphone
- Organiser la traçabilité de la prise ou la non prise des traitements de nuit
- Formation informatique du dossier médical PSI
- Préparation des gouttes en extemporanée
- Réorganisation des appels téléphoniques pour les IDE et les AS de nuit pour la distribution des médicaments
- Réflexion sur les retours des fiches d'événements indésirables

7.2 La prise en charge des urgences médicales :

Il y a une présence soignante 24h/24. Le constat de l'urgence est fait par les aides-soignantes qui alertent les IDE. Elles-mêmes évaluent l'urgence et effectuent les premiers soins, appellent le médecin traitant ou le SAMU. Les soignants sont formés au PSC1 (Prévention et Secours Civique de niveau 1).

La nuit, c'est l'aide-soignante qui alerte le SAMU. Il y a suivi des consignes.

Il existe un chariot d'urgence avec présence d'un défibrillateur le chariot d'urgence est vérifié périodiquement.

Chaque DMP possède son DLU.



Atouts :

- Réactivité des soignants
- Présence soignante 24H/24h
- Présence du chariot d'urgence
- Suivi des consignes
- Les agents sont formés au PSC1



Perspectives :

- Prise des constantes par les AS : TA, Pulsations, Température, saturation à voir, état de conscience, respiration
- Formation systématique du personnel et recyclage régulier (tous les 2 ans) AFGSU
- Formation urgences plus complète pour les IDE
- Mise en situation des soignants, en temps réel, avec un mannequin, par un médecin
- Vérification du chariot d'urgence tous les mois
- Réactualisation du DLU dans le DMP à chaque visite de médecin

7.3 La prévention bucco-dentaire :

L'entretien des prothèses s'effectue en fonction des souhaits des résidents et peut aller jusqu'à 2 fois par jour. Certains résidents repositionnent leur prothèse pour la nuit, d'autres refusent, elles sont alors installées dans des boîtes. Un petit nombre de résidents demandent à laisser tremper leur prothèse toute la nuit.

Des soins de bouche sont proposés le matin et lors des fin de vie, les soins de bouche sont proposés à chaque fois que nécessaire et/ou à chaque passage des soignants. Il y a un suivi du matériel par la pharmacienne (bâtonnets à soins de bouche).

Il n'existe pas de suivi bucco-dentaire particulier ni de bilan d'entrée. Les rendez-vous chez le dentiste sont pris en cas de problèmes et lorsque c'est possible (le cabinet dentaire de Ligueil n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite). Par ailleurs, les frais de déplacement sont à la charge des résidents.

L'existence des prothèses et les soins de bouche sont tracés dans le dossier de soins informatisé.



Atouts :

- Adaptation de la prise en soins en fonction des besoins des résidents
- Soins de bouche pour les personnes en fin de vie à chaque passage des soignants
- Présence de la PUI, travail sur le matériel, suivi du matériel (bâtonnets)
- Traçabilité sur le dossier de soins



Perspectives :

- Achat d'un appareil par service pour nettoyer les prothèses
- Réévaluation du protocole soins de bouche (soins bucco-dentaires)
- Systématiser les soins de bouche matin et soir
- Bilan dentaire à l'entrée du résident
- Education thérapeutique avec les résidents et les aidants familiaux afin de repositionner la prothèse dans la bouche après le nettoyage

7.4 La prévention des troubles nutritionnels/déglutition :

Il y a un bilan nutritionnel à l'entrée des résidents dont le recueil des goûts et non goûts. Il existe une commission restauration trimestrielle à laquelle participent les résidents, les cuisines, la diététicienne, le directeur, la cadre, l'animatrice. Un suivi nutritionnel mensuel est effectué par la diététicienne et, en cas d'alerte, une fiche de suivi alimentaire est élaborée.

Les menus sont réalisés par la diététicienne en collaboration avec le responsable des cuisines, ils sont adaptés à la population suivant les recommandations du groupement d'études de marchés en restauration collective et nutrition. Le dossier de soins diététique est alimenté. Les régimes alimentaires sont réévalués par les médecins traitants et il est pris en compte les régimes particuliers (végétariens, régimes liés à la religion).

Certains ateliers sont menés afin d'évaluer les capacités restantes et de créer des moments de convivialité (repas à thèmes, petits plats, casse-croûte du terroir...).

Les entrées sont mixées par les cuisines de l'établissement et, un plat de remplacement est proposé en cas de non goût.

Les troubles de la déglutition sont pris en charge et des référents sont formés. Il est prévu une formation/information sur ce thème.

L'alimentation est enrichie en cas de dénutrition puis il est proposé des compléments alimentaires, selon les bonnes pratiques de soins.

L'ergothérapeute est chargé du matériel à adapter.

Les repas peuvent être déclinés en textures modifiées en cas de nécessité et après discussion d'équipe en transmissions ou en staffs.



Atouts :

- Informations diététiques pour le personnel 1x/trimestre
- Présence d'une diététicienne (0.5 ETP)
- Fabrication des entrées mixées dans l'établissement.
- Bilan nutritionnel à l'entrée :
 - Dosage de l'albuminémie (couplé à la CRP)
 - Recueil des données anthropométriques (poids, taille)
 - Calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle)
 - MNA à la demande du médecin
- Recueil des goûts, non-goûts et habitudes alimentaires via le recueil de données, l'entretien d'entrée
- Commission de restauration 1X/trimestre : participation des résidents, cuisiniers, diététicienne, agents de salle à manger, agents de soin, cadre de santé, directeur, animatrice

- Menus adaptés par la diététicienne à la population et suivant les recommandations du GEMRCN (Groupement d'Etudes de Marchés en restauration Collective et Nutrition)
- Prise en charge des troubles de la déglutition.
- Dossier diététique sur PSI.
- Plats de substitution possibles à la demande.
- Prise en charge par l'ergothérapeute : matériel adapté.
- Atelier cuisine : P'tits Plats, ateliers pâtisserie (UPAD, services), concours interservices de pâtisserie.
- Repas à thème, repas de fêtes, repas extérieurs, casse-croûte du terroir, semaine du goût.
- Réévaluation de la nécessité des régimes alimentaires avec les médecins traitants.
- Prise en compte des régimes particuliers (religion, végétarien, etc.)
- Alimentation enrichie en cas de dénutrition suivant les bonnes pratiques (enrichissement alimentaire puis utilisation de CNO)
- Déclinaison des repas en textures modifiées (hachée- mixée) en cas de nécessité : discussion en équipe pluridisciplinaire.
- Staffs



Perspectives :

- Proscrire les régimes alimentaires stricts sauf cas particuliers sur prescription médicale.
- Réactualisation de l'alimentation « manger-mains » avec formation des cuisiniers
- Formation des cuisiniers sur les textures modifiées
- Atelier de cuisine thérapeutique (ergothérapeute, diététicienne, animatrice, soignants animateurs)
- Fabrication des desserts mixés dans l'établissement
- Réflexion pour mieux adapter les horaires des repas aux habitudes de vie
- Diminution du jeûne nocturne (collations soirée et nuit)
- Variété des plats de remplacement

7.5 Prévention et prise en charge des troubles de la déglutition :

Des IDE et des aides-soignantes sont référents sur les troubles de la déglutition. Tous les ans, des soignants sont formés et une formation/information est en cours de réalisation. Il a été mis en place des outils (fiches textures) les transmissions et les staffs permettent d'élaborer un plan de soins concernant ces troubles.

Lorsqu'il y a un doute, le résident est installé en position adaptée à ces troubles. Les menus se trouvent être ajustés eux aussi sur prescription médicale. Il y a donc une vigilance accrue des soignants et application des gestes de sécurité avec, en cas de fausse route, une surveillance du résident les jours suivants.

Les troubles de la déglutition de la personne sont intégrés dans le recueil ou dans les habitudes de vie.

Il y a prévention de la iatrogénie médicamenteuse mais aussi une veille professionnelle de la diététicienne. La formation PSC1 est développée dans l'établissement.

Le laryngoscope est à disposition du médecin en cas de présence de corps étranger.

Enfin, le matériel est adapté puisqu'il y a la présence d'une ergothérapeute.



Atouts :

- Information sur les troubles de la déglutition au personnel
- Mise en place d'outils pratiques (fiches sur les gestes d'urgence)
- Sensibilisation du personnel pour l'alimentation en position adaptée : mise en place d'ateliers de mise en situation (ergothérapeute, psychomotricien, diététicienne)
- Prévention de la iatrogénie médicamenteuse à conforter
- Référents troubles de la déglutition à développer
- Formation PSC1 à développer



Perspectives :

- Prescription médicale pour les textures
- Bilan bucco-dentaire à l'entrée et suivi au cours du séjour
- Formation des cuisiniers sur les textures modifiées
- Indication des troubles de la déglutition dans le dossier médical
- Prescription médicale de thérapie psychomotrice dans le cadre de l'anxiété généralisée et des troubles du tonus (pouvant générer des TG)
- Recherche de professionnels habilités à effectuer les tests de déglutition

7.6 La prévention et la prise en charge de l'incontinence :

Un changement de prestataire a donné lieu à une réflexion pluridisciplinaire sur les problèmes liés à l'incontinence.

Un protocole est formalisé avec existence d'un calendrier mictionnel mais tous les soignants ne connaissent pas forcément le protocole. Deux référents par service sont identifiés y compris pour le service de nuit.

La rééducation vésicale est assurée par des accompagnements aux toilettes réguliers, les sondes urinaires sont réévaluées et il y a rééducation vésicales lorsqu'elles sont retirées. Les sondes ne sont utilisées que pour des problèmes médicaux (prostate, globe...). A la demande des résidents il est posé des bassins et des urinaux.

Il est possible d'installer des chaises garde-robe à proximité des résidents lorsqu'il y a des problèmes de mobilisation. Les étuis péniens sont posés à la demande ou si le résident présente des problèmes cutanés. Les stomies sont évaluées par les IDE puis prise en charge par les AS.

La plupart du temps, il y a une réflexion d'équipe, lors des transmissions, pour la mise en place d'un produit d'incontinence, les résidents sont informés des changements. Les produits sont réévalués lors des transmissions et/ou des staffs et/ou lors des réévaluations des grilles AGGIR.

La psychologue est amenée à accompagner les résidents lorsqu'ils présentent les signes d'incontinence.



Atouts :

- Présence de 2 référents AS/ASHQ par service qui sont identifiés et formés
- Mise en place d'accompagnements aux toilettes
- Réflexion de groupe sur le produit à chaque situation à faire évoluer



Perspectives :

- Information aux équipes, par les référentes, sur le travail effectué ou sur les formations par le prestataire
- Formalisation de la fonction des référents de soins
- Rigueur sur la mise à jour et l'appropriation des classeurs et des produits
- Formation des soignants au protocole gestion de la continence urinaire et fécale
- Information à effectuer auprès des résidents sur la mise en place ou non de certains palliatifs
- Réévaluation des besoins en matériel des résidents pour pouvoir l'utiliser à bon escient : réflexion sur l'utilisation et le parcours du matériel
- Travail sur la recherche des causes de l'incontinence
- Voir l'intérêt de la kiné périnéale
- Pas de mise de protection systématique en cas de selles abondantes : information du personnel
- Mise en place en systématique du calendrier mictionnel, à l'entrée d'un résident connu comme ayant des problèmes d'incontinence, ou à chaque changement de situation

7.7 La prévention sensorielle :

L'odorat :

Des diffuseurs d'huiles essentielles sont utilisés dans les salles de bain communes lors des toilettes confortables mais aussi dans certains logements. Cependant, il n'existe pas un grand choix d'huiles.

Le goût :

Un casse-croute du terroir est organisé à raison de 5 fois dans l'année. Durant la semaine du goût, des ateliers sont proposés. Des repas à thèmes sont confectionnés à raison de 1 par trimestre et des goûters à thème sont aussi préparés régulièrement en fonction des saisons et des événements.

L'animatrice propose des concours de gâteaux avec une remise de diplôme tous les trimestres. Un atelier petit plat est organisé tous les mois. Des ateliers pâtisseries sont proposés tous les mois pour les anniversaires.

Un calendrier des recettes est confectionné tous les ans et offert aux résidents et au personnel à l'occasion des fêtes de fin d'année.

Une diététicienne intervient à mi-temps, elle élabore les menus et travaille en collaboration avec l'équipe cuisine et sur des ateliers. Elle anime un atelier cuisine au rez-de-jardin. Elle rencontre tous les résidents qui intègrent l'EHPAD, intègre les goûts des personnes dans le dossier de soins informatisé et anime la commission des menus.

Le toucher :

Le psychomotricien et les soignants procèdent au toucher relationnel dans le quotidien : concept d'haptonomie

Des peluches sont utilisées lorsque les résidents en ont la demande et après une réflexion pluridisciplinaire.

Les toilettes évaluatives permettent d'évaluer les capacités et les besoins des résidents.

L'ouïe :

Il n'y a pas de bilan d'entrée, mais le médecin évalue l'audition lors du premier entretien.

Les consultations sont prises à la demande du résident, des agents ou du médecin. Un appareillage peut être proposé à la suite de la consultation et après un audiogramme. Le nettoyage des prothèses s'effectue, le matin avec une compresse, le soir, l'appareil est positionné dans sa boîte, ouvert, pour la pile. Le nettoyage des oreilles est fait, le matin, au gant et au savon.

La vue :

Les consultations se font à la demande des résidents, des familles ou si besoin à la demande du médecin, notamment dans certaines pathologies. A l'entrée, il est pris une photo du résident avec ses lunettes. Par ailleurs, les aides-soignantes sont attentionnées sur le matériel en chambre, il ne doit pas bouger chez les personnes malvoyantes afin d'éviter les chutes.

Le personnel est facilement identifiable grâce à la couleur des tenues.

Il est apposé des pictogrammes sur les portes des logements pour les personnes malvoyantes.

Le nettoyage des yeux est effectué à la toilette à l'aide d'un gant et/ou de compresses et si besoin au sérum physiologique.

Enfin, il a été élaboré un jardin sensoriel à l'EHPAD, dans la cour Anglaise.



Atouts :

- Collaboration étroite entre la diététicienne et les cuisines
- Intégration des goûts dans le PVI
- La diététicienne rencontre tous les résidents lors de leur entrée

- Ateliers et animations autour de la cuisine
- Toilettes évaluatives à conforter
- Jardin sensoriel à développer
- Le toucher relationnel psychomotricien et soignants : haptonomie



Perspectives :

- Exploiter les odeurs et les huiles selon les besoins (moments du jour ou de la nuit, apaisement, stimulation....), réflexion et formation
- Travail en collaboration avec la diététicienne et les cuisines pour le goût, les textures
- Réactualiser le manger main avec des produits qui ne modifient pas le goût
- Utilisation régulière des diffuseurs d'arômes lors des toilettes confort, dans certains moments de la journée
- Ateliers culinaires projetés par l'ergothérapeute et la diététicienne + soignants animateurs
- Création d'un PASA
- Adhésion à un bucco bus
- Initier un travail concernant l'utilisation de l'appareil pour nettoyer les prothèses dentaires
- Nettoyage des oreilles lors de la douche au sérum physiologique
- Check up avant entrée dents, audition, OPH ou à l'entrée
- Repérage systématique de la chambre par l'AS à l'entrée d'un résident malvoyant
- Réflexion pluridisciplinaire sur la prévention sensorielle : staffs
- Mise en place de possibilité d'agrandissement de certains supports (portes, CR)
- Sensibiliser l'entourage à la lecture audio ou à l'achat de tablettes ou liseuses, réflexion sur une salle et/ou un chariot snoezelen
- Formation à la snoezelen
- Formation à la prévention sensorielle
- Mise en place de fresques tactiles
- Jardin sensoriel pour l'UPAD

7.8 La prévention de la perte de la mobilité et la prévention des chutes :

Il y a toujours discussion d'équipe avant de décider la mise en place d'un fauteuil roulant. Lors des staffs, une prise en charge individualisée est organisée (marche dans le logement, marche dans le couloir). Le psychomotricien prend en charge les résidents de manière individuelle et collective, suivant son évaluation.

Dans le quotidien il est privilégié la vulgarisation du mouvement. Les soignants, les soignants animateurs et l'animatrice accompagnent les résidents à l'extérieur afin de stimuler leur mobilité.

Il y a l'intervention de kinésithérapeutes en individuel ou en collectif sur prescriptions médicale, 4 kinésithérapeutes interviennent à l'EHPAD par convention.

L'ergothérapeute a pour mission d'adapter le matériel en fonction des besoins des résidents. Différents ateliers sont organisés pour prévenir la perte de mobilité et les risques de chutes. Les chutes sont enregistrées (fiches, PSI). La formation haptonomie permet d'adapter et de réduire l'utilisation des matériels. Il existe des fauteuils adaptés pour les personnes reconnues chuteurs et des matelas sont installés au sol en cas de risque de chutes, lits bas.



Atouts :

- Mise en place d'ateliers à conforter
- Présence de professionnels ergothérapeute et psychomotricien
- Pas de fauteuil en systématique, aide à la marche par les soignants
- Formation haptonomie à conforter
- Fauteuils adaptés chez les personnes reconnues chuteurs
- Adaptation du matériel pour la verticalisation
- Installation sur des fauteuils et non fauteuils roulants en salle de restaurant à développer



Perspectives :

- Généralisation de la prise en charge psychomotricité sur prescription médicale.
- Mise en place de certains ateliers par l'ergothérapeute et le psychomotricien concernant la mobilité (piscine, jardinage, danse)
- Réadaptation cardio vasculaire chez l'insuffisant cardiaque par la motricité (marche, gym douce, piscine, activités d'endurance....) ergothérapeute + psychomotricien
- Test d'équilibre uni-podal à l'entrée pour cibler les potentiels chuteurs
- Possibilité d'affiner l'utilisation du test uni-podal si il est pathologique<5''
- Analyse des risques de chutes et des chutes
- Sensibilisation avec les résidents et les familles sur le chaussage
- Mise en place de « lits/fauteuils »
- Formation/information sur les chutes et la prévention des chutes

7.9 La prévention des escarres, plaies, cicatrisation :

Le constat en interne est que les escarres surviennent, la plupart du temps à l'hôpital. En 2014, seulement 5 escarres se sont constituées en interne. Les préventions sont assurées par les aides-soignantes, auprès des résidents non autonomes, en systématique le matin et le soir, parfois au moment de la sieste, pour les résidents repérés « à fort risque ». L'ergothérapeute et/ou le psychomotricien positionne les dispositifs médicaux (matelas à air, décharge talonnière lorsque le résident présente des risques de constitution d'escarre et les matelas hôteliers sont à mémoire de forme. Il existe des matelas anti escarres adaptés aux différents stades. Les agents connaissent bien les matériels.

L'établissement investi dans des lits Alzheimer proposant une position en déclive et une position en proclive.

Il existe un protocole prévention des escarres. Des référents ont été formés et des formations sont reprogrammées.

Lorsqu'il y a constitution d'une plaie, un suivi s'organise (fiches pansements, photos intégrées dans le dossier de soins). Une surveillance alimentaire est prévue lorsqu'il y a des risques ainsi qu'une surveillance de pesée et des compléments alimentaire si besoin.

En fonction des plaies, une orientation vers la chirurgie vasculaire ou la dermatologie est programmée, des dopplers veineux ou artériels sont prescrits. La convention avec l'hospitalisation à domicile permet le suivi des pansements lourds.



Atouts :

- Connaissance du matériel par les soignants à conforter
- Réactivité des AS dès apparition d'une rougeur
- Photos des plaies en systématique à conforter
- Convention HAD à conforter
- Organisation des changements de position et des effleurements + mise en place des feuilles de changements de position à développer édition des feuilles.
- Organisation d'une surveillance en cas de risques
- Référents escarres plaies, cicatrisation sur l'institution
- Orientation chirurgie vasculaire ou dermatologique en fonction des plaies
- Lors de la constitution de plaies : suivi de fiches pansements + photos intégrées dans le dossier de soins
- Il existe un protocole prévention des escarres
- Orientation chirurgie vasculaire ou dermatologique en fonction des plaies
- Demande de doppler veineux ou artériels



Perspectives :

- Formation/information des référents plaies et escarres
- Renouveler plus fréquemment le stock de matelas hôtelier
- Mise en place de la Norton par les AS en autonomie et restitution à l'ergothérapeute pendant les transmissions à l'entrée du résident et au repérage des risques
- Formaliser l'autonomisation des grilles
- Formation des agents
- Formation des nouveaux arrivants sur les changements de position et les effleurements
- Prescriptions des pansements par les IDE référentes et évaluation par les référents
- Mise en place de la traçabilité de la prise en charge autour d'une escarre (mise en place d'effleurements, de matelas à air...)

7.10 La prévention du risque d'errance :

Les transmissions orales et écrites permettent un suivi dans un service ou dans tous les étages. Les IDE sont informées en cas de suspicion de déambulation pathologique. Si le résident présente des risques, il y a discussion d'équipe et adaptation de la prise en soins (proposition des descendre le résident à l'UPAD) puis une réflexion s'engage sur le bénéfice/risque de faire intégrer l'unité au résident.

Il est arrivé que les soignants positionnent un badge avec le nom et le prénom au résident.

Il est souvent proposé au résident d'intégrer les animations. Il est organisé des activités occupationnelles et domestiques pour les résidents « à risque ». Les soignants surveillent et sont vigilants sur un éventuel départ des résidents.

Une procédure en cas d'errance est formalisée.



Atouts :

- Transmissions informatiques à conforter pour les équipes AS dans le PSI et dans les transmissions
- Réflexion d'équipe à conforter
- Activités occupationnelles et domestiques à développer
- Temps animation supplémentaire et temps soignant animateur à développer



Perspectives :

- Réflexion sur le mode de repérage du résident à l'extérieur (bracelet, différents modèles pour l'appropriation par le résident)
- Sollicitation et intégration des résidents dans les activités et les ateliers
- Création d'un PASA

7.11 La contention :

Il existe un protocole contention.

L'évaluation est effectuée dès l'entrée du résident et la contention est réévaluée quelques jours plus tard. Une information est effectuée à l'entrée du résident et fait l'objet d'une signature.

Une prescription médicale est systématiquement faite après discussion d'équipe et écoute du résident sur le bénéfice/risque de la contention. Le mode de contention est évoqué en réflexion pluridisciplinaire afin d'adapter et d'utiliser le dispositif le plus doux pour le bien être du résident.

Il n'y a pas de formalisation de la réévaluation d'une contention, elle est revue en cas de problématique particulière. La famille est parfois informée de la mise de la contention et elle est expliquée au résident. L'ergothérapeute et le psychomotricien assurent une veille professionnelle sur les nouveaux dispositifs existants.

La contention chimique est réévaluée lors des staffs et si besoin. Il y a une veille professionnelle de la part des soignants pour la contention chimique.

Certaines contentions sont tracées dans le logiciel de soins.



Atouts :

- Réflexion d'équipe sur les contentions adaptées au résident, à conforter
- Information et explication à la famille lors de la pose d'une contention à systématiser
- Veille professionnelle des nouveaux dispositifs existants à développer
- Veille des soignants pour la contention chimique (observation) à conforter
- Prescription systématique après réflexion pluridisciplinaire
- Protocole contention existant
- Intégration des contentions dans le logiciel informatique à développer



Perspectives :

- Réévaluation du protocole contention avec listing des contentions et réévaluation
- Formalisation de la réévaluation des contentions systématique
- Formation/information des agents
- Groupe de travail de réflexion sur la mise en place et la réévaluation de la contention physique et chimique + information famille
- Intégration feuille prescription à intégrer dans PSI

7.12 La prévention vaccinale et nosocomiale :

Chaque année, l'EHPAD organise une campagne vaccinale, le vaccin contre la grippe est proposé à tous les résidents, en l'absence de contre-indications. Le personnel peut aussi bénéficier des vaccins anti grippe. Cette campagne est organisée par la pharmacie. Le refus de vaccination est noté dans le dossier de soins et un document est signé.

La vaccination contre le pneumocoque est prescrite aux résidents présentant des indications.

L'immuno-protection antitétanique n'est pas vérifiée systématiquement à l'admission du résident.

La traçabilité des vaccins administrés est assurée avec, le nom du vaccin, le numéro de lot (pour la grippe), la date d'injection est notée sur le dossier de soins ainsi que la date de rappel.

L'EHPAD s'inscrit dans un programme de gestion et de prévention des risques infectieux.

Une IDE hygiéniste intervient au sein de l'institution à raison de 0.2 ETP.

De nombreux protocoles sont en vigueur pour prévenir les risques infectieux associés aux soins sur l'EHPAD. La mise en œuvre des précautions particulières à chaque agent infectieux est adaptée au regard du rapport bénéfices/risques du résident concerné.

Des formations hygiène hospitalière sont dispensées par l'IDE hygiéniste au personnel. Des audits sont menés et le DARI est revu tous les 2 ans.



Atouts :

- Protocoles hygiène à conforter
- Réévaluation du DARI à développer tous les ans
- Formations hygiène du personnel à développer à chaque nouvel arrivant professionnel
- Audits à conforter
- Traçabilité dans PSI à poursuivre
- La gestion des vaccins est à conforter



Perspectives :

- Vérification systématique de la vaccination antitétanique ou test rapide

7.13 La prévention et la lutte contre la douleur :

La pharmacienne a un diplôme universitaire douleur et fait des formations douleur en interne. Une formation continue en soins palliatifs est organisée tous les ans.

Il a été mis en place sur l'institution les grilles EVA, doloplus et algoplus. L'établissement a signé une convention avec l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile.

Un groupe de travail a élaboré un projet de soins palliatifs.

Les soignants recherchent systématiquement les positions antalgiques pour les résidents.

Lors des soins quotidiens, il est adapté les soins de nursing, horaires, nombre de soignants, type de soins, mobilisation. De même, il est adapté des aides techniques de mobilisation, matériel. Une formation haptonomie est organisée dans l'établissement.

Lors des transmissions et des staffs, il est évoqué les problématiques sur la douleur et une grille est proposée.

Les anti douleurs sont discutés et prescrits par paliers avec réévaluation régulière et réajustement si besoin. La pharmacienne suit les prescriptions et réévaluations des traitements antalgiques. La traçabilité des toxiques est élaborée selon la réglementation et les bonnes pratiques du circuit du médicament. Il n'y a que des toxiques dans le coffre à toxiques.

Il est réfléchi et mis en place des techniques non médicamenteuses, modelage, huiles essentielles par effleurages, musique, toucher/massage.

La banalisation de la douleur n'est pas en vigueur sur l'établissement, les équipes de soins font des rappels réguliers.



Atouts :

- Mise en place de la « doloplus » en autonomie par les AS à conforter
- Formation/information sur la douleur par la pharmacienne à développer
- Formation soins palliatifs à conforter
- Techniques non médicamenteuses mise en place (modelage, huiles essentielles par effleurages, musique) à développer
- Evaluations régulières sur les traitements antalgiques + réactivité des acteurs à conforter
- Les antidouleurs sont prescrits par paliers, réévaluation régulière, et réajustement si besoin à conforter
- Traçabilité et circuit des toxiques selon la législation et les bonnes pratiques
- Adaptation des soins de nursing, horaires, nombre de soignants, type de soins, mobilisations à conforter
- Pas de banalisation de la douleur



Perspectives :

- Intégration de plusieurs grilles doloplus / jour pour un même résident dans PSI
- Formation PSI pour les soignants : reformer un groupe ressource
- Appropriation du projet de soins palliatifs par les soignants
- Techniques non médicamenteuses : huiles essentielles à diffuser
- Référents formés à l'aromathérapie
- Formation référents hypnose
- Chariot et/ou salle snoezelen

7.14 La prévention et prise en charge des infections :

Il existe un CLIN inter EHPAD et des réunions régulières sont organisées. Il existe des protocoles qui sont validés lors de cette instance. Six établissements y adhèrent.

Des audits sont menés par les IDE hygiénistes.

Des formations hygiène hospitalière sont dispensées.

Un classeur est tenu par les IDE pour les infections respiratoires et pour les gastro-entérites. Un signalement est fait à l'ARS en cas d'épidémie.

Il n'existe pas d'évaluation tracée des antibiotiques à 72h00.



Atouts :

- Conforter les audits
- CLIN inter EHPAD à renforcer
- Protocoles hygiène à consolider



Perspectives :

- Procéder à des audits plus fréquents
- Organiser une évaluation tracée des antibiotiques à 72h
- Monter une revue de protocoles 1 fois par an
- Proposition d'un dépistage MST si repérage de conduites à risques

7.15 L'accompagnement en fin de vie / soins palliatifs :

Une sensibilisation aux directives anticipées est proposée à l'entrée du résident. Le recueil de données est relevé par les référents institutionnels.

Les soins sont adaptés aux besoins du résident, la plupart du temps à 2 soignants. Il existe une prise en soins pluridisciplinaire informelle.

Dans les logements à deux lits, des paravents sont parfois installés pour les résidents en fin de vie est installé en chambre temporaire.

Les soins de confort sont organisés selon des techniques non invasives, diffuseurs d'huiles essentielles, touchers massages, haptonomie, soins de bouche et d'yeux... Ces soins sont évoqués en équipe pluridisciplinaire. L'évaluation de la douleur est effectuée de manière régulière.

L'arrêt des traitements est, souvent effectué par le médecin traitant et l'hydratation ne se fait que per os (pas d'hydratation sous cutanée ni d'alimentation artificielle). L'alimentation est basée sur le plaisir.

Il est expliqué la prise en soins à l'entourage et l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs intervient si besoin auprès des résidents, des familles ou des soignants. Un accueil de nuit comme de jour est proposé aux aidants familiaux et ils ont la possibilité de participer aux soins de confort après discussion en équipe.



Atouts :

- Soins adaptés à 2 soignants à conforter et à développer
- Diffuseurs huiles essentielles et musique à conforter
- Toucher massage/haptonomie à renforcer
- Arrêt des traitements curatifs par les médecins traitants à conforter lors des prises en soins de fin de vie
- Arrêt de l'hydratation sous cutanée et alimentation artificielle
- Explications de la prise en soins aux familles
- Intervention équipe d'appui départementale à conforter
- Sensibilisation aux directives anticipées à conforter
- Proposition de participation de la famille aux soins de confort après discussion d'équipe à conforter
- Alimentation plaisir
- Soins de confort mis en place, en équipe



Perspectives :

- Formation de soignants à l'aromathérapie
- Plus de choix dans les huiles essentielles
- Chariot snoezelen
- Formation toucher massage
- Mise en place d'une commission de soins palliatifs
- Formation de tous les soignants à l'haptonomie
- Formation de tous les soignants aux soins palliatifs
- Formation de référents soins palliatifs

7.16 L'accompagnement et la prise en charge psychologique :

Le temps de psychologue est de 0.60 ETP. Deux professionnels ont été recruté respectivement à 0.20 ETP et 0.40 ETP.

Chacun a sa mission précise, la psychologue à 0.20 ETP a pour mission la coordination du projet de soins UPAD et les groupes d'analyse de la pratique dans l'EHPAD.

La psychologue à 0.40 ETP a pour responsabilité les entretiens individuels des résidents, aide les soignants dans l'accompagnement, participe à la pluridisciplinarité (réunions, staffs), soutient les familles, effectue des formations/informations pour les équipes de soins et assure quelques visites de préadmission.



Atouts :

- 2 Personnes physiques
- 1 temps psychologue en coordination sur l'UPAD et 1 temps sur le reste de l'établissement
- Présence du psychologue aux staffs
- Groupes d'analyse de pratiques
- Formations/informations à conforter



Perspectives :

- Mise en place d'ateliers de stimulation cognitive
- Evaluations cognitives régulières
- Mise en place d'un bilan d'entrée sous forme d'entretien et/ou de grilles
- Retour dans le PSI
- Visites de préadmission lorsqu'il y a des interrogations
- Participation à la commission de préadmission
- Réunions, goûters familles
- Travail en binôme des 2 professionnels
- Mise en place de groupes de parole pour les résidents

7.17 La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance :

Il existe des fiches d'événements indésirables et un comité de retour d'expérience se réunit tous les 1^{ers} vendredis du mois.

Un recueil de données de vie et des habitudes est remis aux équipes à l'entrée du résident et il est complété si besoin par le référent institutionnel. Des staffs se déroulent tous les mercredis dans une unité, à cette occasion, les projets de vie des résidents sont élaborés.

Des groupes d'analyse des pratiques sont organisés tous les vendredis dans une unité y compris l'équipe de restauration.

Une charte de bientraitance a été élaborée, le « je » et disponible sur internet pour les équipes.

Une formation bientraitance est prévue au plan de formation tous les ans et une formation haptonomie a permis de former déjà 2 services, les soignants se la sont appropriée et l'utilise au quotidien.

Des animations diverses se déroulent grâce à 1 ETP d'animatrice, une aide animatrice et au détachement de soignants animateurs au sein des unités.

Les équipes veillent au respect du résident dans toutes circonstances.

La direction intervient lors des conflits envahissants résidents/soignants/familles.

Des commissions diverses permettent aux résidents de s'exprimer sur les prises en soins, les repas...

Une équipe de paramédicaux assurent une qualité dans les soins et permet une remise en question des pratiques professionnelles des soignants mais parfois les moyens humains ne permettent pas de pouvoir dégager du temps pour les soignants.

L'aménagement des locaux et des extérieurs proposent un cadre agréable mais les logements à 2 lits provoquent parfois des conflits et ne permettent pas une intimité optimale.

Des référents de soins et institutionnels permettent aux résidents et aux familles des repères.

Le tutorat des soins et les toilettes évaluatives sont supervisés par les IDE. Par ailleurs, une réflexion pluridisciplinaire est menée pour le maintien de l'autonomie des résidents et une restitution est effectuée lors des transmissions écrites, orales, les staffs et de manière informelle.



Atouts :

- Groupes d'analyse de pratiques à conforter
- Fiches d'événements indésirables à conforter
- Remplissage du recueil de données à développer
- Le toc/toc conventionnel à conforter

- Culture d'établissement et identité collective à développer
- Staffs et projets de vie à conforter
- Charte bientraitance à exploiter
- Toilettes évaluatives à conforter
- Tutorat à conforter
- Réflexion sur le maintien de l'autonomie et restitution lors des transmissions écrites, aux staffs et de manière informelle à conforter (plans de soins à réajuster)
- Retours des étudiants : théoriques, pratiques professionnelles à développer
- Mise en place de la grille NPI-ES par la psychologue lors des troubles psycho-comportementaux (apathie, agressivité...) à conforter



Perspectives :

- Travail sur le « pré accueil » du résident : récupérer le recueil de données en amont de l'entrée
- Réflexion du respect de l'intimité du résident : affichettes « ne pas déranger »...
- Formation référents carpe diem
- Systématisation de la formation haptonomie
- Réflexion sur une culture commune : identité collective
- Organisation d'un vote pour les horaires de week-end
- Réflexion sur les rythmes de vie (repas, douches...)
- Formations « dans la peau de »
- Création d'un PASA

7.18 La prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer :

Un projet de soins spécifique à l'unité a été élaboré en groupe de travail. La coordonnatrice est la psychologue.

A l'EHPAD, les troubles psycho-comportementaux font l'objet d'une observation des équipes pluridisciplinaires.

Des formations sont organisées pour la prise en soins des troubles, haptonomie, maladie d'Alzheimer. Une musicothérapeute intervient à l'UPAD mais aussi à l'EHPAD et une personne vient visiter les résidents avec ses chiens.

Les prises en soins sont personnalisées avec les personnes dépendantes et/ou démentes, les soignants chantent pendant la toilette et commentent leurs soins.

Les professionnels paramédicaux (psychomotricien, ergothérapeute) interviennent pour la personnalisation des toilettes. Des toilettes évaluatives et le tutorat des agents sont effectués sous la responsabilité de l'équipe IDE. Les portes des logements sont personnalisées si besoin.

Le psychomotricien, l'ergothérapeute et la diététicienne animent des ateliers thérapeutiques. L'aménagement de la cour Anglaise et du jardin sensoriel sont des atouts supplémentaires.



Atouts :

- Formation haptonomie à développer
- Formation sur la maladie d'Alzheimer à conforter
- Une personne vient avec ses chiens visiter les résidents
- Prise en soins personnalisée avec les personnes dépendantes et/ou démentes : chants pendant la toilette, commentaire du soin
- Intervention des professionnels paramédicaux pendant les soins de nursing
- Toilettes évaluatives à réactiver
- Tutorat à conforter
- Grilles NPI-ES, MMS, mini GDS à systématiser
- Intervention de la musicothérapeute à conforter
- Les portes des logements sont personnalisées si besoin



Perspectives :

- Réflexion à mener sur la prise en soins des troubles du comportement à l'EHPAD
- Réflexion sur la prise en soins des personnes démentes à l'EHPAD
- Formation des agents à la prise en soins des démences
- Formation haptonomie pour tous les soignants
- Formation référents à la validation : N.Feil, carpe diem
- Réflexion sur les traitements non médicamenteux : travail sur les sens, ateliers, aromathérapie, snoezelen, musicothérapie
- PASA à créer
- Présence de soignants animateurs plus régulière
- Augmentation de temps animatrice
- Formation/information des personnes au contact des résidents à la prise en soins des personnes dépendantes, aphasiques, démentes y compris les bénévoles

7.19 La cohabitation :

L'établissement a investi dans des rideaux de séparation pour les logements doubles, ils sont installés à la demande du résident ou sur proposition des équipes soignantes.

Les résidents ont la possibilité d'avoir une clé de leur logement et de fermer leur placard. Les portes des logements sont parfois personnalisées.

Il existe une réflexion sur les affinités entre les résidents pour les logements doubles et en salle de restaurant. Un travail de médiation est effectué autour des conflits entre résidents. Les chambres doubles sont spacieuses avec une salle de bain double. La culture du logement est respectée.

Le moment du repas est un moment important, les places sont attribuées en fonction des affinités. Les salles de restaurant dans les étages ont été aménagées récemment et les usagers ont la possibilité de prendre leur petit déjeuner dedans. Cependant, certains résidents mangent sur des tables adaptables.

Il existe des problèmes de cohabitation dans les ascenseurs pouvant provoquer des accidents entre les résidents, parfois les résidents choisissent les ascenseurs pour ne pas rencontrer certaines personnes. Les soignants ont un rôle de réassurance lors des transferts par les ascenseurs.

Parfois, les résidents attendent les ascenseurs en « file », les couloirs peuvent aussi être un lieu de conflits générant de l'agressivité envers les équipes.

L'aménagement de la cour anglaise en fait un lieu très positif où certains résidents se retrouvent. C'est un lieu de passage ou d'installation, il y est organisé des repas et les soignants partagent des moments conviviaux avec les résidents. Dans ce lieu, peu de conflits car cet endroit est très spacieux.

Il doit être aménagé son accessibilité. Les salons et les salles d'activités peuvent devenir des lieux d'échanges mais aussi de conflits surtout lorsqu'il n'y a pas de présence soignante. Lorsqu'il y a une présence soignante, les conflits se régulent.

Un grand écran de télévision est à la disposition des résidents. Et dans le grand salon, il a été aménagé un coin café pour les résidents et leur famille. Les différentes activités dont radio Balthazar, la chorale, la mise à disposition de jeux de société, la bibliothèque et les groupes de parole et d'animation avec l'ergothérapeute et le psychomotricien sont des moments d'échanges.

Par ailleurs, certains salons sont sous utilisés.

Il existe une chapelle, lieu de culte et d'échanges entre résidents, elle n'est pas fermée à clé, utilisée en dehors des messes. Son accès est libre et facile.



Atouts :

- Recueil de données à améliorer et à récupérer avant l'entrée à développer
- Privilégier les activités avec les soignants
- Diversifier les animations
- Travail sur la gérontologie positive à conforter

- Groupe d'analyse des pratiques à conforter
- Lieu positif depuis l'aménagement de la cour à développer
- Proposition d'installation sur les fauteuils de SAM (cohabitation facilitée par gain de place sans les fauteuils roulants)



Perspectives :

- Aménagement extérieur UPAD
- Systématisation du TOC-TOC
- Continuer l'achat des rideaux de séparation
- Réflexion sur le réaménagement des tables des salles à manger
- Agrandissement des SAM
- Formation du personnel de restauration aux troubles psycho-comportementaux et à l'aide aux transferts
- Sensibiliser les agents au positionnement des résidents pour l'attente devant les ascenseurs (convivialité)
- Travail sur le mobilier des salles à manger (remplacement des tables adaptables) dans les étages
- Aménagement prothétique pour les salons peu utilisés
- Aménagement de l'accès de la cour anglaise : porte automatique

7.20 Reconnaître la vie affective et sexuelle des résidents :

La présence de la psychologue permet un travail avec les équipes au travers des transmissions, des staffs, des groupes d'analyse des pratiques et elles sont sensibilisées au respect de l'intimité et de la sexualité de chaque résident. Cependant, les questions ne se posent que lorsque l'événement parvient, il n'y a pas d'anticipation et la situation des logements doubles complexifie ou favorise les situations. Il est possible d'aménager les logements.

La cadre et le médecin coordonnateur sont amenés à rencontrer les familles pour les informer en cas de rapprochement de résidents.



Atouts :

- Renforcement des groupes d'analyse de la pratique et des staffs
- Aménagement des chambres
- Sensibilisation des équipes au respect de la sexualité ou de l'intimité de chaque résident
- Transmissions
- La cadre et le médecin coordonnateur sont amenés à rencontrer les familles pour les informer en cas de rapprochement de résidents
- Difficulté des chambres double mais aussi facilité des chambres doubles



Perspectives :

- Réflexion pluridisciplinaire autour de la sexualité des personnes âgées
- Rencontre avec les familles pour échanger et informer sur le thème
- Formation/information sur la sexualité des personnes âgées par la psychologue
- Formation/information aux familles sur ce thème
- Formalisation dans le livret d'accueil de la liberté d'assouvir, dans la mesure des possibilités et des capacités cognitives, leurs désirs et besoins sexuels : veiller au respect mutuel
- Lors de l'accueil du résident, l'informer que personne ne rentre dans les logements sans y être autorisé, pas même les soignants
- Réflexion sur la signalétique sur la porte : ne pas déranger au niveau de la porte d'entrée du logement des résidents

8. Education thérapeutique et préventive :

Les résidents sont informés de tout changement de leur traitement, prise en soins ou précision sur les soins et thérapeutiques.

Il arrive que les IDE procèdent à l'éducation des proches pour des soins techniques lorsque le résident part à domicile.

La prévention de la perte d'autonomie est travaillée par des exercices d'assouplissements, la marche, la stimulation physique et cognitive. Il existe un atelier équilibre avec l'apprentissage du relevé de sol.

Les équipes pluridisciplinaires incitent les aidants familiaux à procéder à des sollicitations affectives, cognitives et physiques le plus longtemps possible et le plus possible. Les staffs, les transmissions et les toilettes évaluatives sont développés comme moyen de prévention de la perte d'autonomie.

Le psychomotricien et l'ergothérapeute forment le personnel du restaurant à la mobilisation des résidents de leur fauteuil roulant au siège proposé. Le travail en pluridisciplinarité est utilisé pour adapter les aides techniques (guidon de transfert) ou non. Des intervenants libéraux interviennent tous les jours au sein de l'EHPAD (médecins, orthophoniste, kinésithérapeutes).

L'éducation alimentaire est assurée par la diététicienne, elle rencontre les résidents, leur explique leurs régimes et rencontre les soignants pour la prise de relai.

Elle procède à des entretiens avec les résidents « à risque » ou repérés (obésité, surpoids, dénutrition). Par ailleurs, elle élabore des menus spécifiques.

Des panneaux de sensibilisation hygiène se trouvent à tous les points stratégiques.



Atouts :

- Travail en pluridisciplinarité à conforter
- Toilettes évaluatives
- Stimulations affectives, cognitives et physique et familles
- Education thérapeutique des proches pour les sorties
- Informations des changements dans les prises en soins
- Prévention de la perte d'autonomie par l'équipe
- Interventions de professionnels libéraux
- Entretiens auprès des résidents » à risque » ou repérés obèses en surpoids et dénutris



Perspectives :

- Education thérapeutique pour les glycémies capillaires ou stomies lorsque c'est possible
- Sensibilisation des résidents et des aidants, sous forme d'affiches, aux problématiques préventives ou éducatives
- Séance de formation/information pour le personnel, les aidants, les bénévoles sur le relevé du sol
- Logiciel de stimulation de l'équilibre + tapis : chariot de télémédecine
- Mise en place d'un PASA
- Education pour le chaussage

9. Prévention et gestion des risques liés aux soins :

Il existe des protocoles de soins (surveillance sonde urinaire, escarres) avec une gestion documentaire avec un référent qualité repéré.

Un CLIN inter EHPAD avec des référents a été élaboré et fonctionne entre 6 structures. Il se réunit régulièrement et valide les protocoles en matière d'hygiène. Un temps d'infirmière hygiéniste à raison de 0.20 ETP est octroyé à l'établissement. L'IDE hygiène forme les agents et mène des audits. Tous les ans, une chambre hygiène des erreurs est à la disposition des agents. Des distributeurs de solution hydro alcooliques sont installés dans chaque logement.

Des référents de soins sont repérés, continence, plaies et escarres, troubles de la déglutition.

Le système de transmissions, des staffs mais aussi des toilettes évaluatives et du tutorat assure une prévention des risques.

Les fiches d'événements indésirables sont traitées en CREX à raison d'une fois par mois, tous les 1^{ers} vendredis.

La formation haptonomie est organisée et plusieurs services sont formés.

Une adaptation des stimulations en fonction des capacités du résident est réfléchi au quotidien. Des groupes équilibre et relevé du sol sont tenus par le psychomotricien qui travaille en collaboration avec l'ergothérapeute sur l'adaptation des différentes aides techniques en particulier pour les transferts.



Atouts :

- Adaptation des stimulations en fonction des capacités du résident
- Mise en place de référents de soins à conforter
- Formation haptonomie à conforter
- Staffs
- Transmissions
- Tutorat
- Toilettes évaluatives
- Temps IDE hygiéniste
- CLIN inter EHPAD + référents CLIN
- CREX
- Fiches d'événements indésirables
- Adaptation des aides techniques (transferts)
- Groupe équilibre, relevé du sol à conforter
- Formations hygiène + hygiène des mains à développer
- Chambre des erreurs à conforter
-



Perspectives :

- Formations « dans la peau de » à réactiver
- Chambre des erreurs dispositifs médicaux
- Formation haptonomie pour tout le personnel
- Formations diverses (troubles déglutition, plaies et escarres)

X – PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

I. DEFINITION

Le projet de vie a pour finalité de mettre en place les outils qui permettent à l'établissement d'accompagner les personnes accueillies dans leur vie quotidienne et à répondre le mieux possible à leurs besoins (sécurité, confort, accompagnement adapté, protection, autonomie, respect de l'intimité et de la dignité, principe du libre choix, écoute).

C'est un engagement de tous les intervenants envers chaque résident pour préserver et maintenir son autonomie. La satisfaction de la personne accueillie, la prise en compte de ses besoins, de ses attentes et de son individualité doit être au cœur de l'accompagnement. Le respect de cette individualité passe par le respect de son histoire, de ce qu'elle a vécu et de ce qu'elle vit.

Un projet de vie et de soin individualisé est élaboré pour tout résident après son admission dans l'établissement dans un délai qui est adapté à chaque situation. Le projet individualisé devrait se faire au plus tard dans les 6 mois suivant l'admission et réévalué périodiquement en fonction des nouvelles données progressivement recueillies, et dès que l'évolution de la situation l'exige.

L'élaboration du projet de vie individualisé (PVI) à travers le recueil du récit de vie du résident fait l'objet d'une procédure spécifique qui tient notamment compte de :

- l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes (personne, aidant, personnel)
- la recherche de l'expression directe et de la participation de la personne accueillie sans la mettre en difficulté
- la qualité de vie et des soins
- Les capacités de la personne accueillie pour préserver au mieux son autonomie dans toutes ses dimensions

II. ACCUEIL ET ADMISSION DU RESIDENT

1. Pré admission

Lors d'une demande de renseignement pour une admission, un dossier « premier contact » est adressé ou remis sur place au résident et/ou sa famille. Il comprend les documents suivants :

- un courrier d'accompagnement précisant les tarifs, les modalités de facturation et les conditions de visites guidées de l'établissement.
- le dossier de pré-admission unique comprenant une fiche administrative de préadmission à remplir, le recueil du consentement et une fiche médicale de préadmission à faire compléter par le médecin traitant ou le praticien hospitalier (si hospitalisation en cours).

Le résident et sa famille sont invités, dans le courrier d'accompagnement, à consulter le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sur le site internet de l'établissement.

La demande d'entrée est enregistrée sur le cahier d'admission qui se trouve à l'accueil. Il est rempli par l'agent d'accueil qui y inscrit :

- le nom, l'adresse et les coordonnées téléphoniques (Tél fixe, portable, e-mail...) de la personne à laquelle le dossier « premier contact » doit être adressé
- le nom du futur résident et l'endroit où il se trouve quand le dossier est demandé par une autre personne que la personne âgée
- les informations jugées importantes

Lorsque le bureau d'accueil est fermé, les appels sont pris par l'infirmière ou l'aide-soignante, qui invite l'utilisateur à rappeler pendant les heures ouvrables. Les appels pourraient être reportés vers un répondeur dédié sur lequel les familles seraient invitées à laisser leurs coordonnées et éventuellement un message. Le message serait lu dès la réouverture du bureau d'accueil, et la famille ou le résident serait rappelé.

Une visite guidée est systématiquement proposée avec le résident et/ou sa famille (lorsque la personne n'est pas en mesure de se déplacer). Elle permet aussi de préciser clairement les conditions d'admission et les prestations proposées par rapport aux demandes et aux besoins exprimés par la personne âgée et/ou sa famille. Un protocole de circuit de visite doit être élaboré. Des visites au domicile ou en service d'hospitalisation sont rarement proposées même sur la commune de Ligueil. Une visite virtuelle est également possible sur le site internet de l'établissement : www.maisonretraite-ligueil.fr



Atouts :

- Visite systématiquement proposée
- Accueil reconnu



Perspectives :

- Elaborer un protocole de circuit de visite
- Former les agents de l'accueil au recueil des premiers éléments
- Suivre les demandes de dossier de pré-admission (appréciation, relance,...)
- Développer les visites de pré-admission à domicile ou en service d'hospitalisation si le résident ne peut pas se déplacer
- Installer un répondeur téléphonique pour les demandes d'admission en dehors de l'ouverture des services administratifs

2. Commission d'admission

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés, des deux sexes, d'au moins 60 ans dans le respect des capacités de prise en charge de l'établissement, définies dans son projet d'établissement.

Les personnes âgées originaires de Ligueil, du territoire de la communauté de communes « Le Grand Ligueillois » ou, dont les familles sont domiciliées sur le territoire dans le cadre d'un rapprochement familial sont accueillies prioritairement.

L'admission se fait en recherchant systématiquement le consentement libre et éclairé de la personne et en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

L'admission peut être étudiée au vu du dossier de soins et du certificat médical d'aptitude de la personne qui sollicite son admission, sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR), établie par le médecin de l'intéressé(e).

Le résident et/ou sa famille remet le dossier de pré-admission dûment complété accompagné des pièces justificatives à la personne chargée de la gestion des admissions. A partir des données contenues dans le dossier sont évalués :

- les premiers éléments administratifs (ressources, lien familial, situation géographique...)

- les aspects de santé et de dépendance (par le médecin coordonnateur et le cadre de santé)

L'admission de la personne âgée est validée par une commission d'accueil pluridisciplinaire de l'établissement qui se réunit à périodicité hebdomadaire. Elle est composée du médecin coordonnateur, du directeur et du cadre supérieur de santé. Des avis complémentaires sont régulièrement sollicités auprès des psychologues mais ils n'y assistent pas. Les infirmières peuvent également être associées tout particulièrement en l'absence du cadre supérieur de santé. Le service des admissions valide en amont le dossier administratif et émet un avis sur les capacités du résident et sa famille à régler les frais de séjour à titre payant ou au titre de l'aide sociale. Une fiche d'admission synthétise les différents avis avant que le directeur prononce l'admission.

Les avis téléphoniques auprès des médecins traitants ou médecins hospitaliers ne sont pas systématiquement recherchés. Des visites à domicile ou en service d'hospitalisation sont rarement proposées.

Le résident et/ou sa famille sont informés de la décision :

En cas d'avis favorable, l'admission est prononcée par le directeur pour une durée indéterminée ou dans le cas d'un choix d'un court séjour, pour une durée déterminée minimum de 15 jours ne pouvant excéder 3 mois.

En cas de non admission, le résident et/ou sa famille sont orientés pour qu'une solution plus adaptée ou temporaire soit trouvée (autres structures spécialisées, maintien à domicile, accueil de jour). La personne chargée de la gestion des admissions peut également orienter les demandeurs vers un CLIC, un travailleur social départemental, à la Maison des Personnes Handicapées (MDPH) le cas échéant ou vers un établissement de santé général ou spécialisé, pour trouver une solution adaptée à l'état de santé physique ou psychique de la personne. En cas d'avis défavorable ou d'attente, un courrier de réponse est toujours adressé à la personne qui fait la demande.

Les admissions sont prononcées dans le respect du principe d'égalité face à l'accès au service public, c'est-à-dire sans considération de religion, situation sociale...

Les avis sont enregistrés sur un tableau de suivi et constitue la liste d'attente de l'établissement.

Dès qu'un logement est disponible, le cadre de santé reprend contact avec la personne qui fait la demande d'admission. La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties. Le résident se voit attribuer une chambre.



Atouts :

- Commission d'admission pluridisciplinaire



Perspectives :

- Mieux associer les psychologues aux avis d'admissions
- Développer les visites à domicile ou en service d'hospitalisation
- Consolider les informations médicales avant toute admission

3 – Admission

L'heure et le jour de l'installation sont programmés par le cadre de santé avec le résident, sa famille et/ou les accompagnants. La procédure d'accueil et d'admission d'un nouveau résident est mise en place.

Afin d'accueillir au mieux le nouveau résident, les équipes sont informées par le cadre de santé de son arrivée lors des transmissions et dans le bulletin « transmissions pour tous ».

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, affichée au sein de l'établissement et remise au résident au moment de l'admission.

Les admissions se font généralement du lundi au vendredi en début d'après-midi sauf exception.

Lors de son entrée dans l'unité, le résident doit être accompagné le plus possible d'un de ses proches. Le résident est accueilli par l'infirmière qui collecte toutes les dernières informations concernant le suivi médical, la ou les prescriptions médicales en cours, les régimes particuliers en fonction des pathologies et présente l'organisation de la vie quotidienne. Une aide-soignante référente présente le jour de l'entrée répondra à ses attentes et restera son interlocutrice privilégiée tout au long de la journée d'admission. Une lingère se détache pour réaliser l'inventaire du linge.

La procédure d'admission définit les différentes missions du soignant référent.

L'agent en charge des admissions établit le contrat de séjour. Les prestations définies dans le contrat de séjour sont présentées et expliquées de façon claire et précise. Le contrat en double exemplaire est signé entre le directeur et le résident et un représentant de la famille ou la personne de confiance (si le résident le souhaite) ou le représentant légal. Un exemplaire signé est remis à la personne ou le représentant légal (une copie est remise le cas échéant au résident). Le contrat de séjour est versé dans le dossier administratif du résident.

Si la personne ou son représentant refuse la signature du contrat de séjour, il est procédé uniquement par le directeur à la signature d'un document individuel de prise en charge dont le contenu est identique au contrat de séjour. Ce dernier ne nécessite pas d'être signé. Un exemplaire est remis dans les mêmes conditions que le contrat de séjour.

La désignation d'un référent familial et de la personne de confiance est systématiquement recherchée

Un exemplaire du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement est remis au résident par l'agent en charge des admissions qui en facilite la compréhension. L'attestation de réception du règlement de fonctionnement est signée par le résident ou son représentant légal et annexée au dossier.

La communication de ces documents s'effectue avec un accompagnement adapté. Le résident est informé de ses droits et devoirs.

Les documents annexes sont également remis et/ ou complétés avec le résident et sa famille.



Atouts :

- Agent référent le premier jour
- Inventaire avec un agent de la lingerie
- Annonce de l'arrivée d'un nouveau résident



Perspectives :

- Faire accompagner le résident et sa famille par l'agent d'accueil jusqu'à son logement
- Proposer la clé de son logement dès l'entrée
- Présenter le référent au résident à l'entrée ou les jours suivants
- Mettre en place une petite attention à l'arrivée du nouveau résident
- Organiser un pot d'accueil avec visite de l'établissement
- Actualiser la procédure d'accueil et d'admission

4. Bilans d'entrée

4.1 Le recueil des attentes de la personne

Un recueil des attentes de la personne est systématiquement joint au dossier d'admission. Le résident et sa famille sont invités à le compléter et le transmettre avant l'entrée. Il est le cas échéant complété avec l'aide de l'infirmière et/ou l'agent référent après l'entrée. Les éléments de réponse sont saisis dans le dossier de soins informatisé. Ils permettent d'individualiser la prise en charge et de construire le projet de vie individualisé du résident.

4.2 Le bilan sanguin

Un bilan sanguin est systématiquement prescrit pour chaque admission dès la visite du médecin traitant (dans la semaine). Il n'est pas réalisé avant l'entrée. Les résultats des analyses de biologie médicale ne sont pas automatiquement intégrés dans le dossier de soins informatisé.

4.3 Le bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur avec tests d'appui unipodal est réalisé au cours de la première semaine par le psychomotricien. Un compte rendu est transmis dans le dossier de soins informatisé.

4.4 Le bilan nutritionnel

Un Bilan nutritionnel est effectué à l'entrée du résident (dosage de l'albuminémie intégré dans le bilan sanguin d'entrée – (calcul de l'IMC – poids – taille – surveillance alimentaire sous 6 jours en cas de risque de dénutrition). Une surveillance de la courbe de poids est réalisée avec la mise en place d'au moins une pesée mensuelle.

Un Bilan nutritionnel de retour d'hospitalisation de plus de 7 jours est systématiquement réalisé.

La diététicienne assure une réévaluation du statut nutritionnel en cas de perte de poids, perte de l'appétit ou baisse de l'albuminémie. Ces éléments sont intégrés dans le dossier de soins informatisé.

Un recueil de goût et des habitudes alimentaire est réalisé par la diététicienne dans les jours qui suivent l'entrée de la personne. Elle évalue auprès du médecin traitant la pertinence des régimes alimentaires ainsi que la nécessité d'une alimentation en texture modifiée. Une évaluation dentaire est réalisée par le médecin coordonnateur lors de sa visite d'entrée. Elle devra être complétée par un bilan dentaire complet. Les prescriptions de textures modifiées doivent être généralisées. La distribution des collations l'après-midi et la nuit devront faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soins.

En lien avec la diététicienne, l'ergothérapeute met en place le cas échéant une vaisselle ergonomique adaptée.

4.5 Le bilan douleur

Les personnels soignants sont sensibilisés à la prévention et à la gestion de la douleur. Le bilan d'entrée du résident intègre l'évaluation de la douleur. Des grilles d'évaluation (Ex : DOLOPLUS) sont utilisées par les professionnels. Des référents douleur devront être formés. Des protocoles médicaux et de soins sont à élaborer



Atouts :

- Présence d'une diététicienne à mi temps
- Mise en place d'une vaisselle ergonomique adaptée par l'ergothérapeute
- Utilisation des outils d'évaluation de la douleur à consolider



Perspectives :

- Sensibiliser le résident et la famille à transmettre le recueil avant l'admission
- Faire prescrire un bilan sanguin avant l'entrée
- Faire intégrer les résultats d'analyses de laboratoire directement dans PSI
- Généraliser les prescriptions pour la mise en place d'une alimentation à texture modifiée
- Faciliter le dépistage des problématiques bucco-dentaires et l'accès aux soins de confort
- Former des référents douleurs

III. DEVELOPPEMENT DE LA DEMARCHE DE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE

1. Le référent institutionnel

Un référent soignant (ASH de soins ou AS) est identifié pour chaque logement. Le référent se présente à l'entrée du résident et explique sa fonction.

Il aide le résident à compléter son recueil de données. Il recueille ses souhaits dans le cadre de l'élaboration de son projet de vie individualisé et le fait valider avec lui. Il assiste et aide plus particulièrement le résident dans la gestion de ses affaires de la vie courante (linge, produits de toilette, téléphone, rdv coiffeur,...). Il peut être l'interlocuteur privilégié de la famille ou du représentant légal du résident.



Atouts :

- Implication de l'agent référent



Perspectives :

- Afficher la photographie du référent dans chaque chambre
- Elaborer une fiche de fonction du référent
- Diffuser la liste des référents dans tous les services

2. Staffs pluridisciplinaire

La qualité et la continuité de la prise en charge repose sur une équipe pluridisciplinaire qui travaille en cohérence selon une organisation définie et en continue. Le travail en équipe s'appuie également sur les compétences et les complémentarités de chaque professionnel et dans le respect de leurs attributions et de leurs responsabilités. La présence de nouveaux professionnels de santé en EHPAD (psychomotricien, ergothérapeute,...) et le renfort des autres professionnels de réadaptation (diététicien, psychologues, animatrice) ou spécialisés (infirmière hygiéniste, préparateur en pharmacie,...) enrichissent la qualité de la prise en soin assurée par les personnels soignants (Cadre, IDE, AS, ASH soins). La présence d'un médecin coordonnateur et d'une pharmacienne complète cette équipe et apporte une expertise médicale au travail pluridisciplinaire. Ils participent tous activement à l'élaboration du projet de vie individualisé (PVI) lors de staffs pluridisciplinaires qui se réunissent tous les mois (1 staff par semaine).

3. Mise en place et évaluation des objectifs du projet de vie individualisé (PVI)

Le PVI détermine des objectifs :

- de vie (rythme de vie y compris la nuit, les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties...)
- de soutien et d'accompagnement
- thérapeutiques et de soins (les activités thérapeutiques nécessaires, la surveillance de l'état de santé, les évènements à signaler à la famille...)
 - en recueillant l'histoire de vie du résident,
 - en découvrant sa personnalité, ses habitudes de vie quotidienne, ses goûts,
 - en maintenant le lien avec ses proches

- en l'aidant à prendre ses repères dans son nouveau lieu de vie, à organiser son logement.
- en s'appuyant sur une évaluation gériatrique globale comprenant notamment celle des fonctions cognitives, des capacités fonctionnelles, des comorbidités et des complications telles que les troubles psychologiques et comportementaux et une enquête étiologique.

Ainsi ces objectifs auront pour finalité :

- prévenir toute perturbation des fonctions vitales (surveillance et stimulation de l'alimentation de l'activité motrice)
- restructurer l'équilibre temporo-spatial
- continuer à regarder, conserver, décrire (exercer les organes des sens des résidents pour, à travers la perception sensorielle, essayer de restructurer une image du corps permettant d'exister en tant que personne)
- continuer à mémoriser le passé, y compris le passé récent,
- poursuivre la connaissance de l'espace et du temps,
- continuer à s'exprimer, à communiquer avec les autres et à s'adapter à eux, continuer à entretenir des praxies à partir d'activités de la vie quotidienne.

La préparation du staff est assurée en amont par les infirmières et les équipes du service, et plus particulièrement le soignant référent, qui va recueillir auprès du résident ses souhaits et attentes. La préparation du staff se fait selon un protocole formalisé et une grille d'évaluation.

Lors du staff, l'infirmière prend des notes et inscrit le compte rendu des objectifs déterminés en équipe pluridisciplinaire dans le dossier soins informatisé. Les aides soignantes font le choix des situations de résidents qu'elles souhaitent évoquer en veillant à ne pas proposer que des situations complexes.

Un post Staff, permettant d'évaluer la mise en œuvre des actions et de proposer des réajustements le cas échéant, est réalisé de façon concomitante avant le staff suivant.

Une réévaluation à un an n'est pas à ce jour envisagée compte tenu du nombre important de PVI à réaliser.

4. Place de l'utilisateur

L'établissement a fait le choix de ne pas faire participer le résident lors des staffs. Les membres du staff peuvent occasionnellement associer le résident en fin de réunion pour lui présenter les objectifs qui ont été proposés.

Le PVI est systématiquement présenté par le soignant référent au résident et/ou sa famille selon les capacités d'autonomie du résident. Le résident et/ou sa famille ou le représentant légal est invité à en prendre connaissance et à le signer. Une copie lui est remise

Le PVI est ensuite signé par le directeur et le médecin coordonnateur. Il est archivé dans le dossier médical du résident et une copie sous pli cacheté est déposée dans son dossier administratif. Un tableau de suivi est mis en place.



Atouts :

- Implication de l'agent référent
- Equipe pluridisciplinaire diversifiée
- Staff participatif



Perspectives :

- Afficher la photographie du référent dans chaque chambre
- Elaborer une fiche de fonction du référent
- Diffuser la liste des référents dans tous les services
- Déployer la procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant
- Mieux associer les résidents et familles au PVI

IV. ACCOMPAGNEMENT, CONFORT ET PRISE EN CHARGE GLOBALE AU QUOTIDIEN

1. Le rythme de vie

Les habitudes de vie du résident sont recueillies dès l'admission et partagées dans le plan de soin. Les résidents expriment aussi leurs souhaits relatifs au respect de leur rythme de vie de jour comme de nuit (petit déjeuner, toilette, sieste, lieu du repas, passage la nuit...). Les équipes planifient leurs accompagnements et leurs soins au plus près de leurs désirs. Toutefois le cadre d'hébergement collectif impose un rythme institutionnel parfois contraint pour certains résidents. Tout particulièrement les heures des repas les week-end et jours fériés sont avancées. Une réorganisation et un renfort des équipes doivent permettre un meilleur respect de la durée du jeun.

Il en est de même des toilettes qui peuvent être proposées en fin de matinée pour les personnes les moins autonomes.

Lors des absences inopinées, la charge de travail amène les agents à devoir suivre un rythme de prise en charge contraint qui ne respecte pas toujours le rythme de vie souhaité de la personne, notamment en ce qui concerne les couchers.

Certains soins infirmiers prescrits imposent des contraintes horaires (prise de sang, change, consultations extérieures...). Certaines consultations médicales sont trop matinales et ne respectent pas le sommeil des résidents.

2. Le respect de la vie privée et de l'intimité

Il ressort des dernières enquêtes de satisfaction, que les personnels respectaient l'intimité des résidents lors de la réalisation des soins. Si les agents ont acquis d'annoncer leur entrée dans le logement, il ressort de ces enquêtes qu'ils n'attendent pas systématiquement la réponse du résident. Le principe du « toc toc », emprunté à la formation « humanitude », sera à enseigner à tous les agents.

L'établissement possède un nombre important de chambres doubles dans le bâtiment B3 et de logements individuels avec cabinet de toilette du B4 mais qui ne sont pas équipés de douches, ce qui n'assure pas des conditions satisfaisantes de conservation de l'intimité. Des paravents ont commencé à être installés dans les logements à 2 lits. L'établissement s'est également équipé d'une douche au lit.

Les résidents de l'EHPAD peuvent demander leur clé de logement. Toutefois, celle-ci n'est pas proposée dès l'entrée et elle est uniquement remise sur demande. Les résidents de l'UPAD ne bénéficient pas tous d'une clé.

Les résidents et les familles sont invités à personnaliser leur logement.

Des petits salons sont répartis dans tout l'établissement et permettent aux résidents et familles de se retrouver dans un cadre plus intime. Une salle peut également être prêtée pour célébrer un anniversaire. Une salle à manger est à disposition des proches sur réservation pour déjeuner avec le résident.

Un mini magasin est disponible et permet aux résidents de conserver leurs habitudes de consommation antérieures. Une liste de produits disponibles est proposée aux résidents. Une carte prépayée rechargeable peut leur être vendue, et leurs achats débités au fur et à mesure.

Le courrier est distribué tous les jours dans les logements sauf opposition.

3. La liberté d'aller et venir

Les résidents ont accès librement à tout moment de la journée à leur logement et aux lieux collectifs.

Les sorties extérieures sont également libres pour les personnes pouvant circuler seules sans risque ou contre-indication médicale. Les résidents et les familles sont invités à signaler à l'infirmière ou l'aide-soignante toute absence prolongée afin d'éviter toutes inquiétudes ou recherches inutiles.

L'UPAD a été initialement conçue dans le but de respecter la liberté d'aller et venir des personnes aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur dans un univers sécurisé. L'accès au jardin de l'unité totalement clos et sécurisé prolonge également cet espace de déambulation.

Une réflexion approfondie sur l'amélioration des pratiques et la réduction de l'utilisation des contentions dans les services devra être menée tout particulièrement pour éviter les contentions passives.

4. La liberté de pratique d'un culte et expression de la citoyenneté

Sur demande, il est possible de recevoir la visite d'un ministre du culte de son choix. Un office religieux catholique est célébré 1 fois par mois dans la chapelle de l'établissement. Les dates et horaires sont communiqués par voie d'affichage. Toute personne souhaitant y assister, quel que soit sa dépendance, peut y être accompagnée par une équipe de bénévoles.

Conscient de l'absence d'organisation à destination des autres cultes, il est proposé d'établir une liste des différents lieux de culte situés à proximité.

Par ailleurs, l'établissement respecte, lors de la fin de vie, les volontés du résident. Les personnels devront être formés aux différents rites du culte.

Les résidents et familles sont informés par voie d’affichage des différentes échéances électorales. L’établissement facilite les opérations de vote par correspondance ou procuration lors de ses échéances électorales mais reste à l’initiative du résident et de sa famille. L’équipe animation peut organiser à la demande un accompagnement pour les résidents inscrits au bureau de vote de Ligueil.

Les résidents peuvent, à leur demande, disposer d’une ligne téléphonique fixe directe dont l’abonnement est à leur charge.

Une boîte aux lettres est à disposition des résidents dans le petit salon du rez-de-chaussée. Elle est relevée quotidiennement par les agents de l’administration et le courrier déposé par leurs soins à la poste.

5. La dignité des personnes accueillies

La charte des droits et liberté de la personne accueillie en établissement est affichée, distribuée et présente dans le livret d’accueil. Dans la vie quotidienne, la personne doit avoir la possibilité de conserver ses habitudes dans tous les domaines de la vie courante : alimentation, tenue vestimentaire, loisirs, vie civique...

Une sensibilisation est faite régulièrement auprès des personnels concernant les conduites à tenir en matière de respect de la dignité des personnes âgées, notamment lors des temps institutionnels (transmissions, staffs, réunions de service,...) et reprises lors des groupes d’analyses de la pratique. S’agissant des soins médicaux et d’hygiène, ils sont réalisés dans un souci de respect de la personne.

La charte est présentée systématiquement à tout nouvel embauché et aux stagiaires accueillis dans l’établissement.

Par ailleurs, cette thématique est inscrite dans l’enquête de satisfaction faite auprès des résidents et des familles.

6. La participation des résidents et des familles

Les équipes pluridisciplinaires proposent aux résidents, autant que possible, leur soutien et leur accompagnement, en les associant dans les actes de la vie quotidienne, en privilégiant leur autonomie et potentialité, et en respectant leur rythme et leurs habitudes de vie. Ils sont donc sollicités et stimulés en fonction de leur capacité restante et de leur fatigabilité.

Les résidents peuvent faire part de leurs souhaits et habitudes de vie dans le recueil de données remis avant l’admission. Ces éléments sont pris en compte dans leur plan de soin. Les familles ou proches accompagnent généralement le résident pour les démarches d’admission. Ils sont invités à être présent le jour de l’entrée et à venir régulièrement rendre visite au résident. Ils sont souvent chargés du marquage du linge, participent à l’inventaire. Ils sont en charge des règlements des frais de séjour. Ils peuvent être désignés tuteurs et/ou personne de confiance pour le résident.

La présence et la participation de la famille sont très importantes. Elles sont sollicitées, aidées et soutenues en lui faisant comprendre l’importance de son implication. La participation de la famille doit être encouragée à travers les activités de la vie quotidienne : s’occuper du linge, d’une petite toilette

(shampoing, bain de pied), de l'habillage, de l'accompagnement (coiffeur, consultations). Cette participation ou cette aide favorise également le lien de confiance avec l'équipe.

La famille est également sollicitée pour des accompagnements à des sorties ou à des animations.

Les résidents valident leur projet de vie individualisé mais ne sont pas totalement associés à la détermination des objectifs fixés. Certaines familles et représentants légaux peuvent être invités à consulter le projet de vie du résident et à le signer.

Certaines activités d'animation et de vie sociale permettent aux résidents de poursuivre quelques tâches de la vie courante (pliage du linge, arrosage des plantes, couture, portage du journal, épiluchage...).

Les usagers désignent des représentants (résidents et familles) qui participent au conseil de la vie sociale (CVS), instance d'expression des usagers. Leurs avis sont transmis au conseil d'administration (CA). Deux représentants du CVS sont membres à voix délibérative au CA. D'autres instances d'expression d'usagers sont en place : commission de menus, parloir-âge...

Une note explicative informe les résidents et leurs familles des différentes possibilités qui leur sont offertes pour manifester leurs observations ou réclamations. Cette note est annexée au livret d'accueil.

Une main courante permet de recueillir leurs observations et témoignages sur le fonctionnement de la structure. Elle est disponible dans le hall d'accueil du bâtiment principal.

Des « boîtes à idées » ont également été disposées au bureau d'accueil et au 1^{er} étage au niveau de l'ascenseur près de l'entrée des ambulances permettant de collecter leurs remarques et suggestions.

Le cadre de santé et les infirmières sont aussi à leur écoute pour améliorer de façon continue la satisfaction des résidents. Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'établissement restent leurs interlocuteurs privilégiés pour tout ce qui concerne leur suivi médical ou celui de leur parent.

Le Directeur, ou son représentant, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une remarque, soit par téléphone, soit par écrit (e-mail ou courrier), soit lors d'une rencontre au cours de laquelle le résident peut être accompagné de la personne de son choix. Les noms et coordonnées de ces personnes ressources figurent sur les « informations utiles » remis avec le livret d'accueil ou consultable sur le site internet de l'établissement.

Par ailleurs, les usagers peuvent s'adresser aux représentants des familles et résidents du Conseil de la Vie Sociale qui sont à leur disposition sur rendez-vous. Leurs noms et coordonnées sont affichés sur les tableaux d'information des entrées des services.

Ils ont également la possibilité de remplir une fiche de réclamation disponible sur demande auprès de chaque agent des services. En cas d'impossibilité à compléter cette fiche, ils peuvent faire appel à un membre du personnel. Celui-ci s'engage à retranscrire les termes employés et s'assure de leur exactitude par une relecture auprès du résident ou de sa famille.

L'établissement mène une campagne tous les deux ans de recueil et mesure de leur satisfaction, par le biais d'un questionnaire. Une synthèse des résultats est affichée dans le hall d'entrée et fait l'objet d'une communication et analyse dans les instances.

Une réunion d'information et d'échange réunissant les résidents, les familles et le personnel est organisée annuellement permettant de faire partager les activités et projets de l'établissement et de recueillir les attentes et avis des usagers.

7. Le lever

Les habitudes des heures de réveils des résidents sont prises en compte et peuvent être modifiées en fonction de la fatigabilité des résidents. Néanmoins, ils ne peuvent pas toujours être respectés dans les logements à deux lits.

8. Le petit déjeuner

Les petits déjeuners sont proposés à partir de 7h30. Dans l'UPAD, ils peuvent être proposés à toute heure de la matinée.

Les résidents ont le libre choix de prendre leur petit déjeuner en chambre ou en petite salle à manger. Les habitudes alimentaires sont recueillies dès l'entrée et sont respectées. Le petit déjeuner peut être constitué à la carte (boissons chaudes, jus de fruits, yaourt, pain, céréales). Des viennoiseries sont proposées tous les dimanches.

Des petits déjeuners campagnards sont organisés par l'équipe animation au moins une fois par an dans chaque service.

La vaisselle et le matériel de préparation sera à renouveler.

9. Un moment privilégié : la toilette

La toilette doit constituer l'un des moments privilégiés pour l'utilisation de certaines capacités, pour la réhabilitation du mouvement, de la verticalisation et pour la conscience du corps.

La toilette permet aussi de prévenir de possibles dégradations corporelles. La prévention des escarres fait partie du rôle des soignants.

La toilette est un soin et le soignant veille à rester vigilant à la douleur provoquée en l'évaluant et en adoptant des mesures de prévention.

La toilette fait l'objet d'un protocole.

Une toilette partielle ou complète est assurée au moins tous les jours. Une douche est proposée tous les 8 à 12 jours. L'établissement devra poursuivre ses efforts pour réduire cette fréquence dans le respect du libre choix du résident. L'absence de douches dans les chambres du bâtiment du B4 est un obstacle. L'acquisition de nouveaux équipements (douche au lit, fauteuil douche électrique à hauteur variable et inclinable) doit permettre d'accompagner les équipes à privilégier cette prise en charge. Les transferts du résident pour une douche augmentent la durée du soin par rapport à une toilette au lit. Des réflexions devront être menées avec le psychomotricien et l'ergothérapeute pour améliorer la mobilisation du résident et favoriser la toilette dans la salle d'eau. La fréquence des shampoings doit aussi être améliorée.

La toilette, enfin doit répondre à un désir de confort du résident. La toilette sera reportée en cas de refus catégorique. Le respect de la pudeur est aussi fondamental.

La toilette s'appuie sur le savoir-faire et savoir être des soignants en particulier la parole, le toucher et le regard. Les soignants favorisent la communication verbale et non verbale.

Afin d'assurer une cohérence dans l'accompagnement du résident, une toilette évaluative est réalisée en binôme par une infirmière et une aide-soignante. Les éléments recueillis permettent d'ajuster le plan de soin au regard des besoins et des capacités restantes de la personne. Le psychomotricien et l'ergothérapeute interviennent régulièrement en soutien et en conseil des équipes de soins dans la mobilisation des résidents pendant la toilette. Le psychologue intervient également dans l'accompagnement des équipes en charge de résidents présentant des troubles cognitifs.

Les soignants animateurs proposent des douches « bien-être » d'une durée d'environ 1 heure. L'acquisition d'une baignoire balnéothérapie est à étudier.

10. L'habillement

Une attention particulière est apportée à l'habillement des résidents. Les équipes soignantes veillent à faire participer le plus possible le résident aux choix de ses tenues vestimentaires. Les personnels sont également sensibilisés au port de chaussures adaptées. Les trousseaux de certains résidents sont souvent limités et ne permettent pas toujours un rechange suffisant ou adapté. La distribution du linge propre est assurée par les lingères et/ou agents de service dans la chambre des résidents au moins une fois par semaine.

L'équipe d'animation organise deux fois par an une exposition de vêtements. Les familles et représentants légaux en sont informés par écrit et invités à renouveler la garde-robe de leur parent le cas échéant.

11. Les repas

Le temps du repas est un moment important et convivial qui rythme la vie des résidents. Une attention particulière doit être apportée à la réalisation et à l'organisation de la restauration afin d'apporter une prestation de qualité. Il représente aussi un moment propice à la mobilisation des capacités restantes et au maintien de l'autonomie dans la vie quotidienne.

Les repas sont élaborés sur place quotidiennement par le service cuisine de l'établissement à partir de denrées brutes fraîches ou surgelées.

La qualité et la fraîcheur des aliments qui composent les repas sont soigneusement contrôlées. Des prélèvements et analyses microbiologiques alimentaires périodiques sont réalisés par un laboratoire agréé indépendant. L'établissement respecte les dernières recommandations d'hygiène alimentaire en cuisine collective (démarche H.A.C.C.P.) en collaboration étroite avec la Direction des Services Vétérinaires. La démarche du Plan de Maîtrise Sanitaire a été engagée.

Des plats de substitution sont proposés en cas de besoin. Un recueil de goûts et préférences alimentaires est par ailleurs effectué au moment de l'admission.

Des repas adaptés « manger-mains » pour répondre aux besoins des résidents atteints de démence présentant des troubles de l'apraxie ou déambulant ou en refus d'alimentation, ont été initiés et doivent être poursuivis et perfectionnés.

Les menus sont établis sur la base d'un plan alimentaire équilibré à partir des suggestions de la Diététicienne. Ils sont disponibles pour la semaine sur les tables. Le menu du jour est également affiché à chaque entrée des salles à manger. Il est proposé de les afficher également dans les ascenseurs et en plus gros caractère sur les tables.

Les moments particuliers sont marqués : repas à thème, fêtes nationales, Noël,... Les repas le week-end et les jours fériés sont améliorés. Du vin est proposé à chaque repas.

Les régimes alimentaires sont adaptés selon les prescriptions médicales et sont pris en compte dans le respect des choix et du consentement du résident. Sauf avis contraire du médecin, des desserts ou menus « normaux » seront servis certains dimanches, les jours fériés, et à l'occasion des repas à thèmes, anniversaires et animations.

Tous les trimestres environ une commission des menus, à laquelle sont conviés les résidents, se réunit pour se prononcer sur les menus à venir, sur la base d'un plan alimentaire.

Le résident peut inviter, sur réservation, les personnes de son choix au déjeuner dans une salle réservée à cet effet.

Les repas (déjeuner, dîner) sont pris en salle de restaurant principale ou dans les salles à manger d'étages sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

Le restaurant accueille environ 85 résidents les plus autonomes pour porter leurs couverts à la bouche. Les résidents qui ont besoin d'une aide au repas ou qui le souhaitent prennent leur repas dans les salles à manger d'étages. Les résidents de l'UPAD prennent leurs repas dans leur salle de vie.

Les horaires des repas sont les suivants :

Petit déjeuner : A partir de 7h30

Déjeuner : 12h00 au restaurant et dans les salles à manger

Collation : 15h30 – 16h00

Dîner : 18h30

Les dîners sont avancés d'1/2h à 3/4h les WE et jours fériés.

L'amplitude horaire est actuellement de 12 à 13 heures entre le dîner et le petit déjeuner. Des collations sont proposées le soir en systématique pour les résidents ayant peu d'appétit ou sur demande.

L'établissement devra poursuivre ses efforts en matière de respect des recommandations de réduction du jeûne nocturne. Ils devront être accompagnés d'une réorganisation des horaires et de répartition des tâches mais aussi de moyens complémentaires.

L'enquête de satisfaction intègre un recueil d'appréciations sur la qualité de la restauration. Les résultats sont présentés aux instances. Des fiches navettes avec le service de cuisine sont à disposition

des équipes des services permettant d'évaluer la qualité/quantité des repas. Le taux de retour reste insuffisant.

Des repas thérapeutiques sont mis en place une fois par semaine par la psychologue pour les résidents de l'UPAD et par l'ergothérapeute pour les résidents de l'EHPAD.

La qualité du service est identique entre les salles à manger des services et la salle de restaurant (dressages de nappes le week-end, vaisselle hôtelière,...).

Les repas sont servis à l'assiette à partir de chariots chauffants ou de chariots de service. Cette qualité de service devra être proposée aux résidents ayant un régime sans sel.

Les salles à manger ont été rénovées mais manquent de places et pour certaines de luminosités.

Le travail de réorganisation de l'équipe du restaurant est à poursuivre.

12. Les collations

Des carafes d'eau renouvelées deux fois par jour sont distribuées dans les logements des résidents. Des fontaines à eau sont disponibles à chaque étage des bâtiments. Des collations sont servies tous les jours à partir de 15h30. Une organisation devra être pérennisée pour garantir une collation l'après-midi dans tous les services même en cas d'arrêt de travail inopiné.

Des tisanes sont proposées à la demande le soir. Des collations sont proposées le soir en systématique pour les résidents ayant peu d'appétit ou sur demande.

Les prises de collations devront faire l'objet d'une traçabilité.

13. L'accompagnement au coucher

Les résidents prenant leur repas dans les petites salles à manger des services sont accompagnés en priorité pour être préparé au coucher (aide au déshabillage, petite toilette, entretien des prothèses, fermeture des volets à la demande). Les habitudes et rituels du coucher et de sommeil du résident sont respectés mais une organisation différente en horaire décalé de l'équipe permettrait une meilleure prise en charge des couchers. L'accompagnement aux toilettes avant le coucher devra systématiquement être proposé.

Une visite des agents de nuit dans les logements est assurée à partir de 21h30-22h00.

Des collations sont proposées à la demande mais ne sont pas systématiques.

L'absence de moyens matériels et/ou le manque de temps conduisent parfois les personnels à négliger l'entretien des prothèses et le brossage des dents ou en tout cas à ne pas le prioriser dans le cadre de la prise en charge des résidents.

14. L'accompagnement la nuit

La conduite aux toilettes ou le nursing en période nocturne sont effectués au cas par cas (déjà réveillé ou levé, change au cours du premier sommeil pour garantir un confort cutané toute la nuit, incontinence sévère...). Les agents de nuit assurent deux passages dans les logements chaque nuit

(22h00-1h00 et 4h30-6h00). Les résidents qui le souhaitent peuvent demander qu'un seul passage. Toutefois, dans les logements à deux lits, le respect du sommeil ne peut être garanti malgré la discrétion apportée par les équipes.

Une évaluation de la qualité du sommeil peut être sollicitée, par exemple suite à un changement de traitement ou à des troubles du comportement.

La présence d'un agent de nuit au sein de l'UPAD permet d'assurer la sécurité des résidents et de surveiller les circulations permettant notamment de rassurer les résidents en cas de réveil nocturne. Cette présence n'est toutefois pas effective toute la nuit.

Des activités non stimulantes pourraient être organisées avec les résidents éveillés la nuit (pliage, soins esthétiques, pédiluve, massage, jeux de société, tisane et café sans caféine).

En dehors des passages, les équipes de nuit répondent aux sonnettes et les aides-soignantes assurent la distribution de certains traitements. Elles gèrent également les urgences médicales en lien avec le SAMU-centre 15 et assurent les prises en charge en cas de décès. Par ailleurs, dès leur arrivée, les agents de nuit sécurisent les portes d'accès de l'établissement et font des rondes régulières.

Les formations des équipes de nuit initiées sont à poursuivre.

15. Le soutien et la prise en soin psychologique

Deux psychologues interviennent dans l'établissement : une psychologue intervient à 0.4 ETP plus particulièrement sur l'EHPAD et une autre psychologue à 0.2 ETP (1 journée par semaine) intervient plus spécifiquement sur l'UPAD. Cette quotité de temps est jugée insuffisante au regard des besoins individuels d'accompagnement et de soutien sollicités.

Dans le cadre de leur mission, les psychologues assurent un travail d'accueil, d'accompagnement clinique et de soutien psychologique des résidents et de leurs familles. Les psychologues effectuent les différents tests nécessaires à une meilleure connaissance du résident (MMS, NPI, etc..). Elles sont associées au recueil de l'histoire de vie du résident et participent aux staffs pluridisciplinaires pour l'élaboration des projets de vie individualisés des résidents. Ils rencontrent chaque résident entrant puis à chaque demande de l'équipe pluridisciplinaire. Ils participent aux transmissions. Ils peuvent être associés aux demandes d'admission et réalisent quelques visites à domicile ou en service d'hospitalisation.

Ils animent des groupes d'analyses des pratiques avec les personnels.

Ils peuvent animer et/ou encadrer des ateliers thérapeutiques.

Ils rencontrent et accompagnent les familles et proches dans un travail de soutien et d'écoute

Ils dispensent également des formations thématiques pour le personnel.

Les praticiens du secteur public de psychiatrie n'interviennent pas dans l'établissement. Aucune convention n'existe actuellement L'intervention mensuelle d'une infirmière de psychiatrie a été amorcée depuis quelques mois mais reste à évaluer. Le suivi psychiatrique est très limité.



Atouts :

- Personnalisation possible de la chambre
- Mini boutique
- Modalités de recueil de la satisfaction des usagers diversifiées
- Petits déjeuners campagnard
- Qualité hôtelière du service au restaurant à généraliser dans les autres salles à manger
- Présence d'une diététicienne
- Commission de menus dynamique
- Service à l'assiette à généraliser



Perspectives :

- Réajuster les horaires de certains soins
- Retarder l'horaire des repas du soir
- Mieux respecter le principe du logement comme domicile
- Dédoubler les logements à deux lits du B3
- Aménager des douches au sol dans les chambres du B4
- Proposer une clé du logement dès l'entrée
- Equiper tous les logements à deux lits de paravents
- Poursuivre l'acquisition de douches au lit
- Former les représentants des usagers
- Mieux impliquer les familles dans les activités d'animation et de vie sociale
- Renouveler les équipements de préparation des petits déjeuners
- Améliorer la fréquence des douches et des shampoings
- Modifier le trousseau d'entrée
- Tendre vers le respect des recommandations de réduction du jeûne nocturne
- Proposer en systématique une collation le soir
- Agrandir les salles à manger
- Etendre les repas thérapeutiques à l'UPAD
- Relancer et perfectionner les repas adaptés « manger-mains »
- Poursuivre le travail de réorganisation de l'équipe du restaurant
- Améliorer la lisibilité des menus
- Améliorer le taux de retour des fiches navette d'évaluation des repas
- Garantir une distribution des collations tous les jours
- Etablir une liste des différents lieux de culte à proximité de l'établissement.
- Améliorer les pratiques et la réduction de l'utilisation des contentions
- Réfléchir à des dispositifs de surveillance continue la nuit à l'UPAD (réorganisation de la présence, détecteurs, caméra...)
- Proposer des activités non stimulantes pour les résidents éveillés la nuit
- Poursuivre les formations pour les équipes de nuit
- Favoriser les conditions d'intervention de médecins psychiatres dans l'établissement
- Renforcer le temps de psychologue

V. ANIMATION ET VIE SOCIALE DU RESIDENT

1. La philosophie de l'animation

L'animation est l'affaire de tous : personnes âgées, familles, membres du personnel, bénévoles. L'animation doit s'efforcer de créer un environnement stimulant qui favorise simultanément le déroulement de la vie collective et le développement des projets individuels des résidents, à la fois par les résidents eux-mêmes et par les membres du personnel.

Avant, l'animation était plutôt occupationnelle alors qu'aujourd'hui elle joue un rôle important : en effet, un des objectifs de l'animation est de renforcer la confiance et l'image identitaire du résident pour éviter un glissement vers la dépression ou la démence relationnelle.

L'animation n'est pas le domaine réservé du responsable de l'animation, mais de chacun, dès lors qu'il participe au système relationnel en place, il a son rôle à jouer quelle que soit sa fonction. Par ailleurs, l'animation est le moyen pour chacun des intervenants de placer sa relation à la personne prise en charge dans une autre dimension où le soin n'est plus évoqué, mais qui fait toute la place à la relation humaine.

Pour proposer et assurer une animation de qualité, les équipes doivent intégrer dans leurs pratiques quotidiennes en faveur des résidents certaines règles essentielles :

- Leur maintenir des repères sociaux, relationnels, de sécurité qui combattent le repli de soi et l'isolement
- Observer et regarder s'il y a pathologie pour prendre à temps les mesures qui éviteront l'apparition d'une dépendance irréversible
- Leur expliquer ce que l'on va faire avec des mots simples pour compenser leurs éventuelles altérations fonctionnelles ou psychiques
- Proposer plutôt qu'exiger ou décider à leur place
- Leur donner du temps pour favoriser leur participation, respecter leur rythme de vie et ne pas les mettre en situation d'échec

L'établissement s'inscrit dans un environnement de proximité et se doit de demeurer en prise directe avec la vie de cet environnement local pour assurer au résident la poursuite d'une vie au rythme des saisons et des événements locaux.

2. La définition du projet d'animation

Animation du latin anima : l'âme : elle consiste à donner une âme à la structure en créant une dynamique reposant sur la valorisation des gestes quotidiens, en conservant une identité individuelle, collective et sociale.

Le projet d'animation s'inscrit dans une réponse individualisée aux attentes des résidents. L'animation consiste donc à permettre à la personne âgée de maintenir ses capacités d'autonomie sociale, physique et psychologique à travers des activités adaptées à ses besoins, ses capacités et ses attentes.

La mise en place des activités d'animation et de vie sociale dans l'établissement a pour objectif de :

- Maintenir une vie sociale et citoyenne

- Maintenir l'autonomie.
- Entretenir des facultés intellectuelles.
- Entretenir des facultés sensorielles.
- Valoriser la personne âgée.
- Permettre de s'exprimer, de communiquer.
- Permettre aux résidents de maintenir des liens sociaux avec l'environnement.
- Permettre aux résidents de maintenir des liens intergénérationnels.
- Permettre aux résidents de se connaître au sein d'un groupe.
- Favoriser la participation des familles et des proches
- Favoriser la collaboration entre les résidents, les familles les bénévoles et le personnel.
- Lutter contre l'isolement.
- Maintenir ou redonner des motivations aux personnes âgées.
- S'occuper et se divertir.
- Maintenir une vie culturelle
- Développer la tolérance et le respect d'autrui dans la vie quotidienne.
- Développer le sentiment d'utilité
- Donner une image positive de l'EHPAD.

3. Les différentes typologies de l'animation

Le projet des animations se construit à partir des projets de vie individualisés qui sont élaborés avec les résidents. En ce sens, le projet d'animation de chaque résident varie en fonction de chaque individu et s'inscrit au plus près de ses besoins, de ses possibilités et de ses envies.

L'animation peut alors s'inscrire dans :

- Une animation pour tous : chaque résident est invité à y participer en fonction de ses envies et ses souhaits. Ces activités réalisées répondent à des objectifs d'activités de loisirs et d'activités socioculturelles favorisant l'autonomie, les liens sociaux et le divertissement.
- Une animation thérapeutique : Les résidents sont invités à participer à une animation de groupe mais dans un objectif thérapeutique ciblé et individualisé. Ces activités sont généralement encadrées par des thérapeutes (psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute...).
- Une animation partagée : Ces activités s'inscrivent dans un double objectif : un objectif thérapeutique : valorisation de la personne, son image et son autonomie et un objectif de socialisation : développement de vie relationnelle, sociale et culturelle.
- Une animation individuelle : Elle répond à un ou des besoins individuels d'un résident ou d'un groupe de résidents. Ces activités de soutien individuel voire personnalisé doivent s'adresser prioritairement aux besoins des résidents n'étant pas ou plus en capacité d'assister ou d'intégrer des animations collectives mais également pour ceux, isolés, qui ne le souhaitent pas, pour des raisons qui leur sont propres, suivre une animation collective
- Une animation « soins » : Ces activités favorisent les gestes de la vie quotidienne autour du « prendre soin ». Ce temps privilégié avec la personne âgée est l'occasion de prendre en charge ses besoins fondamentaux et ses besoins de confort (toilette bien être, soins

corporels, soins relationnels, esthétique, habillage, aide au rangement du linge, de la chambre, aide à la marche, aide au repas...)

4. Le déroulement de l'animation

4.1 Les différents acteurs des activités d'animation et de vie sociale

Le projet d'animation voit l'implication de nombreuses personnes :

- L'animatrice est chargée de la coordination, à la programmation et à la conduite du projet et de l'animation des différentes actions. Son rôle est défini par une fiche de fonction.
- L'aide animateur assiste les animateurs dans la réalisation des activités. Il peut également assurer un rôle d'animateur.
- Les soignants animateurs (aides-soignants et aides médico-psychologiques) : interviennent sur des horaires dédiés pour animer certains ateliers prioritairement dans les services, participer aux animations festives et accompagner des sorties. Leur rôle est défini par une fiche de poste.
- La psychologue, le psychomotricien, l'ergothérapeute, la diététicienne assurent l'encadrement ou participent à des activités à visées thérapeutiques et rééducatives spécifiques notamment auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou ayant des troubles apparentés (atelier mémoire, musicothérapie, atelier équilibre...)
- L'ensemble du personnel soignant et hôtelier, ainsi que différents stagiaires, s'impliquent dans le projet en matière d'information, d'accompagnement des personnes et éventuellement d'aide aux animations d'ateliers particuliers organisés dans leur service.
- Les agents de l'accueil et des admissions pour leur participation à différents supports et l'accompagnement des résidents dans la vie citoyenne.
- Des associations partenaires sont amenées à intervenir : l'aumônerie, l'association des résidents, les ehpad des environs, les écoles et collèges de la ville, les centres de loisirs...
- Les intermittents du spectacle sont amenés à intervenir environ une fois par mois pour les temps forts du calendrier (« Repas Champêtre », Fête de la musique, pour le Noël des résidents et les enfants du personnel, lors des repas à thèmes...)

Une Association des résidents existe au sein de la structure nommée « l'amicale des résidents ». Elle organise annuellement un repas « champêtre » ouvert aux familles et proches et propose la vente de tickets de tombola. Les bénéfices, complétés d'une subvention de l'EHPAD, permettent d'organiser des spectacles et sorties aux résidents toute l'année. Elle gère également le mini magasin et vend les cartes prépayées.

4.2 La programmation des animations

Le programme d'animation doit donc être élaboré en fonction de l'évaluation des attentes de chaque résident, par l'utilisation du projet de vie individualisé, par des entretiens avec la personne et sa famille, par l'expression collective (parlott'âge, commission animation) et par l'ouverture sur la vie extérieure (projets inter-ehpad, projets intergénérationnels, vie culturelle et associative locale...).

Les activités sont régulièrement proposées en journée du lundi au vendredi et un samedi et un dimanche par mois. Des activités en soirée peuvent parfois être organisées.

La programmation des activités régulières peut être modifiée en raison de l'organisation d'actions individualisées, de spectacles ou d'autres évènements exceptionnels ou imprévus.

Les résidents sont libres de participer aux activités, de simplement y assister ou de s'impliquer activement, l'essentiel étant de maintenir une vie sociale, de se divertir et d'occuper son temps. C'est aussi le moyen de se maintenir en forme ou de partager ses connaissances.

Dans le cadre du maintien des relations familiales et pour une meilleure prise en charge, les familles et visiteurs qui les souhaitent sont invités à assister ou participer aux activités avec les résidents.

Chaque jour l'animateur renseigne les résidents et visiteurs sur les activités et leur organisation.

L'ensemble du personnel est aussi présent pour accompagner les résidents sur le lieu de l'activité et leur rappeler les activités du jour.

Un minibus adapté aux personnes à mobilité réduite facilite les déplacements à l'extérieur.

4.3 [L'information et la communication](#)

Un tableau d'affichage dédié à l'animation indiquant notamment le ton du jour (pensée du jour, dicton du jour, le saint du jour) est disponible à chaque étage près des ascenseurs ainsi que dans le hall d'entrée, le restaurant et le grand salon. Des affiches présentent les activités régulières ainsi que les animations exceptionnelles, telles que les spectacles et les fêtes.

De plus une planification prévisionnelle mensuelle des animations est également affichée à l'attention de tous. Ces animations prévisionnelles sont reprises en début de mois et chaque jeudi dans les transmissions écrites diffusés auprès des personnels de tous les services mais également visible ou imprimable depuis le site internet de l'établissement permettant ainsi aux proches et amis de suivre les activités de la résidence. Egalement des tableaux noirs sont installés aux entrées des petites salles à manger et du restaurant afin d'y afficher le menu du jour.

Le responsable animation participe régulièrement aux transmissions et/ou réunions avec le personnel soignant, le cadre de santé et le médecin coordonnateur afin de dresser le bilan du projet et adapter les activités selon les projets de vie individualisés.

Les soignants ont un rôle de relai entre le service animation, les personnels, les résidents et les familles. Ils informent le service animation des besoins et attentes des résidents à chaque étage.

Les animateurs et soignants animateurs renseignent le logiciel de gestion du dossier du résident (PSI rubrique) qui intègre notamment un module de gestion du projet de vie et animation.

Une équipe de bénévoles de l'aumônerie intervient chaque semaine et accompagne les résidents désireux à la chapelle pour la messe mensuelle. D'autres bénévoles individuels assurent ponctuellement des accompagnements aux animations et sorties. Une réunion est planifiée chaque semestre entre l'animatrice et les bénévoles. Elle doit permettre un compte rendu verbal des ressentis et des doléances des résidents et d'échanger sur les personnes susceptibles de participer à certaines activités mise en place. Afin d'assurer la liaison entre l'animatrice, les services de soins et les bénévoles, il est proposé la mise en place d'un cahier de liaison.

Des groupes de paroles « Parlott'âge » avec les résidents sont institués périodiquement pour rendre les résidents plus acteurs de l'animation, recueillir leurs souhaits et satisfactions, faire émerger des projets d'activités d'animation, et définir ensemble les modalités d'organisation ou de leur participation.

Une commission d'animation est organisée 3 fois par an coordonnée par l'animatrice et ouverte aux membres du personnel qui souhaitent participer à la programmation et à l'animation d'activités. Les résidents et les familles qui souhaitent proposer leurs idées peuvent les communiquer à l'animatrice ou par l'intermédiaire des membres du conseil de la vie sociale.

4.4 L'évaluation

Différents outils sont mis en œuvre :

Des fiches projets sont écrites et validées par la Direction avant toute inscription au calendrier. Elles définissent les objectifs et les modalités d'évaluation.

Une grille de suivi de la fréquentation des activités permet d'évaluer la participation et une appréciation générale (déroulement de l'action et satisfaction des résidents) est effectuée après chaque activité et inscrite dans le bilan de l'animation coordonnée par le responsable animation.

L'enquête de satisfaction annuelle intègre dans ses items un bilan des attentes et des avis des résidents et des familles concernant l'animation dans l'établissement.

Le bilan du projet de vie et d'accompagnement individualisé du résident permet d'ajuster les besoins et les souhaits du résident au regard des activités proposées ou à mettre en place.

En début d'année, une rencontre avec l'animateur et l'équipe de direction (directeur, cadre de santé et médecin coordonnateur) permet de définir les grands axes de développement à envisager.

Ces axes sont validés en commission d'animation et présentés dans les instances (conseil d'administration, conseil de la vie sociale) et en commission d'animation. Ces temps de rencontres sont l'occasion de faire un bilan des activités réalisées sur l'année en cours ou sur l'année précédente.

5. Le maintien de l'image identitaire du résident

L'animation joue un rôle très important pour le maintien de l'identité. En effet, la stimulation de la personne âgée par la mise en place d'ateliers et d'activités permet le maintien de l'identité, le renforcement des capacités mentales et psychologiques ainsi que la valorisation de ses capacités physiques.

L'animation permet le renforcement des capacités mentales et psychologiques grâce à des ateliers mémoire, jeux de mots, ateliers écriture, esthétisme et bien-être, ateliers permettant de situer le résident dans le temps et l'espace.

L'animation joue un rôle important du point de vue de la valorisation des capacités physiques, au travers d'activités telles que la musicothérapie, gymnastique volontaire, cuisine thérapeutique, jardinage.

L'animation permet de maintenir l'autonomie du résident : cuisine, jardinage, le situer dans le temps et l'espace (ateliers en rapport avec les saisons, avec le temps...)

Les activités d'animation mises en place dans l'établissement ont, comme un des objectifs fondamentaux, le maintien de l'identité propre à chaque résident : cartes d'anniversaires propres à chaque résident, attentions personnelles et particulières...

Cet objectif peut se décliner par les ateliers suivants :

- Favoriser le maintien des capacités physiques : gym douce, ateliers corporels, atelier équilibre, atelier danse, atelier jardinage,...
- Favoriser le maintien des capacités intellectuelles : ateliers cognitifs, poterie, mosaïque, musicothérapie,...
- Favoriser la pratique des gestes intellectuels : jeux de société, jeux de cartes, lotos, concours cuisine, quizz, dessin, peinture,...
- Valoriser l'image, l'estime de soi, la confiance en soi, aider la personne à faire des choix : atelier esthétique, exposition de vêtements, atelier cuisine, chorale...
- Mettre les résidents à l'honneur : repas champêtre, anniversaires, radio Balthazar, coiffure, tablées d'été, casse croute du terroir,...

6. L'intégration sociale du résident

L'intégration sociale doit permettre de lutter contre l'exclusion sociale, c'est-à-dire permettre de conserver un lien proche avec le monde extérieur (géographique et culturel) et s'intégrer à un groupe. Etre intégré socialement c'est se sentir reconnu.

L'animation joue un rôle très important dans l'intégration sociale du résident :

La mise en place d'un recueil des attentes de la personne permet de connaître, entre autres, le passé socio professionnel et culturel et le statut familial du résident et donc permettre de savoir ce qu'il faisait avant son entrée dans l'établissement. « Connaître son passé pour savoir ce qu'il souhaite faire dans son nouvel environnement ».

Lutter contre l'exclusion sociale, c'est aussi permettre de conserver les droits civiques : droit de vote par exemple. L'intégration sociale dépend aussi de l'évolution économique : permettre aux résidents de manipuler de l'argent en faisant les courses par exemple, en gérant leurs budgets. C'est aussi pouvoir acheter des cadeaux, écrire, correspondre

C'est également intégrer l'établissement dans son environnement proche : intervenants extérieurs, partenariat avec les écoles, les autres EHPAD...

Etre intégré socialement, c'est participer aux manifestations calendaires.

Cet objectif peut se décliner par les ateliers suivants :

- Favoriser la découverte de nouvelles activités socioculturelles : visites, châteaux, parcs, jardins,...
- Favoriser la pratique des occupations individuelles : accompagnement au cimetière, sorties , arrosage des plantes,
- Favoriser la participation à des loisirs collectifs : chorale, lecture de contes, décors au rythme des saisons,
- Favoriser l'accueil et les contacts avec la famille et les amis : coin café, bals, repas des familles, accompagnement aux sorties,
- Favoriser l'échange avec d'autres résidents : radio Balthazar, lecture du journal, rencontres inter-ehpad, rencontres inter-services,...
- Se divertir, se détendre, s'amuser, se faire plaisir : spectacles, animations musicales, promenades, pique-nique, repas à thèmes, séjour-vacances

7. Appropriation de l'environnement par le résident

L'entrée en EHPAD est généralement mal vécue, d'une part, parce qu'elle est la conséquence d'une perte d'autonomie et, d'autre part, parce qu'elle est le fait de la perte des repères de vie. L'EHPAD est un endroit que le résident, à son arrivée, ne situe pas et qu'il a en général choisi résigné. L'animation doit avoir comme objectif de faire le lien avec le passé afin que la personne âgée puisse mieux se faire au présent.

Le nouveau logement est un autre domicile pour le résident qui doit être respecté en tant que tel et qui doit être adapté à ses envies et ses besoins.

Bien s'approprier l'environnement, c'est se sentir en sécurité dans son lieu de vie, le considérer comme un refuge voire un lieu de détente où on se sent en confiance.

C'est aussi permettre au résident de situer l'établissement par rapport à la commune, à la région. C'est ouvrir l'établissement sur l'extérieur en faisant intervenir des associations et créer des partenariats extérieurs (écoles, autres EHPAD,...).

Cet objectif peut se décliner par les ateliers suivants :

- Favoriser les rencontres avec les acteurs de la vie locale :, Ludobus, association de pêche, échanges avec le Foyer pour personnes adultes handicapées, participation aux organisations de la commune (comice rural, fête du lait, Percufolies,...), cinéma,...
- Favoriser les rencontres intergénérationnelles : chasse aux œufs, jeux de société, échanges avec les écoles et centres de loisirs, les crèches,...

- **Maintenir des repères quotidiens et les gestes de la vie courante** : affichage, annonces micro des activités et menus, passage dans les chambres des animatrices, réfection des lits, épluchage, mise de table, pliage du linge, aide décoration, habillage, mini magasin, télévision, rangement du linge, distribution du courrier,...
- **Favoriser le sentiment d'appartenance structurelle, positiver les lieux** : conseil de la vie sociale, parlot'âge, commission de menus, aménagement et décoration du logement, fleurs sur les balcons...
- **Favoriser l'ambiance sociale et sensori-affective** : signalétique, diffusion ambiance musicale, ateliers décoration, toilette confort et bien être, visite de chiens, présence du chat, dégustations saisonnières,...

XI. PROJET DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Le projet de service du Service de Soins Infirmiers à Domicile est annexé.

XII. PROJET DU SERVICE EQUIPE MOBILE ALZHEIMER

Le projet de service de l'Equipe Mobile Alzheimer est annexé.

XIII - PROJET SOCIAL ET DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

I. RESSOURCES HUMAINES

1. Description du personnel

L'équipe médicale

- **Les médecins traitants** donnent toutes les informations relatives à l'état de santé du patient et prennent, en concertation avec le patient, les décisions thérapeutiques nécessaires à l'amélioration de leur état de santé. **D'autres professionnels de santé libéraux** interviennent au sein de l'établissement : kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure...
- **Le médecin coordonnateur** contribue à coordonner l'intervention des médecins généralistes et des autres professionnels de santé intervenant à titre libéral dans l'établissement. Dans ce cadre, il doit promouvoir auprès des intervenants libéraux les bonnes pratiques, notamment la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.
- **Le pharmacien** concourt à la sécurité thérapeutique des patients en ce qui concerne l'utilisation des médicaments et du matériel médical en collaboration avec les équipes médicales. Il est secondé par une **préparatrice en pharmacie**.

L'équipe de soins

Sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé paramédical, l'équipe a pour objectif de prodiguer des soins de qualité. Chacun a une fonction bien définie.

- **Le cadre supérieur de santé paramédical** est responsable de l'organisation, de l'animation et du fonctionnement des services de soins et rééducations. C'est à lui qu'il convient de s'adresser pour obtenir un renseignement ou formuler une observation.
- **Les infirmier(e)s** sont chargées de la mise en œuvre des soins infirmiers prescrits par les médecins traitants. Ils expliquent les finalités des examens et des traitements prescrits. **Une infirmière hygiéniste** intervient périodiquement et collabore avec les professionnels en matière d'hygiène et de prévention des infections liées aux soins ainsi que sur la formation continue du personnel.
- **La psychologue** prévient et prend en charge les troubles psychiques de la personne âgée, soutien les familles dans sa relation avec son parent et accompagne et aide les personnels dans la prise en charge. Elle participe également à la mise en place des projets de soins et de vie.
- **La diététicienne** réalise des activités de conseil et de rééducation en diététique, afin de maintenir ou de restaurer l'état nutritionnel et l'équilibre alimentaire, et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic
- **L'ergothérapeute** intervient pour rééduquer des fonctions déficitaires, maintenir et développer l'autonomie (dans les transferts, les repas, dans les soins d'hygiène...), favoriser l'intégration de la personne dans ses lieux de vie (confort du résident, installation et positionnement au lit, prise autonome du petit déjeuner...). Elle a également un rôle de conseil et de formation des équipes (aides techniques, appareillages, aménagement des lieux de vie, manutention...).

- **Le psychomotricien** intervient par l'intermédiaire du corps (relaxation, massages, gymnastique douce...) sur les fonctions mentales, cognitives, affectives et motrices de la personne âgée.

- **Les aides-soignant(e)s** participent aux soins d'hygiène et d'hôtellerie et secondent les infirmiers. Ils aident, en cas de besoin, à réaliser les actes de la vie quotidienne.

- **Les agents de service hospitalier** sont chargés de l'hygiène dans les services de soins. Ils aident, en cas de besoin, à réaliser les actes de la vie quotidienne.

- **Les étudiants et élèves.** L'établissement accueille des étudiants infirmiers, des élèves aides-soignants et des lycéens qui réalisent des stages pratiques dans les services

D'autres catégories de personnels concourent également au bon déroulement du séjour des résidents et sont employés dans divers services :

- **Equipe opérationnelle d'hygiène**

- **Cuisine**

- **Buanderie/Lingerie**

- **Animation**

- **Services technique**

- **Directeur et services administratifs**

2. Les effectifs

2.1 Les effectifs EHPAD

Désignation des emplois	effectifs 2013 ZRR inclus	Mesure nouvelle	ETP au cours de l'année 2014	Effectifs alloués en 2015	H	D	S
<u>Personnel de direction et administratif</u>							
Directeur (HC)	1,00		1,00	1,00	1,00		
Adjoint des Cadres Cl. Normale	1,00		1,00	2,00	2,00		
Adjoint Administratif Principal 2ème classe	-		-	-			
Adjoint Administratif 1ère classe	1,00		1,00	-	-		
Adjoint Administratif 2ème classe	1,60		1,30	1,60	1,60		
TOTAL ADMINISTRATIF	4,60	-	4,30	4,60	4,60	-	-
<u>Personnel technique et logistique</u>							
Informaticien							
Contremaître							
Maître Ouvrier Principal				-	-		
Maître Ouvrier	2,00		2,00	2,00	2,00		
Ouvrier Professionnel Qualifié	12,60		10,84	12,60	9,12	2,28	

Agent des Services Hospitaliers Qualifiés	2,60		3,89	2,60	2,16	0,64	
Agent d'Entretien Qualifié	1,00		2,80	1,00	1,00		
TOTAL TECHNIQUE ET LOGISTIQUE	18,20		19,53	18,20	14,28	2,92	-
<u>Personnel de soins et médico-technique</u>							
Animateur	1,00		1,00	1,00	1,00		
Psychologue	0,60		0,50	0,60		0,60	
Diététicienne	0,50		0,50	0,50	0,50		
Ergothérapeute	1,00			1,00			1,00
Psychomotricien	1,00		0,84	1,00			1,00
Préparateur en pharmacie	1,00		1,50	1,00			1,00
Cadre supérieur de santé paramédical	1,00		0,90	1,00			1,00
Infirmières	3,80		3,88	3,80			3,80
Infirmières en soins généraux	4,00		3,00	4,00			4,00
Infirmières hygiéniste	0,20		0,20	0,20			0,20
Aides-soignants	34,00		38,67	34,00		10,20	23,80
Aides Médico-Psychologiques	0		7	0		0	0
Aides Médico-Psychologiques	1,00		1,00	1,00		0,30	0,70
Agent des Services Hospitaliers Qualifiés	23,55		23,50	23,55	16,49	7,07	
TOTAL SOINS ET MEDICO-TECHNIQUE	72,65	-	75,49	72,65	17,99	18,17	36,50
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL	95,45	-	99,32	95,45	36,87	21,09	36,50
<u>Personnel médical et pharmaceutique</u>							
Médecin coordonnateur	0,50		0,50	0,50			0,50
Pharmacien	0,60		0,52	0,60			0,60
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	1,10	-	1,02	1,10	-	-	1,10
TOTAL PM et PNM	96,55	-	100,34	96,55	36,87	21,09	37,60

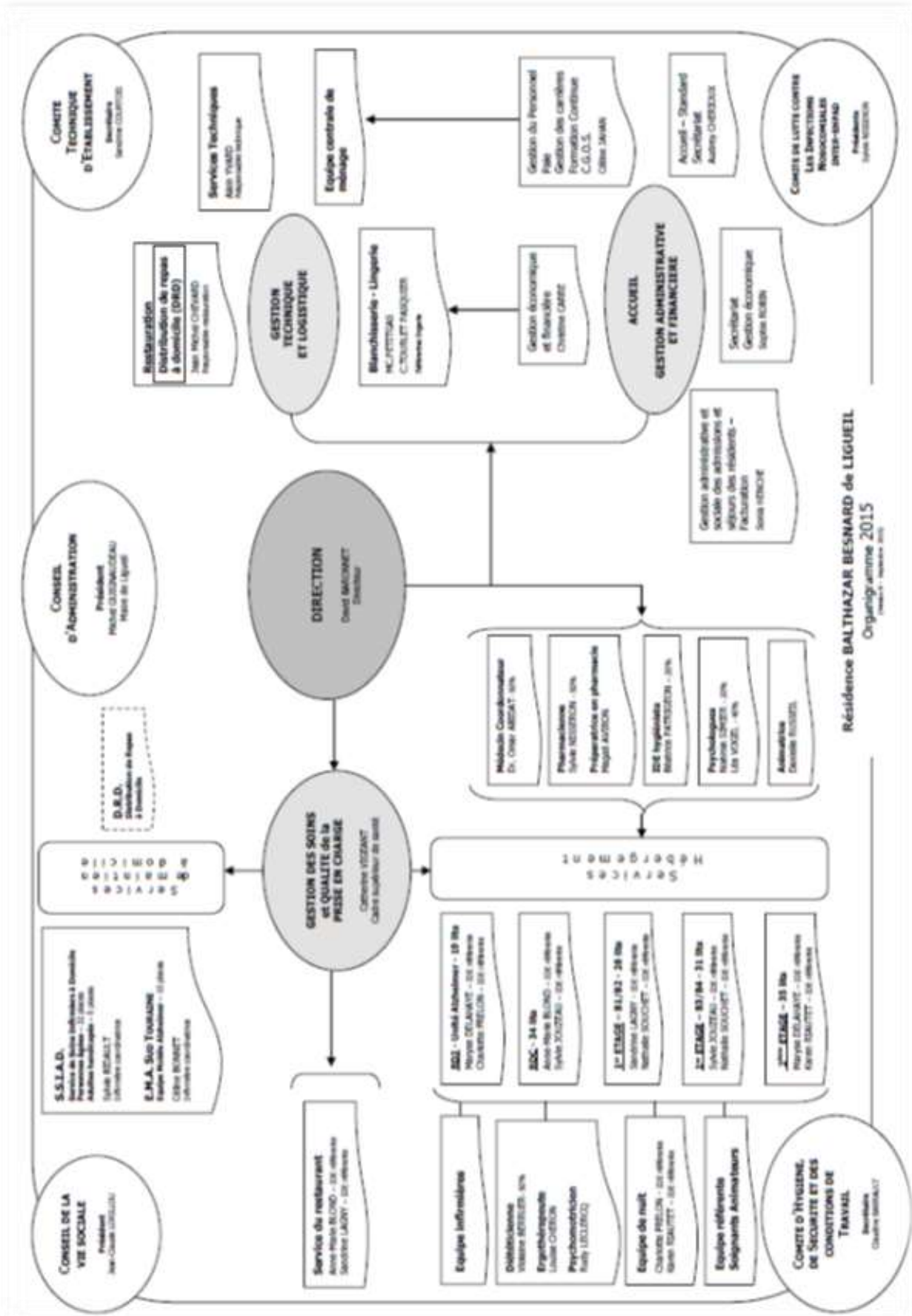
ratio global global	0,657	0,657
ratio soins (IDE,AS,AMP)	0,272	0,272
ratio soins avec ASH	0,432	0,432
ratio global avec contrats aidés & mensualités remplacement	0,731	0,731

2.2 Les effectifs SSIAD PA

Désignation des emplois	Effectifs alloués 2014	ETP au 31.12.2014	Effectifs accordés 2014	Soins
<u>Personnel de Direction et Administratif</u>				
Adjoint administratif 2 ^{ème} classe	0.50	0.50	0.50	0.50
TOTAL DIRECTION ET ADMINISTRATIF	0.50	0.50	0.50	0.50
<u>Personnel de soins et médico-technique</u>				
Infirmière	0.80	0.80	0.80	0.80
Aides-soignantes	6.40	6.10	6.40	6.40
TOTAL SOINS ET MEDICO-TECHNIQUE	7.20	6.90	7.20	7.20
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL	7.70	6.40	7.70	7.70

2.3 Les effectifs EMA

Désignation des emplois	ETP alloués 2014	ETP au 31.12.2014	ETP accordés 2015 <small>*ETP partagé avec le SSIAD de Preuilly</small>	Soins
<u>Personnel de Direction et Administratif</u>				
Adjoint administratif 2 ^{ème} classe	0.10*	0.10*	0.10*	0.10*
TOTAL DIRECTION ET ADMINISTRATIF	0.10*	0.10*	0.10*	0.10*
<u>Personnel de soins et médico-technique</u>				
Infirmière	0.20*	0.20*	0.20*	0.20*
Ergothérapeute	1.00*	0.80*	1.00*	1.00*
Aide-soignante	0.75	0.75	0.75	0.75
TOTAL SOINS ET MEDICO-TECHNIQUE	1.95*	1.75*	1.95*	1.95*
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL	2.05*	1.85*	2.05*	2.05*



4. Compétences et engagements

Les caractéristiques particulières de l'accompagnement, ainsi que les contraintes des prises en charge nécessitent que les professionnels soient régulièrement formés pour s'adapter, aux évolutions des personnes accueillies, au développement des modes d'intervention et d'accompagnement qui sont proposés.

Il est essentiel de s'entourer de professionnels motivés et désireux de s'investir auprès des résidents et patients. La prise en charge et l'accompagnement au quotidien de ces bénéficiaires ne s'improvisent pas et la bonne volonté, si elle est une réelle qualité, n'est pas un critère suffisant. Chaque soin exige des efforts de réflexion et de coordination. L'équipe professionnelle qui s'engage, adhère au projet mais aussi doit avoir les qualités requises définies dans chaque fiche de compétences et de postes

5. Gestion du temps de travail

Un accord prévoyant la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail a été signé le 24 avril 2012 par la direction de l'établissement et les organisations syndicales représentatives CFDT et FO. Il prévoit les modalités de mise en œuvre des rythmes de travail de l'ensemble des services.

Cet accord a fait l'objet d'avenants :

- Avenant n°1 : signé le 7 mai 2008 avec la section locale CGT.
Il prévoit les modalités de mise en œuvre de la journée solidarité.
- Avenant n°2 : signé le 22 octobre 2009 (avec effet au 1^{er} janvier 2010)
Il prévoit les modalités de mise en œuvre des nouveaux rythmes de travail hebdomadaire de l'Administration.
- Avenant n°3 : signé le 11 juin 2013 avec la section locale CGT
Il prévoit les modalités de mise en œuvre des nouveaux rythmes de travail des équipes de nuit, ainsi que les modalités de mise en œuvre des rythmes de travail de nouvelles unités de travail : psychomotricien, ergothérapeute, préparateur en pharmacie, équipe mobile Alzheimer. Il introduit également l'expérimentation du télétravail.

6. Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes

Dans l'EHPAD, les femmes représentent plus de 90% du personnel.

La Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et ses textes d'application déterminent des mesures effectives pour lutter contre les inégalités faites aux femmes dans toutes ses dimensions : meilleure adéquation du temps de vie, lutter contre les violences faites aux femmes, généraliser de la parité, favoriser l'égalité professionnelle et salariale,...

La promotion de l'égalité professionnelle dans l'établissement peut s'appuyer sur un répertoire d'actions facilitantes :

Faciliter l'emploi

- S'assurer de la mixité des jurys de recrutement
- Analyser les fiches de poste pour déceler et supprimer toutes les dispositions qui peuvent s'avérer porteuses de discriminations liées au genre
- Recevoir en entretien de recrutement des hommes et des femmes pour tous les postes au moins dans la même proportion que celle des CV reçus
- Aménager les locaux (vestiaires, sanitaires) et adapter les outils de travail

Faciliter les formations

- Définir des conditions de formation (horaires, durée, distance) compatibles avec les obligations familiales ou personnelles et inscrire ces principes dans une charte de la formation
- Développer l'offre de formation pour les femmes les moins qualifiées

Faciliter la gestion de carrière

- Neutraliser l'impact des absences liées à la parentalité sur l'évaluation, en sensibilisant les évaluateurs
- Informer les agents en congés parentaux et maternité, sur la base du volontariat, des évolutions des projets de l'établissement pendant leur absence
- Suite à une naissance, recevoir systématiquement les jeunes parents via une rencontre avec le responsable hiérarchique et la direction
- Proposer un planning de formation pour reprise de poste après un congé parental et pour toute longue absence afin d'accompagner et de faciliter la reprise de l'activité
- Optimiser les déplacements domicile - travail en expérimentant le travail à distance (télétravail) et en cartographiant les déplacements pour proposer des rapprochements domicile - travail
- S'organiser pour faire gérer les absences liées à la parentalité (congé maternité, paternité ou parental) par le recours à une équipe de remplaçants internes ou par une réorganisation des charges de travail au sein des équipes
- Remplacer les agents en congés maternité pour éviter un surcroît de travail à la reprise du poste et favoriser l'accès à l'emploi pour les jeunes femmes

Détecter et gérer les situations de harcèlement

- Instaurer une procédure précise et connue de tous : réception de la personne plaignante à la direction et invitation à la reformulation de la plainte
- information du plaignant sur son droit à la protection fonctionnelle
- instruction à charge et à décharge par la direction
- Utiliser les documents réglementaires (document unique, registre d'hygiène et de sécurité...) de la collectivité afin de normaliser et de faciliter les signalements.

Communiquer sur l'égalité Hommes-Femmes

- Ouvrir les supports de communication interne aux problématiques de l'égalité hommes-femmes
- Informer les agents sur leurs droits liés à la parentalité, sur les démarches à entreprendre ainsi que sur les possibilités offertes par l'établissement
- Inciter à la prise du congé paternité

Former les encadrants

- Former l'encadrement à la lutte contre les discriminations et sur la prise en compte de l'égalité hommes-femmes dans leur management

7. Le télétravail

A titre expérimental, pour certains agents appartenant à certains corps, grades ou emplois, la possibilité de travailler en télétravail peut être organisée, sous réserve des nécessités de service, après accord du salarié, validation des responsables hiérarchiques, après avis du comité technique d'établissement et décision du directeur. L'avenant n°3 de l'accord sur la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans l'établissement prévoit les modalités d'application et définit les catégories d'agents. A ce jour, seul l'ergothérapeute de l'équipe mobile Alzheimer bénéficie d'une journée de télétravail par semaine.

II ACCUEIL ET INTEGRATION DU PERSONNEL

1. Accueil et intégration du personnel et des stagiaires

Les personnels recrutés font systématiquement l'objet d'un entretien préalable d'embauche réalisé en binôme, avec la présence au moins d'un membre de l'équipe de direction et, selon l'emploi, du responsable de service d'affectation ou de la chargée des ressources humaines. Tous les postulants reçoivent systématiquement une réponse sur les suites apportées à leurs candidatures. Une procédure de recrutement définit les éléments constitutifs du dossier d'embauche qui garantit l'employabilité de l'agent.

La date d'embauche est convenue avec le responsable de service et l'agent en charge des ressources humaines selon les besoins du poste et les nécessités de service. La prise de fonction est annoncée dans les transmissions hebdomadaires. Un agent, référent du service, est désigné pour accueillir et accompagner le nouvel embauché, le jour de son arrivée. Une procédure définit les modalités d'accueil et d'intégration des agents. Elle est issue d'un groupe de travail associant les équipes pluridisciplinaires. Celle-ci doit désormais être déployée et appropriée par les personnels accueillants de l'établissement. Elle comprend notamment la remise du livret d'accueil du personnel, de la fiche de poste ainsi que de la charte de bienveillance de la résidence.

Un temps de doublure est prévu sur le planning pour permettre au nouvel embauché un temps d'adaptation à l'organisation du travail. Un entretien d'accueil avec le responsable de service est réalisé à la suite de la prise de poste. Un tutorat peut être mis en place à la demande de l'agent ou de la direction.

Un bilan d'évaluation professionnelle périodique est programmé pour tous les personnels contractuels. Il permet de vérifier la bonne intégration de l'agent, ses conditions d'accueil et de travail, et vérifier la bonne compréhension du poste et du niveau de compétence et d'implication attendu et le cas échéant d'aborder les corrections et ajustements à réaliser. Il permet à l'agent de faire part de ses difficultés, de ses contributions, de proposer des points d'amélioration et de mieux comprendre les ajustements nécessaires.

L'accueil des intérimaires et des stagiaires n'est pas bien défini et doit faire l'objet d'une réflexion d'équipe pour permettre d'harmoniser les pratiques dans l'établissement. Il conviendra de définir et formaliser un processus d'accueil et d'accompagnement et de suivi des stagiaires, tout particulièrement des étudiants infirmiers et aides-soignants, en lien avec les écoles et instituts de formation.

2. Le tutorat

Un dispositif de tutorat a été mis en place depuis 3 ans et porté tout particulièrement par une infirmière détachée sur cette fonction. Le renforcement de l'équipe infirmière au cours du 3^{ème} trimestre 2015 devrait permettre de réactiver ce dispositif en veille depuis près de 8 mois.

D'un point de vue étymologique, tutorat vient du mot latin « tutor » qui signifie « défenseur », « protecteur », « gardien ». Pour le petit Robert, il s'agit d'un enseignant qui suit, assiste

et conseil particulièrement un élève ou un groupe d'élève. BORU JJ et LEBORGNE, en 1992, donnent une autre définition du tutorat, mais en entreprise, précisant qu'il s'agit d'un « ensemble de moyens », en particulier humains, mobilisés pour intégrer et former à partir de la situation « de travail ».

D'une façon générale, nous retrouvons 3 dimensions principales dans le rôle du tutorat :

- une dimension professionnelle, le tuteur détenteur de compétences, de savoirs et de savoir agir va les partager en montrant, guidant, conseillant le tuteur.
- Une dimension pédagogique, ou le tuteur va bénéficier des compétences de son tuteur, durant une situation de travail. Cette dimension porte sur les relations interpersonnelles, les présentations de savoirs spécifiques et la capacité d'apprendre à apprendre, et d'évaluer les acquis.
- Une dimension relationnelle et socio affective : le tutorat aura pour but à la fois d'informer, de guider, de motiver, mais aussi de mettre en relation les différents interlocuteurs.

Un protocole et une grille d'évaluation sont élaborés.



Atouts :

- Tutorat à réactiver
- Livret d'accueil du personnel à actualiser
- Procédure d'accueil et d'intégration à déployer
- Temps de doublure matin et soir à maintenir
- Proposition de logement pour les stagiaires éloignés de leur domicile



Perspectives :

- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels
- Mettre en place une journée découverte et d'accueil des nouveaux arrivants
- Formaliser un protocole d'accueil dans le service avec autoévaluation des bonnes pratiques professionnelles encadrée par une aide-soignante
- Elaborer un mémo pratique du service
- Elaborer un livret d'accueil et d'accompagnement des stagiaires
- Elaborer un règlement intérieur du logement
- Elaborer un trombinoscope
- Formaliser les modalités d'évaluation des nouveaux personnels et renforcer le tutorat IDE

III. LA GESTION DES METIERS, DES COMPETENCES ET DES QUALIFICATIONS

La définition retenue est celle proposée dans le manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière aux éditions EHESP sous la direction d'André Lucas, directeur d'hôpital et professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- *visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences ;*
- *en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyen termes bien identifiés ;*
- *et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle*

Cette démarche de « réduire les écarts de façon anticipée » vise à favoriser la plus exacte adéquation entre les besoins, présents ou à venir, et les ressources, aujourd'hui disponibles ou susceptibles de l'être demain.

La résorption de ces écarts peut être réalisée, en matière de gestion des ressources humaines, au moyen de différents leviers :

- le recrutement de compétences sur le marché du travail
- les apports de compétences et qualifications aux agents en place (formation)
- la mobilité interne
- les redéploiements
- les reconversions
- l'organisation du travail

1. Le positionnement professionnel

Une fiche de compétences est élaborée pour la majorité des postes. Elle fixe les compétences de base en termes de savoirs, de savoirs faire et de savoirs être et peut faire référence à des référentiels métiers, notamment pour les professions réglementées par le code de la santé publique (ex : profession d'infirmière). Elle est remise lors du recrutement selon une procédure formalisée qui reste à déployer.

Un entretien d'évaluation professionnel annuel réalisé pour tous les agents y compris en CDD permet le cas échéant de mesurer la bonne compréhension du métier par l'agent et de vérifier les activités et compétences attendues du poste.

Depuis quelques mois, les agents peuvent s'inscrire dans des groupes d'analyses des pratiques animés par la psychologue. Un petit groupe de professionnels par service se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances issues des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ex : ANESM/HAS) ou de données de littérature scientifique et professionnelle, pour analyser l'action après qu'elle se soit déroulée.

De la même manière des staffs pluridisciplinaires sont mis en place pour permettre d'élaborer le projet de vie et d'accompagnement individualisé du résident. L'organisation des staffs pluridisciplinaires est formalisée dans une procédure.

Les transmissions orales et écrites permettent aux professionnels de mettre à disposition et de partager, dans le respect des règles du secret professionnel et de la discrétion professionnelle, les informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi du résident. Ils permettent la programmation des soins journaliers, la prise en compte des besoins et attentes du résident, la traçabilité des soins réalisés et des actions entreprises. Ils assurent la continuité de soins coordonnés et l'aide à la décision par son contenu.

La qualité des éléments communiqués et ciblés des transmissions écrites et des transmissions orales est la clé de la continuité et de l'efficacité des soins. Elle est un élément déterminant pour la sécurité des soins. Ils sont alors le reflet de

Ces transmissions des professionnels soignants sont complétées par un bulletin d'information écrit diffusé hebdomadairement « transmissions pour tous » permettant le partage d'informations d'ordre générales sur la vie institutionnelle à l'ensemble des personnels (notes de service, activités, formations, réunions, consignes...).

Dans le cadre du plan de formation continue, diffusé dans chaque service, les agents peuvent solliciter des actions de formations adaptées aux besoins de connaissances et compétences requises.



Atouts :

- Formalisation des fiches de poste à poursuivre
- Staffs pluridisciplinaires à consolider
- Bulletin « Transmissions pour tous » diffusé chaque semaine



Perspectives :

- Finaliser l'élaboration des fiches de poste et intégrer les risques professionnels et les responsabilités
- Développer l'évaluation à froid des formations
- Renforcer les qualifications et expertises des agents
- Développer des programmes de formations certifiantes, intégrantes et innovantes
- Proposer des formations sur les responsabilités juridiques
- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels avec l'organisation d'une journée découverte
- Favoriser des temps de communication entre professionnels et mieux diffuser l'état d'avancée des groupes de travail institutionnels
- Renforcer les analyses de pratiques

2. Partager les valeurs

Les fonctions et missions de la Résidence Balthazar Besnard sont basées essentiellement sur le respect des principes édictés par **la charte des droits et libertés de la personne accueillie**.

L'établissement s'est engagé dans une démarche qualité qui vise à améliorer la prise en charge globale du résident. Elle repose sur des principes directeurs :

Protection et respect des droits et dignité de la Personne âgée

- Définition des besoins fondamentaux et particuliers de la personne âgée
- Respect de son identité : Tenir compte de la diversité et des particularités des résidents accueillis
- Respect de sa dignité et son intimité
- Assurer la sécurité et le confort de son milieu de vie
- Organiser et adapter les pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs

Besoins et attentes des résidents comme principe de fondement du projet de vie

- Chartes, droits, codes déontologiques et autres recommandations doivent être utilisés comme guides et points de référence
- Développement d'un milieu de vie se rapprochant le plus possible de sa vie antérieure (stable et aidant) : espace de vie privatif : chambre, mobilier, équipements individualisés
- Recherche des attentes et désirs des résidents
- Respect des rythmes, et des préférences dans la limite des possibilités de la vie institutionnelle (sommeil, lever, repas, sieste, toilette...)
- Respect de la vie affective, familiale, amicale et sexuelle du résident
- Respect de ses convictions (religieuses, philosophiques...)

Prise en charge globale et individualisée de la personne âgée

- Recherche globale de bien être
- Dispensation des soins et services en interdisciplinarités appropriés et personnalisés au résident de façon à s'intégrer à une approche caractérisant un milieu de vie comme au domicile
- Capacités des personnes et recherche de moyens humains et technique à les optimiser
- Maintien des fonctions mentales supérieures et de l'autonomie fonctionnelle
- Centrée l'action sur le potentiel et les forces et capacités du résident
- Adaptation des moyens matériels au maintien de l'autonomie : accessibilité des équipements (douche, WC, jardin...), système de sécurité (appel malade, éclairage), adaptabilité des matériels (fauteuils, lits, prothèses...)
- Accompagnement de fin de vie des résidents
- Accompagnement au deuil des familles et proches
- Animation thérapeutique
- Maintien de la vie sociale
- Implication des proches
- Meilleure connaissance du résident admis
- Information claire, précise et appropriée sur les droits et devoirs des résidents
- Favoriser l'expression des droits civiques des résidents
- Maintien d'une gestion organisé et autonome des revenus et patrimoine des résidents
- Maintien d'une maîtrise de gestion du courrier
- Ouverture sur l'extérieur afin de faire participer les résidents à la vie locale
- Choix vestimentaire

La bientraitance

- Protection des résidents contre toutes agressions et maltraitements physiques, psychiques et morales
- Information sur les actes effectués en son nom
- Information claire, loyale et adaptée sur l'évolution de l'état de santé des résidents
- Consentement à tout soin le concernant
- Accessibilité aux soins 24h/24

Garantie de la qualité et des services: indicateurs de pratiques institutionnelles (comportements d'équipes adaptés dans un environnement humain)

- Humanisation des pratiques : analyse des attitudes et pratiques professionnelles
- Démarche de prévention (chute, fugue, incontinence...)
- Appropriation du lieu de vie : accessibilité, orientation, déplacement
- Développement de pratiques sociales permettant l'intégration et socialisation au groupe
- Aider les relations interpersonnelles : équilibres humains et sociaux
= approche globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire
- Service convivial des repas équilibrés
- Services esthétiques : coiffure, esthéticienne, pédicure
- Services culturels : bibliothèque, sorties
- Services hôteliers : linge, repas
- Développement de la formation continue et spécifique des personnels qualifiés pour faire évoluer les pratiques dans la prise en charge de la personne âgée
- Services d'animations occupationnelles et réadaptatives

Ces valeurs doivent être partagées et acceptées de tous pour permettre une prise en charge cohérente, adaptée et sécurisée des résidents. Elles donnent du sens à l'action individuelle et collective et contribuent à harmoniser les pratiques professionnelles.

La stabilité de l'équipe de direction (Directeur-cadre de santé-médecin coordonnateur), participe à garantir le respect des valeurs et de l'éthique professionnelle dans l'établissement. Elle s'appuie également sur les professionnels qualifiés, infirmières en particulier, pour veiller, le cas échéant, au réajustement des postures des équipes.

Les actions des formations proposées dans l'établissement ont, pour la plupart, une consonance bienveillante. L'organisation de formations mutualisées avec d'autres EHPAD favorisent les croisements de pratiques.

Des formations spécifiques « bientraitance » sont proposées tous les ans aux agents. Une charte bientraitance ainsi qu'un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance ont été élaborés et diffusés à chaque nouvel arrivant.

Des dispositifs d'évaluation et d'intégration (tutorat, évaluation professionnelle annuelle, procédure d'accueil) permettent de s'assurer de la bonne adéquation des compétences de l'agent avec les missions du poste qui lui est attribué. Les analyses de pratiques animées par la psychologue permettent de consolider le positionnement des agents autour du partage des valeurs communes.

La politique de mobilité interne initiée permettra de développer la cohésion interne et l'esprit collectif.

L'autoévaluation réalisée et les actions d'amélioration des pratiques proposées dans le cadre de la démarche d'évaluation interne puis d'évaluation externe garantissent une réflexion d'équipe pluridisciplinaire harmonisée sur la qualité des prestations à dispenser aux personnes accompagnées et soignées.



Atouts :

- Staffs pluridisciplinaires à consolider
- Démarche de formations mutualisées inter-EHPAD à poursuivre
- Climat social apaisé
- Equipe pluridisciplinaire



Perspectives :

- Renforcer le temps de psychologue
- Développer une politique d'avancement des contractuels
- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels avec l'organisation d'une journée découverte
- Développer un système d'évaluation des compétences des nouveaux professionnels plus périodiques en lien avec les IDE référentes et responsables de service
- Proposer un dispositif de soutien psychologique extérieur
- Mieux organiser la gestion et visibilité de l'information dans les services
- Formaliser les communautés de pratiques inter-EHPAD

3. Partager les enjeux institutionnels

Un livret d'accueil du personnel complet, et remis lors de l'embauche, permet à l'agent de mieux comprendre son environnement de travail, l'organisation de la structure, les enjeux institutionnels, de rappeler ses droits et ses devoirs, et de l'informer sur les dispositions de son statut.

Le protocole d'accueil et d'intégration du personnel prévoit la remise d'un certain nombre de documents institutionnels et notamment :

- le livret d'accueil du personnel et l'organigramme
- la fiche de compétences et de poste (savoirs/savoir-faire/savoir être)
- la fiche relative au secret professionnel et à la discrétion professionnelle
- le règlement de fonctionnement de l'établissement
- le règlement intérieur de l'établissement
- le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance
- les droits des usagers et la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- la charte de bienveillance (le-je.com)

- les modalités de recueil de la satisfaction des usagers
- la liste des protocoles à maîtriser
- la liste des documents à disposition dans chaque service
- la liste des informations disponibles sur les tableaux d'affichage du personnel (Document unique, règlement intérieur, ...)
- les consignes de sécurité

Les comptes rendus des réunions institutionnelles et les résultats des enquêtes ou évaluations sont diffusés par voie d'affichage et/ou par l'intermédiaire du bulletin hebdomadaire « transmissions pour tous ».

Une note de service, diffusée en début d'année, permet d'identifier et de communiquer sur les actions prioritaires de la convention tripartite retenues ou poursuivies pour l'année.

Une veille réglementaire et bibliographique est assurée par l'équipe de direction.

1 à 2 réunions de service sont programmées annuellement avec la présence de l'équipe de direction.

Les entretiens professionnels annuels permettent aux responsables de service de reprendre et préciser les enjeux institutionnels et les actions individuelles et collectives à mettre en œuvre.



Atouts :

- Canaux d'information diversifiés
- Groupes de projets dynamiques (mobilisation forte des personnels)
- Implication des référents à développer



Perspectives :

- Instaurer une réunion d'encadrement périodique
- Mieux organiser la gestion et la visibilité de l'information dans les services
- Formaliser des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
- S'appropriier la messagerie interne PSI
- Poursuivre la dynamique de référents et développer des journées thématiques inter-EHPAD

4. Le travail en équipe

Les pluridisciplinarités, c'est-à-dire les compétences et les spécificités croisées des équipes médicales, transversales, et soignantes, chacun dans son corps de métier et dans son expertise, doivent pouvoir s'articuler avec celles des autres en complémentarité pour assurer la cohérence de la prise en charge globale et une meilleure objectivité des réponses. C'est le sens du travail en équipe qui doit guider nos actions au quotidien.



Atouts :

- Staffs pluridisciplinaires à consolider
- Politique de mobilité initiée
- Implication des IDE référentes à accompagner
- Réunions de service formalisées



Perspectives :

- Favoriser la mobilité professionnelle
- Instituer des commissions inter-équipers (jour/nuit)
- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels avec l'organisation d'une journée découverte
- Développer des communautés de pratiques professionnelles
- Développer les analyses de pratiques professionnelles
- Développer les staffs pluridisciplinaires

5. Les responsabilités

Un organigramme est mis à jour à chaque changement et diffusé par voie d'affichage. Il permet d'identifier les liens fonctionnels, organisationnels et hiérarchiques de l'établissement.

Les fiches de compétences et de postes reprécisent ces liens.

Chaque agent porte un badge précisant son nom, son prénom et sa fonction. Les blouses sont de couleurs différentes selon le type de métier :

- Blouse rose : infirmière
- Blouse verte : aide-soignante et ASH de soins
- Blouse blanche : agent de service hôtelier, lingère
- Blouse blanche et bleue : agent de bio nettoyage
- Blouse noire : agent du restaurant
- Blouse prune : préparatrice en pharmacie

Les responsables de service de chaque secteur ont bénéficié d'une action de formation sur le management d'équipe.

Les professionnels de santé s'appuient sur leurs référentiels métiers et décrets de compétences pour leurs pratiques professionnelles. Ces références sont rappelées dans leurs fiches de compétences mais ne sont pas annexées.

Un classeur de protocoles et procédures est mis à disposition dans tous les services. Certains protocoles devront être actualisés et développés (ex : protocoles médicaux).

La démarche de tutorat ou l'entretien professionnel annuel est l'occasion de (re)sensibiliser les personnels sur leurs rôles et responsabilités dans leurs professions et leurs activités. L'évaluation périodique des actes délégués (ex : toilette évaluative en binôme avec l'IDE) assure une veille sur le transfert de compétences et donc de responsabilités.

Il existe des fiches d'événements indésirables. Un comité de retour d'expérience (CREX) organise chaque mois une revue des événements indésirables qui réalise des analyses collectives, rétrospectives et systémiques de cas marqués par un événement indésirable avec ou sans préjudices pour les résidents/patients et des situations d'événements porteuses de risques. Ces analyses ont pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la qualité de la prise en soin et de service rendu aux usagers mais aussi aux professionnels salariés et intervenants dans l'établissement, et, prévenir ainsi les risques de responsabilités.

En dehors des heures d'ouverture des services administratifs, une astreinte administrative est organisée avec les 5 EHPAD du sud lochois. Le tour de garde s'effectue du lundi matin 08h00 au lundi matin suivant 08h00. Les personnes de garde peuvent être amenées à effectuer des déplacements en fonction des nécessités éventuelles de garde. Le directeur de garde, ou le cadre de santé de garde ou l'adjoint des cadres de garde dispose d'un pouvoir délégué par chacun des représentants légaux. La délégation ainsi accordée porte sur les éléments constitutifs d'une garde administrative, notamment, la mise en sécurité des personnes et des biens (ex : incendie, errance de résident, suicide...).

Une infirmière est présente en continue de 6h30 à 21h00 (20h30 le WE). La nuit, 3 à 4 agents, dont une aide-soignante, sont toujours planifiés. L'aide-soignante assure le relais avec le SAMU Centre 15 en cas d'urgence. Une formation spécifique pour les personnels de nuit au processus d'urgence est à prévoir. Un encadrement de l'équipe de nuit par un temps partagé d'infirmière coordinatrice est à envisager dans le cadre d'une coopération inter-EHPAD.



Atouts :

- Identification des personnels par badge
- Démarche de tutorat à renforcer
- Toilette évaluative à développer
- Encadrants formés au management d'équipe
- Pluridisciplinarités renforçant les compétences et la prise de responsabilité
- CREX à poursuivre



Perspectives :

- Formaliser les modalités d'évaluation des nouveaux personnels et renforcer le tutorat
- Elaborer une valise d'astreinte administrative
- Instaurer une réunion d'encadrement périodique
- Finaliser l'élaboration des fiches de poste et intégrer les risques professionnels et les responsabilités.
- Développer la formalisation des protocoles et procédures
- Programmer la formation des agents de nuit au processus d'urgence
- Développer la formalisation des protocoles médicaux
- Envisager la création d'un poste partagé d'IDE coordinatrice de nuit

6. La gestion de l'absentéisme et des remplacements

La gestion de l'absentéisme ne fait pas l'objet de procédure spécifique. Elle est gérée par l'agent en charge des ressources humaines en lien avec la direction. En dehors des heures d'ouverture des services administratifs, la traçabilité de l'absentéisme est relevée sur un agenda situé dans le bureau des infirmières.

Un logiciel partagé de gestion des plannings permet une visualisation des effectifs par service. Il est accessible par les infirmières.

Le remplacement d'un agent absent est validé par la direction dans le cadre d'une procédure de recrutement formalisée. Une procédure définit les modalités d'accueil et d'intégration de l'agent remplaçant.

La réunion mensuelle entre le cadre de santé, la chargée des ressources humaines et les infirmières référentes permettant un temps d'échange est à poursuivre.

L'établissement a pris l'option de souscrire une assurance statutaire pour couvrir l'absentéisme pour maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, maladie professionnelle, accident de travail, maternité et décès. Une carence de 15 jours est appliquée pour les arrêts de maladie ordinaire. Le taux de cotisation ne permet qu'un remboursement partiel des indemnités journalières versées à l'agent et fragilise les équilibres budgétaires. L'établissement a conclu un service de contrôle médical délégué avec le prestataire.

Les modalités de l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail permettent d'organiser pour les équipes de soins des postes en horaires coupés. Cette facilité horaire permet de gérer plus facilement l'absentéisme inopiné et de courte durée. Les agents font preuve d'une grande disponibilité pour garantir la continuité des soins dans leur service. La solidarité inter-service s'est développée et devra être institutionnalisée. Elle devrait être facilitée par la politique de mobilité interne initiée.

Il peut être fait appel à des agents intérimaires pour faire face au remplacement de certains professionnels qualifiés (infirmières, aide soignantes). Un agent aide-soignante « pool de remplacement » a été mis en place et permet d'assurer les remplacements programmés de congés et de formation et d'animation (soignants animateurs). Une liste préférentielle de remplaçants est à formaliser, éventuellement en coordination inter-EHPAD. Les coûts de remplacements des congés de formation sont partiellement intégrés dans le plan de formation.

Des mensualités de remplacement sont budgétées chaque été pour les services de soins de jour et de nuit. Les autres services ne bénéficient d'aucuns crédits de remplacements.

Un médecin du travail intervient une journée par mois. Il est également joignable par téléphone. Il participe à tous les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Le personnel bénéficie d'une visite médicale au moins tous les deux ans et sur demande. Il participe de façon collaborative à la gestion des reclassements professionnels et des aménagements de postes temporaires pour permettre aux professionnels en difficultés de reprendre ou conserver leur emploi.



Atouts :

- Présence mensuelle du médecin du travail à consolider
- Souscription à une assurance statutaire à soutenir
- Désignation d'IDE référentes pour chaque service à conforter
- Chargée des ressources humaines impliquée
- Mise en place d'une aide-soignante « volante » à développer



Perspectives :

- Renforcer l'équipe volante
- Développer de la formation de gestion d'équipe pour les infirmières référentes
- Planifier des remplacements d'été dans les services logistiques (ST, cuisine, restaurant, bionettoyage, blanchisserie) ainsi qu'au SSIAD
- Rendre accessible informatiquement les plannings
- Renforcer l'entraide inter-services
- Garantir la pérennisation des dispositifs d'assurances statutaires

7. Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Un processus d'évaluation des compétences des personnels, basé sur l'entretien annuel, est mis en œuvre. A partir des autoévaluations de chaque agent, une cartographie des compétences a été élaborée. Elle doit être actualisée.

Un plan de formation annuel est élaboré et validé par les instances. Il est construit à partir des besoins individuels exprimés lors de l'entretien professionnel annuel et complété par les besoins de compétences à développer dans chaque service. Le plan de formation contribue à l'amélioration des compétences.

Des fiches de compétences et de postes sont élaborées pour la majorité des métiers. Elles sont signées par les agents lors du recrutement.

Le rapport annuel d'activités de l'établissement intègre un bilan social qui permet une identification des âges et des départs prévisionnels à la retraite par catégorie professionnelle. Un grand nombre d'agents de la fonction publique hospitalière peut partir à la retraite dès l'âge de 57 ans. Une réflexion devra être menée pour permettre aux agents qui n'ont pas cette possibilité de poursuivre une carrière harmonieuse en proposant, en partenariat avec la médecine du travail, un plan de suivi de fin de carrière, et en leur confiant des tâches, des fonctions, des missions qui conviennent à leurs aptitudes et aspirations. Des aménagements de poste, d'horaire, ou de temps partiels devront être facilités. Cette action devra s'inscrire dans une réflexion plus globale de santé et sécurité au travail dont la priorité est la démarche de prévention et gestion des risques professionnels et d'amélioration des conditions de vie au travail.

La démarche de mobilité interne initiée en 2014, et qui sera effective en 2016, favorisera une dynamique et diversification du parcours professionnel des agents et contribuera à élargir leurs connaissances, à accroître et à renforcer leurs compétences et leur professionnalisme.



Atouts :

- Cartographie des compétences à actualiser
- Mobilité interne initiée à développer



Perspectives :

- Actualiser et compléter la cartographie des compétences
- Actualiser les fiches d'évaluation professionnelle
- Finaliser l'élaboration des fiches de poste et intégrer les risques professionnels et les responsabilités
- Informatiser les fiches d'évaluation professionnelle

8. Fidéliser les personnels

La fidélisation du personnel repose sur la qualité de son accueil, de son intégration et sur son suivi et sa progression tout au long de sa carrière. L'environnement de travail et les conditions de travail doivent être un atout pour permettre à l'agent un sentiment de bien-être au travail et une bonne adaptation à son poste de travail.

Elle repose également sur le sentiment d'appartenance et de reconnaissance de l'agent dans l'établissement. Elle se traduit par une promotion des capacités d'autonomie et de responsabilité des agents, une valorisation des compétences et de l'expérience, un partage de valeurs et d'une identité professionnelle.

L'encadrement est un interlocuteur privilégié et doit faciliter l'accueil, l'intégration et la professionnalisation de l'agent.

Le plan de formation, le tutorat, les évaluations professionnelles, les réunions de services, les groupes de travail les groupes d'analyses de pratiques...sont autant de dispositifs permettant de renforcer l'implication de l'agent.

L'image valorisée de l'établissement (articles de presse, site internet, représentation de l'établissement, pluridisciplinarité, architecture...) est également un facteur d'attractivité des professionnels qui doit être développée.



Atouts :

- Equipements renforcés
- Promotion interne à poursuivre (AS, ASG,...)
- Disponibilité et accessibilité de l'encadrement
- Groupes de travail participatifs



Perspectives :

- Améliorer les conditions de confort et de vie au travail (locaux, équipements,..)
- Promouvoir l'égalité professionnelle
- Développer une politique d'avancement des contractuels

- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels avec l'organisation d'une journée découverte
- Renforcer les qualifications et expertises des agents
- Développer des programmes de formations certifiantes, intégrant et innovantes
- Développer l'analyse des pratiques professionnelles

9. Encourager la mobilité interne et professionnelle

Une démarche de mobilité professionnelle a été initiée en 2014 dans le cadre de réflexions menées par un groupe de travail pluridisciplinaire et devrait être effective en 2016. Elle répondait aux besoins d'anticipation et de participation des agents dans leur processus de changement de poste. Elle visait à réduire les disparités en l'élargissant à tous les personnels et services selon des principes de gestion de changements d'affectation définis et des critères concertés et partagés. Elle permet d'organiser les moyens qui accompagnent la mobilité permettant ainsi de construire des parcours professionnels opportuns et sécurisants.

Un guide pédagogique « livret de la mobilité » permettant à tous les agents de connaître le dispositif de mobilité professionnelle au sein de l'établissement a été élaboré. Il définit en particulier une durée optimale par poste (service ou emploi) et par filière (administrative, technique, soins...) fixant ainsi la durée minimum et maximum d'affectation d'un agent sur un poste. Les projets spécifiques, les formations qualifiantes et la solidarité significative inter-service peuvent être pris en compte comme une mobilité. Cette mobilité active engage l'agent et l'établissement à une démarche constructive et valorisante des parcours professionnels.

Pour l'agent, elle l'engage à :

- Anticiper les phénomènes d'usure professionnelle (remotivation)
- Diversifier son expérience professionnelle et consolider ses acquis
- Saisir les opportunités et valoriser son parcours professionnel
- Favoriser une dynamique d'évolution des compétences
- Développer la cohésion d'équipe et l'esprit collectif
- S'inscrire dans une solidarité inter-service et intergénérationnelle
- Admettre, le cas échéant, une réorientation professionnelle

Pour l'établissement, elle l'engage à :

- Construire une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- Adapter et articuler les ressources et compétences aux besoins requis des usagers
- Prévenir les risques psychosociaux et réduire la pénibilité au travail
- Renforcer l'évaluation pluridisciplinaire des compétences (savoirs théoriques – savoir faire – savoir être)
- Accompagner l'agent dans un parcours professionnel valorisant
- Organiser les modalités de départ et accompagner l'agent dans son intégration
- Renforcer la culture professionnelle et institutionnelle et la synergie d'équipe

- Anticiper avec l'agent les incidences sur sa situation personnelle et bénéficier le cas échéant d'un accompagnement au cours des premiers mois
- Favoriser une démarche préventive de réorientation professionnelle
- Respecter les préconisations formulées par la médecine du travail
- Encourager les activités sociales, culturelles, sportives et de loisirs destinées à promouvoir la cohésion sociale, l'échange et la convivialité entre les personnels de l'établissement

Cette politique de mobilité professionnelle doit être déployée et évaluée.



Atouts :

- Consensus sur les critères de mobilité (durée minimum et maximum)
- Anticipation des mobilités internes



Perspectives :

- Favoriser la mobilité professionnelle
- Diffuser à chaque agent sa fiche de mobilité
- Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels avec l'organisation d'une journée découverte
- Formaliser un protocole d'accueil dans le service avec autoévaluation des bonnes pratiques professionnelles encadrée par une AS et élaboration d'un mémo pratique du service.
- Réaliser un bilan annuel sur la mobilité professionnelle et le présenter aux instances

10. Promouvoir des parcours valorisants

La politique de formation ou de développement des compétences fait partie intégrante de la politique des ressources humaines. Elle doit être un outil intégrateur des agents aux orientations et évolutions des métiers, des missions et des stratégies de développement de l'établissement. Elle doit aussi permettre de répondre aux aspirations personnelles et professionnelles des agents à maintenir et développer leurs compétences et pour l'établissement à accompagner les agents dans la construction de parcours professionnels individualisés et institutionnels.

Les entretiens d'évaluation professionnelle sont l'opportunité de prendre en compte les souhaits et les potentialités d'évolution professionnelle. Le plan de formation propose, sur sélection, des formations qualifiantes et promotionnelles.

La désignation d'agents volontaires sur des missions transversales de référents (référents continence, soignants animateurs,...) les met en capacité d'autonomie et de responsabilité, et valorise leurs parcours professionnels.

L'établissement s'est engagé sur plusieurs années à développer la promotion professionnelle interne sur des formations qualifiantes, qu'il conviendra de renforcer (ASG, AS, DU,...) dans le cadre de ce nouveau projet social.

Il a également accompagné deux agents en contrat d'avenir vers une formation qualifiante mais devra s'interroger sur la poursuite de ce dispositif dans l'établissement.



Atouts :

- Soignants animateurs à valoriser
- Promotion interne à renforcer



Perspectives :

- Développer des formations de formateurs
- Renforcer les qualifications et expertises des agents
- Développer des programmes de formations certifiantes, intégrantes et innovantes
- Renforcer les formations individuelles pour les services techniques et logistiques à effectifs restreints
- Développer l'évaluation à froid des formations et instituer des temps de restitution
- Développer des communautés de pratiques
- Poursuivre la dynamique de référents et développer des journées thématiques inter-EHPAD

IV. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS et L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

1. La cartographie de l'exposition aux risques professionnels

Dans le cadre de ses obligations réglementaires, l'établissement a élaboré en 2005 avec un cabinet conseil, un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Il a été actualisé en 2011 dans le cadre de travaux menés par le CHSCT. Des mesures de prévention avec échéance ont été déterminées.

Les membres du CHSCT ont également élaborés en 2014 des fiches de prévention des risques professionnels et de pénibilité au travail qui restent à décliner par métier et par service.

L'établissement s'est également engagé dans la construction d'un plan d'accompagnement et de formation « santé au travail » 2015-2016 avec un préventeur de l'ANFH. Il permettra avec le soutien d'un cabinet conseil d'actualiser le DUERP et d'intégrer un plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux.

Le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) est élaboré et actualisé annuellement par l'IDE hygiéniste en collaboration avec la Direction et les équipes soignantes.

Depuis plus d'un an, l'établissement a mis en place un comité de retour d'expérience (CREX) qui effectue

mensuellement une revue des fiches d'évènements indésirables déclarés par les agents. Un bilan de l'année 2014 a été effectué par la chargée de la cellule qualité.

Un agent formé au SSIAP 1 et officier pompiers volontaire dispense périodiquement des formations de prévention et d'exercices aux risques d'incendie. Des exercices de mise en situation sont organisés trimestriellement en journée et la nuit par un organisme extérieur.

Un plan bleu spécifique canicule est formalisé et actualisé tous les ans avant chaque période de veille saisonnière. Il devra être élargi à d'autres gestion d'alertes et risques qui pourraient menacer le fonctionnement de l'établissement (rupture d'alimentation électrique, épidémie interne, inondation, incendie...). Des exercices pratiques de mise en situation et de retours d'expériences seront à mettre en œuvre.

Des astreintes techniques et administratives sont organisées.

L'établissement devra mener, de préférence dans une réflexion inter-EHPAD partagée et mutualisée de construction de méthodes et d'outils, une démarche globale de gestion globale, transversale et coordonnée des risques, s'appuyant notamment sur l'élaboration d'une cartographie des risques.



Atouts :

- Fiches de pénibilités à déployer
- CREX à consolider
- Agent formé au SSIAP 1 à renforcer



Perspectives :

- Instituer une revue annuelle d'actualisation des protocoles et procédures
- Mettre en place une cartographie des risques et constituer un groupe de travail
- Elaborer une valise d'astreinte administrative
- Actualiser le document unique et intégrer la prévention des risques psychosociaux
- Poursuivre la dynamique du CREX
- Elaborer un plan bleu global et un plan de continuité d'activités
- Travailler sur la formation de formateurs internes (ex : manutention)
- Relancer une enquête périodique de climat social
- Pérenniser le dispositif de préventeur

2. Améliorer les conditions matérielles

Les équipements de travail d'hygiène et de sécurité sont mis à disposition des professionnels : tenues professionnelles, dispositifs médicaux, produits d'hygiène et d'entretien, équipements et mobiliers. La mise à jour du document unique permettra de s'assurer de la bonne adéquation et de la bonne utilisation des matériels et des consommables.

Des démonstrations et essais d'équipements et nouveaux produits dans les services sont systématiquement recherchés avant leur acquisition.

Le psychomotricien et l'ergothérapeute et les équipes de soins participent aux essais et démonstrations des équipements de soins (lit, matelas, lève personne, chaise douche...). Des agents référents sont parfois désignés pour assurer le suivi et l'évaluation des matériels et équipements.

Le plan d'investissement est présenté et validé aux instances (CTE, CHSCT...).

La participation aux expositions, salons professionnels et la rencontre de commerciaux est encouragée.

L'entretien professionnel annuel ou les réunions de service permettent un temps d'échange sur le recensement des besoins d'équipements et de travaux dans le service.

L'établissement présente une architecture complexe (4 bâtiments en extension) qui impose une organisation de travail en unités et sous unités et augmente les déplacements intérieurs des personnels. Les chambres ne présentent pas tous le même niveau de confort : au moins 30% des chambres à rénover, 30% des chambres sont doubles et 40% des chambres individuelles n'ont pas de douches au sol dans le cabinet de toilette.

Le parc d'ascenseurs est limité et vieillissant avec des pannes techniques régulières engendrant une surcharge de travail notamment pendant les temps des repas du midi et du soir.

Les locaux de rangement sont jugés insuffisants. Les bâtiments, bien que partiellement rénovés, sont techniquement et structurellement vieillissants et leurs aménagements intérieurs ne sont plus fonctionnels.

De ce fait, une part importante du plan d'investissement est consacrée aux réhabilitations légères des locaux, notamment des chambres, ne permettant pas un renouvellement suffisant des équipements et matériels, tout particulièrement du mobilier de chambres (lits, fauteuils, adaptables,...) et matériels ergonomique de mobilisation des résidents (douche au lit, chaise douche électrique, lève personne sur rail...).

Par ailleurs, le plan d'investissement pluriannuel devra impérativement programmer l'acquisition d'outils technologiques et informatiques nomades et connectés à usage professionnel.



Atouts :

- Collaboration avec les fournisseurs (prêt de matériel, démonstration,...) à poursuivre
- Ergothérapeute et psychomotricien en charge des essais et évaluations des matériels et équipements de soins avec les équipes de soins.



Perspectives :

- Engager un programme de rénovation et de réhabilitation des locaux
- Programmer le renouvellement régulier des équipements ergonomiques de mobilisation et hôteliers
- Etablir un programme d'informatisation nomade
- Amorcer l'équipement domotique et d'objets connectés dans certaines chambres (chambres témoins)
- Définir un programme plus ambitieux de renouvellement de mobiliers médicalisés et hôteliers des chambres

3. Améliorer les conditions de vie et de santé au travail

Au-delà des obligations réglementaires de l'établissement, l'amélioration des conditions de travail est un enjeu pour l'établissement.

L'absentéisme engendré par des conditions de travail altérées a des conséquences d'une part sur la qualité de la prise en charge (turn over, non remplacement de l'équipier, désorganisation du travail,...) et, d'autre part sur la santé au travail des agents (TMS, stress, charge de travail supplémentaire, pénibilité accrue...).

De plus, l'absentéisme induit des coûts cachés qui implique un travail supplémentaire en temps/agent (entretiens, recrutement, accueil du nouvel arrivant, formation, réorganisation de la planification du travail,...). Par ailleurs, dans un contexte de tension sur certains métiers, les conditions de vie au travail ont un impact déterminant sur l'attractivité de l'établissement, la motivation du personnel et plus généralement sur le climat social.

3.1 Prévention des risques liés aux positions de travail

Le CHSCT a mené plusieurs travaux de réflexion sur la prévention des risques professionnels et la pénibilité au travail.

En particulier, dans le cadre de travaux sur l'ergonomie et la santé au travail initiés en 2014 en CHSCT, une formation-action a été élaborée autour de la mobilisation des personnes âgées, par une approche invitante du soignant et participative du soigné permettant aussi au soignant de prévenir les risques de lombalgies. Cette formation sur mesure se dispense sur 8 jours répartis en 3 sessions (2 jours + 3 jours + 3 jours) majoritairement axée vers la pratique. L'organisation de la dernière session est axée sur l'éducation posturale au poste de travail permettant ainsi, par le formateur, d'évaluer et conforter individuellement l'agent dans sa pratique pendant ses activités de soins (l'agent est au travail). A ce jour, 18 agents sont d'ores et déjà formés. La technique de soins dispensée est très appréciée par les agents car elle complète et enrichit leurs pratiques professionnelles au quotidien et enseigne des techniques de postures et gestuelles visant à prévenir les Troubles Musculo Squelettiques.

Des formations « port de charges lourdes » pour les agents des services administratifs, techniques et logistiques sont dispensées chaque année.

Par ailleurs, l'établissement s'est engagé dans la construction d'un plan d'accompagnement et de formation « santé au travail » 2015-2016 avec un préventeur de l'ANFH. Il permettra avec le soutien d'un cabinet conseil d'actualiser le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) et d'intégrer un plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux.

Des groupes d'analyses des pratiques ont été initiés mais doivent être développés.

Un médecin du travail détaché du centre hospitalier d'Amboise-Château-Renault intervient 1 journée par mois sur rendez-vous. Il participe activement au CHSCT. Il réalise un bilan annuel de son activité. Il assure le suivi individuel des agents et exerce un rôle de conseil auprès de l'établissement et des salariés en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie au travail, l'adaptation des postes, la protection des salariés, et les aménagements des locaux. Il collabore étroitement avec l'infirmière hygiéniste en ce qui concerne la prévention des risques infectieux.

En matière de sécurité des personnels face aux situations de violence ou de perte de mobilité ou verticalité des personnels en situation d'isolement (nuit, petites unités, combles, SSIAD...), un dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DATI) doit être envisagé pour leur protection en complément des DECT (téléphone sans fil).

En particulier la nuit, seuls 3 à 4 agents, dont une aide-soignante, assurent les soins et la veille de nuit pour l'ensemble des services de l'établissement. L'équipe de nuit vérifie les accès et la fermeture des portes. Un agent se positionne en rez-de-jardin (UPAD) et les autres agents assurent les passages et les soins dans les chambres, de préférence en binôme. Une formation spécifique pour les personnels de nuit au processus d'urgence est à prévoir. Un encadrement de l'équipe de nuit par un temps partagé d'infirmière coordinatrice est à envisager dans le cadre d'une coopération inter-EHPAD.

L'établissement a pris l'option de souscrire une assurance statutaire pour couvrir l'absentéisme pour maladie ordinaire, longue maladie et longue durée, maladie professionnelle, accident de travail, maternité et décès. Une carence de 15 jours est appliquée pour les arrêts de maladie ordinaire. Le taux de cotisation ne permet qu'un remboursement partiel des indemnités journalières versées à l'agent et fragilise les équilibres budgétaires. L'établissement a conclu un service de contrôle médical délégué avec le prestataire.

Une enquête de climat social a été menée en 2013. Le taux de participation était de près de 75%. Les résultats exploités ont été présentés au CHSCT et diffusés dans chaque service. Il ressort de ces questionnaires quelques enseignements :

- ⇒ 96% des personnels sont plutôt d'accord pour dire que l'établissement véhicule une bonne image
- ⇒ 94% des personnels sont plutôt d'accord pour dire qu'ils sont fiers de travailler dans l'établissement
- ⇒ 93 % des personnels conseilleraient l'établissement à l'un de ses proches ou connaissances pour y être hébergé.
- ⇒ 79% des personnels estiment que les conditions d'hygiène sont satisfaisantes
- ⇒ 95% des personnels estiment se sentir en sécurité dans l'établissement
- ⇒ 87% des personnels disent être informés des risques liés à leurs professions
- ⇒ 87% des personnels sont plutôt satisfaits de leurs conditions de travail
- ⇒ 88% des personnels estiment entretenir de bonnes relations avec leurs collègues
- ⇒ 62% des personnels estiment être régulièrement exposés à des situations de stress

Des commentaires libres ont été apportés par les agents et doivent également être pris en compte. L'analyse des résultats doit permettre de mettre en place un plan d'amélioration des conditions de vie au travail. L'enquête de climat social pourrait être adressée aux nouveaux arrivants après une période de présence significative. Une nouvelle enquête devra être relancée dans le cadre de l'élaboration du plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux.

3.2 Créer un dispositif de soutien psychologique

Le travail auprès de personnes âgées dépendantes, et particulièrement celles présentant des troubles du comportement, impact potentiellement la santé des agents notamment sur le plan psychologique et il en est de même avec les événements de l'existence. Les agents sont exposés d'une part à la souffrance des résidents liée à la rupture avec leur cadre de vie et entourage, leur perte d'autonomie, leur état de dépendance, leur peur de la fin de vie, et d'autre part aux attitudes des familles, leurs craintes, leur tristesse, leur déni ou leur indifférence. Les conséquences potentielles d'un tel environnement sont plurielles : épuisement physique et psychique, énervement, naissance d'un sentiment d'impuissance ou démotivation liée à l'exercice de l'activité professionnelle. Ces difficultés peuvent être source d'absentéisme.

Dans le cadre de la prévention du stress et des risques psychosociaux, un dispositif de soutien psychologique individuel et/ou collectif doit être envisagé en particulier pour les personnels en situation de fragilité professionnelle. Le recours à un professionnel extérieur à l'établissement est à privilégier. Certains services prévention des assurances statutaires proposent des programmes ou plateformes de soutien psychologique pour répondre aux difficultés des agents. Ces programmes ont pour objectifs de réduire, voire prévenir l'absentéisme lié à des causes psychologiques, de faciliter le retour durable à l'emploi d'un agent fragilisé et de maintenir la cohésion d'un groupe de travail déstabilisé.

Depuis quelques mois, les agents peuvent s'inscrire dans des groupes d'analyses des pratiques animés par la psychologue. Un petit groupe de professionnels par service se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances issues des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ex : ANESM/HAS) ou de données de littérature scientifique et professionnelle, pour analyser l'action après qu'elle se soit déroulée.



Atouts :

- Intervention mensuelle de la médecine du travail à consolider
- Enquête de climat social à relancer
- Démarche de santé au travail initiée



Perspectives :

- Mettre en place une cartographie des risques et constituer un groupe de travail
- Actualiser le document unique et intégrer la prévention des risques psychosociaux
- Formaliser des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
- Travailler sur la formation de formateurs internes (ex : manutention)
- Relancer une enquête périodique de climat social
- Renforcer l'équipe volante AS
- Planifier des remplacements d'été dans les services logistiques (ST, cuisine, restaurant, bionettoyage, blanchisserie) ainsi qu'au SSIAD

- Renforcer l'entraide inter-services
- Garantir la pérennisation des dispositifs d'assurances statutaires
- Encourager des activités extra professionnelles de relaxation, de convivialité et de cohésion organisés au sein de l'établissement.
- Localiser et aménager des locaux de restauration et de convivialité et de cohésion au sein de l'établissement
- Développer l'analyse des pratiques professionnelles
- Assurer une meilleure mise en œuvre des demandes d'amélioration des conditions de travail exprimées lors du CHSCT
- Proposer un dispositif de soutien psychologique extérieur

3.3 L'accompagnement social

L'établissement ne bénéficie pas de dispositif de service social. Dans le cadre d'un accompagnement social individuel, l'agent est orienté, soit vers l'assistante sociale de secteur, soit vers la correspondante du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers (CGOS) auquel l'établissement adhère. Ce dernier, selon la situation, propose des prestations ou des aides remboursables ou exceptionnelles pour faire face à certains événements de la vie familiale ou professionnelle ponctuels ou en cas de situation sociale difficile.

Ces aides peuvent être complétés par les prestations des services sociaux des mutuelles (ex : MNH).

Une association des personnels, actuellement en veille, menait des actions de solidarité, d'entraide et organisait des activités et des loisirs en faveur de ses membres.

L'établissement met à disposition une salle de restauration pour permettre aux agents de prendre leur repas. Ils peuvent réserver des repas sur place la veille ou le jour même avec plusieurs formules à des tarifs préférentiels.



Atouts :

- Implication de la correspondante CGOS



Perspectives :

- Installer un panneau d'affichage dédié aux informations à caractère sociale (ex : permanences des assistantes sociales de secteur)
- Réactiver l'amicale ou créer une amicale inter-établissements
- Sensibiliser les responsables de service à l'accompagnement social des personnels

3.4 Les risques routiers

La majorité des salariés temporaires ou permanents conduisent un véhicule dans le cadre de leur trajet domicile-travail. La dispersion géographique croissante du bassin d'emploi augmente les temps de déplacement.

Par ailleurs, les activités du SSIAD, de l'EMA et de la DRD exigent que les agents se déplacent quotidiennement en véhicule de service sur un territoire étendu et en toutes saisons.

Le choix du véhicule et les équipements de sécurité et de confort doit faire l'objet d'une attention particulière lors de son renouvellement. La formation dispensée sur la prévention des risques routiers est à reconduire.

L'entretien des véhicules et les vérifications périodiques des niveaux sont planifiés.

Un protocole en cas d'intempéries est formalisé et prévoit les modalités de réorganisation des tournées.

Ces risques doivent être intégrés au document unique qui permettra de définir un plan d'actions adapté et ciblé.

D'autres moyens de déplacements que le véhicule pourront être encouragés auprès des personnels (co-voiturage avec stationnement réservé, vélo électrique, transports en commun,...).



Atouts :

- Formation prévention des risques routiers à reconduire
- Renouvellement périodique des véhicules à poursuivre



Perspectives :

- Encourager l'éco-mobilité (ex : co-voiturage)
- Actualiser le document unique et intégrer la prévention des risques psychosociaux
- Poursuivre périodiquement les formations prévention des risques routiers
- Revoir l'organisation des tournées DRD
- Exiger un bon niveau d'équipements de sécurité lors du renouvellement des véhicules

3.5 Mesurer la satisfaction des personnels

Une enquête de climat social a été menée en 2013. Le taux de participation était de près de 75%. Les résultats exploités ont été présentés au CHSCT et diffusés dans chaque service.

Les instances représentatives du personnel (CTE, CHSCT) se réunissent périodiquement et les comptes rendus font l'objet d'un affichage sur les tableaux réservés aux personnels ou diffusés dans le bulletin d'information hebdomadaire « transmissions pour tous ».

Les partenaires sociaux assurent des permanences mensuelles et des visites régulières dans les services. Ils recueillent les avis et suggestions des agents avant la convocation des instances. Les crédits d'heures des délégués syndicaux ne sont pas utilisés en totalité.

Un médecin du travail intervient une journée par mois. Tous les agents bénéficient d'au moins d'une visite tous les deux ans. Des rendez-vous peuvent être pris directement auprès du secrétariat de la médecine préventive. Un bilan annuel d'activité de la médecine du travail est présenté au CHSCT.

Les personnels démontrent une certaine mobilisation à s'inscrire dans les groupes de travail institutionnels ce qui rend les réflexions et échanges pluridisciplinaires constructifs.

L'entretien d'évaluation professionnelle est un moment privilégié d'écoute et de dialogue permettant notamment d'aborder les difficultés ressenties par l'agent.

D'autres outils d'expressions et de relations sont en place dans l'établissement : réunions de service, transmissions, staffs pluridisciplinaires, bilan de formations, groupes d'analyses des pratiques, infirmières référentes, rdv avec l'encadrement,...



Atouts :

- Intervention mensuelle de la médecine du travail à consolider
- Enquête de climat social à relancer



Perspectives :

- Définir un plan d'actions d'améliorations issues des résultats de l'enquête de climat social
- Formaliser des rencontres périodiques avec l'encadrement et les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
- Proposer un dispositif de soutien psychologique extérieur
- Relancer les évaluations à froid des formations
- Assurer une meilleure mise en œuvre des demandes d'amélioration des conditions de travail exprimées lors du CHSCT
- Relancer une enquête périodique de climat social
- Développer l'analyse des pratiques professionnelles

V. COMMUNICATION ET INFORMATION

1. Les transmissions entre équipes

Des transmissions orales inter-équipes sont réalisées à chaque changement d'équipe. Elles sont exclusives des équipes de soins. La participation au moins hebdomadaire des équipes transversales aux transmissions de soins est à organiser (bionettoyage, restaurant, animation,...).

Des transmissions orales dans les services transversaux ne sont pas toutes institutionnalisées.

Les transmissions orales complètent et enrichissent les transmissions écrites du dossier de soins sur le logiciel PSI. Tous les services ne bénéficient pas d'un accès à PSI (Lingerie, service technique, SSIAD).

La validation des soins et le contrôle des tâches déléguées devront être réalisés pour tous les soins. L'informatisation nomade devrait permettre une validation généralisée.

Des informations accessoires, accessibles à tous, peuvent être inscrites sur des cahiers de liaison (agenda) disponibles dans chaque service mais n'ont pas vocation à remplacer les transmissions écrites informatisées.

Par ailleurs des feuilles et imprimés de liaison en format papier (commande repas, produits, demande de maintenance ou réparation,...) régissent la majorité des transmissions avec les services supports.

La mise en place de transmissions ciblées est opérationnelle au SSIAD. Elles devront être généralisées pour l'EHPAD. Des formations internes devront être proposées aux agents avec la mise en place de référents par service.

Une procédure devra être formalisée permettant de mieux identifier les temps et modalités de transmissions orales et écrites dans tous les services.

Des réunions de synthèses sont organisées au moins une fois par semaine au SSIAD et à l'EMA. Des réunions de liaison sont régulièrement organisées entre le SSIAD et l'EMA.

Des staffs pluridisciplinaires sont organisés environ toutes les 5 semaines par service.

Des réunions de travail ou de service sont régulièrement proposées. Ils font l'objet d'un compte rendu.

Un bulletin d'information écrit est diffusé hebdomadairement « transmissions pour tous » permettant le partage d'informations d'ordre générales sur la vie institutionnelle à l'ensemble des personnels (notes de service, activités, formations, réunions, consignes...).

Un temps d'échange non formel est institué chaque matin avec la présence du cadre de santé, des infirmières et les autres professionnels de santé salariés. Le directeur, le médecin coordonnateur, l'animatrice et l'IDEC du SSIAD s'y joignent au moins une fois par semaine.



Atouts :

- Transmissions ciblées au SSIAD à développer
- Bulletin « Transmissions pour tous » à conforter



Perspectives :

- Développer les transmissions ciblées
- Encourager des activités extra professionnelles de relaxation, de convivialité et de cohésion au sein de l'établissement et relancer une amicale
- Développer l'informatisation nomade pour favoriser la validation des soins (SSIAD/EHPAD)
- Développer la communication transversale et inter-services (SSIAD, EMA, EHPAD...)
- Créer du temps de psychologue au SSIAD PA
- Programmer des formations informatiques
- Réorganiser le circuit de validation des bons de travaux
- Faire évoluer le logiciel de soins pour prendre en compte la gestion des services supports

2. L'information et la communication interne

Les espaces d'information et de communication sont en nombre suffisant.

Un bulletin d'information écrit est diffusé hebdomadairement « transmissions pour tous » permettant le partage d'informations d'ordre générales sur la vie institutionnelle à l'ensemble des personnels (notes de service, activités, formations, réunions, consignes...).

Les instances (CTE, CVS, CHSCT, CA) où sont représentés les personnels se réunissent régulièrement. Les comptes rendus font l'objet d'une diffusion par voie d'affichage. Des panneaux d'affichage sont dédiés aux personnels au niveau du vestiaire central. D'autres informations d'ordres syndicaux, sociaux et administratifs sont affichées. Une commission de coordination gériatrique réunissant les professionnels de santé libéraux et salariés est organisée deux fois par an.

De nombreux groupes de travail thématiques ont été mis en place. Les personnels se mobilisent pour y participer et permettant ainsi d'enrichir les réflexions pluridisciplinaires et de proposer des actions d'amélioration constructives.

Le logiciel de soins offre une messagerie interne qui est très peu exploitée.

L'affichage des documents diffusés dans les tisaneries n'est pas organisé et souvent peu lisible. Des tableaux dédiés sont à prévoir pour mieux structurer la lecture de l'affichage.

Des classeurs de couleurs différentes sont utilisés pour ordonner le rangement des documents institutionnels dans les services (classeur qualité, classeur planning, ...). Une signalétique harmonisée devra être mise en place pour mieux les repérer dans les services.

L'informatisation est actuellement peu utilisée pour la communication avec les services supports (bons de commande, bons de travaux...) et devra être développée.

Des réunions de service bi annuel avec la direction sont organisées. Ils font l'objet d'un compte rendu.

Des assemblées générales avec le personnel sont périodiquement réunies pour la présentation des projets institutionnels (évaluation, interne, évaluation externe, projet d'établissement,...)

Le directeur organise annuellement un moment de convivialité avec le personnel et les usagers pour présenter ses vœux, faire le bilan de l'année et présenter les projets de l'établissement.

Un journal interne « Happy+ », diffusé trimestriellement à destination des usagers mais aussi des professionnels, les informe des projets et animations programmés.



Atouts :

- Bulletin « Transmissions pour tous » à conforter



Perspectives :

- Mieux organiser la gestion et la visibilité de l'information dans les services
- Rendre accessible les plannings
- Développer l'analyse des pratiques professionnelles
- Développer un intranet pour les personnels
- Poursuivre les réunions périodiques de l'équipe de direction dans les services
- Conforter les réunions d'information/formation (programme annuel rattaché au plan de formation)
- Instaurer une réunion d'encadrement périodique

- Formaliser des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
- S'approprier la messagerie interne PSI
- Poursuivre la dynamique de référents et développer des journées thématiques inter-ehpad

3. L'information et la communication aux usagers

L'établissement a mis en place différents dispositifs d'information et de communication à destination des usagers.

Les informations réglementaires et contractuelles sont disponibles sur le site internet. Ils sont également remis avant chaque admission et au plus tard le jour de l'entrée (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte, livret d'accueil...).

Les instances d'expression d'usagers sont en place : CVS, commission de menus, parlott'âge... Des représentants des résidents et des familles élus participent fidèlement aux réunions.

Des tableaux d'information générale (compte rendus du CVS et commission de menus, annonces des décès, annonces des arrivées,...) et d'animation (calendrier, activité du jour,...) sont disponibles à chaque niveau. La gestion de l'affichage devra toutefois être mieux organisée. Dans le cadre des activités d'animation, une radio « Balthazar » animée tous les jours par des résidents et diffusée dans tous les étages, permet notamment l'annonce des menus et des animations du jour.

Les menus du jour sont affichés à l'entrée des salles à manger. Le menu de la semaine est disponible avec le chevalet de table. A l'UPAD, les menus sont lus avant chaque repas par le personnel et/ou le résident.

Les décès sont annoncés par voie d'affichage. Les voisins de chambre et du service sont informés directement et préalablement par les agents du service.

Par note de service, l'ensemble des personnels est informé des différentes possibilités offertes aux résidents et familles pour manifester leurs observations ou réclamations. Une note d'information explicative, destinée aux résidents et familles, est affichée dans chaque service et annexée au livret d'accueil.

Une main courante permet de recueillir leurs observations et témoignages sur le fonctionnement de la structure. Elle est disponible dans le hall d'accueil du bâtiment principal.

Des « boîtes à idées » ont également été disposées au bureau d'accueil et au 1^{er} étage au niveau de l'ascenseur près de l'entrée des ambulances permettant de collecter leurs remarques et suggestions. Le cadre de santé et les infirmières sont aussi à leur écoute pour améliorer de façon continue la satisfaction des résidents. Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'établissement restent leurs interlocuteurs privilégiés pour tout ce qui concerne leur suivi médical ou celui de leur parent.

Le Directeur, ou son représentant, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une remarque, soit par téléphone, soit par écrit (e-mail ou courrier), soit lors d'une rencontre au cours de laquelle le résident peut être accompagné de la personne de son choix. Les noms et coordonnées de ces personnes ressources figurent sur les « informations utiles » remis avec le livret d'accueil ou consultable sur le site internet de l'établissement.

Par ailleurs, les usagers peuvent s'adresser aux représentants des familles et résidents du Conseil de la Vie Sociale qui sont à leur disposition sur rendez-vous. Leurs noms et coordonnées sont affichés sur les tableaux d'information des entrées des services.

Ils ont également la possibilité de remplir une fiche de réclamation disponible sur demande auprès de chaque agent des services. En cas d'impossibilité à compléter cette fiche, ils peuvent faire appel à un membre du personnel. Celui-ci s'engage à retranscrire les termes employés et s'assure de leur exactitude par une relecture auprès du résident ou de sa famille.

Toute réclamation, remarque ou suggestion fait l'objet d'une analyse. Lorsque cela est possible, une solution est mise en place rapidement afin d'améliorer la qualité des prestations.

L'établissement mène une campagne tous les deux ans de recueil et mesure de leur satisfaction, par le biais d'un questionnaire. Une synthèse des résultats est affichée dans le hall d'entrée et fait l'objet d'une communication et analyse dans les instances.

Une réunion d'information et d'échange réunissant les résidents, les familles et le personnel est organisée annuellement permettant de faire partager les activités et projets de l'établissement et de recueillir les attentes et avis des usagers.

Dans le cas d'un quelconque désaccord, et à l'initiative du résident ou son représentant légal (ou de sa famille) ou de l'établissement, une rencontre de conciliation sera organisée. Les usagers peuvent faire appel, en vue de les aider à faire valoir leurs droits en cas de litige, à une personne qualifiée qu'elles choisissent sur une liste établie conjointement par le Préfet de Département et le Président du Conseil Général. Elle a pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les usagers et l'établissement. Cette liste est affichée sur le panneau réservé aux familles et résidents, et annexée au livret d'accueil.

Il existe au plan national un numéro de signalement de négligences ou maltraitance au 39 77. Ce numéro est affiché dans chaque étage.

Les agents de d'accueil et des admissions sont régulièrement sollicités pour des demandes de renseignements.

Chaque résident dispose d'une ligne téléphonique sur abonnement.

Le directeur organise annuellement un moment de convivialité avec le personnel et les usagers pour présenter ses vœux, faire le bilan de l'année passée et présenter les projets de l'établissement.

Un journal interne « Happy+ », adressés aux résidents et référents familiaux les informent des projets et animations programmés.



Atouts :

- Annonce des menus par les résidents et/ou personnel avant chaque repas
- Radio Balthazar chaque jour de la semaine à 11h30
-



Perspectives :

- Développer les relations sociales et familiales (radio, festivités,...)
- Réactualiser le site internet
- Poursuivre et améliorer la diffusion du journal de l'établissement et du journal inter-ehpad
- Réflexion sur la mise en place d'un blog (ex : Facebook)

- Mieux organiser et communiquer sur les rdv programmés extérieurs (visite médicale, coiffure,...)
- Développer des supports de repères pour les résidents (revoir la signalétique, les niveaux, l'identification des locaux,...)
- Retravailler la procédure d'accueil des résidents
- Favoriser une communication diversifiée et adaptée à différents handicaps et/ou dépendance

4. La promotion de l'image de l'établissement

L'établissement a depuis quelques années développé la promotion de son image et de ses activités.

Une porte ouverte a été organisée en 2009. Cette initiative est à reconduire.

L'établissement a renouvelé son logo en 2010 et son site internet : www.maisonretraite-ligueil.fr
Le nouveau site internet de l'établissement, mis en ligne fin octobre 2010, a été récompensé dans le cadre des Prix de la Communication Hospitalière 2011. Il est également référencé dans le moteur de recherche Google et sur des sites professionnels.

Une pochette et du papier entête ont été élaborés.

La presse se fait régulièrement le relais des animations et manifestations organisées dans la résidence. Un book de presse pourrait être mis à disposition des usagers. Les articles parus sont diffusés avec le bulletin d'information « Transmissions pour tous ».

Un journal inter EHPAD du sud lochois quadrimestriel a été créé en septembre 2014. Cet outil de communication partagé permet de diffuser des articles relatifs à la vie sociale et d'animation des résidents, sur l'actualité, sur les pratiques professionnelles et les métiers en EHPAD, sur les initiatives et les projets en cours dans les établissements. Ces articles sont rédigés par un comité de rédaction mutualisé, et complétés, le cas échéant, par des interviews. Ce journal « Fil Happy » est diffusé aux usagers, partenaires et personnels des établissements. Les publications sont disponibles également sur un blog journal : journalfilhappy.canalblog.com

L'établissement a créé un supplément au journal inter-EHPAD : « Happy+ ». Il cible les usagers et personnels de l'établissement à travers des articles dédiés aux activités, actualités et évènements internes à la résidence.

La résidence participe périodiquement à des forums ou des salons. Un support de communication type Totem pourrait être créé pour l'EHPAD et le SSIAD.

L'établissement s'est efforcé de rendre attrayant l'entrée de l'établissement en travaillant sur un mobilier et un aménagement paysagé plus accueillant, en veillant à entretenir régulièrement ses espaces verts et son fleurissement, et en rénovant les façades du bâtiment d'entrée. En outre, les aménagements intérieurs ont été rénovés en grande partie apportant une ambiance chaleureuse et conviviale à la résidence.

Une attention est également apportée aux tenues des professionnels.

Des brochures et plaquettes du SSIAD, EMA et repas à domicile (DRD) sont périodiquement diffusées aux partenaires, commerçants et collectivités.

L'image perçue et/ou ressentie semble bonne. Cependant aucune enquête d'image n'a été réalisée. Les autorités de tarification semblent reconnaître l'établissement comme un EHPAD bienveillant. L'indice de confiance repose également sur la représentation qu'ont les personnels et intervenants extérieurs de l'établissement. L'évaluation externe a mis en évidence que les médecins avaient confiance en l'établissement. L'enquête de climat social réalisé en 2013 a révélé que 96% des personnels sont plutôt d'accord pour dire que l'établissement véhicule une bonne image. Les enquêtes de satisfaction auprès des usagers confirment que les résidents et les familles, pour une très grande majorité, recommanderaient l'établissement.

L'établissement a procédé à une évaluation externe en 2014 par un organisme habilité par l'ANESM. Les appréciations globales des évaluateurs sont très satisfaisantes.

Par ailleurs, l'établissement a favorisé des coopérations et complémentarités avec des établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire. Il est reconnu comme un véritable lieu de ressources grâce notamment à la palette de services proposés pour des réponses différentes aux besoins des personnes âgées.

Le directeur est appelé périodiquement à participer à des groupes de travail départementaux ou régionaux. La cadre de santé participe à des jurys de concours et animent régulièrement des formations pour des étudiants du secteur sanitaire et médico-social. Ces représentations participent à véhiculer une image positive et dynamique de l'établissement.



Atouts :

- plaquette d'information SSIAD/EMA et DRD
- Site internet à mettre régulièrement à jour
- Nombreux articles de presse
- Représentations de l'établissement à l'extérieur



Perspectives :

- Réorganiser périodiquement des journées portes ouvertes
- Inscrire l'établissement dans des groupes de travail et d'échanges institutionnels et territoriaux
- Promouvoir la représentation de l'établissement (FHF, ANFH, ...)
- Elaborer une plaquette de présentation de l'EHPAD et la diffuser
- Actualiser le site internet
- Réflexion sur la mise en place d'un blog (ex : Facebook)
- Poursuivre et améliorer la diffusion du journal inter-ehpad
- Engager un programme de rénovation et de réhabilitation des locaux
- Développer les coopérations et partenariats

5. Améliorer le dialogue social

La qualité du dialogue avec le personnel implique de favoriser le contact direct avec le personnel et de développer de façon harmonieuse et adaptée une circulation à double sens de l'information :

- une information descendante qui éclaire la vie de l'institution et la politique de l'établissement,
- un dialogue susceptible de faire remonter les besoins et préoccupations du personnel.

L'encadrement, les responsables de services, les référents et les partenaires sociaux doivent particulièrement être dynamiques pour relayer les informations.

Les dispositifs et supports mis en place dans l'établissement sont multiples.

Depuis les élections professionnelles de 2011, les instances consultatives réglementaires (CTE, CVS, CHSCT, CAPL) se réunissent à périodicité régulière avec un ordre du jour et un compte rendu établi par la Direction en concertation avec les partenaires sociaux et validé par le secrétaire de chaque instance.

Des réunions de services associant la direction et l'encadrement sont proposées deux fois par an.

Des assemblées générales réunissant l'ensemble des personnels sont systématiquement organisées pour présenter les projets d'une importance particulière.

Les procès-verbaux, relevés de conclusions des réunions, décisions qui leur font suite expriment clairement les propositions et modalités de mise en œuvre et de suivi des actions, et sont systématiquement mis à la disposition du personnel par voie d'affichage ou par diffusion dans le bulletin hebdomadaire « transmissions pour tous ».

Le dialogue social repose la qualité des relations entretenues avec l'organisation syndicale en place et sur la participation active des personnels à des groupes de travail thématiques.

Il s'accompagne d'une veille permettant de déceler les tensions éventuelles très en amont et participant aux conditions propices à la confiance et à un échange constructif. Une rencontre périodique avec les partenaires sociaux est à instituer. L'accessibilité et la disponibilité reconnues de l'équipe de direction ainsi que sa présence régulière dans les services, participent à maintenir la qualité du dialogue social.

Les partenaires sociaux assurent des permanences mensuelles et des visites régulières dans les services. Ils recueillent les avis et suggestions des agents avant la convocation des instances. Les crédits d'heures des délégués syndicaux ne sont pas utilisés en totalité. Des panneaux d'affichage dédiés aux partenaires sociaux sont disposés près des vestiaires.

Le livret d'accueil du personnel explicite les différentes instances existantes dans l'établissement. La journée découverte de l'établissement permettra de présenter le rôle des représentants et les fonctionnements de ces instances.

Une réunion au moins annuelle devra être organisée avec la direction et l'ensemble des encadrants afin de mieux les associer aux enjeux institutionnels et territoriaux, aux projets de l'établissement, aux objectifs à atteindre et aux actions à mettre en œuvre.

Une enquête de climat social a été menée en 2013. Le taux de participation était de près de 75%. Les résultats exploités ont été présentés au CHSCT et diffusés dans chaque service.

Un médecin du travail intervient une journée par mois. Tous les agents bénéficient d'au moins d'une visite tous les deux ans. Des rendez-vous peuvent être pris directement auprès du secrétariat de la médecine préventive. Un bilan annuel d'activité de la médecine du travail est présenté au CHSCT.



Atouts :

- plaquette d'information SSIAD/EMA et DRD
- Site internet à mettre régulièrement à jour
- Nombreux articles de presse
- Représentations de l'établissement à l'extérieur



Perspectives :

- Formaliser des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
- Instaurer une réunion d'encadrement périodique
- Relancer une enquête périodique de climat social
- Poursuivre les réunions périodiques de l'équipe de direction dans les services
- Mieux organiser la gestion et la visibilité de l'information dans les services
- Poursuivre la dynamique des instances

6. Le système d'information informatique et les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

Le système d'information de l'établissement repose à la fois sur une gestion documentaire de protocoles, de procédures et d'imprimés et sur des progiciels métiers.

La gestion documentaire des protocoles et des procédures est assurée par la chargée de la cellule qualité qui, selon une procédure des procédures, assure l'élaboration, la validation, la mise à jour et la reproduction des documents. L'ensemble des protocoles et procédures sont disponibles soit en format papier (classeur qualité) soit en format informatique depuis le serveur (sommaire qualité).

Les imprimés ne sont pas référencés, ni centralisés et ne sont pas tous numérisés. Ils ne sont pas accessibles à toutes les équipes depuis le serveur.

Les progiciels sont accessibles selon les profils métiers :

- PSI : logiciel de gestion du dossier de soins des résidents de l'EHPAD
- Apozème : logiciel de gestion du dossier de soins des patients du SSIAD/EMA
- e-resident/Magnus : logiciel de gestion administrative et financière
- Ecod'Or : logiciel de gestion des stocks
- Planiciel : logiciel de gestion des plannings
- Planicollect : logiciel de gestion de la badgeuse
- Gesform : logiciel de gestion de la formation ANFH
- Gras Savoye : logiciel de gestion des sinistres assurances statutaires

- Hartmann : interface web de gestion des produits d'incontinence
- GCS achats : interface web de saisie des marchés du groupement régional d'achats de la région centre

L'établissement a conclu une convention de mise à disposition de temps d'informaticiens avec le centre hospitalier de Loches pour assurer l'administration du serveur et du réseau, la maintenance et le dépannage informatique à distance ou sur site. Ils assurent également une fonction de conseil technique pour l'établissement. La gestion des licences reste à structurer.

L'établissement a fait installer deux bornes wifi (grand salon et petit salon du B1) pour permettre aux résidents et leurs familles un accès gratuit à internet.

L'établissement dispose d'un autocom qui doit être upgradé. Le nombre de lignes téléphoniques disponibles est saturé. Les services disposent de téléphones DECT.

L'établissement est éligible au dispositif de télémédecine. Une extension du wifi dans tout l'établissement est à étudier. L'établissement a déployé le Dossier Médical Partagé (DMP) mais reste à ce jour peu exploité par les partenaires extérieurs.

Un schéma directeur informatique a été élaboré en 2011. Il doit être mis à jour. L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des objets connectés ne pourrait être envisagée sans une réflexion éthique et pluridisciplinaire de leurs utilisations en y associant les usagers. Le coût des acquisitions, des formations et de leur maintenance est à intégrer. Le renouvellement ou l'extension de licences de certains logiciels métiers, notamment le dossier de soins informatisé du résident, sont également à programmer.



Atouts :

- Bornes Wifi et DECT
- Déploiement du DMP



Perspectives :

- Réactualiser le schéma directeur informatique
- Etablir un programme d'informatisation nomade
- Amorcer l'équipement domotique et d'objets connectés dans certaines chambres (chambres témoins) et certains services (robot, dispositif d'alerte et de surveillance...) Développer le wifi dans l'établissement
- Déployer la télémédecine
- Travailler sur une externalisation et sécurisation des données (Cloud)
- Faire évoluer l'autocom et les bornes de réception
- Faire évoluer le logiciel de soins pour prendre en compte la gestion des services supports

XIV – PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

I. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE

1. Le comité qualité

Le comité qualité est constitué d'un responsable de cellule qualité, un agent administratif, qui est missionné sur la mise en forme des protocoles, la gestion du CREX et la veille qualité. La mise à jour des protocoles n'est pas systématique.

La traçabilité des soins se fait par informatique grâce à un logiciel de soins et il existe des transmissions orales quotidiennes. Un staff est organisé une fois par semaine pour l'élaboration des projets de vie. Mais, il n'existe pas d'informatique nomade.

Le bio nettoyage est assuré par une équipe dédiée, il n'existe pas de fréquence définie mais une désinfection complète est accomplie à chaque départ de résident, y compris lors d'une hospitalisation. La traçabilité se fait sur papier et l'équipe bio nettoyage n'effectue pas de transmission. Il existe un temps d'infirmière hygiéniste à 0.20 ETP.

Les traitements sont élaborés dans une pharmacie à usage intérieur.

Il existe un comité de retour d'expériences (CREX), un CLIN inter EHPAD, des fiches d'événements indésirables, de fiches de réclamations, un registre des réclamations ainsi que des boîtes à idées. Par ailleurs il est proposé des enquêtes de satisfaction tous les 2 ans sur les repas à domicile, le SSIAD, l'équipe EMA.

Toutes les instances sont représentées (CVS, commission des menus...) et les familles sont associées à la vie de l'EHPAD et conviées à des réunions annuelles.

Des groupes de communauté de pratiques mutualisent leurs savoirs (directeurs, cadres, diététiciennes, psychologues, psychomotriciens).

Les techniques qualités HACCP sont en vigueur et la RABC sont initiées.



Atouts :

- CLIN inter EHPAD
- CREX à conforter
- Staffs
- Transmissions pluridisciplinaires
- Les protocoles sont à conforter et à développer
- L'équipe de bio nettoyage reste à consolider



Perspectives :

- Participation des aides-soignantes au CREX
- Validation des plans de soins dans le PSI et mise en place des transmissions ciblées.
- Résultats de laboratoire intégrés dans le PSI
- Evolution du suivi des pansements
- Traçabilité du bio nettoyage par informatique (PSI)
- Transmissions hebdomadaire de l'équipe bio nettoyage
- Mise en place d'une fréquence d'entretien des logements
- Mise en place du plan de maitrise sanitaire
- Mise en place d'un comité qualité : revue des protocoles

3. Les indicateurs qualité

Les indicateurs qualité ont été mis en place par l'ancienne cadre mais ne sont pas suivis. La traçabilité du bio nettoyage se fait sur papier.

Un système de référents IDE, soins, institutionnels a été élaboré cette année.

Le dossier de soins est informatisé partiellement, il n'y a pas de suivi des contentions ni de réévaluation des antibiotiques à 48h00 mais il existe un suivi des vaccinations et nutritionnel. Des analyses des chutes ont été effectuées par l'ancienne psychomotricienne. Par ailleurs, des analyses des pratiques professionnelles sont menées par la psychologue.

Différentes formations montrent un certain niveau de qualité et le travail en communauté de pratiques ainsi que la mutualisation des moyens permettent une meilleure efficacité. Des astreintes techniques et administratives sont assurées toute l'année.



Atouts :

- Poursuivre les analyses des chutes
- Continuer le suivi nutritionnel
- Conforter le suivi vaccinal des résidents
- Poursuivre l'analyse des pratiques
- Conforter les formations



Perspectives :

- Formalisation de la réévaluation des traitements antibiotiques à 48h00
- Informatisation de la globalité du dossier résident
- Demande d'extension du logiciel PSI pour les alertes (contentions)
- Elaboration d'un suivi vaccinal pour le tétanos
- Organisation du bio nettoyage et de sa traçabilité
- Construction d'une valise d'astreinte

4. Les audits

L'instance du CLIN et les IDE de l'hygiène hospitalière préconisent et effectuent des audits (bio nettoyage, port des gants, hygiène hospitalière...).

Le groupement de coopération sanitaire a organisé un audit du linge.

Néanmoins, il n'y a pas d'audits exécutés dans les services transversaux (cuisines, pharmacie, hôtellerie).

Le tutorat des soignants et des nouveaux arrivants est opérationnel et une grille d'évaluation a été revue en lien avec la grille d'évaluation annuelle.



Atouts :

- Poursuivre le tutorat des soignants et des nouveaux arrivants
- Conforter les audits existants



Perspectives :

- Elaboration d'audits dans les secteurs non audités
- Systématiser le tutorat de tous les nouveaux arrivants
- Elaborer le tutorat de l'équipe bio nettoyage

5. L'évaluation de la satisfaction des usagers

Une enquête de satisfaction portant sur l'accueil, est proposée un mois après l'entrée des résidents. Elle est analysée par une personne des admissions depuis juillet 2013. Les résultats ne sont pas communiqués ni au personnel, ni au niveau des instances. Dans le livret d'accueil, il est précisé les modalités de réclamations, de satisfaction et le numéro de l'agence régionale de santé à disposition des usagers. L'affiche 3977 est affichée dans les lieux de soins.

Une enquête de satisfaction concernant les résidents et les familles est élaborée tous les 2 ans, sa diffusion est effectuée dans les unités de soins et à disposition à l'accueil.

Il existe des outils de communication de la satisfaction des usagers (boîtes à idées, fiches de réclamations, registre des réclamations). Une réunion des familles est organisée annuellement y est évoqué les différents projets en cours et à venir. Par ailleurs, des entretiens sont proposés par le directeur et/ou le cadre dès que le besoin s'en ressent et leur numéro de téléphone direct est accessible dans le livret d'accueil.

Les différentes instances (CVS, Commission des menus) fonctionnent de manière efficiente et permettent aux usagers d'émettre leur avis.

Les bénévoles font un retour auprès des soignants après leur passage et sont conviés aux séances de formation/information.

Le représentant des familles échange avec le directeur et le cadre par courriel. L'animatrice anime un groupe « parlott'âge » tous les trimestres et fait un compte rendu. Le personnel se met à disposition des résidents.

Tous les jours, une feuille de satisfaction des repas est retournée aux cuisines et analysée par le responsable.

Un fascicule concernant des transmissions hebdomadaires est distribué dans les services, y figure les mots de remerciement des familles.



Atouts :

- Renforcer la diffusion des courriers des familles dans les transmissions hebdomadaires
- Conforter le groupe « parlott'âge »
- Développer les fiches de réclamations
- Poursuivre les enquêtes repas journalières
- Conforter la disponibilité du personnel
- Préciser les numéros directs du directeur et du cadre aux résidents lors de leur accueil



Perspectives :

- Mise en place d'un comité des relations avec les usagers pour la qualité
- Prévoir une cible réclamation/satisfaction dans les transmissions et développer le partenariat avec les bénévoles
- Organiser la diffusion des résultats de l'enquête de satisfaction concernant l'accueil et effectuer des enquêtes « flashes » portant sur la satisfaction
- Développer les liens avec les représentants des familles
- Développement et mise à jour plus régulière du site internet
- Diffuser le compte rendu du groupe « parlott'âge » au membres du CVS et l'afficher dans les lieux de soins, lecture des comptes rendus au moment du journal et préciser la sortie des comptes rendus dans le journal interne
- Rendre l'affichage plus accessible aux personnes à mobilité réduite et y joindre des codes couleur
- Développer les enquêtes repas
- Travailler sur la présentation téléphonique des agents
- Travail en benchmark ING avec les autres établissements

6. Le traitement des plaintes et réclamations

Les fiches de réclamation sont systématiquement visées et signées par la direction, une réponse est apportée sur les fiches de réclamations. Les fiches sont ensuite centralisées et enregistrées dans un registre des réclamations.

Les agents sont facilement identifiables (badges, couleur de tenue)

Le registre des réclamations est positionné dans le hall d'entrée et visé par la direction, la réponse est directement apposée sur le registre.

Les usagers ou leur famille ont la possibilité de venir rencontrer le directeur et/ou le cadre en cas de besoin.

Il existe une note d'information aux usagers sur les modalités de recueil de la satisfaction.



Atouts :

- Les fiches de réclamations et le registre des réclamations sont visés et validés par la direction
- Conforter les notes d'information aux usagers sur les modalités de recueil de la satisfaction
- Conforter la disponibilité du directeur et du cadre pour des entretiens avec les usagers et leur famille
- Poursuivre l'identification des agents à l'aide des badges et de la couleur des tenues



Perspectives :

- Elaborer un courrier type pour répondre à chaque fiche de réclamation
- Elaboration et présentation d'un bilan annuel des réclamations aux Instances
- Formaliser la rencontre avec les familles, à l'aide d'une fiche d'entretien, lors des réclamations ou satisfactions orales
- Mise à jour de la procédure gestion des plaintes
- Mettre à disposition les fiches de réclamations (à côté des boîtes à Idées)
- Modification du nom de la boîte à idées : suggestions et réclamations
- Réflexion sur une enquête de satisfaction téléphonique

7. L'auto évaluation

L'évaluation interne est reconsidérée tous les ans, une appréciation des actions est reprise avec le groupe souche. Une évaluation externe est réalisée tous les 5 ans. Le document d'analyse des risques infectieux a été refait en 2013.

Chaque personnel bénéficie d'un entretien annuel d'évaluation à l'aide de sa grille d'auto évaluation. Les mises en situation professionnelles sont effectuées par les professionnels.

Le tutorat des agents est organisé et permet une évaluation/auto évaluation.

Une enquête de climat social a été effectuée et une analyse en découle.

Les IDE contrôlent 3 à 4 piluliers par jour.

Les pratiques d'hygiène donnent lieu à des audits internes. L'IDE hygiéniste et la pharmacienne organisent une fois par an la chambre des erreurs dans l'objectif d'évaluer les connaissances des agents.

Le comité de retour d'expérience ainsi que les fiches d'événements indésirables permettent une évaluation constante des pratiques.

Il existe une auto évaluation des repas servis (plats témoins) qui est visée et archivée avec des actions correctives si besoin.

Les exercices d'incendie sont organisés en interne, sur site et en temps réel.

Le document unique qui permet d'évaluer les risques professionnels est formalisé.



Atouts :

- La chambre des erreurs est à conforter
- Conforter les exercices d'incendie sur site et en temps réel
- La revue CREX est à développer
- Le temps d'IDE hygiéniste est un atout supplémentaire
- La double vérification des piluliers par les IDE doit être consolidée
- Les mises en situation professionnelle par les professionnelles méritent d'être systématisées, c'est une remise en question des pratiques



Perspectives :

- Actualiser la cartographie des compétences professionnelles
- Organiser une auto évaluation du service bio nettoyage par une personne référente
- Réflexion sur une chambre des erreurs centrée sur les dispositifs médicaux (matériel et sécurité du résident)
- Actualisation plus régulière du document unique (1 fois par an)
- Sensibilisation des agents sur l'importance des fiches d'événements indésirables
- Contrôles systématiques des piluliers
- Formaliser une enquête de satisfaction à destination des étudiants
- Mettre en place un tableau « reporting » des audits

8. L'évaluation externe

L'évaluation externe s'est effectuée en novembre 2013 et a été envoyée à l'agence régionale de santé en 2014. La restitution auprès du personnel a eu lieu le 10 février 2014, les membres des instances y ont été invités. Le rapport est accessible dans les classeurs du hall d'entrée de l'EHPAD et un rapport a été diffusé dans chaque service. Le personnel a été très investi à la préparation de l'évaluation et l'appréciation globale des évaluateurs externes est très satisfaisante. Les préconisations ont été prises en compte et certaines actions ont déjà été déployées.



Atouts :

- Le rapport de l'évaluation est accessible dans le hall de l'EHPAD
- Le rapport a été diffusé dans chaque service
- Les préconisations ont été prises en compte
- Certaines actions ont déjà été déployées
- L'investissement de tout le personnel pour la préparation de l'évaluation
- L'appréciation globale des évaluateurs externes est très satisfaisante



Perspectives :

- Mettre en place un tableau de bord qualité intégrant les préconisations
- Continuer à développer les actions
- Réactiver le comité de suivi

II. POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES ET DE DEVELOPPEMENT DURABLE

1. La médecine préventive

Un médecin du travail intervient une journée par mois. Il est joignable par téléphone. Il participe à tous les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il effectue un rapport annuel qu'il présente aux membres du CHSCT et qui est transcrit dans le compte rendu.

Le personnel est donc vu une fois par an voire plus si besoin. Il existe un réel travail avec la direction et les ressources humaines. Par ailleurs, le responsable des ressources humaines présente une grande disponibilité pour la constitution du dossier de la commission de réforme.



Atouts :

- La présence du médecin du travail une fois par an
- Partenariat avec le centre hospitalier intercommunal d'Amboise.
- Analyses des pratiques professionnelles par la psychologue
- Responsable des ressources humaines disponible pour la constitution du dossier de la commission de réforme



Perspectives :

- Développer les études de postes
- Prévoir un accès sur le réseau pour le logiciel du médecin du travail
- Réflexion sur un temps de psychologue du travail ou sur une plateforme téléphonique

2. La gestion des événements indésirables

Un comité de retour d'expérience (CREX) se réunit tous les 1^{er} vendredis de chaque mois et réalise une revue des fiches d'événements indésirables. Une partie des membres du CREX sont formés à la méthode ORION. Le CREX traite toutes les fiches d'événements indésirables.

Les fiches d'événements indésirables sont identifiées et utilisées dans tous les services. Une personne est chargée de la collecte, de l'anonymisation, du traitement et du suivi des fiches. Elle est parfaitement identifiée par le personnel.



Atouts :

- La dynamique du CREX est un atout certain
- La formation du groupe à la méthode ORION est à développer à tous les membres
- Développer la méthode d'analyses des situations en CREX



Perspectives :

- Sensibilisation de l'ensemble du personnel à la méthode ORION et à l'utilité des déclarations des petits événements indésirables
- Suivi des actions correctives à faire évoluer
- Retour de la prise en compte des déclarations et des actions proposées dans les services de soins
- Bilan des déclarations présenté au CHSCT une fois par an
- Association des professionnels concernés au CREX pour certains sujets
- Mettre en place une analyse une fois par trimestre lors d'un CREX supplémentaire

3. Les protocoles, procédures et consignes

Une référente qualité est identifiée par tous les personnels mais elle n'est pas formée.

Un classeur de protocoles est mis à disposition dans tous les services de soins. Un fichier informatique est positionné sur les ordinateurs dans chaque tisanerie. Il existe une procédure des procédures. La gestion documentaire se fait par un responsable qualité sur informatique et sur papier.

Cependant, les documents (bons de commandes, bons de travaux...) sont, pour la plupart, imprimés et sans gestion documentaire, non mis à jour, non normé.

Il existe une messagerie interne dans le dossier de soins.

Mais il existe des transmissions hebdomadaires, en format papier, ou sont incluses les notes de service et les consignes diverses.



Atouts :

- Il existe une procédure des procédures
- Le sommaire des protocoles est clair et simple d'utilisation (double clic pour accéder au protocole)
- Canal de diffusion par messagerie interne pour les soignants (via PSI)
- Les transmissions hebdomadaires écrites
- Formation référent qualité pour la responsable qualité



Perspectives :

- Joindre les protocoles CLIN inter EHPAD à la gestion documentaire de l'établissement
- Mettre en place le circuit de validation, d'appropriation et de lecture des nouveaux protocoles et des nouvelles versions
- Travail sur la mise en forme simplifiée et plus pédagogique des protocoles (photos)
- Travail sur le classement et les imprimés pour les commandes
- Réflexion sur l'informatisation et la saisie des imprimés à remplir
- Mise en place d'une revue des protocoles
- Sensibilisation des personnels lors des séances d'informations à la procédure des procédures
- Formation responsable qualité

4. La sécurité (sûreté, incendie, dispositifs médicaux, électrique, ascenseurs)

Un agent technique est formé à la sécurité incendie (SSIAP, Référent incendie). Cette personne est chargée de l'élaboration et de la réactualisation des consignes de sécurité. L'équipe technique est régulièrement formée à l'habilitation électrique. Les consignes de sécurité sont affichées sur les portes des chambres à l'attention des résidents et des visiteurs.

Les agents de l'établissement sont formés à la sécurité à incendie et des exercices d'évacuations en temps réel sont effectués de jour comme de nuit avec l'utilisation des extincteurs et des moyens de secours. Une visite de tout l'établissement et des dispositifs principaux de sécurité est organisée pour tout le personnel encadrant et pour les équipes de nuit.

La commission de sécurité a émis un avis favorable suite à la visite de conformité.

Le suivi des contrôles périodiques obligatoires et la mise en œuvre des préconisations en interne sont effectués par des organismes agréés. Il existe une mise en conformité des dispositifs techniques (ascenseurs, tableaux de distribution électriques). Un contrat de maintenance est signé avec des entreprises habilitées pour ce qui concerne les ascenseurs, les systèmes de sécurité incendie, chauffage, cuisines, les équipements à risque.

Par ailleurs, les accès principaux de l'établissement sont sécurisés de 19h30 à 6h15 par des digicodes. L'équipe de nuit vérifie les accès et la fermeture des portes.

Il existe un tableau récapitulatif des numéros utiles. Des astreintes techniques et administratives sont organisées. Le plan bleu est diffusé et réactualisé tous les ans.

Une convention a été signée avec le service informatique de l'hôpital de Loches et le serveur informatique est sécurisé.

L'établissement possède une pharmacie à usage intérieur et le circuit du médicament est suivi. Il y a une politique de maintenance des dispositifs médicaux. Les fiches d'événements indésirables sont traitées en CREX.



Atouts :

- Mise en œuvre de la sécurité générale actée et formalisée
- Prise en compte de cette sécurité par tous les agents de l'établissement
- Renforcer la politique de maintenance préventive des dispositifs médicaux
- Faire évoluer la politique de sécurité informatique
- Formations incendies dans les services à améliorer
- Formations équipier de 1^{ère} intervention à relancer



Perspectives :

- Mise à jour des numéros utiles
- Monter une liste et coordonnées des personnes ressources en cas d'évènements graves
- Ouvrir des messageries sécurisées
- Formation d'un agent au SSIAP 2

5. L'hygiène de l'eau

Un organisme extérieur agréé effectue des prélèvements annuellement (laboratoire de Touraine). Une fois par an une société de maintenance vérifie, nettoie et détartre les échangeurs d'eau chaude. La société de maintenance et l'équipe technique relèvent les températures et les consommations d'eau toutes les semaines.

Le réseau d'eau chaude possède un adoucisseur d'eau avec un contrat de maintenance.

Le carnet sanitaire possède un dossier d'eau chaude et d'eau froide pour la traçabilité.

Il y a eu des travaux pour remplacer les tuyaux de galvanisé par du cuivre. Il y a un traitement filmogène d'eau sur la tuyauterie galvanisée. Les filtres de la fontaine à eau sont changés régulièrement.

Il existe un protocole de purge des robinets peu utilisés dans les chambres non occupées et un protocole est élaboré en cas de prélèvements d'eau chaude non conforme aux légionnelles.

Les robinets des chambres sont purgés le matin par l'équipe de bio nettoyage et les soignants. Tous les 6 mois, l'équipe technique détartre et désinfecte les pommeaux de douche.



Atouts :

- Les différents prélèvements sont effectués tous les ans
- Les prélèvements reviennent conformes
- Présence d'un carnet sanitaire
- Travaux sur les tuyaux galvanisés à conforter
- Protocoles purge des robinets et gestion des légionnelles



Perspectives :

- Mise en place de la traçabilité de la purge d'eau de l'équipe bio nettoyage et des soignants
- Notification sur les fiches de postes
- Détartrage et nettoyage de la fontaine à eau tous les 6 mois
- Travaux d'entretien du calorifugeage
- Continuer la suppression des tuyauteries en galvanisé
- Auditer l'équipe de bio nettoyage, techniques, soins sur les bonnes pratiques
- Prévision d'un adoucisseur sur le réseau d'eau froide

6. L'hygiène alimentaire

Les agents concernés sont formés à la méthode HACCP (cuisines, diététicienne, IDE hygiéniste, agents techniques). La marche en avant est respectée.

L'infirmière hygiéniste forme les agents à l'hygiène des mains.

Les locaux des cuisines sont conformes.

La dernière visite des services vétérinaires a été effectuée en 2012. La visite d'hygiène est réalisée par un organisme extérieur. L'entretien des frigidaires et des congélateurs est réalisé.

Des prélèvements d'aliments et de surfaces sont exécutés à raison de 3 par mois. Il y a une étude de vieillissement des plats et une traçabilité midi et soir avec échantillons de plats témoins stockés en chambre froide positive. Un protocole de désinfection des légumes et des fruits est élaboré.

Le suivi de l'eau est assuré de manière régulière. Les brises jets sont détartrés et désinfectés.

Un contrat de maintenance pour la dératisation, la désinsectisation, d'aspiration des hottes a été signé.



Atouts :

- Les visites et les contrôles reviennent conformes
- Les locaux sont conformes
- Les contrats de maintenance sont suivis



Perspectives :

- Mettre en place la traçabilité et les prélèvements d'échantillons lors des animations culinaires
- Mise à jour du plan de maîtrise sanitaire
- Suivi de la qualité de l'eau à la fontaine et détartrage plus fréquent (tous les 6 mois)
- Mise en place de la traçabilité : entretien des frigidaires des tisaneries, prise des températures des plats

7. L'hygiène du linge

La méthode RABC est en cours de déploiement. Tous les agents lingerie ne sont pas formés à la méthode, mais les agents sont formés à l'hygiène des mains, à l'incendie et aux gestes et postures. Tous les agents techniques sont formés à la méthode RABC.

Il a été positionné des containers linge sale, ergonomiques dans les services.

Un support informatique sous forme de compact disque, élaboré en partenariat avec le centre hospitalier de Loches, est en cours de conception. Le linge est évacué des unités de soins tous les jours vers des locaux blanchisseries spécifiques. Le linge des résidents est entretenu à l'EHPAD livré dans les services par les agents de blanchisserie 1 fois par semaine et à l'UPAD 2 fois par semaine, les tenues

des professionnels sont remontées 4 fois par semaine et livrées dans les vestiaires, sur cintres (tous les agents ne font pas entretenir leurs tenues professionnelles sur place), quant au linge « plat », il est externalisé et collecté 2 fois par semaines. Des demandes de linge journalières sont livrées dans les unités tous les jours.

Le pré tri du linge est réalisé dans les services techniques et en cuisine. Le linge contaminé subit une décontamination sur site. Il existe des fiches d'événements indésirables en blanchisserie et avec le GCS (groupement de coopération sanitaire).

La maintenance est assurée par un prestataire qui règle les produits lessiviels et effectue les grosses maintenances, l'entretien des machines est fait par le service technique.

Les résidents participent au pliage des serviettes.



Atouts :

- Des formations (RABC, hygiène des mains, incendie, gestes et postures) en direction des agents concernés doit être à conforter
- Mise en place du pré tri dans les services de soins
- Conforter les outils informatiques élaborés avec le groupement de coopération de santé de Loches



Perspectives :

- Traçabilité de l'entretien des locaux à mettre
- Prévision d'un container supplémentaire pour Loches
- Toutes les tenues professionnelles doivent être entretenues par l'établissement
- Prévision d'une formation à l'hygiène des mains pour les résidents participant au pliage du linge
- Réévaluation des commandes journalière des services
- Mise en place du pré-tri dans le reste des services (soins)

8. L'hygiène des locaux

Une équipe de bio nettoyage est dédiée. L'équipe possède des équipements renouvelés et entretenus régulièrement par un prestataire extérieur. Une centrale de dilution permet de doser automatiquement les produits.

Il a été élaboré des fiches de traçabilité pour chaque local commun. Le jour de l'entretien et les initiales de l'agent sont apposés sur les fiches. Pour le local pharmacie, il est rajouté l'heure en plus de la date et des initiales de l'agent.

L'entretien des logements est formalisé selon la nature du départ du résident. Pour les logements, une fiche au mois est formalisée.

Une responsable service bio nettoyage est nommée. Une formation entretien des locaux inter EHPAD est organisée régulièrement.

Un audit d'entretien des locaux a été effectué en 2014.

Les démarches HACCP et RABC sont initiées, tous les personnels sont formés à la HACCP, pour la RABC, les formations sont en cours.



Atouts :

- Renouvellement et entretien des équipements régulièrement
- Traçabilité à conforter
- Equipe dédiée et formée
- Bonne coordination d'équipe
- Centrale de dilution permettant la bonne dilution des produits
- Conforter la démarche RABC



Perspectives :

- Validation de l'entretien des logements sur PSI
- Rationalisation de l'utilisation des produits
- Réclamations régulières des usagers sur la fréquence de l'entretien des logements

9. La qualité de l'air

Il y a une centrale de traitement de l'air et il existe une VMC.

Des climatiseurs sont installés dans la salle de restaurant, dans la salle de psychomotricité et dans le bureau du médecin coordonnateur. Par ailleurs, il y a des climatiseurs mobiles. Des contrats de maintenance sont signés pour les climatiseurs fixes, les climatiseurs mobiles sont contrôlés, nettoyés et désinfectés par l'équipe technique. Le nettoyage de la VMC du bâtiment B4 a été réalisé par une entreprise certifiée.



Atouts :

- Les climatiseurs fixes et mobiles sont à conforter
- Il existe une VMC
- La maintenance des climatiseurs est effectuée régulièrement



Perspectives :

- Prévision de nettoyage des gaines VMC du bâtiment B2, B1 et B3 qui ont été installées en 2010
- Installation de climatiseurs supplémentaires

10. La gestion des déchets

Les déchets ménagers sont placés dans des sacs noirs, les déchets recyclables sont mis dans des sacs jaunes transparents, les déchets à incinérer dans des sacs bleus et les DASRI dans des sacs jaunes opaques. Les verres sont déposés dans un container.

Dans les DASRI, partent les déchets contaminés, les objets coupants ou tranchants ainsi que les aiguilles et les médicaments périmés.

Il y a un tri pour le fer, piles, métaux, huile à friture.

Chaque secteur possède un container hermétique pour transporter le linge sale et les déchets. Un travail sur le tri des déchets alimentaires est initié.



Atouts :

- Tri respecté et rigoureux des déchets



Perspectives :

- Audit pour le tri des déchets
- Protocoles relatifs aux précautions complémentaires à modifier afin de limiter les DASRI
- Les locaux DASRI ne sont pas aux normes
- L'évacuation des déchets est inadaptée et dangereuse, mal située
- Faire évoluer le tri des déchets papiers
- Démarche de développement durable pour limiter le poids des déchets
- Limiter les impressions : mise en place du dossier nomade
- Limiter et être vigilant sur l'utilisation de l'usage unique
- Privilégier l'utilisation de matériels rechargeables

11. Le plan bleu

Le plan bleu est existant et mis à jour chaque année par la direction. Il est diffusé au mois de mai, il est demandé aux agents d'en prendre connaissance et d'émarger. L'établissement est établissement sentinelle sur le département. Il y a des relevés de température 2 fois par jour (22h00 – 6h00) tous les jours de juin à août. Le cadre ou l'IDE est chargé de l'évolution des températures la nuit. Il y a un classeur où sont rangés les relevés de température. Par ailleurs on peut trouver des fontaines à eau dans tous les niveaux.



Atouts :

- Existence du plan bleu
- Emargement des agents pour la prise de connaissance du plan bleu
- Etablissement sentinelle



Perspectives :

- Réactualisation du plan bleu avec le nouveau modèle du plan bleu
- Climatisation des petites salles à manger

- Simulation de mise en situation
- Sensibilisation de tout le personnel
- Généralisation des volets roulants
- Mise en place d'une traçabilité des tournées boisson

12. Le DARI

La réévaluation du DARI a été effectuée en 2009, les IDE hygiéniste ont élaboré un plan d'action à partir de l'existant. Les protocoles sont réévalués en fonction des résultats.



Atouts :

- Le DARI a été réévalué
- Mise en place d'action par les IDE hygiénistes à conforter
- Réévaluation des protocoles



Perspectives :

- Plan d'actions à intégrer dans un plan d'action plus général
- Cellule qualité à constituer et intégration du DARI et des plan d'action
- Réévaluation du DARI tous les ans par la cellule qualité
- Partage des informations DARI entre établissements
- Logiciel de gestion de la qualité et de planification des actions (tableau de synthèse)

13. Le DARDE

Le DARDE n'est pas formalisé, néanmoins, l'établissement est équipé de groupes électrogènes reprenant l'ensemble des installations électriques.

Sa capacité en carburant dépasse le seuil minimum recommandé. De plus, l'entreprise qui prend en charge l'entretien du groupe électrogène est en mesure de fournir à l'établissement un groupe électrogène de remplacement en cas de panne dans les plus brefs délais.



Atouts :

- Groupe électrogène avec une capacité plus importante que le seuil recommandé.
- Maintenance en mesure de fournir un groupe de remplacement dans les plus brefs délais



Perspectives :

- DARDE à formaliser
- Elaboration de procédures et de protocoles

14. Le plan de continuité d'activité

Le plan de continuité d'activité n'a pas encore été élaboré.



Atouts :



Perspectives :

- Elaboration du plan de continuité d'activité

15. Maitriser la gestion financière

Les budgets sont votés en conseil d'administration et envoyés à l'agence régionale de santé et au conseil départemental.

Différents critères sont surveillés, recettes, dépenses, tous les mois, dépenses en personnel. L'activité et le GMP sont suivis régulièrement.

Si le taux d'occupation est en baisse, certaines dépenses sont mises en attente.

Pour la section investissement, les dépenses sont effectuées en fonction des demandes et des priorités, le suivi et la rééquilibrage sont réalisés en fonction des dépenses prévues ou non au plan de l'année.



Atouts :

- Lien avec le service des ressources humaines et facturation pour les suivis des dépenses
- Lien avec la trésorerie de Ligueil



Perspectives :

- Evolution des logiciels comptabilité et facturation pour le suivi des statistiques

16. Engager une culture de développement durable

Une politique de développement durable est en cours, Les produits sont éco labélisés, il est même utilisé du vinaigre blanc dans certains secteurs.

Au niveau du bio nettoyage, les lavettes sont utilisées en pré-imprégnation, il y a peu d'utilisation d'usage unique et une centrale de dilution permettent des dosages justes de produits.

Des brise-jets sont installés au niveau des robinets mais les pommeaux de douche ne sont pas équipés de mitigeurs économiseurs d'eau. Les chasses d'eau sont à double débit.

Les traitements sont réévalués et la gestion des périmés se fait à la pharmacie (destruction par incinération). L'achat d'uni doses est privilégié.

Les IDE maitrisent l'utilisation des détergents désinfectants et une gestion régulée des pansements est privilégiée. Les consommations de gants sont vérifiées et donc raisonnées.

Il existe un contrôle de combustion des chaudières à la fréquence réglementaire par un prestataire externe. Un disconnecteur est installé en aval de l'installation chauffage. Un diagnostic et un suivi de l'amiante est effectué. Les produits polluants sont éliminés en déchetterie.

Les impressions recto et non verso sont réutilisées en brouillon. Le matériel est réparé, le plus souvent avec des pièces de récupération internes.

A chaque point d'eau, les consignes d'utilisation des essuie-mains sont apposées. Les lumières sont éteintes en cas d'absence et les ampoules sont à économie d'énergie. Les portes sont équipées de grooms.

Il existe des référents incontinence qui sont chargés de gérer à l'aide du prestataire la consommation des protections.

En lingerie, les vêtements sont recousus, le linge usager est recyclé et le linge est lavé à basse température.

Néanmoins, les véhicules du SSIAD sont à essence mais relativement récent donc ils consomment peu, toutes les chambres n'ont pas de double vitrage, il n'y a pas de thermostat sur les radiateurs



Atouts :

- Il y a des brises jets sur les robinets
- Ampoules à économie d'énergie
- Les véhicules de l'établissement sont récents donc consomment peu
- La blanchisserie entretient le linge à basse température
- Il y a des grooms aux portes d'entrée
- Poursuivre et privilégier l'achat en ecolabel ou naturel
- Poursuivre et privilégier le flaconnage adapté à la consommation
- Conforter les techniques de pré imprégnation
- Continuer les contrôles de combustion des chaudières
- Gestion des périmés en pharmacie
- Maîtrise de l'utilisation des détergents
- Chasse d'eau à double débit
- Consommation raisonnée des gants
- Présence de la centrale de dilution



Perspectives :

- Investissement dans des véhicules hybrides pour le SSIAD
- Introduction d'énergies renouvelables dans l'institution : panneaux solaires, chauffe-eau thermodynamique
- Fermer les portes coupe-feu quand c'est indiqué
- Eteindre téléviseurs, radios, lumières en l'absence du résident
- Mise en place de détecteurs de présence pour certains éclairages
- Installation de pommeaux de douche à économie d'eau

- Meilleure utilisation des consommables à usage unique
- Réduire la consommation de « panty »
- Changer les régulateurs de chauffage
- Isolation thermique du bâtiment B3/B4

III. DEMARCHE D'EVALUATION ET DYNAMIQUE D'AMELIORATION

1. Améliorer la culture d'évaluation dans l'établissement

Un audit sur l'entretien des locaux et le circuit du médicament ont été menés. Il y a une participation à des enquêtes avec le réseau des hygiénistes du centre.

Les piluliers sont contrôlés quotidiennement.

Les agents participent à l'évaluation des professionnels contractuels.

Il existe un CREX et des fiches d'événements indésirables.

Les agents sont sollicités pour participer à des groupes de travail.

Il est déployé un système de référents de soins et de référents institutionnels, ces référents évaluent les essais de certains produits (incontinence).

Des grilles d'évaluation sont utilisées (MNA, doloplus, EVA...).

Le tutorat des agents est utilisé pour évaluer les compétences.



Atouts :

- Poursuivre les audits, en développant les quicks audits
- Conforter le tutorat
- Développer les grilles d'évaluation
- Continuer les groupes de travail
- Conforter la participation aux évaluations des contractuels



Perspectives :

- Formaliser des retours, des comptes rendus des audits, des enquêtes, des fiches d'événements indésirables
- Poursuivre et développer le tutorat pour chaque nouvel agent

2. Développer l'évaluation des pratiques professionnelles

La psychologue organise des groupes d'analyse des pratiques professionnelles.

Une évaluation de l'efficacité des traitements prescrit est menée par la pharmacienne et les IDE.

Il existe un système qualité avec des protocoles dans chaque lieu de soins. Des audits sont organisés pour l'hygiène et le circuit du médicament. Les matériels sont évalués par les agents et des fiches évaluations sont retournées. Les staffs ont lieu une fois par semaine par étage et des transmissions ont organisées conformément au protocole. Un système de tutorat est organisé. Enfin, les agents bénéficient d'une évaluation annuelle avec un livret d'auto évaluation.



Atouts :

- Cohésion de l'équipe médicale (permet réévaluation des traitements à 48h et 7j)
- Continuer l'évaluation des matériels et mettre en place une « vraie » EPP
- Conforter le tutorat
- Réévaluer les protocoles
- Conforter les analyses de pratiques
- Evaluation annuelle des agents à conforter



Perspectives :

- Mettre à jour les protocoles afin d'évaluer les pratiques professionnelles
- Créer un comité de revue des protocoles

XV. LES AXES DE PROGRES

A partir d'une analyse des données du diagnostic interne et externe et au vue des atouts et perspectives proposées par les membres des groupes projet, il est possible de faire ressortir les points d'amélioration et définir des axes de progrès sur 5 ans

I - LES AXES STRATEGIQUES DE L'ETABLISSEMENT POUR 5 ANS

Les axes de progressions proposées sont :

Axe 1 : Le résident au cœur de notre accompagnement

vivre comme chez soi, mieux accueillir, personnaliser notre accompagnement, favoriser la gérontologie positive, renforcer l'identité collective, privilégier et promouvoir le lien social, préserver au mieux le rythme de vie, proposer de meilleures prestations hôtelières et de bio nettoyage, offrir des conditions résidentielles confortables et adaptées, promouvoir les pratiques bienveillantes et le care, maintenir et développer la participation aux activités d'animation et de vie sociale, consolider la démocratie participative des usagers,...

Axe 2 : Pour meilleure qualité des soins, du soutien et de l'accompagnement

Mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles : mieux coordonner la prise en charge et la transmission des données, renforcer les soins de réadaptation thérapeutiques, favoriser les actions de prévention, développer l'éducation thérapeutique, améliorer la qualité de prise en soin des prothèses,...

Axe 3 : Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques

Développer la prise en soin psychologique, valoriser l'image identitaire, renforcer les compétences et connaissances professionnelles, développer les approches thérapeutiques non médicamenteuses

Axe 4 : Développer des parcours professionnels valorisants et des compétences d'expertises

ASG, douleur, soins palliatifs, plaies et escarres, communauté de pratiques, participer à la promotion et au développement des pratiques avancées, développer des programmes individualisés de formation accentuer les formations de mise en situation professionnelle, privilégier les techniques de formations intégrantes et innovantes (e-learning, simulateur...),...

Axe 5 : Accentuer la démarche qualité et sécurité

Améliorer les compétences, mettre en place une culture de la sécurité-qualité, s'initier aux nouvelles technologies, renforcer le tutorat et les démarches d'évaluation des pratiques,...

Axe 6 : Mieux collaborer avec nos partenaires

S'associer à l'optimisation des parcours de soin, au développement de la télémédecine, optimiser les coopérations et les interactions avec la médecine ambulatoire et hospitalière, mieux intégrer les bénévoles, poursuivre et renforcer les complémentarités et coopérations avec les autres EHPAD du territoire,...

Axe 7 : Gagner en efficience pour préserver l'avenir

Adapter l'environnement et engager le programme de restructuration des bâtiments, consolider notre système d'information, optimiser notre organisation des soins et nos fonctions supports, développer le management de proximité, prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité des conditions de vie au travail, promouvoir l'image de l'établissement...

II. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

1. Les actions préconisées

Le plan des actions préconisées 2015-2020 est annexé.

2. Les actions prioritaires

A partir des actions préconisées, il est possible de faire ressortir les actions prioritaires qui serviront de base de négociation avec les autorités de tarification dans le cadre de la démarche de renouvellement de la convention tripartite 2015-2020.

2.1 – PROJET MEDICAL ET DE COOPERATION EN SANTE

1. Formaliser une convention « filière gériatrique » avec le centre hospitalier de Loches
2. Elaborer un processus formalisé d'urgence
3. Former les agents de nuit au processus de l'urgence
4. Développer la télémédecine / la téléconsultation et la télé expertise / visioconférence
5. Mettre en œuvre le volet soins palliatifs et la commission de soins palliatifs
6. Assurer un suivi et une valorisation de l'activité médicale
7. Consolider le fonctionnement et la conformité de la PUI
8. Développer les projets de vie individualisés
9. Encourager l'intervention d'autres professionnels de santé libéraux (médecins, kinés,...)
10. Développer l'informatisation nomade d'aide à la sécurisation et à la traçabilité du circuit du médicament et les objets connectés et d'investigations
11. Intégrer le concept dans l'élaboration des projets de vie individualisés
12. Généraliser la culture de la gérontologie positive à tous les personnels
13. Actualiser, développer et s'approprier les protocoles médicaux
14. Renforcer la formation des bonnes pratiques gériatriques et professionnelles auprès des personnels
15. Renforcer l'utilisation des fonctionnalités du dossier de soins informatisé (PSI)
16. Renforcer le temps de psychologue
17. Renforcer la formation au repérage de la souffrance psychique et du risque suicidaire
18. Améliorer le cadre de vie et les conditions de confort des logements des résidents
19. Renforcer les activités de motricité et d'exercices d'endurance
20. Former des référents douleurs et soins palliatifs
21. Actualiser les protocoles et procédures
22. Mettre en œuvre le volet soins palliatifs
23. Renforcer les formations à l'hygiène des locaux et à la prévention des risques infectieux
24. Renforcer les effectifs de l'équipe de bionettoyage pour améliorer la fréquence d'entretien des logements
25. Renforcer les audits et contrôles qualité
26. Développer les prises en charge non médicamenteuses

2.1 PROJET MEDICAL ET DE COOPERATION EN SANTE (SUITE)

27. Systématiser la prescription des repas à texture modifiée
28. Développer la formation de préparation culinaire adaptée pour les personnels de cuisine
29. Veiller à la régularité des collations l'après-midi et le soir
30. Sensibiliser les résidents et les familles au bénéfice d'un confort oral
31. Former les personnels soignants aux gestes quotidiens et à la vigilance bucco-dentaire
32. Mettre en place des soignants référents bucco-dentaire
33. Améliorer l'entretien des prothèses dentaires
34. Faciliter le dépistage des problématiques bucco-dentaires et l'accès aux soins de confort
35. Généraliser les bilans d'entrée
36. Développer l'acquisition de dispositifs d'aide à la mobilité et la verticalisation des résidents
37. Réévaluer plus régulièrement les prescriptions de contention
38. Compléter et renouveler le parc de matelas de prévention
39. Poursuivre les formations plaies et escarres
40. Actualiser le protocole et mieux cibler les résidents à risque de déshydratation
41. Restructurer l'UPAD
42. Créer un PASA
43. Déployer la procédure de recrutement et d'intégration des personnels
44. Conforter les groupes d'analyses de pratiques
45. Prévenir les risques psychosociaux
46. Entretenir et renforcer le partenariat avec le service des urgences des centres hospitaliers
47. Développer la formalisation des protocoles médicaux
48. Développer le DMP et la messagerie sécurisée
49. Mieux sensibiliser les professionnels au secret professionnel partagé et à la discrétion professionnelle
50. Faire un bilan d'entrée d'évaluation des capacités motrices et cognitives, et réévaluer régulièrement
51. Développer la valorisation et la traçabilité des actes et soins
52. Certifier les agents en charge de la dispensation des médicaments

2.2 – PROJET DE SOINS ET D'AUTONOMIE

1. Travail sur l'hygiène des chambres
2. Développer les soignants animateurs, intervention un jour fixe
3. Temps supplémentaire psychologue
4. Mise en place de tablettes tactiles pour signer les soins
5. Renforcer les effectifs du week-end
6. Mise en place d'une commission de réactualisation des protocoles de soins une fois par an
7. Réflexion sur l'élaboration de 2 projets de vie par semaine
8. Sensibiliser les équipes de soins à la discrétion professionnelle
9. Elaborer une procédure concernant la gestion des accès informatiques
10. Inscription des professionnels sur une messagerie sécurisée
11. Elaboration d'un protocole sur une évaluation pluridisciplinaire dès l'admission du résident
12. Améliorer l'accueil en chambre double et/ou élaborer le projet architectural
13. Mise en place des transmissions ciblées
14. Développer le temps animateur
15. Mise en place d'un bilan psychomotricien et ergothérapeute à l'entrée du résident
16. Développer la culture de la gérontologie et psychologie positive
17. Formation des équipes de nuit aux pathologies du sommeil
18. Formation des soignants aux troubles psycho-comportementaux, douleur
19. Organiser la traçabilité de la prise ou de la non prise des traitements de nuit
20. Organisation de la préparation des gouttes en extemporanée
21. Formation ASGSU pour tous les soignants
22. Réactualisation systématique du DLU dans le DMP après chaque visite de médecin
23. Achat d'appareils pour l'entretien des prothèses dentaires
24. Organisation d'un bilan dentaire à l'entrée du résident
25. Mise en place de l'alimentation « manger-mains » avec formation des cuisiniers
26. Protocole de mise en place de collations pour la diminution des jeûnes nocturnes
27. Mise en place des prescriptions médicales pour les textures
28. Formation des cuisiniers sur les textures modifiées
29. Formation/Information aux équipes, par les référentes incontinence du protocole et sur le travail effectué ou sur les formations par le prestataire
30. Formalisation de la fonction des référents de soins

2.2 – PROJET DE SOINS ET D’AUTONOMIE (SUITE)

31. Réflexion et formation sur la stimulation par les huiles essentielles
32. Initier un travail en collaboration entre les services de soins, les cuisines et la diététicienne sur les goûts et les textures
33. Réflexion sur une salle et/ou un chariot snoezelen
34. Elaboration d’un bilan psychomotricité à l’entrée des résidents
35. Elaboration d’un bilan ergo thérapeutique à l’entrée des résidents
36. Analyse des risques de chutes et des chutes
37. Formalisation de l’autonomisation de la grille Norton pour les AS
38. Prescriptions des pansements par les IDE référentes et évaluation par les référents
39. Mise en place de la traçabilité de la prise en charge autour d’une escarre (mise en place d’effleurements, de matelas à air...)
40. Réflexion sur le mode de repérage du résident à l’extérieur (bracelet, différents modèles pour l’appropriation par le résident)
41. Création d’un PASA
42. Réévaluation du protocole contention avec listing des contentions et réévaluation
43. Formalisation de la réévaluation des contentions
44. Organisation de la vérification systématique de la vaccination antitétanique.
45. Organisation d’audits systématiques
46. Appropriation du projet de soins palliatifs par les soignants
47. Formation référents à l’aromathérapie
48. Formation référents hypnose
49. Organiser une évaluation tracée des antibiotiques à 72h00
50. Monter une revue de protocoles 1 fois par an
51. Monter une commission en soins palliatifs
52. Formation de référents soins palliatifs
53. Formation/information sur les directives anticipées auprès des soignants, des résidents et des familles, les bénévoles
54. Organisation de réunions gouters familles
55. Mise en place de groupes de parole pour les résidents
56. Réflexion sur les rythmes de vie (repas, douches...)

2.1 – PROJET DE SOINS ET D’AUTONOMIE (SUITE)

57. Organisation d’un vote pour les horaires de week-end
58. Réflexion sur la prise en charge des personnes démentes à l’EHPAD
59. Réflexion sur les traitements non médicamenteux : travail sur les sens, ateliers, aromathérapie, snoezelen, musicothérapie
60. Réflexion sur le réaménagement des tables des salles à manger
61. Formation/information du personnel de restauration aux troubles psycho-comportementaux et à l’aide aux transferts
62. Réflexion pluridisciplinaire autour de la sexualité des personnes âgées
63. Intégrer à la procédure d’accueil l’information au résident que personne ne rentre dans les logements sans y être autorisé, pas même les soignants
64. Réflexion sur la signalétique sur la porte : ne pas déranger au niveau de la porte d’entrée du logement des résidents
65. Séance de formation/information pour le personnel, les aidants, les bénévoles sur le relevé du sol
66. Logiciel de stimulation de l’équilibre + tapis : chariot de télémédecine
67. Education pour le chaussage
68. Formations « dans la peau de » à réactiver
69. Chambre des erreurs dispositifs médicaux

2.3 – PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

1. Elaborer un protocole de circuit de visite
2. Mieux associer les psychologues aux avis d'admissions
3. Développer les visites de pré-admission à domicile ou en service d'hospitalisation si le résident ne peut pas se déplacer
4. Actualiser la procédure d'accueil et d'admission
5. Généraliser les prescriptions pour la mise en place d'une alimentation à texture modifiée
6. Faciliter le dépistage des problématiques bucco-dentaires et l'accès aux soins de confort
7. Former des référents douleurs
8. Elaborer une fiche de fonction du référent
9. Mieux associer les résidents et familles au PVI
10. Réajuster les horaires de certains soins
11. Retarder l'horaire des repas du soir
12. Dédoubler les logements à deux lits du B3
13. Aménager des douches au sol dans les chambres du B4
14. Poursuivre l'acquisition de douches au lit
15. Améliorer la fréquence des douches et des shampoings
16. Tendre vers le respect des recommandations de réduction du jeûne nocturne
17. Agrandir les salles à manger
18. Poursuivre le travail de réorganisation de l'équipe du restaurant
19. Garantir une distribution des collations tous les jours
20. Améliorer les pratiques et la réduction de l'utilisation des contentions
21. Proposer des activités non stimulantes pour les résidents éveillés la nuit
22. Poursuivre les formations pour les équipes de nuit
23. Favoriser les conditions d'intervention de médecins psychiatres dans l'établissement
24. Renforcer le temps de psychologue

2.4 – PROJET SOCIAL ET DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

1. Mettre en place une journée découverte et d'accueil des nouveaux arrivants
2. Formaliser un protocole d'accueil dans le service avec autoévaluation des bonnes pratiques professionnelles encadrée par une aide-soignante
3. Formaliser les modalités d'évaluation des nouveaux personnels et renforcer le tutorat IDE
4. Finaliser l'élaboration des fiches de poste et intégrer les risques professionnels et les responsabilités
5. Renforcer les qualifications et expertises des agents
6. Développer des programmes de formations certifiantes, intégrantes et innovantes
7. Renforcer les analyses de pratiques professionnelles
8. Renforcer le temps de psychologue
9. Développer un système d'évaluation des compétences des nouveaux professionnels plus périodiques en lien avec les IDE référentes et responsables de service
10. Proposer un dispositif de soutien psychologique extérieur
11. Formaliser les communautés de pratiques professionnelles inter-EHPAD
12. Favoriser la mobilité professionnelle
13. Formaliser les modalités d'évaluation des nouveaux personnels et renforcer le tutorat
14. Instaurer une réunion d'encadrement périodique
15. Développer la formalisation des protocoles et procédures
16. Programmer la formation des agents de nuit au processus d'urgence
17. Renforcer l'équipe volante
18. Planifier des remplacements d'été dans les services logistiques (ST, cuisine, restaurant, bionettoyage, blanchisserie) ainsi qu'au SSIAD
19. Garantir la pérennisation des dispositifs d'assurances statutaires
20. Améliorer les conditions de confort et de vie au travail (locaux, équipements,..)
21. Promouvoir l'image de l'établissement
22. Développer la formation de formateurs internes (ex : manutention)
23. Renforcer les formations individuelles pour les services techniques et logistiques à effectifs restreints
24. Instituer une revue annuelle d'actualisation des protocoles et procédures
25. Actualiser le document unique et intégrer la prévention des risques psychosociaux

2.4 – PROJET SOCIAL ET DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES (SUITE)

26. Poursuivre la dynamique du CREX
27. Elaborer un plan bleu global et un plan de continuité d'activités
28. Pérenniser le dispositif de préventeur
29. Engager un programme de rénovation et de réhabilitation des locaux
30. Programmer le renouvellement régulier des équipements ergonomiques de mobilisation et hôteliers
31. Etablir un programme d'informatisation nomade
32. Amorcer l'équipement domotique et d'objets connectés dans certaines chambres (chambres témoins) et certains services (robot, dispositif d'alerte et de surveillance...)
33. Définir un programme plus ambitieux de renouvellement de mobiliers médicalisés et hôteliers des chambres
34. Sensibiliser les responsables de service à l'accompagnement social des personnels
35. Poursuivre périodiquement les formations prévention des risques routiers
36. Définir un plan d'actions d'améliorations issues des résultats de l'enquête de climat social
37. Assurer une meilleure mise en œuvre des demandes d'amélioration des conditions de travail exprimées lors du CHSCT
38. Développer les transmissions ciblées
39. Développer l'informatisation nomade pour favoriser la validation des soins (SSIAD/EHPAD)
40. Créer du temps de psychologue au SSIAD PA
41. Mieux organiser la gestion et la visibilité de l'information dans les services
42. Conforter les réunions d'information/formation (programme annuel rattaché au plan de formation)
43. Poursuivre la dynamique de référents et développer des journées thématiques inter-ehpad
44. Retravailler la procédure d'accueil des résidents
45. Elaborer une plaquette de présentation de l'EHPAD et la diffuser
46. Actualiser le site internet
47. Développer les coopérations et partenariats
48. Formaliser des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux afin de mieux partager les enjeux institutionnels
49. Réactualiser le schéma directeur informatique
50. Déployer la télémédecine

2.5 – PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

1. Participation des AS au CREX
2. Mise en place d'un comité qualité
3. Mise en place d'une alerte PSI pour les évaluations contentions
4. Mise en place d'un suivi vaccinal pour le tétanos
5. Mise en place d'une valise d'astreintes
6. Mise en place d'audits réguliers dans les secteurs cuisine, PUI, hôtellerie
7. Tutorat de tous les nouveaux arrivants soignants
8. Alimentation du site internet à développer
9. Réfléchir sur la présentation téléphonique et visuelle des agents
10. Mise en place d'un CRUQ
11. Elaboration et présentation d'un bilan annuel des réclamations aux instances
12. Formaliser la rencontre avec les familles, à l'aide d'une fiche d'entretien, lors des réclamations ou satisfactions orales
13. Actualiser la cartographie des compétences professionnelles
14. Mise en place d'une personne référente pour évaluer et/ou tutorer le bio nettoyage
15. Actualisation annuelle du document unique
16. Elaboration d'un tableau de bord concernant les préconisations de l'évaluation interne
17. Temps sur l'équipe ménage à développer
18. Etudes de postes à développer
19. Mise en place d'un temps de psychologue du travail ou plateforme téléphonique de soutien
20. Réflexion sur le circuit de retour des réponses des déclarations des événements indésirables
21. Elaboration et bilan des déclarations présenté au CHSCT
22. Mise en place du circuit de validation, d'appropriation et de lecture des nouveaux protocoles et des nouvelles versions
23. Mise en place d'une revue des protocoles 1 fois par an
24. Construire une politique de maintenance préventive des dispositifs médicaux et des dispositifs techniques
25. Evolution de la politique de sécurité informatique par l'ouverture de messageries sécurisées
26. Formation d'un agent au SSIAP 2
27. Elaborer la traçabilité de la purge en eau de l'équipe bio nettoyage et des soignants
28. Travaux d'entretien du calorifugeage

2.5 – PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

29. Mettre en place la traçabilité et des échantillons lors des ateliers culinaires
30. Mise en place de traçabilité : entretien des frigos, prise des T° des plats, ...
31. Sensibilisation du personnel à l'entretien des tenues professionnelles sur site
32. Organisation d'une formation hygiène des mains pour les résidents pliant du linge
33. Mise en place du pré-tri dans le reste des services (soins)
34. Validation de l'entretien des logements sur PSI
35. Faire évoluer les réclamations des usagers sur le bio nettoyage et l'entretien des logements
36. Installation de climatiseurs supplémentaires
37. Initier une démarche de développement durable pour limiter les déchets
38. Privilégier l'utilisation de matériels rechargeables
39. Réactualisation du plan bleu avec le nouveau modèle du plan bleu
40. Généralisation des volets roulants
41. Cellule qualité à constituer et intégration du DARI et des plans d'actions
42. Formation des personnes chargées de la qualité
43. DARDE à formaliser
44. Elaborer le plan de continuité d'activité
45. Evolution es logiciels compta et facturation
46. Mise en place de détecteur de présence pour certains éclairages
47. Isolation thermique du bâtiment B3 B4
48. Poursuivre et développer les audits
49. Mettre à jour les protocoles afin d'évaluer les pratiques professionnelles

CONCLUSION

La rédaction et la réflexion autour du projet d'établissement permet aux professionnels une mise à distance de leurs pratiques.

Ce projet a été rédigé en groupes de travail. Ainsi, tous les acteurs de l'institution ont pu mettre à profit leur expertise autant que leur expérience pour faire évoluer l'établissement.

Des objectifs et un plan d'actions découlent de cet écrit

ANNEXES

LE PROJET DE SOINS PALLIATIFS 2015-2020

LE PROJET DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES DESORIENTEES 2015-2020

LE PROJET DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE 2015-2020

LE PROJET DE SERVICE DE L'EQUIPE MOBILE ALZHEIMER 2015-2020

LE PROJET DES SERVICES TRANSVERSAUX ET LOGISTIQUES

LE PLAN DES ACTIONS PRECONISEES 2015-2020

LA LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL

LA LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

DELIBERATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

BILAN DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2009-2015

BILAN DE LA CONVENTION TRIPARTITE 2010-2015