

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD Sainte Sophie

2015.2020



« Connaître les différences pour mieux reconnaître les personnes, faire des différences une force. »

Extrait de la revue Décideurs en gérontologie, Le grand âge à l'épreuve du handicap

EHPAD Sainte Sophie
661, rue du Pézoulat
82170 GRISOLLES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION -----	5
I – LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE : -----	5
1.1. Le cadre législatif -----	7
1.2. Le cadre réglementaire -----	7
II – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT : -----	9
2.1. Son histoire et son développement -----	9
2.2. Son implantation et sa configuration -----	10
2.3. Les données de l'activité -----	10
2.4. La configuration du personnel -----	17
III – LES VALEURS ET LES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT : -----	18
3.1. Les valeurs attachées à la personne -----	18
3.2. Les valeurs attachées aux interventions -----	20
3.3. Les procédures d'application des valeurs de l'institution -----	21
3.4. Les missions définies par les textes réglementaires -----	22
3.5. Les missions particulières que se fixe l'établissement pour améliorer sa prestation -----	23
IV – LES RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES : -----	24
4.1. Le vieillissement et le risque de dépendance -----	24
4.1. La santé au grand âge -----	24
4.2. Les conceptions professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire -----	25
V – LE PROJET INSTITUTIONNEL : -----	25
5.1. Le référentiel du projet -----	25
5.2. Les axes du projet -----	26
⇒ LE PROJET MÉDICAL -----	27
I. Suivi médical des résidents -----	27
II. Continuité de la prise en charge et permanence des soins -----	30
⇒ LE PROJET DE SOINS -----	32
I. Le personnel soignant et les ressources humaines : -----	
32	
I.1. Les ressources humaines internes -----	32

I.2. Les ressources humaines externes -----	42
I.3. Les réseaux et coopérations -----	43
I.4. La formation professionnelle -----	44
II. L'organisation des soins : -----	44
II.1. La prise en charge en soins au quotidien -----	44
II.2. Les transmissions / communications -----	46
II.3. Les moyens matériels -----	48
III. Les soins : -----	49
III.1. le circuit du médicament -----	49
III.2. les soins d'hygiène -----	51
III.3. l'alimentation -----	52
III.4. prévention et gestion des risques -----	53
IV. L'élaboration et mise en place du plan de soins -----	58
V. Le PASA -----	58
VI. L'accompagnement Snoezelen -----	59
⇒ LE PROJET DE VIE ----- 62	
I. Les références -----	62
II. Les axes du projet de vie -----	63
III. Le projet de vie du résident -----	64
IV. La politique d'intégration -----	64
V. L'organisation de la vie quotidienne -----	65
VI. Des relations attentives à la vulnérabilité des personnes -----	65
VII. La place des familles dans la vie de l'établissement -----	65
VIII. Les intervenants extérieurs -----	66
IX. Le service de nuit -----	66
⇒ LE PROJET D'ANIMATION ----- 69	
I. Les politiques publiques de l'animation -----	69
II. Le projet d'animation de l'EHPAD Sainte Sophie -----	69
III. Evaluation du projet d'animation -----	74
⇒ LES PROJETS DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES --- 75	
I. La restauration -----	75
II. Le service administratif -----	75
III. La lingerie – buanderie -----	76
IV. Le service technique -----	77
V. Le service d'entretien des locaux -----	77

⇒ **LE PROJET SOCIAL ----- 79**

- I. L'implication professionnelle et l'esprit d'équipe -----
79
- II. La politique de recrutement ----- 80
- III. L'intégration et le tutorat ----- 80
- IV. L'accompagnement du professionnalisme et la politique de formation ----- 81

VI – LA POLITIQUE DE COMMUNICATION ----- 82

CONCLUSION ----- 82

ANNEXES :

- 1. Evaluation interne de 2013 ----- 84
- 2. Evaluation externe de 2013 ----- 125
- 3. Synthèse de la Loi 2002 ----- 137
- 4. Historique de l'établissement ----- 142
- 5. Charte de la bientraitance ----- 145
- 6. Règlement de fonctionnement ----- 148
- 7. Enquête de satisfaction de 2013 ----- 156
- 8. Evaluation Gérontologique Standardisée ----- 163
- 9. Protocole d'accueil ----- 166
- 10. Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie ----- 169
- 11. Conseil de la Vie Sociale ----- 174
- 12. Comité Technique d'Etablissement ----- 176

INTRODUCTION

L'établissement s'engage en 2015 dans la réactualisation de son Projet d'Établissement (PE) pour qu'il soit perçu comme un vrai outil de travail. La notion de Projet d'Établissement apparaît dans la loi de 2002.

La rédaction du projet initial date de 2009. Il a été modifié à la demande du Conseil d'Administration et définitivement adopté le 08 Juillet 2010.

L'élaboration de ce PE a été réalisée parallèlement à l'évaluation interne (fév. 2013 : visible sur IJTrace – [annexe 1](#)) et externe (oct. 2014 – [annexe 2](#))

Il s'inscrit dans le cadre de la réglementation en vigueur et des recommandations de l'ANESM et de l'HAS :

. **Le Code de l'action sociale et des familles dont l'article L311-8 indique** : « 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. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

. **Les recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux)**. L'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. L'une des deux missions principales définies par le législateur est de valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser.

. **Les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé)**. Les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD sont des aides à la décision des praticiens à partir des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts. Elles permettent de faire consensus dans l'intérêt du malade.

Ouvrage de référence en interne comme en externe, le PE est un document qui permet à l'EHPAD de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés, en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir et réaliser sa mission.

C'est pourquoi il est essentiel que le contenu de ce document soit connu et partagé par tous les acteurs et partenaires.

La personne accueillie au sein de l'établissement, ses souhaits et ses attentes, sont au cœur de nos préoccupations. En même temps, le travail d'actualisation du PE est l'occasion de clarifier la mission de l'EHPAD auprès des résidents en réaffirmant notre volonté de développer un « esprit d'accompagnement ».

Ce PE s'organise autour de cinq axes complémentaires :

La qualité de vie des résidents, dans un objectif de garantir leur bien-être (grâce au maintien de leurs habitudes antérieures), de leur état de santé et d'autonomie sociale, de leurs capacités fonctionnelles et psychiques.

La qualité des relations avec les familles et le réseau social des résidents, dans un objectif d'ouverture de l'établissement et de maintien des liens familiaux et sociaux.

La coordination des soins, dans un objectif de sécurité des soins. Assurée par un médecin coordonnateur attaché à l'établissement, elle permet de rassembler les intervenants privés, médecins traitants et personnels paramédicaux, autour du projet médical de l'établissement.

La qualité des personnels en exercice dans l'établissement dans un objectif de développement des qualifications et des compétences. Nous soutenons l'engagement des professionnels et leur souci du meilleur service rendu, par une gestion rigoureuse de l'organisation du travail et une politique d'évaluation et d'accompagnement du professionnalisme.

L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique : des conventions fixant les modalités de coopération entre partenaires sont signées avec des structures gériatriques locales telles que le pôle gériatrique de l'hôpital de Montauban, Palliadol, l'EHPAD de Verdun sur G (instance éthique). Ces conventions doivent faciliter la prise en charge gériatrique, favoriser la mise en place des bonnes pratiques professionnelles par l'échange et le partage de celles-ci, faire qu'elles soient communes et permettent la mise en place d'outils communs.

Le projet d'établissement s'appuie sur les avancées de la gérontologie sur lesquelles nous fondons nos interventions et nos perspectives pour :

- **Fonder un projet de vie** dans lequel nous rappelons que vieillir n'est pas une maladie et qu'il convient de maintenir et de développer une "satisfaction de vivre" de la personne accueillie en l'aidant à poursuivre son projet de vie dans de bonnes conditions.
- **Confier le projet médical au médecin coordonnateur** qui coordonnera les approches thérapeutiques dans l'esprit d'une culture de santé gériatrique globale, qui permet de considérer la personne dans ses dimensions somato-psychiques qui concilient la sécurité des soins et son bien-être.
- **Faire que les services administratifs et logistiques** participent à la qualité globale des prestations.
- **Renforcer la motivation du personnel** et sa compétence en l'associant à la dynamique de projet et à la "démarche qualité".

Dans l'esprit de la Loi et compte tenu du travail de réflexion déjà engagé au sein de la structure, l'actualisation du PE s'est inscrite dans une démarche participative. Il a été décidé de favoriser l'expression des équipes. Un groupe de travail a été mis en place en 2014 pour actualiser et adapter l'ancien PE élaboré en 2008.

I – LE CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

En cohérence avec les impulsions réglementaires qui sont à considérer comme des "références de bonnes pratiques" la démarche du projet a permis de consolider l'existant et de développer les axes du changement nécessaires, avec les acteurs concernés, par et pour l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Nous rappelons ce cadre, car il précise depuis quelques années les politiques sanitaires et sociales en faveur des personnes âgées. Cependant nous savons que cette impulsion de mise en conformité des établissements dépend de la réalisation des objectifs des différents schémas locaux, régionaux et nationaux en direction des personnes âgées, et des convergences autour de la notion de dépendance, pour plus de justice sociale, à l'égard des personnes âgées qui sont fragilisées par des pathologies et des déficiences qui se potentialisent.

« Le Plan Alzheimer 2008-2012 a été lancé le 1^{er} Février par le Président de la République, face à la progression de la maladie et il est doté de moyens spécifiques. La mesure n°16 prévoit la « Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux » aussi appelés P.A.S.A : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, proposant pendant la journée aux résidents ayant des troubles du comportement des activités thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé ».

1 – 1 Le cadre législatif

La loi n° 90 – 602 du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

La loi n° 92 – 614 du 6 juillet 1992, relative à la responsabilité du fait de vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements médico sociaux et ventes des objets abandonnés dans ces établissements. Cette loi offre des garanties aux usagers en affirmant la responsabilité des établissements en cas de vol, perte ou détérioration des objets confiés.

La loi n° 2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi propose des orientations à forte composante éthique. Elle confère une pleine citoyenneté aux usagers en leur reconnaissant des droits nouveaux, en élargissant les missions de l'action sociale sur le principe de l'égalité de dignité des plus démunis. Grâce à la place centrale des droits de l'utilisateur, la loi implique la redéfinition des missions et la démocratisation des dispositifs, plus attentifs aux besoins des usagers, et à leurs demandes. Elle rappelle l'importance qu'elle accorde au projet de vie et au plan de soins individualisé, au partenariat avec les familles. Elle élargit les procédures d'organisation du secteur en développant l'évaluation, la coordination des pratiques et la responsabilité des acteurs ([annexe 3](#) : synthèse de la Loi 2002 par Groupe de Travail 2).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite loi des droits des malades et de la qualité du système de santé. Cette loi renforce la déontologie médicale et soignante par des références relatives à l'éthique du soin à partir de la reconnaissance du droit des malades. Elle procède d'une logique qui vise la "démocratie sanitaire". Elle met le patient au centre du dispositif de soin. Elle lui reconnaît le droit d'être informé, de décider et de participer aux décisions qui le concernent. Quand la personne n'est pas en capacité de faire valoir ses droits, l'interlocuteur est "l'ayant droit", la *personne de confiance* désignée avec laquelle nous contractualisons les interventions.

1 – 2 Le cadre réglementaire

La circulaire n° 99 – 94 du 1^{er} février 1999 indiquant que les établissements médico sociaux doivent mettre en œuvre des moyens propres à prendre en charge la douleur selon les modalités inscrites dans le projet d'établissement. Il s'agit aujourd'hui d'appliquer les recommandations du dernier plan 2006- 2010.

La circulaire DGAS n° 2001 – 306 du 3 juillet 2001 relative aux violences dans les établissements sociaux et médico sociaux.

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Elle est annexée au livret d'accueil. Elle exprime les principes éthiques et déontologiques des interventions. Son application est un outil de prévention du risque de maltraitance.

Le décret n° 2003 - 1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée

La personne bénévole nommée conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général peut être saisie dans le cas où un différend entre un usager et l'établissement ne pourrait pas être réglé en interne.

Le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement

Il indique les modalités concrètes d'exercice des droits énoncés dans l'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Il précise les modalités de délivrance des prestations, les mesures à prendre en cas d'urgence, les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.

Dans le respect de la charte, il énumère les règles relatives à la vie en collectivité, les devoirs de l'usager, les mesures prises en cas de violences.

Le règlement est validé en Conseil de la vie sociale.

La circulaire n° 2004 - 138 DGAS/SD 5 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil. Il a pour finalité d'informer l'usager ou le futur usager dès sa demande d'admission de :

- La philosophie de l'établissement exprimée à partir de ses valeurs de ses missions
- De son organisation juridique, administrative, technique
- Des grandes orientations de son projet d'établissement
- Des services mis à sa disposition

Les articles R4311-1 à R4311-15 du Code de la santé publique relatifs aux actes professionnels et à la profession d'infirmiers.

Le décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge

C'est un contrat de nature juridique qui doit être signé par l'usager et si nécessaire sa famille ou son représentant légal ou s'il le souhaite par la personne de confiance de son choix.

Il est signé dans le mois qui suit l'admission, il est accompagné d'un plan d'intervention qui précise les modalités de services et d'aides les plus adaptés aux besoins de la personne dont on requiert la participation à l'élaboration du contrat sous peine de nullité.

Il détaille la nature des prestations dispensées, les conditions de sécurité, les modalités de résiliation du contrat.

Les changements des termes initiaux du contrat ou du document individuel font l'objet d'avenants ou de modifications conclus ou élaborés dans les mêmes conditions.

Le décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 relatif au conseil de la vie sociale.

Cette instance de participation, peut être remplacée, s'il y a lieu, par un autre mode de participation.

Le CVS se réunit au moins 3 fois par an, et plus, à la demande de son Président. Il est consulté sur le contenu du fonctionnement de l'établissement.

La circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/ CNSA/ 2006/ 447 du 17 octobre 2006 qui détaille les conséquences des assouplissements tarifaires du "plan solidarité grand âge".

Le décret n° 2007 – 330 du 12 mars 2007 relatif au Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance complété par **l'instruction ministérielle n° DGAS/2A/2007 : 112** du 22 mars 2007. L'instruction de 2007 vient renforcer le décret et définit mieux les orientations à mettre en place (au niveau local et national) : la diffusion des 'bonnes

pratiques professionnelles', mise en place d'une démarche d'évaluation, le contrôle des embauches, les nouvelles dispositions par rapport aux incapacités professionnelles, l'accompagnement du personnel pour lutter contre le risque d'épuisement professionnel, le PE, le partage d'expériences...

La qualité de l'accueil, des soins, des locaux, de l'hôtellerie, de l'animation...sont autant de « marques » de la qualité de prise en charge que sont en droit d'attendre les résidents.

Les notions de dignité, de consentement éclairé ont été inscrites dans les textes (notamment la Charte des droits et libertés des personnes âgées). La mise en place des Conseils de la Vie Sociale, instances représentatives des résidents et de leurs familles, permet de partager ces valeurs.

Le décret 2007 - 975 du 15 mai 2007 relatif au cahier des charges de l'évaluation externe.

II – LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

2 – 1 Son histoire et son développement :

Le premier établissement hospitalier de Grisolles remonte au XVème siècle. Six siècles d'histoire qui sont développés en [annexe 4](#).

L'établissement dispose depuis Juin 2014 d'une salle de stimulation sensorielle (Snoezelen) qui a été inaugurée le 06 Janvier 2015. Une équipe de 17 personnes a été formée depuis 2014.

Nous avons le statut d'EHPAD depuis le 1^{er} Janvier 2004 lors de la signature de la 1^{ère} Convention tripartite, renouvelée le 1^{er} Janvier 2009.

Il est précisé qu'il ne s'agit pas d'une structure fermée qui permet la libre circulation des personnes accueillies.

Raison sociale : Maison de retraite Sainte-Sophie

N° SIRET : 268 200 045 00014

N° FINESS de l'entité juridique : 820000503

N° FINESS de l'établissement : 820000309

Établissement public local (communal).

Établissement social et médico-social accueillant des personnes âgées.

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 76 lits dont 1 d'hébergement temporaire (arrêté conjoint préfet/président du C. G. du 20/11/2003).

Convention tripartite (État, Département, Établissement du 31/12/2008), conclue pour 5 ans de 2009 à 2013.

Habilitation Aide Sociale.

Personnel : Statut général de la fonction publique hospitalière Titre IV.

Président : le maire de la commune de Grisolles

Direction : Marjorie CIRODDE

« Une Convention tripartite est un engagement discuté et partagé par trois parties (ARS, Conseil départemental et l'établissement). Elle définit des objectifs et détermine les moyens à mettre en place pour les atteindre, en particulier financiers. Les EHPAD doivent s'en doter. »

Créé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée sont soumis à cette obligation de conventionnement avec le Directeur Général de l'Agence Régional de Santé (ARS) et le Conseil général du département dans lequel ils se situent, pour pouvoir accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette convention, signée pour cinq ans, repose sur la mise en œuvre de cinq principes fondamentaux :

- la transparence des coûts et des prises en charge
- le renforcement des moyens médicaux
- la solidarité envers les personnes âgées dépendantes
- la démarche « qualité » via la mise en place d'un projet d'établissement (projet de vie, projet de soins du résident)
- la mise en œuvre d'un partenariat à travers cette convention

Ce sont les raisons pour lesquelles les échanges ont lieu entre :

- le directeur de l'établissement qui porte le projet d'établissement
- l'ARS qui alloue les moyens nécessaires aux soins à prodiguer aux résidents
- le Conseil général qui assume la prise en charge de la dépendance des mêmes résidents, et la tarification « hébergement » des établissements habilités à l'aide sociale.

2 – 2 Son implantation et sa configuration :

L'établissement est implanté rue du Pézoulat dans un secteur résidentiel en développement.

La proximité des écoles favorise un milieu de vie et de mouvement qui anime naturellement le quotidien. Elle nous permet de tisser des liens pour aménager des rencontres intergénérationnelles.

Néanmoins, l'éloignement des services et des commerces de la commune nous conduit à organiser des sorties avec le véhicule de l'établissement.

L'architecture de forme arrondie, favorise la convivialité autour d'une place, de terrasses et de patios. L'environnement est sécurisé sans faire obstacle à la liberté de déplacement.

Notre commune se situe à 25 kilomètres de Montauban et à un peu plus de 30 kilomètres de Toulouse, elle est desservie par deux routes importantes D820 et D813 (ex-nationales 20 et 113) et par l'autoroute A 64.

La gare des trains se situe à 500 mètres de notre établissement.

2 – 3 Les données de l'activité :

1) *Taux d'occupation des cinq dernières années :*

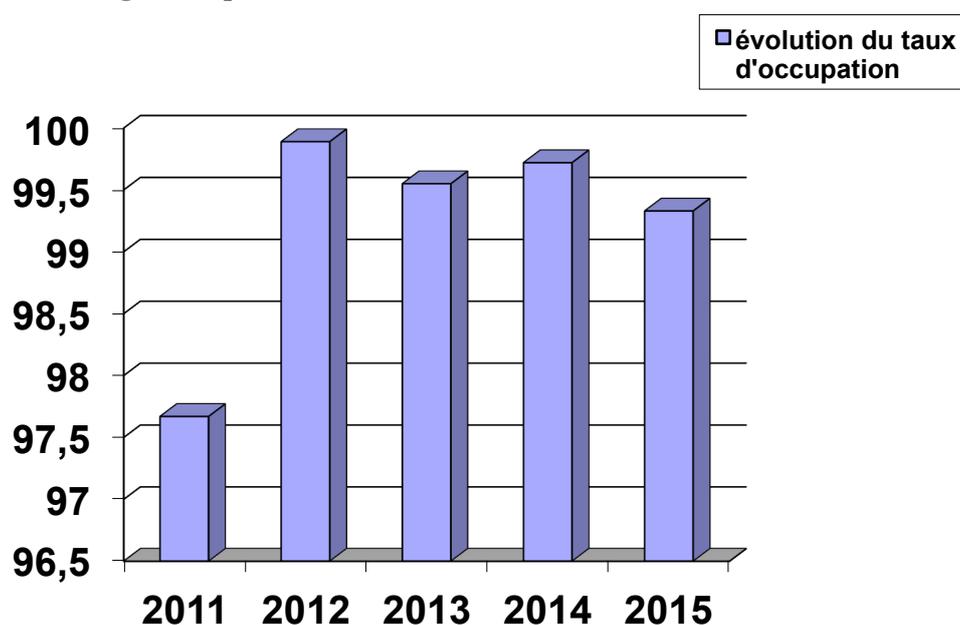
Le nombre de journées réalisables dans l'année est de 27 556.

<u>2011</u> Hébergement	27 094 journées	taux d'occupation	97.67 %
<u>2012</u> Hébergement	27 711 journées	taux d'occupation	99.89 %
<u>2013</u> Hébergement	27 617 journées	taux d'occupation	99.55 %
<u>2014 :</u> Hébergement	27 664 journées	taux d'occupation	99,72 %
<u>2015 :</u> Hébergement	27 556 journées	taux d'occupation	99,33 %

Nous constatons une légère baisse du taux d'occupation en 2015 due essentiellement à une hausse des sorties cette année (19 en 2015 contre 10 en 2014). Comme l'année précédente, les logements ont presque tous été réhabilités avant chaque nouvelle admission ce qui implique un délai de carence entre la sortie et l'entrée.

Le taux d'occupation reste cependant très élevé pour les raisons suivantes :

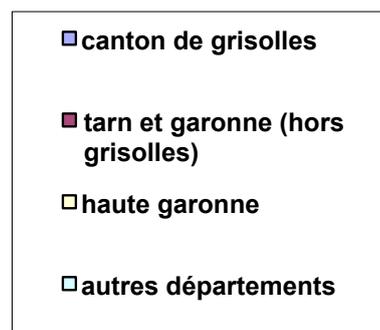
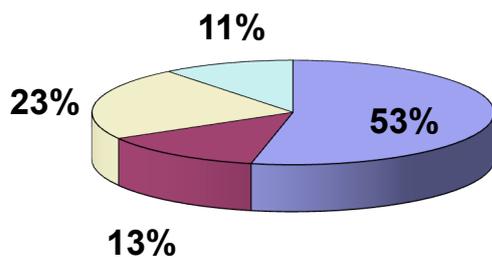
- Une augmentation de la demande.
- Pour 2015, à nouveau une utilisation du lit d'hébergement temporaire en hébergement permanent



2) Origine des résidants présents au 31 décembre 2015:

Cantons et Départements	2015		% 2014	% 2013
	nombre	%		
Grisolles (commune)	25	33.3%	32.4%	31.6%
Grisolles (autres communes)	15	20.0%	23.0%	23.7%
Grisolles (canton)	40	53.3%	55.4%	55.3%
Verdun-sur-Garonne	1	1.3%	4.1%	5.3%
Montauban	4	5.3%	5.4%	3.9%
Malause	1	1.3%	1.4%	1.3%
Moissac	1	1.3%	1.4%	3.9%
Aucamville	1	1.3%	1.4%	1.3%
Montclar de quercy	1	1.3%	1.4%	1.3%
Mas grenier	1	1.3%	1.4%	
Castelsarrasin	1	1.3%		
Tarn-et-Garonne	50	66.7%	71.6%	72.4%
Haute-Garonne	17	22.7%	21.6%	22.4%
Drome	1	1.3%	-	
Tarn	1	1.3%		
Charente	1	1.3%	1.4%	1.3%
Charente maritime	1	1.3%	1.4%	
Haute Vienne	1	1.3%	-	
Oise	1	1.3%	1.4%	1.3%
Pyrénées-atlantiques	1	1.3%	1.4%	1.3%
Paris - Ile de France	1	1.3%	1.4%	1.3%
Total	75	100.0%	100.0%	100.0%

Répartition géographique de l'origine des résidants



3) Entrées de l'année 2015 :

Origine des entrants	Femmes	Hommes	Total 2015	Total 2014	Total 2013	Total 2012
Domicile	8	2	10	5	12	15
Foyer logement	1	-	1	-	-	-
Établissement de santé	6	3	9	1	2	3
Autres maisons de retraite	-	-	-	2	3	3
Total des entrées	15	5	20	8	17	21
moyenne d'âge	88.44	88.86	88.55	85.65	81.70	81.70
âge médian	89.71	88.45	88.48	88.33	83.27	83.27
le plus jeune	80.01	83.41	80.01	61.20	66.00	66.00
le plus âgé	96.54	97.19	97.19	96.81	90.00	90.00

Le nombre d'entrées en 2015 est de 20 personnes soit 15 femmes et 5 hommes. 26,30% de l'effectif a été renouvelé cette année soit une durée de séjour moyenne de 5,12 années. 3 des 15 personnes entrées en 2015 ont quitté l'établissement dans la même année (décédées). Une sortie en toute fin d'année 2015 (le 27/12), l'entrée est prévue tout début janvier 2016 d'où un nombre de résidents au 31/12/2015 de 75.

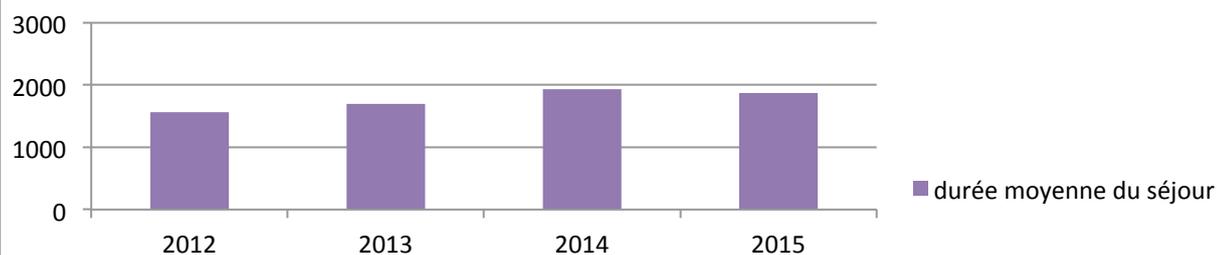
4) Sorties de l'année 2015 :

Motif de sortie	2015	2014	2013	2012	2011
Retour au domicile	0	0	0	1	3
Décès	18	9	14	15	25
Autres maisons de retraite	1	1	2		
Famille d'accueil					
Établissement de santé					1
Total	19	10	16	16	29

5) Durée de séjour 2015 :

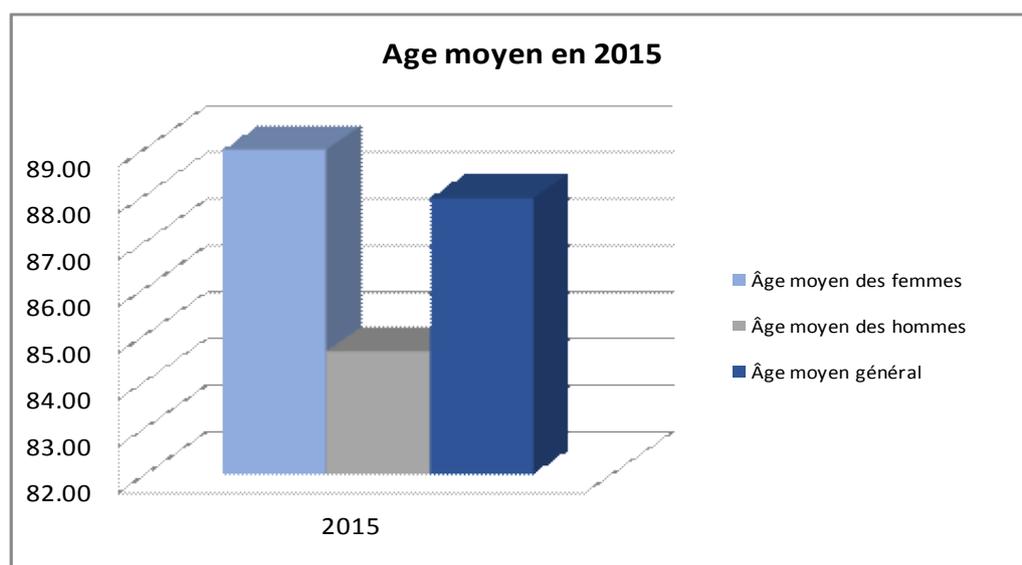
Libellé	Nombre de jours			
	2015	2014	2013	2012
Durée de séjour moyenne des présents au 31/12	1 866	1 936	1 701	1 561
Durée de séjour moyenne des sortants	1 620	1 367	1 025	920
Durée de séjour médiane des sortants	1 385	887	709	685
Durée de séjour la plus courte des sortants	24	24	136	16
Durée de séjour la plus longue des sortants	3 975	4 836	3 341	3 509

Evolution de la durée moyenne du séjour



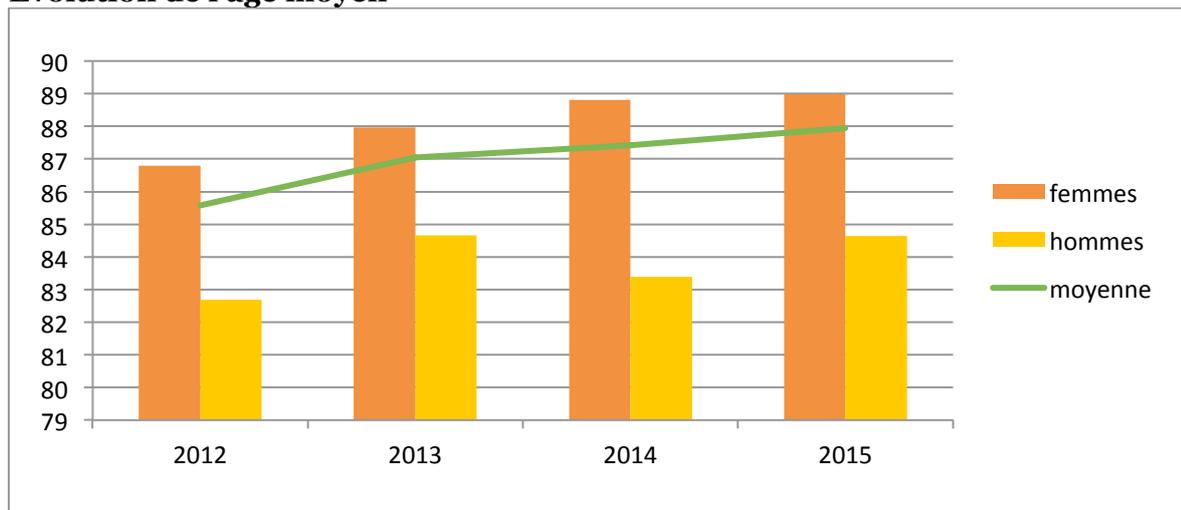
6) Âge des résidants présents au 31 décembre 2015 :

Libellé	2015	2014	2013	2012
Âge moyen des femmes	88.98	88.81	87.96	86.80
Âge moyen des hommes	84.65	83.39	84.67	82.69
Âge moyen général	87.94	87.42	87.05	85.58
Âge médian des femmes	89.60	88.66	88.00	84.40
Âge médian des hommes	86.90	85.99	86.00	86.66
Âge médian général	89.37	88.37	88.00	86.41



L'âge moyen des hommes tient compte de la présence de deux résidants âgé de 62 ans.

Evolution de l'âge moyen



13 sorties en 2015 sont des femmes et 6 sorties sont des hommes. 1 femme a rejoint un autre établissement d'hébergement (établissement sécurisé)

L'âge moyen des personnes de sexe féminin décédées en 2015 est de 92.11 ans et celui des hommes est de 88.02 ans.

3 parmi les 19 personnes admises en 2015 sont décédées au 31/12/2015. Leurs séjours ont été de 110, 55 et 24 jours portant le séjour moyen des sortants à 4.44 années.

7) Ressortissants de l'Aide Sociale au 31 décembre 2015 :

Départements	2015	2014	2013	2012	2011
Tarn-et-Garonne	9	10	9	10	14
Haute-Garonne	4	4	5	6	6
Nord				1	1
Seine-saint-Denis	1	1	1	1	1
Pyrénées Atlantiques	1	1	1	1	1
Hauts-de-Seine	-	-	-	-	-
Total	15	16	16	19	23

8) Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Au 31 décembre 2015, 53 résidents classés dans un GIR 1 à 4 ont un tarif dépendance couvert en partie par l'APA.

GIR 1-2 26

GIR 3-4 27

Total 53 (53 en 2014)

9) Activité hébergement :

Libellé	Année 2015	Année 2014	Année 2013	Année 2012
Journées prévues	27 599	27 501	27 215	27 000
Hébergement temporaire	75	75	150	300
Total	27 674	27 576	27 365	27 300
Journées réalisées				
<i>Hébergement temporaire</i>	0	0	0	0
<i>Hebergement + de 60 ans</i>	27164	27288	26858	26682
<i>Hebergement - de 60 ans</i>	0	0	261	366
<i>Hospitalisation</i>	326	274	450	647
<i>Vacances</i>	0	89	12	8
<i>Réservation</i>	66	13	36	8
Total journées réalisées	27556	27664	27617	27711

10) Activité dépendance :

Type de dépendance	Nombre de journées		Valeur du point GIR	Nombre de points GIR (en millier)			
	Prévues	Réalisées		Prévus	Réalisés	Écarts	Écarts en %
GIR 1/2	15 656	13 549	1 040	16 282	14 091	-2 191	-13.46%
GIR 3/4	9 105	10 514	660	6 009	6 939	930	15.48%
GIR 5/6	2 913	3 410	280	816	955	139	17.06%
<60 ans	0	0	807	0	0	0	0.00%
Totaux	27 674	27 473		23 107	21 985	-1 122	-4.86%

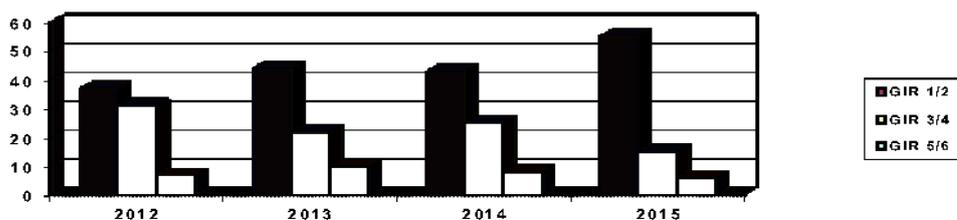
Le nombre de journées réalisées en GIR 1 et 2 est inférieur de 2191 par rapport aux journées prévisionnelles, d'où un manque au niveau de la tarification.

La différence entre le nombre de journées de l'activité dépendance et le nombre de journées de l'activité hébergement s'explique par 17 jours d'hospitalisation ou d'absence de plus de 35 jours pour lesquels la facturation de la dépendance est suspendue et par 66 jours de réservation.

Évolution du GIR moyen pondéré (GMP)

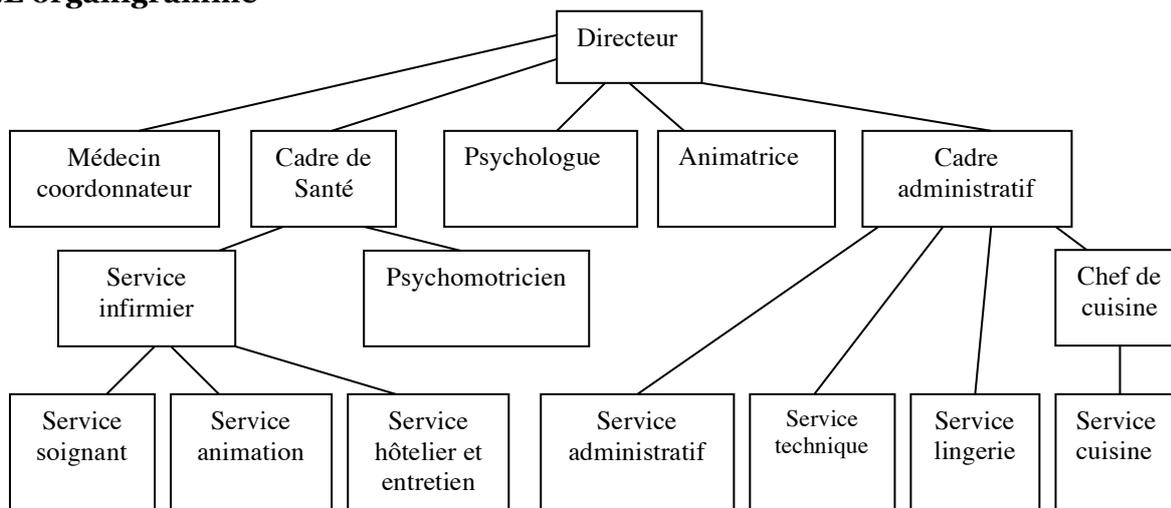
Libellé	Années (coupe au 30/09)									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GIR 1	18	14	13	22	24	20	20	17	17	23
GIR 2	21	17	26	17	19	22	17	27	26	32
GIR 3	7	5	10	3	7	6	14	9	12	6
GIR 4	15	19	16	19	17	22	17	13	13	9
GIR 5	3	7	4	8	3	4	5	7	5	2
GIR 6	10	13	6	6	3	0	2	3	3	4
GMP	649	563	661	649	722	712	694	714	706	768

Evolution des GIR



2 - 4 La configuration du personnel

.L'organigramme



.Pyramide des âges du personnel permanent au 31/12/2015

Ages	H	F	Ensemble	%
18 à 25 ans	1	5	6	8%
26 à 30 ans	-	10	10	14%
31 à 35 ans	-	6	6	8%
36 à 40 ans	-	5	5	7%
41 à 45 ans	2	14	16	22%
46 à 50 ans	1	9	10	14%
51 à 55 ans	1	12	13	18%
56 ans et plus	2	5	7	10%
Totaux	7	66	73	100%

.Ancienneté dans l'établissement au 31/12/2015

Ancienneté	H	F
- de 2 ans	3	15
2 à 5 ans		18
6 à 10 ans	2	18
11 à 15 ans	-	5
16 à 20 ans	1	3
21 à 30 ans	-	7
31 ans et +	1	-

III – LES VALEURS ET LES MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

Du fait que l'établissement soit inscrit dans un réseau gérontologique, nous sommes confrontés aux risques inhérents de la prise en charge de personnes vulnérables.

En référence à la loi de 2002 et aux dispositions réglementaires, ainsi qu'aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles, nous accordons une importance toute particulière à la prévention des risques de négligences et de maltraitances. Cela nous conduit à nous interroger sur les **Valeurs** que nous souhaitons promouvoir pour instaurer des **Règles** que nous devons nous imposer. Il ne s'agit pas de figer notre **Relation** dans une série de procédures mais de soutenir nos engagements professionnels par une **qualité de la Relation** qui nous permet d'être aidants et bienveillants. Il s'agit d'avoir des **Règles et Références éthiques** qui permettent d'unir l'ensemble des acteurs et des partenaires de l'EHPAD.

« La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque. »...définition/ANESM/2008

3 – 1 Les valeurs attachées à la personne :

Nos références s'inspirent de la Charte de la Personne Agée Dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 Septembre 2003 relatif à la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie qui a valeur réglementaire. Ce texte est mis à la disposition des usagers dans le livret d'accueil. Les principes et les règles d'usage doivent être connus et appliqués par l'ensemble des personnes intervenant dans l'établissement. Elle s'inspire aussi de la Charte de la Bienveillance élaborée conjointement avec l'EHPAD de Verdun sur Garonne ([annexe 5](#))

À partir de ce cadre nous avons souhaité mettre en évidence des valeurs fondamentales inscrites dans nos références culturelles parce qu'elles indiquent nos perspectives.

La dignité de la personne :

Exister en tant qu'être humain et être considéré comme un individu à part entière :

« **Prendre soin** » = garantir le bien-être physique et psychique de la personne, être attentif et assurer sa protection et sa sécurité, répondre, autant que faire ce peut, aux besoins des résidents (vitaux et humains, communiquer, s'occuper, se récréer, apprendre)
 = être garant du respect de son intimité, de sa pudeur
 = Maintenir, voire développer son autonomie, du confort

« **Accompagner et informer** » = les professionnels s'emploient à adapter un accompagnement personnalisé aux besoins de la personne (le Projet de Vie) en développant et appliquant un « Savoir Faire » au handicap et en développant une communication adaptée à la recherche du consentement éclairé du résident

« **Le respect** » = c'est développer notre « Savoir Etre », c'est se reconnaître mutuellement et respecter chacun, résidents, familles et soignants
 = le respect de la personne âgée c'est l'écoute sans jugement, un comportement et une attitude respectueuse, confidentialité et respect du secret médical, respect de sa vie privée

« **Accueillir** » = recevoir avec convivialité et respecter chaque personne
 = favoriser son intégration et permettre son sentiment d'appartenance
 = échanger et informer sur les différentes instances de l'EHPAD
 = intégrer la famille et la faire participer dans la prise en charge (via le projet de vie) et expliquer l'importance du rôle de la personne de confiance

« **Vivre** » = créer un lieu de vie agréable, confortable et adapté, une qualité de vie quotidienne, dans lequel les goûts, les désirs et les envies sont prises en compte et respectés
 = favoriser un environnement personnalisé serein et sécurisé
 = intégrer le résident au sein de l'EHPAD
 = favoriser leur plaisir gustatif (pas de régime strict sauf si prescription) et favoriser l'animation avant les RDV extérieurs autant que possible

« **La liberté affective et sexuelle** » = elle accompagne le résident dans toute son humanité : au moment de sa toilette, de son alimentation, du nettoyage de son linge, de sa maladie, dans son prendre soin, dans sa relation avec sa famille, ses proches et les amis...
 = respecter sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité et sa sécurité jusqu'au **bout de la vie**
 = **la Tolérance et le Respect** : en reconnaissant la vie intime, affective et spirituelle de la personne, en soutenant la présence active des familles

La citoyenneté :

Préserver les droits fondamentaux des personnes (égalité, solidarité, fraternité). Garantir aux personnes âgées vulnérables d'être des sujets de droit comme les autres.

Parmi l'ensemble des droits civiques, seul le droit de vote fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour en faciliter l'exercice.

« Outre le fait qu'un EHPAD représente une activité économique pour le territoire où il est implanté, les résidants sont eux-mêmes des acteurs économiques :

- par leur rôle de citoyen payant des impôts, de consommateur de biens, de soins ;
- par le biais du « reste à charge » (hébergement et ticket modérateur pour la dépendance) qu'ils payent à l'établissement ;
- par l'achat d'un certain nombre de prestations qui ne sont pas incluses dans le prix de journée comme, par exemple, des soins de pédicurie, le coiffeur, des objets personnels...

Ils ont donc un rôle de consommateur au même titre que les habitants de la ville ou du village où l'EHPAD est situé.

Le résidant est considéré et se considère comme un client de l'EHPAD ; il a donc un droit de regard sur les prestations effectuées et leur coût.

Le résidant continue à jouer son rôle social de client/consommateur comme les autres citoyens. »
Qualité de vie en EHPAD (volet 3) ANESM

3 – 2 Les valeurs attachées aux interventions :

Le partenariat avec les familles :

En accord avec le résidant, les familles sont considérées comme de véritables partenaires de nos interventions, dans le respect du partage des rôles et des responsabilités de chacun.

Les familles sont intégrées dans la prise en charge de leur parent afin de trouver si nécessaire un équilibre entre le souhait du résidant et celui de la famille.

- ⇒ Validation du Projet de vie par le résidant
- ⇒ Participation de la famille dans les prises en charge
- ⇒ Précisions réglementaires sur le rôle de la personne de confiance

Le partenariat avec les familles est un des axes à améliorer.

La reconnaissance des droits de l'usager

Par le biais du Plan de Soins et du Projet de Vie, qui supposent le consentement éclairé, cela oblige les professionnels :

- à articuler consentement et capacité, à chaque occasion, pour valider que la personne s'exprime en conscience ;
- à chercher une alliance thérapeutique ;
- à fournir au résidant et sa famille les informations qui leur permettent de comprendre les avantages, les inconvénients, les alternatives à sa décision afin d'obtenir son adhésion ;
- à garantir la confidentialité des informations privées concernant le résidant obtenues lors de soins ou d'échanges (respect du climat d'intimité) ;
- à avoir un accompagnement adapté aux besoins de la personne en respectant au maximum son consentement éclairé ;
- à respecter son libre choix sans contrainte ni duperie, sans influence ni séduction, si la personne ne dispose pas de la capacité à saisir les enjeux de la situation, le consentement sera requis auprès de la "personne de confiance".

Le résidant peut désigner par écrit une personne de confiance (art L.1111-6 du code de la santé publique) ou rédiger des directives anticipées. La personne de confiance sera consultée au cas où le résidant ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire.

La reconnaissance des droits de l'usager est un axe à améliorer.

Le maintien des capacités d'autonomie :

L'EHPAD est un lieu de vie et de soins qui a pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie au quotidien et de répondre le mieux possible à leurs besoins. C'est pourquoi l'équipe pluri-professionnelle s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'elle met en œuvre, à favoriser et maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents.

Dans cet esprit, le personnel aide quotidiennement les résidents à accomplir les gestes essentiels concernant la toilette, les autres soins du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes les mesures favorisant le maintien de l'autonomie.

- La finalité des interventions est de contribuer au maintien et à la reconnaissance des capacités personnelles et sociales des personnes.
- La perte des capacités fonctionnelles doit conduire à toujours évaluer nos aides aux besoins.
- Les supports évaluatifs permettent d'adapter les interventions aux besoins de la personne. Considérer autrui à partir de la logique de ses besoins, de ses désirs et de ses capacités c'est reconnaître la personne dans sa singularité et son altérité.
- Le plan de soin individuel devient le modèle de l'intervention adaptée quotidiennement aux besoins du résident.
- Ce plan d'intervention devient un processus dynamique d'échanges et d'ajustements entre les intervenants, la personne, ses représentants. Ensemble, ils partagent le diagnostic de la situation, les orientations des projets, l'évaluation des résultats.

Le Projet de Vie individualisé de chaque résidant et sa mise en œuvre peuvent être définies en termes de :

- Respecter
- comprendre
- Solliciter
- Stimuler
- Encourager
- Dynamiser
- Accompagner

3 – 3 Les procédures d'application des valeurs de l'institution :

- ***Le règlement de fonctionnement*** (*annexe 6*) privilégie la liberté fondamentale de la personne accueillie dans l'établissement et la protection de celles et ceux qui ne disposent plus de leurs capacités de jugement. Il rappelle les usages et les régulations nécessaires, pour que les instants de la quotidienneté soient partagés dans le respect de tous, résidents et professionnels.
- ***Le conseil de la vie sociale*** permet la participation des résidents et de leurs familles à la vie de l'établissement. Il facilite la confrontation des points de vue entre la conception professionnelle des services, les attentes et les niveaux de satisfaction des usagers qui stimulent par leurs suggestions et leurs critiques nos axes

d'amélioration. Nous confortons la participation et l'expression de l'utilisateur en l'associant à la commission des menus, des programmes d'animation et en le sollicitant une fois par an par sondage de satisfaction.

- **Le plan de soins** est élaboré dans les quinze premiers jours, et **le projet de vie individualisé** à la suite du pré-projet d'entrée réalisé dans le premier mois de l'accueil. Ils s'appuient sur les données médicales fournies par le médecin traitant, la prise en compte des habitudes de vie de la personne, l'évaluation gériatrique standardisée d'entrée, l'analyse des besoins fondamentaux, la demande du résident et, le cas échéant, de son représentant. Le résident et la personne de confiance sont associés à l'élaboration du plan de soins et du projet de vie.
- **La procédure de recours de plaintes.** Les réclamations sont adressées soit au cadre de santé soit au cadre administratif. Ainsi les personnes peuvent avoir le choix de la personne de recours. Les plaintes sont formulées au directeur soit par écrit soit verbalement. Elles sont consignées dans un registre prévu à cet effet. Le directeur fournit une réponse dans un délai de 15 jours.
- **La personne qualifiée.** La liste des personnes qui pourront aider le résident à faire valoir ses droits s'il considère qu'ils ne sont pas pris en compte, sera communiquée dès qu'elle sera établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil départemental.
- **L'accès au dossier médical.** Si la personne et/ou ses représentants souhaitent avoir des informations relatives aux soins dispensés, ils peuvent formuler une demande par écrit auprès du médecin traitant.
- **Le respect de la confidentialité des échanges professionnels.** Les modalités de l'accompagnement pluridisciplinaire centré sur l'évaluation des besoins de la personne nous conduisent à partager, en équipe, des informations significatives et opérationnelles dénuées d'interprétation et de termes irrespectueux.
- **La liste d'attente.** Le rang de l'enregistrement de la demande sur la liste d'attente tient compte de la situation sociale du demandeur et de l'avis médical.
- **Le signalement.** Lorsqu'une personne vulnérable est victime d'actes de violence ou de malveillance qui menacent sa sécurité le signalement n'est pas un devoir moral, c'est une obligation. La loi prévoit des sanctions pour toute personne qui ne signale pas, alors qu'elle a eu connaissance de faits contraires à l'intégrité physique et/ou morale de la personne. Afin de répondre à cette mission de protection, l'établissement met en place une procédure de signalement et diffuse sa politique de prévention du risque de maltraitance.

3 – 4 Les missions définies par les textes réglementaires :

L'établissement s'engage à appliquer l'ensemble des missions préconisées par les textes réglementaires, et à dégager celles qui lui sont particulières, dans le but de proposer des orientations professionnelles capables de satisfaire l'évolution des besoins de son public, dans le cadre de son champ de compétence gériatrique.

Les dimensions sociales et sanitaires de la mission des établissements gériatriques doivent garantir une politique d'accueil adaptée aux besoins des personnes âgées ainsi qu'un niveau de sécurité thérapeutique requis par leur état souvent poly-pathologique.

- **Une mission d'accueil social** : elle est fondée sur l'idée de garantir à toute personne hébergée des conditions de vie aussi proches que possible de la vie courante.
- **Une mission de santé publique gériatrique** : elle s'appuie sur les avancées de la spécialité. Elle s'impose du fait de l'accueil de résidents poly-pathologiques que nous devons être en mesure de soigner en leur évitant, autant que faire se peut, les transferts vers les services actifs.
- **Une mission de protection** des personnes vulnérables qui nous sont confiées, elle s'appuie sur une grande vigilance en matière du risque de maltraitance tant au niveau du recrutement, que de la formation du personnel et des procédures de signalement. Elle nous oblige à être très scrupuleux à l'égard de l'hygiène et de la sécurité.
- **Une mission d'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations délivrées.** L'article L312-8 du Code de l'action sociale et des familles fait obligation d'évaluer la qualité des prestations au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées. Une enquête de satisfaction a été faite en 2013 auprès des familles et des résidents, consultable sur IJTrace ([annexe 7](#)). L'enquête de 2015 est en cours de dépouillement.

3 – 5 Les missions particulières que se fixe l'établissement pour améliorer sa prestation :

L'établissement s'engage à développer les missions qui lui permettront de valoriser son domaine de compétence gérontologique par :

- **Une mission d'ouverture sur l'environnement**, en facilitant les rencontres intergénérationnelles, les sorties, les accueils, les partenariats avec des associations locales, dans le cadre de notre politique d'animation.
- **Une mission d'aide aux aidants familiaux**, les familles sont largement impliquées dans la solidarité intergénérationnelle. Elles contribuent au maintien de leurs parents dans le milieu ordinaire. L'accueil temporaire est possible au sein de notre EHPAD.
- **Une mission d'évaluation des compétences**, notre engagement vers la qualification globale des prestations nous impose d'être rigoureux dans notre politique de recrutement du personnel comme dans nos liens de partenariat avec les intervenants privés. Nous devons également être attentifs à l'évaluation et à la promotion des compétences des acteurs professionnels par le biais de l'entretien annuel/mensuel avec tous les personnels titulaires ou contractuels.

Tout établissement accueillant des personnes âgées doit s'approprier les notions de démarche qualité et d'évaluation.

- *"Les établissements et les services sociaux et médico-sociaux doivent régulièrement procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées".*
- Nous devons faire partager la culture de l'auto-évaluation des services par le personnel, qui peut ainsi préconiser des axes d'amélioration des ressources mises à la disposition des besoins des personnes.
- L'exigence de qualité soutient la déontologie des interventions. Considérer que les personnes les plus vulnérables relèvent d'interventions préoccupées de la satisfaction de leurs besoins, savoir réévaluer ses pratiques en accueillant les critiques du destinataire de la prestation, permet des remises en cause qui conduisent à des améliorations concrètes.

Nous répondons à l'exigence de qualité des prestations sociales en nous référant aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. En ce qui concerne les prestations sanitaires nous nous rapprochons des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Cette démarche confiée au cadre administratif et au cadre de santé et soutenue par le médecin coordonnateur, associe l'ensemble du personnel qui participe à sa consolidation grâce à la rédaction et à l'application des protocoles et des postures professionnelles et éthiques.

IV – LES RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES

Le résidant est un être unique, un tout indivisible qui rencontre à un moment de sa vie une ou plusieurs difficultés, liées ou non à un problème de santé, l'empêchant de rester vivre dans son environnement habituel. L'accompagnement proposé par notre EHPAD n'est donc pas uniquement soignant mais doit surtout répondre aux besoins et/ou attentes du résidant. Accompagner signifie « marcher à côté, ne pas faire à la place de la personne mais l'aider à faire ce qu'il ne sait plus faire »

4 – 1 Le vieillissement et le risque de dépendance :

Nous devons être vigilants à l'égard du **risque de dépendance** que nous considérons selon trois modalités :

- *la dépendance fonctionnelle* qui limite les activités, réduit les capacités d'adaptation, nous conduit à considérer l'ensemble des facteurs aggravants en apportant toutes les aides humaines, techniques et les adaptations environnementales qui permettent le maintien des autonomies, améliorent le confort de vie, compensent les déficiences ;
- *la dépendance psychologique* qui conduit à aliéner sa liberté de décision à toute personne qui fait autorité, nous oblige à veiller au respect des décisions et à la stimulation des choix des personnes ;
- *la dépendance institutionnelle* qui modifie ses habitudes de vie au profit de l'adaptation aux contraintes de l'organisation, nous conduit à respecter, autant que possible, les rythmes de vie antérieurs et à respecter les rythmes relatifs au vieillissement.

4 – 2 La santé au grand âge :

Si les pathologies augmentent avec l'âge, il serait faux d'associer grand âge et maladie. Néanmoins, la décision d'entrée en établissement est très souvent consécutive à la dégradation de l'état de santé.

À cette période de la vie le vieillissement biologique donne lieu à plusieurs facteurs qui interfèrent :

- Déclin des capacités de l'organisme à maintenir ses fonctions internes face à des agressions extérieures telles que les maladies ou accidents
- Altérations des fonctions et des structures qui surajoutent leurs effets aux maladies dégénératives
- Changements cliniques qui introduisent des pathologies associées au vieillissement

On peut dire que les effets conjugués des pathologies et des altérations fonctionnelles peuvent retentir sur la vie quotidienne pour en perturber sa qualité et introduire le besoin d'un tiers. Avec la perte des rôles sociaux, ces facteurs sont aussi des déterminants de santé au-delà de la maladie et des incapacités.

4 – 3 Les conceptions professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire :

Ses interventions s'inscrivent dans une **approche globale** à partir d'un projet de soins et d'un projet de vie individualisés. Ces projets qui seront contractualisés avec le résidant et, le cas échéant, la personne de confiance permettent :

- de maintenir les autonomies de vie quotidienne
- de déclencher les actions de stimulation et de réhabilitation afin de limiter les réactions en chaîne du risque de dépendance
- de dispenser des soins répondant aux critères de sécurité et de confort
- de prendre en compte les demandes de la personne

Les équipes professionnelles sont également attentives à la prévention des risques **aggravants** liés au grand âge :

- perte des repères à l'admission
- incidence iatrogène des poly médicaments
- incidence assistencielle des prises en charge
- l'exclusion sociale du 4^{ème} âge

Ces problématiques conduisent à inscrire :

- **le projet de vie** dans une **approche environnementale** de l'intervention qui met à disposition :
 - un environnement relationnel stimulant et attentif au maintien des habitudes de vie
 - une politique d'accueil social centrée sur la qualité de vie
 - l'animation socioculturelle pour satisfaire des centres d'intérêt ou éveiller des curiosités
 - le respect de la vie privée et la stimulation de la convivialité
 - le maintien des liens familiaux
- **Le projet de soins** dans une **vigilance clinique** qui coordonne les axes de **réhabilitation** à partir de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (E.G.S. faite par le Médecin coordonnateur et la Psychomotricienne quelques jours après l'entrée de la personne/[annexe 8](#)) et renforce par son approche, l'observation globale de la personne pour :
 - améliorer les capacités fonctionnelles, les autonomies et le bien-être
 - stabiliser et retarder autant que possible la progression des maladies chroniques
 - prévenir, diagnostiquer et traiter à temps les maladies subaiguës ou aiguës qui peuvent survenir
 - accompagner les personnes ayant perdu leurs ressources et leurs autonomies, en leur dispensant des soins de confort, en leur procurant un environnement et une vie adaptés à leurs besoins
 - adapter les attitudes et les traitements à la prise en charge des résidants atteints de troubles psychiques. Leur offrir un environnement qui optimise leurs conditions de sécurité et de liberté.

V – LE PROJET INSTITUTIONNEL

5 – 1 Le référentiel du projet :

La construction de l'établissement a été engagée en 1990 afin de développer la conformité des bâtiments d'accueil aux besoins des usagers et des professionnels.

Un concept architectural a présidé à la programmation, il était établi sur quatre grandes références :

- Confort de vie privée : importante dotation de logements personnels avec salles de bains attenantes, superficie satisfaisante des chambres, accès à un balcon ou une terrasse
- Accessibilité : cheminements de plain-pied correctement éclairés
- Convivialité : divers espaces de rencontre interne et externes
- Fonctionnalité des espaces et équipements collectifs

Depuis, certaines contraintes structurelles rencontrées lors du PE de 2008 ont été corrigées :

- le hall d'entrée a bénéficié de travaux en 2014 permettant, ouverture de l'espace accueil et 'sectorisation' de l'administratif.

Reste la difficulté à faire vivre les espaces conviviaux au bénéfice d'une occupation importante dans le salon et près de la porte d'entrée. Mais les résidents sont friands d'animation, ils veulent voir du monde, des gens avec qui parler ou simplement dire « Bonjour ».

5 – 2 Les axes du projet :

Au moment de l'élaboration du programme les personnes accueillies étaient plus jeunes et plus valides. Aujourd'hui les poly-pathologies ou la dépendance physique et psychique font apparaître des besoins qui n'ont pas été anticipés.

Les difficultés de déplacement, la fatigue, l'augmentation du nombre de personnes en fauteuil roulant étaient un frein à une capacité d'accueil et de service en salle à manger commune. Un réaménagement et une extension de la salle de restaurant a été faite en 2014, comme annoncé dans le précédent PE.

L'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées, a poussé l'établissement à engager une étude sur l'aménagement ou la création d'un service spécialement dédié à l'accueil de cette population : le PASA créé en 2012.

=> LE PROJET MEDICAL

Sous la responsabilité du médecin coordonnateur, le projet médical répond à un besoin de sécurité et de continuité thérapeutique pour mieux prendre en compte le profil poly-pathologique de la population accueillie. Il implique l'engagement des médecins traitants à soutenir une politique de santé gériatrique dans l'esprit des recommandations de l'HAS.

Le médecin coordonnateur est garant d'une politique de santé selon une approche gériatrique préventive et curative en étroite collaboration avec le médecin traitant du résident.

I. Suivi médical des résidents

Les personnes entrant dans l'établissement sont incitées à garder leur médecin traitant. En effet, celui-ci connaît leur historique de santé. Par ailleurs il est souhaitable que la relation de confiance soit préservée au moment où le changement de résidence entraîne des perturbations liées à la rupture avec le mode de vie antérieur.

Si le médecin habituel refuse ou se trouve dans l'impossibilité de suivre son patient et d'assurer une permanence de soins efficiente, une liste de médecins intervenants dans l'établissement est présentée. Si aucun choix n'est exprimé, un médecin de la liste est désigné à tour de rôle.

Dans le cadre de sa mission, le médecin coordonnateur exerce la fonction de conseil auprès de l'ensemble des praticiens privés et de vigilance relative à la cohérence des interventions. Pour ce faire il s'appuiera sur les recommandations de l' HAS.

Afin de mettre en œuvre les missions centrales du médecin coordonnateur, il est prévu :

- des réunions hebdomadaires pour les soins complexes, entre l'équipe soignante et le médecin coordonnateur afin d'organiser des soins par objectifs,
- de mettre en place des rencontres à thèmes gériatriques avec les médecins traitants,
- d'organiser une rencontre thématique annuelle avec les familles sur un sujet relatif à la santé du grand âge

Les orientations du projet médical

Les orientations globales du projet médical sont approfondies ou révisées annuellement par le médecin coordonnateur en fonction de l'épidémiologie de l'établissement. Ainsi le projet est un outil vivant et pertinent au service de la qualité des soins.

Une politique de soins préventifs

Nous orientons notre vigilance clinique sur la prévention des déficiences fonctionnelles et des pathologies du vieillissement :

- En sollicitant les personnes pour qu'elles maintiennent leurs capacités cognitives et fonctionnelles (autonomies de vie quotidienne et mobilisation)
- En stimulant, grâce aux groupes de mobilisation de la mémoire, de prévention de la perte d'équilibre et de gymnastique douce, les capacités des personnes pour qu'elles maintiennent le plus longtemps possible un sentiment de sécurité dans leur environnement relationnel et physique
- En étant rigoureux sur notre politique nutritionnelle. Dans ce domaine nous suivons les avancées de la réflexion concernant la prise en compte de l'alimentation du sujet âgé. Les conseils de la diététicienne nous permettent de piloter les ajustements souhaités

Une politique de soins curatifs

L'expertise et la sécurité des soins curatifs reposent sur l'adhésion des médecins généralistes au projet médical et au développement de la spécialité gériatrique. Il s'agit d'apporter dans l'établissement des réponses thérapeutiques adaptées aux pathologies de plus en plus lourdes, de limiter l'incidence iatrogène des poly-médications.

Objectifs

- Assurer le suivi des pathologies chroniques et la tolérance aux traitements
- Dépister les événements aigus d'une importance capitale
- Suivre l'épidémiologie des pathologies au sein de l'établissement et dégager des consensus cliniques avec les médecins libéraux
- Favoriser les soins psycho-gériatriques par les équipes du secteur psychiatrique

Moyens

- Mise en œuvre d'un plan de soins infirmiers validé par le médecin coordonnateur
- Suivi de l'incidence iatrogène des traitements et incitation à des pauses thérapeutiques
- Concertation avec les médecins traitants et les familles
- Convention avec le service de gériatrie du CH de Montauban
- Convention avec le service de psychiatrie du CH de Montauban

Une politique de soins de réhabilitation

Les soins de réhabilitation fonctionnelle et psychique ont pour but de prévenir ou de retarder l'évolution vers la dépendance.

Si cette dégradation préexiste à l'admission, une période d'observation est nécessaire pour établir le bilan des besoins.

Les dégradations consécutives à l'admission requièrent une intervention plus rapide pour enrayer le processus.

Dans tous les cas, après une période d'observation, l'évaluation entreprise permet de mettre en place le projet médical avec la participation de l'intéressé. Ce projet inclut les actions de réhabilitation des capacités cognitives et fonctionnelles faisant intervenir de façon les membres de l'équipe soignante : infirmiers, aides-soignants, psychomotricienne, assistante de soins en gérontologie, psychologue, ...

⇒ Objectifs

- retarder, limiter la perte des capacités
- aider les personnes à récupérer leur meilleur niveau de capacités malgré les déficiences et/ou les accidents traumatiques

⇒ Moyens

- un poste de psychomotricien et un poste de psychologue à temps partiel
- le partenariat avec les professionnels extérieurs (Cf. projet de soins)
- Le PASA

Une politique de soins palliatifs

L'établissement accueille les personnes jusqu'à la fin de leur vie si, toutefois, leur état de santé ne requiert pas des soins qui ne peuvent être dispensés que par un établissement de santé.

Le passage au statut de soin palliatif, déterminé collégialement par l'équipe de soin, le médecin coordonnateur, le médecin traitant, en accord avec le résident et sa famille permet de remplacer des soins curatifs devenus inutiles par des soins relationnels et de confort. La lutte contre la douleur, les escarres, l'anxiété passe au premier plan.

⇒ Objectifs

- accompagner dignement les personnes en fin de vie
- répondre à leurs besoins psychologiques et de confort
- soutenir les aidants familiaux

⇒ Moyens

- la formation du personnel aux soins palliatifs
- la vigilance dans la disponibilité d'accompagnement
- concertation en équipe et mise en œuvre de protocoles adaptés
- Recours au Palliadol

Une politique de soulagement de la douleur

La prise en charge de la douleur est une priorité dans l'établissement.

Elle est en conformité avec le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

Il est important de ne pas négliger les douleurs qui ne s'expriment pas, chez les patients non communiquant par exemple, pour lesquels nous développons des outils spécifiques pour le dépistage et l'évaluation des douleurs.

Un protocole de soins palliatifs en EHPAD est également développé dans la structure.

Les douleurs repérées font l'objet d'une prise en charge spécifique, adaptée à sa nature, son intensité et ses caractéristiques aiguës, chronique, neurogène...

Le traitement associera selon le cas les moyens pharmacologiques aux techniques non médicamenteuses.

⇒ Objectifs

1. améliorer la vigilance clinique des soignants
2. obtenir un bon niveau de sédation des douleurs chroniques
3. savoir diagnostiquer et traiter les douleurs aiguës

⇒ Moyens

1. formation continue
2. mise en place d'une infirmière référent douleur
3. suivi épidémiologique
4. convention avec l'unité mobile des soins palliatifs du territoire

Une politique de prévention des chutes

Perspective à favoriser et à développer au sein de l'établissement.

La prévention primaire de la chute doit être intégrée dans la prise en charge du résidant, de la manière suivante :

- bilan locomoteur par le médecin coordonnateur dès l'entrée
- adaptation du chaussage si nécessaire
- prescription de kinésithérapie
- installation au fauteuil pour éviter tout risque de glissement
- mobilisation active ou passive selon les besoins
- réévaluation thérapeutique / signalement au médecin traitant

La participation des familles est importante dans le maintien de la stimulation locomotrice. Echanger sur les préconisations en matière de maintien de l'autonomie permet une adhésion des familles.

La prévention primaire des chutes ne doit en aucun cas être synonyme de contention des résidants, une certaine acceptation du risque fait partie du projet de maintien de l'autonomie locomotrice. Un protocole de contention est ainsi élaboré afin de cadrer ces mises en œuvre par le personnel.

La prévention secondaire doit intervenir lorsqu'une chute a lieu : une fiche de déclaration de chute est remplie par le personnel présent lors de l'incident. L'objectif est de préciser les conditions dans lesquelles l'accident s'est déroulé, d'en définir les causes (physiologiques, architecturales, mécaniques) et ainsi de rechercher des solutions pour éviter son éventuelle occurrence (examen médical, allègement de la prescription médicamenteuse, organisation mobilière de la chambre, chaussage, aide de marche, séance de kinésithérapie, gymnastique douce ou lorsque la marche fonctionnelle n'est plus possible, installation dans un fauteuil roulant adapté).

Un atelier « équilibre » par la psychomotricienne propose des stimulations tactiles de la voute plantaire, un renforcement musculaire, des temps d'écoute de son corps dans différentes postures de déséquilibre, des mobilisations actives et passives et un accompagnement dans l'expression du ressenti, du vécu de la chute et des appréhensions. Un atelier d'apprentissage du relevé du sol est envisagé.

II. Continuité de la prise en charge et permanence des soins

Depuis 2002, le dossier de soins et de vie du résidant est informatisé par l'intermédiaire du logiciel « PSI » (Projet de Soins Informatisé). Il s'agit d'un programme utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi que les acteurs extérieurs qui interviennent dans l'accompagnement en soins du résidant. Cet outil favorise la cohérence et la coordination des soins, il permet notamment un suivi partagé de l'évolution de santé des résidants et offre une traçabilité écrite. Les médecins libéraux peuvent éditer leurs ordonnances à l'aide de ce logiciel, assurant de fait une certaine traçabilité.

Veiller à ce que soit assurée la permanence médicale en lien avec les services d'urgence.

Le personnel d'encadrement et notamment le Cadre de santé est garant de la qualité des soins, le soin étant pris dans toutes ses dimensions et donc par là même, de la satisfaction des résidants, de leur bien-être, de leur confort.

➤ Axes d'amélioration du projet médical :

- les résidents et leurs familles seront associés à l'évaluation de leurs besoins et leur adhésion au projet personnalisé sera recherchée
- établir un plan de soins dans le mois d'arrivée d'une personne, à travers l'observation clinique et les différents bilans, permettant de repérer la situation de la personne en termes de capacités fonctionnelles et psychiques
- afin de garantir le meilleur niveau de sécurité thérapeutique dans l'établissement, les bilans épidémiologiques annuels permettront de convaincre les interlocuteurs administratifs de la nécessité d'ajuster les moyens aux projets de santé déjà engagés ou souhaités par les équipes
- favoriser les soins psycho-gériatriques par les équipes du secteur psychiatrique

=> LE PROJET DE SOINS

La qualité des soins est, avec la qualité du projet de vie, le facteur essentiel de garantie pour les résidents d'une bonne qualité de vie.

Préserver au mieux la santé, l'autonomie et la citoyenneté des personnes âgées en établissement d'hébergement est un défi pour tous les professionnels concernés. Ce défi ne peut être relevé qu'avec une qualité de soin optimale.

Le projet de soins s'intègre dans le projet d'établissement. Son objectif général est de garantir aux personnes âgées accueillies et à leur famille une prise en charge adaptée, dans le cadre d'une démarche qualité, où le respect et la préservation de la dignité de la personne président à tous les actes techniques et postures professionnelles qui concourent à son bien-être.

Définition du soin :

Une définition ou des définitions ?

Selon l'OMS, c'est :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples : qualité des contacts humains, qualité du « parcours » du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostic ...

Selon le dictionnaire français :

« Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. »

« Actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. »

« Actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux. »

« Actes qui visent à entretenir, préserver quelque chose. »

Le soin est préventif, curatif ou palliatif.

En Maison de retraite, le soin peut être pris dans son sens large, l'art de "prendre soin" de la personne âgée : il est alors la résultante d'une combinaison inter catégorielle : de l'ASH à l'IDE, en passant par l'animatrice et le cuisinier.

Au sein de la Maison de retraite de Grisolles, il se définit en termes de recherche de bien-être et de maintien, autant que faire se peut, de l'autonomie physique et psychique.

1 – LE PERSONNEL SOIGNANT ET LES RESSOURCES HUMAINES

1.1 Les ressources humaines internes

■ Le médecin coordonnateur (0,4 ETP)

Missions :

Assurer, en application des règles éthiques et déontologiques la qualité de la prise en charge gériatrique en favorisant une prescription coordonnée de différents intervenants, adaptée aux besoins des résidents.

Spécificité du métier :

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

Le Directeur de l'Etablissement

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- ✓ Le directeur pour l'organisation et la gestion des activités
- ✓ Le cadre de santé et les agents
- ✓ Les résidents et les familles.

Activités principales :

- ✓ Garantir la pérennité du projet de soins
- ✓ Rédiger les documents institutionnels : dossier médical et rapport d'activités médicales annuel.
- ✓ Participer de façon active à la coopération avec les établissements de santé, les réseaux et les professionnels libéraux.
- ✓ Contribuer au bon déroulement et à la finalisation des projets institutionnels.
- ✓ Animer l'équipe de soins
- ✓ Evaluer et suivre les résidents

En ce qui concerne l'évaluation

Classement des résidents selon leur niveau de dépendance et leurs besoins en soins, selon les modalités des grilles AGGIR, PATHOS, mais aussi en fonction :

- des tests cognitifs
- équilibre et risque de chute
- nutrition et hydratation
- échelle de la douleur
- évaluation des troubles du comportement
- risques d'escarres

En ce qui concerne les admissions

Le directeur prononce l'admission, en lien avec les conseils du médecin-coordonnateur qui donne un avis motivé sur l'adéquation entre l'état de santé du futur résident et la structure.

En ce qui concerne les hospitalisations

Le médecin-coordonnateur représente le lien entre les services hospitaliers et la structure, lien matérialisé par une fiche de liaison. Il prépare également le retour du résident dans la structure (rencontre avec les équipes hospitalières, réévaluation des besoins de la personne...)

Conseiller du directeur

Le directeur de la Maison de Retraite s'appuie sur le médecin-coordonnateur pour toutes les mesures précitées et notamment en cas d'alerte concernant des éventuels dysfonctionnements liés aux soins, la promotion de la bientraitance, les admissions, la permanence des soins.

- **Le cadre de santé en EHPAD (1 ETP)**

Missions :

Organiser l'activité paramédicale, animer et coordonner les moyens du service de soins, en assurant la sécurité, l'efficacité, la qualité des prestations.

Spécificité du métier :

Chargé de missions transversales

Relations hiérarchiques :

Le Directeur de l'Etablissement

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Le Directeur, le Médecin Coordonnateur, l'Adjoint des Cadres Administratif, les Médecins, les Familles, les Membres des différents services.

Partenaires de santé externes à l'établissement : prestataires de services, réseaux de soins.

Instituts de formations pour le suivi des stagiaires.

Activités principales :

- ✓ Elaboration, réalisation, communication du projet de soin en lien avec le médecin coordonnateur.
- ✓ Gestion des équipes, du service de soins.
- ✓ Gestion des plannings.
- ✓ Suivi et bilan des activités de soins
- ✓ Gestion et contrôle de la qualité} suivi d'indicateurs, réalisation d'audits.
- ✓ Gestion de la sécurité des soins} : élaboration de procédures et protocoles en lien avec le médecin coordonnateur.
- ✓ Coordination et suivi des prestations de maintenance, de logistique.
- ✓ Gestion de l'information et de la communication relative aux activités de soins.
- ✓ Identification des besoins en formation.
- ✓ Accueil, organisation de l'encadrement des nouveaux personnels, des étudiants.
- ✓ Conseil, information, éducation, formation clinique ou technique auprès des résidents, des familles, des personnels.
- ✓ Suivi et veille professionnelle sur l'évolution, des textes professionnels, des nouvelles techniques, des nouveaux matériels.

Savoir-faire requis :

- ✓ Concevoir la mise en œuvre, en collaboration avec le médecin coordonnateur, du projet de soin selon les objectifs du projet d'établissement.
- ✓ Optimiser l'utilisation des ressources humaines et logistiques alloués.
- ✓ Organiser la répartition et la délégation des activités et des moyens.
- ✓ Savoir exploiter les tableaux de bord, les indicateurs d'activités.
- ✓ Concevoir la mise en œuvre de la démarche qualité (organisation, choix des outils, procédures, protocoles) en application des textes réglementaires et des recommandations.
- ✓ Animer, mobiliser les équipes.
- ✓ Conduire les réunions de travail.
- ✓ Fixer des objectifs professionnels, en évaluer les résultats.
- ✓ Manager la complexité des différentes situations professionnelles
- ✓ Elaborer le projet d'accueil des nouveaux personnels et des stagiaires.
- ✓ Utiliser les meilleurs moyens et supports pour favoriser la communication interne et externe.
- ✓ Travailler en réseau

■ **Les IDE en EHPAD (3,5 ETP)**

Missions :

- ✓ Réaliser des soins infirmiers auprès des personnes âgées, afin de maintenir ou restaurer la santé.
- ✓ Accompagner le projet de vie du résident.

- ✓ Concourir à la prévention, au dépistage, au diagnostic, à la recherche de toute nouvelle maladie.

Spécificité du métier :

Gériatrie, hygiène, surveillance clinique.

Relations hiérarchiques :

Le Directeur de l'Etablissement, le Cadre de Santé

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- ✓ L'équipe de soins.
- ✓ Le médecin coordonnateur.
- ✓ Les médecins généralistes.
- ✓ Les familles et l'entourage de proximité.
- ✓ Les prestataires de services.
- ✓ Les services des ambulances.

Activités principales :

- ✓ Recueil des données cliniques, des besoins, des attentes des personnes âgées et de leur entourage.
- ✓ Participation au projet de soins et planification des actes infirmiers pour le résident.
- ✓ Réalisation, suivi des soins infirmiers.
- ✓ Accompagnement de la personne âgée et de son entourage.
- ✓ Surveillance de l'état de santé des personnes.
- ✓ Assistance technique lors de soins réalisés par le médecin.
- ✓ Information, éducation de la personne âgée ainsi que de son entourage.
- ✓ Rédaction et mise en œuvre des transmissions, mise à jour du dossier de soins.
- ✓ Encadrement des personnels et des stagiaires.
- ✓ Coordination, organisation des activités de soins concernant l'ensemble des résidents.
- ✓ Suivi et contrôle des produits, matériels, dispositifs médicaux selon les normes en vigueur.
- ✓ Respect et suivi des protocoles et procédures professionnelles mis en places dans l'organisation du travail.

Savoir - Faire requis :

- ✓ Savoir évaluer l'état de santé et le degré d'autonomie de la personne âgée.
- ✓ Poser les diagnostics infirmiers relevant du rôle propre.
- ✓ Réaliser les soins infirmiers et les activités thérapeutiques adaptés aux situations en respectant les normes d'hygiène et les règles professionnelles en vigueur (analyser, synthétiser les informations permettant la prise en charge des résidents afin de favoriser la prise en charge individualisée attendue dans le cadre du projet de vie).
- ✓ Identifier les situations d'urgence, y faire face avec des actes adaptés.
- ✓ Créer une relation de confiance avec le résident et son entourage.
- ✓ Planifier et organiser le temps de travail ainsi que celui des autres professionnels de l'équipe (collaboration dans le cadre du travail équipe).
- ✓ Savoir évaluer la qualité des soins réalisés, puis proposer des actions correctives (auto-évaluation).
- ✓ Savoir travailler en équipe pluri-professionnelle.
- ✓ Conseiller le résident et son entourage pour tous les gestes de la vie quotidienne.
- ✓ Instauration et favoriser la relation d'aide.

■ **Les ASG, AS et AMP jour et nuit (17,7 ETP)**

« Aide-soignant de jour »

Missions :

Réaliser, en collaboration avec l'Infirmier et sous sa responsabilité, des soins : de prévention, de maintien, relationnels, d'éducation à la santé, pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Spécificité du métier :

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

- ✓ Le Directeur, le Cadre de Santé de l'Etablissement
- ✓ Relations professionnelles les plus fréquentes
- ✓ Le Cadre de Santé pour l'organisation et la gestion des activités, l'Infirmière pour le travail en collaboration, l'équipe de soins au quotidien

Activités principales/ Le jour :

- ✓ Soins d'hygiène et de confort, soins relationnels
- ✓ Aide et accompagnement au maintien de l'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne : toilette, repas, activités occupationnelles ...
- ✓ Observation et recueil de données relatives à l'état de la personne
- ✓ Transmissions des observations par écrit sur l'outil informatique pour maintenir la continuité des soins
- ✓ Transmissions orales avec l'Infirmière et l'ensemble des soignants afin de maintenir la continuité des soins
- ✓ Entretien et maintien de l'environnement immédiat du résidant dans le cadre de la mise en isolement
- ✓ Réfection des lits et surveillance de l'état du linge personnel du résidant
- ✓ Travail en binôme avec l'infirmière lors de la réalisation de soins auprès de personnes dépendantes ou agitées
- ✓ Accueil, information, accompagnement du résidant et de son entourage
- ✓ Accueil, accompagnement des stagiaires en formation
- ✓ Accueil, accompagnement des nouveaux aides-soignants recrutés
- ✓ Entretien du matériel et aide à la gestion des stocks
- ✓ Réalisation d'animations et accompagnement des résidant dans les activités d'animation

Savoir-faire requis :

- ✓ Connaître tous les grands principes de la prise en charge gériatrique
- ✓ Connaître tous éléments de l'environnement de la fonction Aide-soignant (rôle et fonction, limites)

En collaboration avec l'I.D.E dans les soins d'hygiène :

- ✓ Connaître les techniques concernant l'hygiène corporelle de la personne âgée
- ✓ Connaître les principes de l'hygiène alimentaire de la personne âgée en collaboration avec l'I.D.E pour la surveillance des résidant
- ✓ Repérer les changements de comportement des résidant
- ✓ Maîtriser la technique des transmissions écrites dans le dossier de soins, orales lors des relèves
- ✓ Être capable de participer à l'évaluation gériatrique des résidant
- ✓ Participer aux groupes de travail dans le cadre des projets : de soins, de service, de vie
- ✓ Être capable de participer aux différentes instances présentes dans l'établissement
- ✓ Connaître les notions et consignes de sécurité propres à la prise en charge des résidant
- ✓ Être capable de gérer avec l'IDE ou selon son absence les situations d'urgence vitale
- ✓ Connaître les principes de la relation Soignant/Soigné
- ✓ Participer aux différentes activités d'animation

« Aide-soignant de nuit »

Missions :

Réaliser, en collaboration avec l'Infirmier et sous sa responsabilité, des soins : de prévention, de maintien, relationnels, d'éducation à la santé, pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Spécificité du métier :

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

Le Directeur, le Cadre de Santé de l'Etablissement.

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Le Cadre de Santé pour l'organisation et la gestion des activités, l'Infirmière pour le travail en collaboration, l'équipe de soins au quotidien.

Activités principales la nuit :

- ✓ Transmissions orales et écrites avec les équipes de jour sur l'outil informatique : éditer les transmissions de la journée pour l'équipe du matin.
- ✓ Aide et accompagnement au maintien de l'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne : aide pour aller aux toilettes ou réaliser un change, petite toilette intime et prévention d'escarres si besoin.
- ✓ Procéder aux différents tours de changes sur l'ensemble de la structure
- ✓ Fiche de tâches dans classeur nuit (3 rondes prévues au minimum).
- ✓ Aide aux retournements et positionnements, réfection de lit, aide au coucher et à l'installation pour la nuit, aide à la prise des comprimés de nuit.
- ✓ Mise en sécurité de l'établissement : fermeture de toutes les portes.
- ✓ Procéder à l'entretien des parties communes : vestiaires, salles à manger, salons, toilettes des personnels.
- ✓ Transmissions orales et écrites avec les équipes de jour sur l'outil informatique : éditer les transmissions de la journée pour l'équipe du matin.
- ✓ Préparer les plateaux du petit déjeuner : mettre toute la vaisselle nécessaire.
- ✓ Préparer le petit déjeuner : mettre en chauffe les appareils pour préparer : café, lait, thé, infusions.
- ✓ Penser le week-end à préparer les viennoiseries ainsi que mettre les nappes sur les tables en salle à manger.

Savoir-faire requis :

- ✓ Connaître tous les grands principes de la prise en charge gériatrique.
- ✓ Connaître tous éléments de l'environnement de la fonction aide-soignant (rôle et fonction, limites).
- ✓ Connaître les techniques concernant l'hygiène corporelle de la personne âgée.
- ✓ Connaître les principes de l'hygiène alimentaire de la personne âgée.
- ✓ Repérer les changements de comportement des résidant.
- ✓ Maîtriser la technique des transmissions écrites dans le dossier de soins, orales lors des relèves.
- ✓ Être capable de participer à l'évaluation gériatrique des résidants.
- ✓ Participer aux groupes de travail dans le cadre des projets : de soins, de service, de vie.
- ✓ Être capable de participer aux différentes instances présentes dans l'établissement.
- ✓ Connaître les notions et consignes de sécurité propres à la prise en charge des résidants.
- ✓ Connaître les notions et consignes de sécurité propres à la prise en charge des résidant la nuit.
- ✓ Être capable de gérer les situations d'urgence vitale.
- ✓ Connaître les principes de la relation Soignant/Soigné.

« Agent hôtelier en EHPAD »

Missions :

Assurer en collaboration avec l'équipe de soins et de restauration la prise en charge et le confort hôtelier du résidant en structure d'hébergement.

Spécificité du métier :

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

Le Directeur, le Cadre de Santé de l'Etablissement.

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Le Cadre de Santé pour l'organisation et la gestion des activités, l'équipe de restauration, l'équipe de soins (jour et nuit).

Activités principales :

- ✓ Prise en charge des petits déjeuners : distribution, ramassage.
- ✓ Elaboration de la fiche petit déjeuner pour chaque résidant.
- ✓ Prise en charge de toute modification dans les fiches petits déjeuners.
- ✓ Préparation des salles à manger pour les repas.
- ✓ Entretien de la vaisselle pour chaque repas.
- ✓ Evaluation et contrôle des réapprovisionnements des stocks : aliments et vaisselle.
- ✓ Contrôle et rangement des produits : pain, biscottes, beurres, confitures, boissons chaudes et froides ...
- ✓ Préparation des goûters.
- ✓ Assurer la remise en température des repas du soir.
- ✓ Entretien de l'office selon les règles en vigueur.

Savoir-faire requis :

- ✓ Connaître tous les grands principes de l'hygiène alimentaire.
- ✓ Connaître tous les grands principes de l'hygiène des locaux.
- ✓ Savoir définir les besoins du stock.
- ✓ Créer une atmosphère conviviale autour du résidant.
- ✓ Créer une atmosphère conviviale en salle à manger.
- ✓ Travailler en équipe pluridisciplinaire.

■ **Le psychomotricien (1 ETP)**

Missions :

- ✓ Le psychomotricien exerce sa profession auprès des adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée.
- ✓ Il assure des actions de dépistage, de diagnostic, de prévention, d'accompagnement et de rééducation.
- ✓ Il tente d'apporter, par des mises en situation et des apprentissages spécifiques, une réduction du déficit ou une disparition même du trouble visé. A défaut il aide à la compensation et à l'intégration du sujet en prenant en compte ses déficits.
- ✓ Il vise à réconcilier le patient avec son corps.
- ✓ Il intervient face à la survenue de troubles psychomoteurs tels que définis dans le champ de compétence (trouble du schéma corporel, trouble de l'organisation spatio-temporelle, troubles tonico-émotionnels, dyspraxies, inhibition ou instabilité psychomotrice, trouble des régulations émotionnelles, ...) par des techniques d'approche corporelle.

Spécificité du métier :

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

La Directrice, le Cadre de Santé.

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- ✓ Le cadre de santé et les agents pour les demandes d'intervention
- ✓ Les résidents et les familles pour les demandes ponctuelles.

Activités principales : prise en charge psychomotricienne

Le psychomotricien travaille à temps plein, partageant ce temps entre le PASA et l'EHPAD. Son rôle est d'accompagner les résidents pour atteindre ou retrouver un équilibre, un mieux-être, mais aussi leur faire prendre conscience de leur corps, des modifications liées à l'âge ou la maladie.

Les interventions peuvent porter sur les différentes fonctions psychomotrices : tonus, espace, temps, motricité, schéma corporel, image du corps, communication.

Pour cela, il est proposé soit des séances individuelles, soit des séances de groupe, avec notamment un atelier « équilibre » et un atelier « mobilisation corporelle ». Un accompagnement au Snoezelen peut également être proposé.

L'évaluation psychomotrice spécifique des personnes âgées peut se faire à l'aide de l'EGP.

L'évaluation cognitive se réalise en alternance avec le psychologue et le médecin coordonnateur avec le MMS à l'arrivée ou lors d'une évolution observée de la personne.

Une évaluation des capacités de la personne dans les actes quotidiens, toilette, alimentation est effectuée à l'arrivée de la personne.

Par ailleurs, dans la mesure où l'établissement ne possède pas d'ergothérapeute, le psychomotricien assure le suivi du matériel adapté aux problématiques des résidents.

Activité de soin

- ✓ Réalisation des bilans psychomoteurs et élaboration d'un compte rendu.
- ✓ Accueil des nouveaux arrivants avec la participation aux différentes évaluations, autonomie au quotidien, fonctions psychomotrices.
- ✓ Elaboration d'un projet psychomoteur en définissant les techniques corporelles utilisées (stimulation sensorielles, expression corporelle, parcours psychomoteur, relaxation, mobilisation passives, ...) et réévaluer en fonction de l'état de santé du résident, de sa pathologie ou de ses possibilités fonctionnelles.
- ✓ Suivis individuels ou de groupes.
- ✓ Travail de prévention des chutes.
- ✓ Accompagnement des familles et des équipes relatif au champ de compétence.
- ✓ Intervention spécifique et suivi des résidents intégrant le PASA, soutien de l'équipe accompagnante et des familles.

Activité institutionnelle

- ✓ Participation aux différentes réunions pluridisciplinaires et d'élaboration de projets institutionnels.
- ✓ Participation à l'élaboration du projet de vie personnalisé des résidents avec un regard psychomoteur spécifique.
- ✓ Lien avec les différents champs d'intervention, psychologue, kinésithérapeute, animation, infirmier, AS.
- ✓ Transmission des informations écrites et orales nécessaires à l'accompagnement des résidents.

Activité de formation et de recherche

- ✓ Choix et encadrement des étudiants en psychomotricité.
- ✓ Actualisation de ses connaissances et de ses pratiques, temps de réflexion et de travail sur la pratique psychomotrice.
- ✓ Rôle de formation et d'information auprès des équipes, des familles, des intervenants extérieurs, des stagiaires.

Diplôme requis

Diplôme d'état habilitant à accomplir les actes professionnels décrits dans le décret de compétence n°88-659 du 6 mai 1988

■ **le psychologue (0,3 ETP)**

Missions :

Le psychologue conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives et curatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes, et ce afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

Spécificité du métier : Prise en charge psychologique

La présence du psychologue au sein de l'établissement remonte à 2009. Le psychologue a pour mission de faire du lien entre les différentes problématiques de l'EHPAD et d'en faciliter l'expression. Elle participe avec le personnel à l'élaboration du projet de vie, elle réalise des entretiens psychologiques.

Depuis Novembre 2014, elle anime, avec le médecin-coordonnateur, aux « staffs » ou groupe d'expression : échanges bimensuels ayant lieu après les transmissions.

Le psychologue est impliqué dans l'accompagnement du résidant dès son arrivée à l'EHPAD et tout au long de son cheminement au sein de l'institution.

Plus particulièrement, le psychologue :

- ✓ collabore dans le « prendre soin » des résidants par des échanges pluridisciplinaires en vue d'améliorer la prévention, le dépistage et le soin des troubles psychiques,
- ✓ est impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de vie individualisé du résidant,
- ✓ met en place un accompagnement psychothérapeutique du résidant qui en fait la demande ou pour qui l'équipe ou l'entourage auraient repérés des signes de souffrance psychique,
- ✓ peut mettre en place un travail thérapeutique en groupe,
- ✓ participe à des projets en lien avec d'autres professionnels de l'EHPAD (psychomotricienne, animatrice (groupe d'accueil)...),
- ✓ se tient à disposition de la famille et/ou l'entourage du résidant par l'écoute et le soutien,
- ✓ participe aux réunions pluridisciplinaires destinées à réfléchir ensemble sur la prise en charge des résidants, à favoriser le dialogue entre les membres de l'équipe, à entendre les difficultés du personnel en lien avec l'accompagnement des résidants et/ou des familles, à faire vivre le projet d'établissement...
- ✓ il veille à maintenir le travail en réseau avec les partenaires extérieurs
- ✓ et intervient auprès des résidants dans le cadre du PASA depuis Février 2015 pour un travail de parole et d'écriture et au moment du repas

Exercice auprès des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'hébergement.

Relations hiérarchiques :

- ✓ Le psychologue est un cadre non-encadrant et n'a donc pas de responsabilité hiérarchique envers les autres professionnels de l'institution.
- ✓ Il travaille sous l'autorité du Directeur d'établissement.
- ✓ Relations professionnelles les plus fréquentes
- ✓ Le médecin coordonnateur
- ✓ Le cadre de santé et les agents pour les demandes d'intervention
- ✓ Les résidants et les familles pour les demandes ponctuelles.

Activités principales :

.Travail clinique :

- ✓ Action auprès des résidants
- ✓ Le psychologue est impliqué dans l'accompagnement de la personne âgée tout au long de son cheminement au sein de l'institution et est amené à intervenir plus particulièrement lors de circonstances telles que :
 - l'accueil (pré admission, admission)
 - les départs (pour un autre établissement, par exemple)
 - les hospitalisations
 - la fin de vie
- ✓ Il réalise des entretiens de soutien psychologique (formels ou informels, ponctuels ou réguliers, psychothérapies).
- ✓ Il met en place des groupes de soutien psychologique (groupes de parole, etc.) ainsi que des ateliers mémoire
- ✓ Il assure des évaluations cognitive et thymique. A partir de ses observations, le psychologue étudie et analyse les besoins d'intervention.
- ✓ Il met en œuvre des actions permettant le maintien et le soutien des liens familiaux et affectifs de la personne âgée.

.Travail auprès des familles :

- ✓ Le psychologue accompagne les proches dans les étapes successives du séjour en institution.
- ✓ Il favorise le maintien et le soutien des liens familiaux sans pratiquer de psychothérapie familiale. Pour cela, il propose des temps d'expression et d'élaboration à l'attention des proches :
 - entretiens de soutien psychologique (formels ou informels, ponctuels ou réguliers)
 - groupes de soutien psychologique (groupes de parole, etc.)
- ✓ Il assure un travail de relai et d'orientation vers les professionnels extérieurs compétents lorsque cela s'avère nécessaire.

.Action auprès du personnel :

- ✓ Le psychologue accompagne les soignants dans l'exercice de leur fonction en proposant :
 - des temps d'écoute individuelle
 - des groupes de soutien psychologique (groupes de parole, groupe de jeux de rôles, etc.)

Travail institutionnel

- ✓ Le psychologue participe aux réunions de synthèse.
- ✓ Il est impliqué dans l'élaboration de divers projets : projets de vie individualisés des résidants, (projet de vie, projet du groupe accueil).
- ✓ Lors de ces réunions, le rôle du psychologue consiste à apporter un éclairage en participant à l'analyse des pratiques professionnelles, conjointement avec le Médecin coordonnateur et l'IDE, ainsi qu'à recueillir et travailler les orientations et demandes concernant le soutien psychologique des résidants et des familles.
- ✓ Il effectue un travail de liaison entre les différents professionnels de l'institution.
- ✓ Il est le référent des intervenants extérieurs spécifiques au domaine du soin psychique (art-thérapeute, musicothérapeute, etc.)

Fonction d'enseignement et transmission des savoirs

- ✓ Le psychologue réalise des transmissions écrites (logiciel informatique de soins, dossiers résidents) et orales.
- ✓ Il choisit et encadre les stagiaires psychologues.
- ✓ Il a un rôle de formation et d'information auprès des équipes, des familles, des intervenants extérieurs, des stagiaires et des bénévoles.

1.2 Les ressources humaines externes

Interventions sur prescriptions médicales ou demandes et choix des résidents

■ *Les médecins traitants* (une douzaine de praticiens)

- ✓ Interviennent selon choix du résident.
- ✓ Participent au dossier médical informatisé.
- ✓ Relation première avec l'IDE et travail en lien avec le médecin coordonnateur facilité par l'unité de lieu à Grisolles.
- ✓ En principe, les médecins libéraux intervenants devraient contractualiser avec l'établissement ce qui aujourd'hui n'est pas encore le cas pour tous.

Projet : Veiller, avec la pédagogie adaptée, à ce que chaque médecin libéral qui intervient dans la maison de retraite soit à jour quant à sa contractualisation avec l'établissement.

■ *La diététicienne* (2 x 1/2 jour/mois)

- ✓ 1/2 journée consacrée à la commission « menus » avec élaboration des menus du mois et menus collectifs adaptés.
- ✓ 1/2 journée consacrée au suivi individuel des résidents avec préconisations selon besoins repérés.

■ *Les kinésithérapeutes*

- ✓ Comme tous les intervenants libéraux, les kinésithérapeutes sont choisis par les résidents. Ils doivent participer au dossier médical afin d'y fournir les informations concernant la prise en charge de leurs patients.
- ✓ Aujourd'hui, malgré les rappels du médecin coordonnateur et les légitimes attentes de l'équipe soignante et des familles des résidents, cette obligation d'information n'est pas faite ou très peu faite et de façon informelle.

Projet : Rappeler les obligations auxquelles doivent répondre les kinésithérapeutes. En cas d'opposition marquée ou diffuse de ne pas répondre à cette obligation aux attendus du dossier médical, informer les autorités de références de cette situation qui met en porte-à-faux la démarche qualité de l'établissement et la clarté du plan de soin des résidents.

■ *L'orthophoniste*

- ✓ Donne le compte-rendu de ses interventions sur demande de l'équipe soignante.

Projet : Mettre en place un compte-rendu systématique de ses interventions auprès des résidents.

■ *L'ergothérapeute*

- ✓ En lien direct avec la psychomotricienne de l'établissement et sur sa demande, elle intervient au cas par cas sur des problématiques particulières.

Projet : Mettre en place cette information systématique.

- *Les pédicures*

- ✓ Sont sollicités sur demande directe du résidant ou de sa famille et sur alerte de l'équipe soignante.

Projet global : Trouver la solution et la pédagogie les mieux adaptées pour que chacun des praticiens libéraux collabore activement au projet de soins afin de garantir la cohérence de l'accompagnement et des soins ainsi que le concours des complémentarités à mettre en œuvres pour favoriser le bien-être des résidants.

1.3 Les réseaux et coopérations

Accompagnements et soins palliatifs :

- Palliadol

- ✓ Equipe médicale et soignante qui intervient sur demande du médecin traitant, de la famille, de l'équipe soignante de l'établissement.
- ✓ Propose un traitement de la douleur chronique, en lien avec le médecin et l'équipe soignante, souvent en fin de vie.
- ✓ Propose également un accompagnement psychologique si nécessaire.

- ASP 82 (convention signée avec la maison de retraite).

- ✓ Equipe de personnes bénévoles qui accompagnent les personnes en fin de vie en lien avec les familles ou en cas de manque de famille.
- ✓ Intervient sur la formation des personnels quant aux soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

Projet : Poursuivre le bon fonctionnement de ces deux intervenants et entretenir le lien au service des résidants et de leurs familles.

- Clinique du positionnement (CHU Rangueil)

- ✓ En cours de mise en place par le service de rééducation fonctionnelle du CHU Rangueil de Toulouse.

- Equipe mobile de gériatrie (CH Montauban)

- ✓ Composée d'un médecin gériatre, d'une IDE et d'une secrétaire.

Missions :

- faire le lien avec les autres médecins d'un point de vue gériatrique au sein de l'hospitalisation.
- suivre le circuit du patient au sein du service gériatrique hospitalier

- CMP (CH Montauban)

- ✓ Permanence hebdomadaire à Grisolles assurée par le psychiatre du secteur.
- ✓ Une place est réservée sur RDV une fois tous les 15 jours pour les résidants de la maison de retraite.

Projet : Amélioration globale du service de psychiatrie sur le secteur par des moyens appropriés.

- Association d'accompagnement (Grisolles)

- ✓ En cours de constitution : groupe de personnes bénévoles qui accompagnent les résidents pour des déplacements à pieds dans Grisolles (RDV, visites...)

- Ambulanciers

- ✓ Au choix du résident. Une procédure existe avec bon de transport et fiche de liaison hospitalière en cas de besoins.

1.4 La formation professionnelle

La montée en compétence de l'équipe soignante est formalisée dans le plan annuel de formation qui se décline en deux volets :

- Des formations collectives
- Des formations individuelles

Ce plan est arrêté par une commission réunie à cet effet. Cette commission est composée des membres du CTE, de la directrice, de la cadre de santé, du médecin-coordonnateur, de l'adjoint des cadres et de la secrétaire référente formation.

Une procédure formation permet aux agents de faire connaître leurs souhaits dès le mois de juin et jusqu'à la fin septembre, afin que la commission puisse les étudier.

Un agent de la maison de retraite a été formé pour dispenser des formations DPC.

En complément des formations prises en compte par l'établissement, l'ANFH propose des actions régionales (ou nationales) auxquelles peuvent prétendre les personnels de la Maison de Retraite.

2 – L'ORGANISATION DES SOINS :

2.1 La prise en charge en soins au quotidien

2.1.1 Etat des lieux :

La maison de retraite est organisée en 3 secteurs. Dans chacun des secteurs, le déroulé de la journée se décline en 19 étapes qui en marquent le rythme, favorisent des repères pour les résidents et définissent l'organisation du travail.

Etape 1 :

- Réveil à partir de 6H45. Il se déroule avec courtoisie dans un rituel adapté à chacun des résidents et dans le respect de leur rythme de vie et de leur dignité.

Etape 2 :

- Installation et mise en place pour le petit déjeuner qui est servi en chambre. Ce temps est adapté aux habitudes et besoins de chaque résident. Les contraintes d'organisation du travail d'équipe obligent à des adaptations qui s'efforcent d'être, dans la mesure du possible, au plus près des souhaits des résidents.

Etape 3 :

- Petit déjeuner de 7H15 à 9H15 avec ou sans aide et prise de médicaments selon prescription. Ce temps est assuré par un binôme IDE/agent hôtelier.

Etape 4 :

- Soins d'hygiène assurés par l'équipe soignante en conformité avec le plan de soins.

Etape 5 :

- Habillage après les soins d'hygiène selon le principe de préservation de l'autonomie qui définit le degré d'aide apporté par le personnel au regard du plan de soins

Etape 6 :

- Accompagnement vers les lieux de vie ou d'activités et relais avec l'équipe « temps-libre »

Etape 7 :

- Soins infirmiers et paramédicaux selon programmation prédéfinie ou adaptée aux souhaits et rythme de vie du résident.

Etape 8 :

- Déjeuner à 12H00 avec installation des résidents, selon le plan de table, assurée par les soignants.
- Distribution des traitements par l'IDE
- Service des tables assuré par l'hôtelière et les soignants.
- Des repas peuvent être servis en chambre pour quelques résidents en fonction de leur état de santé.
- Aide aux repas par les AS

Etape 9 : 13H30

- Accompagnement aux toilettes, soins d'hygiène et temps de sieste.

Etape 10 : 13H30 à 15H00

- Temps de repos et temps libre

Etape 11 : 15H00 à 16H30

- Temps d'animation et de soins paramédicaux. Ce temps est ponctué de 15H30 à 16H15 par une collation proposée aux résidents.

Etape 12 : 16H30 à 17H00 ou 18H30 selon le cas

- Accompagnement aux toilettes, soins d'hygiène
- Temps libre (souvent visite des familles ou amis)

Etape 13 : 17H00

- Installation pour le repas (1^{er} service) pour les résidents les moins autonomes ou fatigables.

Etape 14 : 17H30

- Repas du soir pour les personnes les moins autonomes et fatigables. Distribution des traitements par l'IDE. Aide aux repas par les AS.
- Coucher des résidents les moins autonomes et fatigables.

Etape 15 : 18H30

- Repas du soir (2^{ème} service) pour les autres résidents avec distribution des traitements par l'IDE.

Etape 16 : 19H15

- Retour en chambre ou temps libre selon souhait des résidents et plan de soins. La prise des traitements est déléguée à l'équipe du soir ou l'équipe de nuit selon les cas.

Etape 17 : 20H45 à 6H45

- Prise de fonction de l'équipe de nuit. Distribution des tisanes et/ou médicaments. Assure les derniers couchers.

Etape 18 : 1H30

- Surveillance de nuit. Soins d'hygiène

Etape 19 : 5H00

- Surveillance de nuit. Soins d'hygiène

2.1.2 Objectifs :

- Améliorer sur le sens du geste professionnel et les modalités de prise en charge des soins d'hygiène
- Préserver, favoriser et promouvoir l'autonomie et le confort des résidents (réinterroger les pratiques professionnelles en ce qui concerne les soins d'hygiène et la conduite des personnes aux toilettes pour préserver non seulement leur autonomie et leur confort, mais respecter leur dignité).
- Revoir les modalités de distribution de la collation pendant l'animation.

2.1.3 Projets :

- Veiller aux soins d'hygiène à plusieurs niveaux :
 - Avant et après les repas : favoriser une meilleure hygiène des mains (lavage systématique)
 - Après les repas : veiller à ce que le visage, tout particulièrement les lèvres, soient propres et ne conservent pas des traces du repas.
- Veiller à corriger les déficiences de soins de confort et d'hygiène (hygiène buccale...)
- Optimiser les soins d'hygiène qui valorisent l'image de soi (rasage, entretien des mains et des ongles...)
- Réinterroger les organisations du travail, notamment au regard du temps dégagé par l'utilisation des tablettes informatiques.
- Faire évoluer les organisations du travail en conséquence afin de répondre aux objectifs ci-dessus.
- Décider d'accompagner systématiquement les résidents aux toilettes pour préserver leur autonomie et répondre à leur demande.
- Veiller à ce que les décisions prises soient appliquées par l'ensemble de l'équipe soignante afin de garantir la lisibilité et la cohérence de l'accompagnement en soins. Cette posture professionnelle doit garantir, d'une part, la qualité des prestations et, d'autre part, l'équité entre les résidents dans le respect de leurs besoins et si possible de leurs souhaits. Le plan de soins validé doit être la référence pour chacun des membres de l'équipe soignante.

2.2 Les transmissions/communications

2.2.1 Etat des lieux :

Au cours d'une journée, les transmissions sont réparties en trois temps dédiés :

- Transmissions orales du matin (6H30 – 6H45) qui concernent 2 veilleses de nuit, 5 AS, 1 IDE, 1 agent hôtelier.
- Transmissions orales du changement d'équipes (13H10 – 13H30) entre les équipes pluridisciplinaires du matin et de l'après-midi (directrice, cadre de santé, 2 IDE, 6 AS, animatrice, agent hôtelier, médecin-co, psychologue et psychomotricienne)
- Transmissions orales du soir (20H45 -21H00) entre équipe de l'après-midi/soir et les veilleses de nuit (2veilleses de nuit, 3 personnels soignants)

A ces temps repérés, s'ajoutent :

- Les transmissions écrites pour l'ensemble des professionnels concernés.
- Les transmissions informelles avec certains médecins libéraux
- Les transmissions informelles entre les kinésithérapeutes, orthophoniste, pédicure et équipes de la maison de retraite.

En termes de communication et de suivi des informations utiles à la cohérence de la mise en œuvre du projet de soins, et en complément des transmissions ciblées, il a été mis en place une traçabilité informatisée (PSI).

Un réseau intranet permet une communication générale (IJTrace) avec accès aux données administratives, aux protocoles et procédures...et sert plus généralement d'interface à la communication interne à la maison de retraite.

Ces temps dédiés et ces outils de communication et de relais d'informations sont complétés par diverses réunions :

- Les réunions de projet de soins individualisé (tous les 15 jours) où sont élaborés, évalués et réajustés les projets de chaque résidant. Elle réunit l'équipe pluridisciplinaire, y compris le médecin-coordonnateur, le psychologue et, dans la mesure du possible, le résidant et sa famille.
- Les réunions du « staff » animées par le médecin-coordonnateur et la psychologue, concernant les informations quant au fonctionnement de l'établissement et les problématiques de prise en charge. Ces réunions sont destinées à l'ensemble des personnels présents qui peuvent se libérer momentanément de leur service auprès des résidants.
Réunion non obligatoire actuellement.
- Les réunions mensuelles cadre de santé /IDE
- Les réunions pluridisciplinaires trimestrielles des personnels soignants destinées à l'analyse des fonctionnements de l'équipe et des points d'amélioration possibles.
- Les réunions mensuelles des personnels intervenant au PASA (ASG, psychomotricienne, cadre de santé, médecin-coordonnateur).
- Les réunions mensuelles médecin-coordonnateur/psychomotricienne
- Les réunions biennuelles de la commission d'éthique en lien avec la maison de retraite de Verdun-sur-Garonne concernant des thématiques liées à la coordination gériatrique.
- Les réunions d'organisation travail/congés annuels.
- Les entretiens annuels professionnels

2.2.2 Objectifs :

- Améliorer la maîtrise de l'outil informatique interne.

- Améliorer la communication entre les intervenants extérieurs et les équipes pluri-professionnelles de l'établissement.

2.2.3 Projets :

- Redéfinir les attentes et les modalités de mise en œuvre de la communication entre les intervenants libéraux et l'équipe pluri-professionnelle de la maison de retraite. Se conformer notamment aux obligations réglementaires applicables.
- Faire le point et, si nécessaire, reprendre la formation technique de chaque personnel concernant l'utilisation de l'outil informatique, notamment en ce qui concerne l'utilisation des tablettes.
- Compléter l'information écrite par l'information orale et en veillant à ne pas répéter à l'oralité l'information déjà écrite.
- Préciser les modalités concernant la réunion du « staff » (Objectifs, participants, durée)
- Formaliser et concrétiser les réunions prévues entre le médecin-coordonnateur et la psychomotricienne.

2.3 Les moyens matériels

2.3.1 Etat des lieux :

Locaux :

- Infirmerie/pharmacie
- Bureau de consultations médicales équipé
- Salle de transmissions
- Réserve de matériel d'hygiène et de soins
- Salle de kinésithérapie équipée
- Bureau de la psychomotricienne et psychologue
- Salle Snoezelen
- PASA

Matériel informatique :

Réseau établissement sur serveur avec 4 postes dédiés (PSI) par secteur et catégorie de professionnels et tablettes pour les professionnels.

Logiciels ad hoc : PSI, IJTrace

Matériel et aides techniques :

- Douches à l'italienne dans les chambres
- Lit-douche
- Chaise-douche
- Capiluve au lit
- Lève-personne
- Verticalisateur
- Disques de transfert, clap de glisse
- Coussin de positionnement
- Fauteuils roulants et déambulateurs
- Lève-malade avec module de pesée
- Tables ergonomiques adaptables
- Lits médicalisés et lit Alzheimer
- Fauteuil de massage relaxant
- Chariot médical avec piluliers
- Chariot de pansements

- Chariots de nursing
- Chariots linge sale/linge propre
- Vélo d'appartement

2.3.2 Objectifs :

- Prévoir de disposer de fauteuils roulants adaptés aux besoins de chaque résidant
- Optimiser l'utilisation de l'outil informatique
- Développer la formation GAPA (Gestes d'Activation de la Personne Agée)

2.3.3 Projets :

- Etudier avec la clinique du positionnement du CHU de Toulouse comment permettre aux résidents de disposer de fauteuils roulants adaptés et mobiliser les partenaires administratifs dans ce sens pour procurer confort et bien-être aux résidents.
- Mettre en place des formations PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) afin d'optimiser et de généraliser l'utilisation du matériel mis à disposition des professionnels.
- Programmer des formations GAPA

3 – LES SOINS

3.1 Le circuit du médicament

3.1.1 Etat des lieux :

En ce qui concerne l'approvisionnement en traitements, il est proposé aux résidents deux possibilités :

- 1 - relation avec les pharmacies locales qui livrent les médicaments à la maison de retraite.
- 2 - relation avec d'autres pharmacies, à charge pour le résident et sa famille de récupérer les médicaments et de les apporter à la maison de retraite.

Dans les deux cas, les pharmacies doivent fournir un sachet nominatif par prescription avec le nom du patient sur chaque boîte de médicament.

Les traitements ainsi livrés sont entreposés dans une boîte nominative pour chaque résident, placée dans une armoire sécurisée dans l'infirmerie.

A partir de ce stockage, les IDE vérifient la concordance des traitements avec les prescriptions médicales et préparent les piluliers correspondants. Ces piluliers sont préparés pour la semaine et stockés dans l'armoire de semainier pour être distribués quotidiennement à l'aide du chariot dédiés à la distribution des traitements.

L'infirmerie est également dotée d'un coffre pour toxiques avec cahier de suivi. Seules les IDE disposent d'une clef de ce coffre.

En dehors de la présence des IDE, les personnels de soins disposent d'un chariot d'urgence équipé.

En ce qui concerne le circuit d'élimination des déchets, une procédure de gestion des DASRI existe et est appliquée.

L'enlèvement des DASRI s'effectue une fois par semaine par une entreprise agréée.

Les IDE disposent de chariots adaptés concernant les pansements.

Distribution des traitements :

Les traitements sont distribués par les IDE, pour l'essentiel au moment des repas.

La distribution des traitements de nuit est déléguée aux veilleuses de nuit selon la procédure en place concernant le circuit du médicament.

Lorsque le résidant part en famille, soit un pilulier, soit les boîtes de traitements sont confiés à la famille selon ses capacités à gérer les prescriptions médicales.

Au moins une fois par an, le médecin-coordonnateur réinterroge les prescriptions pour chaque résidant afin d'éviter que des traitements devenus obsolètes ou inutiles soient encore donnés.

3.1.2 Objectifs :

- Faciliter la prise des traitements dans le cadre d'un circuit du médicament maîtrisé et évolutif.
- L'objectif recherché est le « mieux prescrire » (HAS) :
 - « Moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication, d'où l'importance de réévaluations diagnostiques régulières ;
 - Prescrire plus de médicaments dont l'efficacité est démontrée ;
 - Mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque, en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé ;
 - Moins prescrire les médicaments ayant un service médical rendu insuffisant.

3.1.3 Projets :

- Demander à ce que les pharmaciens notent sur chaque boîte de médicament les équivalences entre un médicament générique et son original.
- Rappeler aux pharmaciens l'importance de suivre rigoureusement la prescription médicale afin de prévenir toute erreur et de maîtriser les quantités. A ce titre, le pharmacien doit procéder :
 - à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale qui comprend deux étapes :
 - 1 - une analyse réglementaire de la conformité de l'ordonnance (art. R5132-3 du CSP)
 - 2 - une analyse pharmaco-thérapeutique qui consiste à vérifier, notamment, la sécurité et la qualité de la prescription
 - à la préparation éventuelle des doses à administrer
 - à la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (art. R. 4235-48 du CSP).
- Formaliser l'organisation de la livraison des traitements avec la maison de retraite.
- Etudier de nouvelles modalités de coopération entre la pharmacie et la maison de retraite, notamment en ce qui concerne la préparation des traitements.
- Conclure avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées par la maison de retraite. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la

dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin-coordonnateur

Laboratoire d'analyses médicales

Les prélèvements réalisés par l'IDE sur prescriptions médicales sont recueillis tous les matins par un laboratoire d'analyses médicales. Les résultats sont adressés à la maison de retraite ainsi qu'aux médecins traitants. Le médecin-coordonnateur les enregistre sur le dossier patient informatisé.

3.2 Les soins d'hygiène

3.2.1 Etat des lieux :

Les soins d'hygiène sont organisés par secteur et commencent dès le matin, au lever, avant ou après le petit déjeuner, selon les besoins de la personne et l'organisation du service.

Ces soins sont prodigués selon une procédure adaptée à l'état de la personne, son degré d'autonomie et selon chaque situation et son plan de soins. Ce dernier est réévalué en cas de besoin.

Le personnel s'adapte autant que faire se peut aux souhaits du résidant et dans tous les cas au respect de son intimité.

Selon les personnes, et notamment en cas de troubles du comportement, les professionnels doivent agir avec pédagogie, dans une posture professionnelle respectueuse de la personne, de ses attentes, de ses convictions, de ses besoins, voire de ses phobies, et de ses habitudes de vie.

Les soins d'hygiène quotidiens qui se font dans chaque chambre au lavabo, ou, selon le cas au lit avec un matériel adapté, permettent de vérifier l'état cutané global de la personne. Des gels corporels sont préférés aux savons classiques.

Ces soins se poursuivent par l'habillage, avec ou sans aide, après avoir vérifié que les différentes prothèses (dentaires, auditives, lunettes...) soient conformément mises en place.

Les soins du visage (rasage, coiffure, eau de toilette, voire parfum) complètent ce temps de soins d'hygiène afin de favoriser confort et image de soi de chaque résidant.

Chaque résidant bénéficie d'une douche avec shampoing au moins une fois par semaine, ainsi que de soins de manucure.

Le suivi des soins quotidiens est enregistré sur informatique (tablettes) ce qui permet aux professionnels d'en suivre la réalisation.

Au cours de la journée, rythmée par les temps de repas, les soins d'hygiène sont prodigués au moment des toilettes (installation sur les WC, toilette systématique en cas de change) ainsi qu'en ce qui concerne l'hygiène des mains avant et après repas, propreté du visage, attention à la propreté des vêtements.

Des serviettes de table, ou bavoirs en cas de nécessité, sont mis en place.

Une attention particulière est portée quant à l'hygiène bucco-dentaire avant le coucher.

Un protocole BMR (Bactérie Multi Résistante) est appliqué par les professionnels (hygiène et prévention des risques infectieux en EHPAD).

Les soins techniques sont assurés par les IDE :

- Injections, prélèvements, perfusion sous-cutanées.
- Sondage, mise en place des poches (gastrostomie)
- Prise des constantes

- Mise en place et adaptation des équipements (loués) pour les résidants souffrants d'insuffisance respiratoire.
- Pour les pansements, leur suivi est assuré lors des transmissions avec, notamment un suivi photographique demandé par le médecin correspondant spécialiste de la cicatrisation. La traçabilité informatique est réalisée à l'aide d'une cotation de 1 à 4 du stade d'évolution de la plaie.

3.2.2 : Objectifs :

- S'appliquer à maintenir l'hygiène corporelle de chaque résidant pour favoriser son confort, son bien-être et son image de soi.
- Réaliser l'intégralité des soins d'hygiène de chaque résidant.
- Développer l'esprit d'équipe pour favoriser sa cohérence et sa cohésion pour garantir la qualité des soins d'hygiène dus aux résidants.
- Replacer le résidant au centre du dispositif et agir en conséquence.

3.2.3 Projets :

- Réinterroger les pratiques professionnelles actuelles pour les adapter à la nécessité d'un travail équitablement réparti entre les professionnels, en ayant pour seul objectif, commun et partagé, le bien-être des résidants.
- Respecter scrupuleusement le plan de soins de chaque résidant et transmettre rapidement les informations utiles à son actualisation.
- Réorganiser la gestion, la préparation et l'utilisation des matériels et produits nécessaires aux soins d'hygiène afin de faciliter le travail de chaque membre de l'équipe pluri-professionnelle et de garantir la qualité du soin.
- Adapter cette organisation à chaque situation.
- Régler les questions posées par le stockage des changes et matériels de toilettes.

3.3 L'alimentation

3.3.1 Etat des lieux :

Les repas sont confectionnés sur place par l'équipe de cuisine avec, en priorité, des produits frais fournis si possible par des producteurs locaux.

La vie quotidienne des résidants est rythmée par les temps de repas et de collations :

Le petit-déjeuner servi en chambre sur plateau préparé par le personnel et apporté par l'agent hôtelier. Les AS n'interviennent qu'en cas de besoin à la prise du petit-déjeuner.

Ces petit-déjeuner sont adaptés au goût des résidants et à leurs besoins avec aide partielle ou totale selon les cas.

Le repas de midi en service unique en salle à manger (en chambre en cas de nécessité médicale).

Le menu est unique, décliné selon les régimes ou textures prescrits, élaboré par la diététicienne à la suite de la commission « menus » et en fonction des prescriptions médicales ou des besoins repérés.

L'IDE fait un point quotidien avec le cuisinier en cas d'adaptation de dernière minute.

Pour les résidants qui en ont besoin, une aide partielle ou totale est assurée par les personnels qui s'efforcent de stimuler au mieux et de prendre en considération le degré d'autonomie de chaque résidant.

Le service des tables est assuré par un agent hôtelier et un aide-soignant qui servent à l'assiette.

La collation de l'après-midi (le goûter) est préparée par les soignants en lien avec la cuisine qui en prépare le contenu. Elle est servie dans la salle à manger ou en chambre selon l'endroit où se trouve le résidant.

Le repas du soir fait l'objet de deux services :

1^{er} service pour les personnes les moins autonomes et fatigables avec plateau préparé en cuisine et servie par les AS pour chaque résidant. L'aide au repas est assuré par les personnels soignants.

2^{ème} service pour les personnes autonomes selon la même procédure que pour le repas de midi.

Collation du soir (tisanes) pour les résidants qui le souhaitent. Elle est distribuée en chambre par les veilleuses de nuit

3.3.2 Objectifs :

- Optimiser la distribution des petits-déjeuners.
- Améliorer l'accompagnement lors des repas (posture professionnelle, suivi des informations...)
- Améliorer la présentation des tables.
- Adapter la vaisselle et les couverts selon l'ergonomie adaptée aux résidants.

3.3.3 Projets :

- Proposer à boire aux résidants toute la journée afin de prévenir les risques de déshydratation.
- Inciter les résidants à finir de boire leur verre à table et veiller à resservir les personnes qui ne peuvent le faire elles-mêmes.
- S'assurer qu'il y ait dans chaque chambre un verre et une carafe d'eau changée au moins chaque jour.
- Utiliser les couverts ergonomiques à chaque fois que de besoin et mettre l'information sur les tablettes informatiques.
- Faire un effort sans cesse renouvelé quant à la présentation des tables (assiettes, couverts...)
- Veiller à la qualité du service.
- Adapter le contenu des assiettes en fonction des capacités de chaque résidant et des prescriptions médicales.
- Rester attentif à l'aide aux résidants pendant les repas. Ne pas se disperser ou s'organiser en fonction des affinités personnelles mais au regard des besoins des résidants (aide au repas, dialogue, attention bienveillante...).
- Pour les repas servis en chambre, y compris pour les petit-déjeuner, veiller à ce que les plateaux soient complets et ne manquent de rien en fonction des fiches petits déjeuners.
- Réinterroger les pratiques quant à la distribution des petits déjeuners en proposant une nouvelle façon de faire.
- Rappeler à l'équipe professionnelle la nécessaire cohésion de son fonctionnement et son obligation à mettre en œuvre les décisions prises sous l'autorité de la direction. En cas de questionnement quant à une pratique ou un changement de pratique, chercher la réponse auprès de la personne autorisée à la donner.

3.4 Prévention et gestion des risques

3.4.1 Risque de fugue

3.4.1.1 Prévention :

Lors de l'admission d'un résidant, la famille est informée que la maison de retraite n'est pas un établissement fermé.

Une identification est faite et actualisée concernant les personnes à risque et la recherche est engagée en fonction des habitudes connues.

Tous les personnels sont informés des résidants ainsi identifiés.

Il existe de fait une auto-vigilance des résidants entre eux.

3.4.1.2 Gestion :

Un protocole existe. Il est appliqué en cas de fugue.

Le lien est établi avec la famille soit pour vérifier que le résidant ne s'y trouve pas (famille oublie d'informer l'établissement qu'elle accueille son parent), soit pour l'informer de la démarche engagée concernant le résidant qui aurait fugué ou se serait égaré.

3.4.1.3 Objectifs :

Veiller à ce que les informations sur les conditions d'admission soient précisées et que ces conditions soient respectées.

Adapter l'organisation à chaque résidant, selon l'évolution de ses degrés d'autonomie et capacités d'orientation.

3.4.2 Risque en cas d'accident exposant au sang

3.4.2.1 Prévention :

La procédure en cas d'accident exposant au sang n'est pas élaborée.

3.4.2.2 Objectifs :

Elaborer cette procédure, la diffuser et la mettre en application en cas de nécessité.

3.4.3 Risque de chute

3.4.3.1 Prévention :

Dans le cadre du maintien, voire du développement de l'autonomie du résidant, des actions de prévention des chutes sont mises en place à deux niveaux : celui de la structure et celui de la personne.

Niveau de la structure	Niveau de la personne
Mobilier adapté et ergonomique. Attention portée à ce que les chambres ne	Evaluation des possibilités et risques lors de l'admission et en cours de séjour.

<p>soient pas encombrées ainsi que les lieux de passage collectifs.</p> <p>Procédure de nettoyage des sols.</p> <p>Bandes antidérapantes sur les zones à risques.</p> <p>Régulations des portes automatiques (entrée et ascenseurs).</p> <p>Adaptations domotiques (main courante, bancs, barre de maintien WC et douches...).</p>	<p>Adaptation et aides techniques (chaussures, déambulateurs...).</p> <p>Travail avec le kinésithérapeute et/ou la psychomotricienne.</p> <p>Accompagnement des résidents par le personnel.</p> <p>Adaptation de la prescription médicale au risque de chutes, dans la mesure du possible.</p> <p>Adaptation de la géographie (situation de la chambre par rapport aux espaces communs) afin de favoriser l'autonomie de la marche.</p>
--	---

3.4.3.2 Gestion :

En cas de chutes, une procédure connue par les personnels est appliquée.

Médecin et famille sont informés.

Si besoin il est fait appel aux services de secours.

Une déclaration de chute est enregistrée qui permet d'établir une statistique des personnes qui chutent et d'adapter les postures à la situation et d'organiser la prévention des chutes.

Contention :

Les nécessités de contention des personnes à risques ne sont appliquées que sur prescription médicale. Elles sont encadrées par une procédure et sont l'objet d'une position éthique de l'établissement qui affirme le principe de garantie d'autonomie et de liberté du résident tout en veillant à sa sécurité.

3.4.3.3 Projets :

Niveau de la structure	Niveau de la personne
<p>Installation d'interrupteurs détecteurs de présence dans les couloirs.</p> <p>Mise en place d'indicateurs sonores dans les ascenseurs.</p> <p>Adapter la fermeture automatique des portes des WC (fermeture moins brutales).</p>	<p>Mise en place d'ateliers de prévention et de gestion des chutes (comment apprendre à se relever...).</p> <p>Développer l'accompagnement des personnes à risques tout en préservant leurs capacités d'autonomie.</p>

3.4.4 Risque d'escarres

3.4.4.1 Prévention :

Le risque d'escarres fait l'objet d'une politique de prévention qui se traduit par :

- Une observation cutanée et une attention constante du soignant.
- Une attention quant à la nutrition et aux soins médicamenteux (régime, apports protéinés...)
- Une literie adaptée (matelas anti-escarres)
- Des fauteuils adaptés (coussins anti-escarres)
- Une attention à la posture de la personne (fiches de positionnement, plan de soins)

3.4.4.2 Gestion :

Mise en place de fiche de suivi. Prise en charge des soins infirmiers

3.4.5 Risque de dénutrition

3.4.5.1 Prévention :

Il est procédé tous les mois au contrôle IMC de chaque résidant avec au moins une fois par an un contrôle d'albuminémie.

Les menus, établis par la diététicienne tiennent compte des besoins en protéines.

3.4.5.2 Gestion :

Les personnes à risques sont identifiées et des mesures adaptées sont appliquées (vérification que le résidant a pris la totalité de son repas avec, si besoin, les compléments protéinés, fiches de suivi alimentaire...).

3.4.5.3 Projets :

Former l'équipe professionnelle pour savoir comment assurer la surveillance des besoins de la personne et proposer si nécessaire un substitut alimentaire aux repas habituels.

Adapter la conception du repas au rythme du résidant.

S'assurer que les aides techniques permettent à la personne de ne pas être dénutrie.

3.4.6 Risques de déshydratation

3.4.6.1 Prévention :

Des temps de collations rythment la journée du résidant à qui est proposé plusieurs choix de boissons.

Une fontaine à eau est disponible sur chacun des secteurs de la maison de retraite. Une carafe d'eau ainsi qu'un verre est à sa disposition dans sa chambre.

Des aides techniques lui sont proposées (paille, pipe, etc.)

Pour prévenir des fausse-routes, il est fait appel à des épaississants ou de l'eau gazeuse pour les personnes à risque.

Les personnels sont sensibilisés à repérer les personnes à risque de déshydratation pour les inciter à s'hydrater.

Une attention est portée à l'adaptation de l'habillement des résidant aux saisons.

Le chauffage de l'établissement est adapté au confort des résidants tout en évitant les surchauffes qui pourraient entraîner des déshydratations.

L'établissement dispose d'espaces climatisé (salle à manger, salon des étages).

Application du « plan bleu » (ARS)

3.4.6.2 Gestion :

Mise en place de procédure de repérage et d'accompagnement.

Vigilance de l'ensemble du personnel sur ce risque.

3.4.7 Risques d'épidémie

3.4.7.1 Prévention :

Application des protocoles ARS (gastroentérite, infection respiratoire aigüe...)

Vaccination (résidants et personnels) avec politique d'incitation auprès des acteurs concernés (personnels, résidants, familles).

3.4.7.2 Gestion :

Mesure d'isolement (service en chambre, protocole hygiène, affichage) pour limiter la contamination.

3.4.7.3 Projet :

Vigilance sur l'application des consignes (port de masques, prise en compte des affichages...)

3.4.8 Risques d'hyperthermie

3.4.8.1 Prévention :

Mise en place de protocoles concernant les risques d'hyperthermie.

3.4.8.2 Gestion :

Suivi des cas sur IJTrace.

Information en salle de soins.

3.4.9 Prévention/gestion de la douleur

3.4.9.1 Prévention :

Dépistage systématique des personnes douloureuses, communicantes, peu ou pas communicantes.

Utilisation de l'outil 'doloplus' pour les résidants non communicants.

Utilisation de l'échelle EVA pour repérer les personnes souffrantes selon des degrés et durées divers.

L'IDE référente en douleur fait une évaluation mensuelle pour les personnes sous antalgique.

3.4.9.2 Gestion :

Prise en compte de la douleur et de ses causes pour adapter son traitement en conséquence.

Développement de l'utilisation des outils mis à disposition pour évaluer la douleur et en réduire les effets.

3.4.10 Prévention/gestion d'autres risques

Sont pris en compte et traités en conséquence les risques spécifiques à certains résidents tels que la constipation, les problèmes urinaires...

4 – L'ELABORATION ET MISE EN PLACE DU PLAN DE SOINS PERSONNALISE

4.1 Définition :

Le plan de soins personnalisé recouvre l'ensemble des soins réalisés sur un temps donné. Il est élaboré par la cadre de santé avec le médecin coordonnateur. Initié avant l'entrée dans l'établissement au vue des éléments transmis par le médecin traitant du futur résident, sa famille et lui-même pendant la phase de pré admission, il est en partie élaboré lors des transmissions ciblées entre soignants avec la cadre de santé, au moins une fois par semaine.

4.2 Etat des lieux :

Le plan de soins initial n'est actuellement établi que par la cadre de santé et ne fait pas l'objet d'un travail d'équipe. Le travail en équipe pluri-professionnelle n'intervient que lors de son actualisation.

Les réunions de projet de vie se tiennent tous les 15 jours et réunissent l'ensemble des acteurs concernés (équipe pluri-professionnelle, selon le cas résident et sa famille pour les conclusions et présentation des objectifs).

4.3 Projets :

Lorsque le plan de soins initial est élaboré, l'évaluer à J+7 en équipe pluri-professionnelle et le reprendre dans le mois qui suit pour le confirmer ou le réajuster si nécessaire.

5 – LE PASA

5.1 Définition :

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 personnes par roulement, soit 25 environ résidents par mois) ayant des troubles cognitifs et du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

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

5.2 Etat des lieux :

Ouvert 5 jours sur 7, de 9h00 à 17h00 comprenant un repas thérapeutique, le PASA est constitué d'un espace dédié dans l'enceinte de la maison de retraite. Il est animé par une équipe de professionnels spécialisée (ASG, psychomotricienne, psychologue).

Un planning hebdomadaire des résidants identifiés accompagnés par le PASA est établi.

Des fiches quotidiennes de suivi des résidants reçus au PASA sont alimentées sur le PSI.

Une concertation mensuelle en équipe avec la participation du médecin-coordonnateur et de la cadre de santé est destinée à évaluer le degré de bénéfice du PASA pour la personne.

Les principales activités du PASA s'articulent autour :

.D'ateliers cognitifs, moteurs et sensoriels

.De projets de sorties et de séjours

.D'échanges avec des résidants de la maison de retraite

.D'invitation à déjeuner une fois par mois d'un membre de l'équipe pluri-professionnelle de la maison de retraite.

.D'invitation des familles au moins une fois par an à partager la vie du PASA.

Des rencontres entre les équipes professionnelles du PASA avec les professionnels d'autres PASA locaux sont programmées au cours de l'année.

5.3 Objectifs :

Proposer des activités individuelles ou collectives qui concourent à :

- Maintenir des capacités fonctionnelles restantes, voire les réhabiliter (activités physiques, cuisine...)
- Maintenir des fonctions cognitives restantes, voire les réhabiliter (stimulation mémoire, jardinage...)
- Mobiliser des fonctions sensorielles (stimulation, activités musicales...)
- Maintenir le lien social (repas, activités artistiques...)

Chacune de ces activités est proposée au moins une fois par semaine.

5.4 Projets :

Renforcer l'équipe professionnelle du PASA afin d'améliorer l'accompagnement des personnes notamment en ce qui concerne l'intervention de la psychologue. Permettre ainsi des prises en charges individuelles plus adaptées.

Mettre en place et pérenniser les temps d'échanges entre l'équipe du PASA et l'équipe pluri-professionnelles de la maison de retraite et assurer ainsi une transition « douce » pour les résidants entre le PASA et la maison de retraite.

6 –L'ACCOMPAGNEMENT SNOEZELLEN

6.1 Définition :

Développé dans les années 1970 par deux jeunes Hollandais (Ad Verhuel et J. Hulsegge), le terme Snoezelen est la contraction de Snuffelen (renifler, sentir) et de Doezelen (sommoler), que l'on pourrait traduire autour de la notion d'exploration sensorielle et de détente et plaisir.

Proposée depuis de nombreuses années dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette approche se développe maintenant dans les secteurs gériatrique et psychiatrique.

Le Snoezelen est une activité vécue dans un espace et des pratiques spécialement aménagés, un espace et /ou un temps dont le but est de favoriser le bien-être de la personne.

On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher.

6.2 Etat des lieux :

Une salle est dédiée, et 18 professionnels de l'équipe ont été formés pour accompagner les personnes dans cet espace.

Un chariot équipé est également dédié aux séances Snoezelen.

6.3 Objectifs :

Etablir les contacts indispensables au bien-être et à l'épanouissement des personnes.

L'approche Snoezelen est une démarche d'accompagnement, un état d'esprit, un positionnement d'écoute et d'observation, basé sur des propositions de stimulation et d'exploration sensorielles, privilégiant la notion de « prendre soin »

Cet outil médiateur est centré autour de la construction d'une sécurité psychocorporelle, dans un cadre contenant et une relation individualisée.

Le concept s'articule autour de trois dimensions :

- Des propositions d'expériences adaptées autour des différentes modalités sensorielles, visuelles, sonores, tactiles....
- Le respect de la personne et de ses rythmes en lui permettant d'être actrice dans une présence empathique et attentive de la part des soignants ;
- La proposition d'expériences autour du relâchement et de la réduction des tensions autorisant un mieux-être potentiel.

Il s'agit de trouver le juste équilibre entre stimulation et relaxation, dans une relation respectueuse de chacun.

6.4 Projets :

- Etablir la liste des résidents qui pourront bénéficier de l'accompagnement Snoezelen.
- Définir un temps dédié aux séances Snoezelen.
- Organiser son fonctionnement en conséquence.
- Elaborer le projet Snoezelen.
- Continuer la formation des professionnels et instaurer la culture Snoezelen dans les pratiques professionnelles de l'ensemble des personnels de la maison de retraite.

CONCLUSION

Le projet de soins est, par définition, un projet dynamique qui doit répondre aux évolutions des besoins et souhaits des personnes accueillies, de la réglementation, des progrès médicaux ainsi qu'aux évolutions sociétales.

C'est avant tout, mais pas uniquement, un document de référence en interne qui doit fédérer l'équipe soignante autour d'objectifs communs, partagés et consensuels.

C'est aussi un document de communication externe qui éclaire les partenaires et acteurs de coopérations sur le positionnement éthique et professionnel de l'établissement.

Il doit également permettre d'évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés, et permettre ainsi, de dégager les moyens et stratégies utiles et nécessaires à sa mise en œuvre, afin d'assurer aux résidents des prestations de qualité, adaptées et évolutives.

Communiqué à l'ensemble des acteurs concernés, tout particulièrement à chaque professionnel qui doit se l'approprier et s'appliquer à sa mise en œuvre, il sert à éclairer ses pratiques au quotidien. C'est un outil de travail à part entière qui doit être utilisé comme tel.

Pour ces raisons, il sera à disposition de l'intégralité de l'équipe pluri-professionnelle de la Maison de Retraite Sainte-Sophie, transmis aux autorités de tarification ainsi qu'aux prestataires externes de l'établissement.

=> LE PROJET DE VIE

I. Les références :

L'entrée en institution n'est pas une démarche spontanée, elle relève souvent de contraintes relatives à la diminution des capacités, à l'isolement. Dès lors, nous souhaitons grâce à notre politique d'accueil et à la qualité globale de nos prestations, susciter l'adhésion du résidant à son intégration et son adaptation à la vie dans l'établissement.

La philosophie de notre approche repose sur le respect de l'expression du résidant que nous intégrons dans notre démarche participative afin qu'il exprime son sentiment par rapport à la qualité des prestations, et qu'il fasse des propositions d'amélioration de l'ensemble de nos projets. L'usage des enquêtes de satisfaction contribue à stimuler notre culture de la qualité et la satisfaction de l'utilisateur.

Deux grandes finalités orientent notre projet de vie :

➤ Offrir les meilleures conditions d'accueil

Le projet de vie dans une communauté de personnes âgées s'inspire d'une notion incontournable : « **la qualité de vie** ».

Elle suppose que les conditions d'accueil sur la durée du séjour répondent à des critères qui garantissent le bien-être, et proposent un mode de vie qui échappe aux contraintes institutionnelles, ainsi que des conditions d'hébergement qui respectent la vie privée et aménagent l'exercice de la vie sociale.

La procédure d'admission et d'accueil

La procédure se décline en différentes étapes : la demande d'informations/de renseignements, la visite de pré admission, l'admission et l'intégration du nouvel arrivant au sein de l'EHPAD.

a. La demande d'information/renseignements : par le biais d'un dossier administratif d'admission (dont le détail des éléments demandés se trouve dans le règlement de fonctionnement) prêt à remplir par la personne ou son représentant et son médecin traitant.

b. La visite de pré admission : pour permettre au résidant de se familiariser avec les lieux, les autres résidents qui y vivent, le personnel qui y travaille, chaque fois que cela est possible un pré-accueil est réalisé.

Les critères retenus sont fonction des capacités de l'EHPAD à apporter un accompagnement adapté et personnalisé à la personne compte tenu de sa ou ses pathologies et de son degré de perte d'autonomie, tout en lui assurant une sécurité.

c. Les modalités d'accueil : l'accueil est programmé afin de proposer la meilleure disponibilité au moment de l'admission. La personne est attendue et accompagnée dans son logement pour se familiariser avec sa nouvelle résidence. Ceci a fait l'objet d'un protocole d'accueil. ([annexe 9](#))

d. Modalités d'intervention du groupe accueil : la séance a lieu le jeudi de 15h30 à 16h30 dans la salle d'animation. Les résidents sont accueillis systématiquement par l'animatrice et par la psychomotricienne ou la psychologue en alternance. Le binôme anime la séance qu'il prépare en amont.

Ces rencontres sont proposées au maximum dans le mois d'arrivée en s'adaptant à chacun, elles dureront environ 50 minutes sur une période de plus ou moins trois mois.

Le principe est de proposer une rencontre chaleureuse autour d'une boisson et de favoriser la libre parole.

Le groupe sera en continuels mouvement en intégrant les arrivants au fur et à mesure et ne dépassera pas six personnes. La participation au groupe sera proposée mais en aucun cas elle ne sera obligatoire.

➤ **Maintenir le capital des ressources personnelles**

La prise en charge institutionnelle présente souvent un caractère contraignant et contient le risque d'une adaptation résignée. L'environnement peut exercer un effet de contraintes qui conduit la personne âgée à se conformer plus ou moins consciemment à son destin, plutôt qu'à maîtriser son devenir.

Il faut éviter que dès l'accueil les résidents deviennent des personnes assistées. Pour cela il faut favoriser :

- le maintien des activités de la vie quotidienne
- le respect des habitudes de vie et des choix des personnes
- des interventions mobilisant les ressources grâce à des actions de stimulation

Malgré des moyens souvent jugés insuffisants, les soignants s'engagent à lutter contre les adaptations forcées aux contraintes de l'organisation, et à l'optimisation des interventions.

II. Les axes du projet de vie :

➤ **Des interventions fondées sur des valeurs fédératives qui guident les orientations professionnelles**

- Le résident est au centre de notre préoccupation, c'est l'intention de satisfaire ses besoins qui guidera la coordination et la complémentarité des prestations fournies
- L'aide que nous lui apportons relève d'une évaluation de ses besoins et du respect de son autonomie
- La reconnaissance des droits et libertés des personnes inspire nos actes quotidiens
- La « démarche qualité » anime notre implication professionnelle et nous permet d'améliorer nos compétences

➤ **Des interventions prenant en compte les droits de l'utilisateur**

La loi de rénovation sociale 2002 rappelle que la place accordée aux droits de l'utilisateur ne doit pas être de pure forme mais qu'elle implique des changements de représentations et d'attitudes dans les établissements d'accueil.

Afin de répondre au dispositif légal et réglementaire, nous nous référons à **la Charte des Droits et Libertés de la Personne accueillie**. Ce document, à valeur réglementaire, a été travaillé avec le personnel afin de poser les bases d'une **Instance Ethique** commune à Grisolles et Verdun sur Garonne ([Annexe 10](#)).

« Nos maisons de retraite accueillent des personnes d'un âge de plus en plus avancé et donc de plus en plus fragiles et dépendantes.

La réflexion vers une meilleure prise en charge et une meilleure bienveillance amène à être confronté à des problèmes nouveaux et des conflits, mal pris en compte par la réglementation existante.

Par exemple, quelle est la limite entre la liberté de chacun et la sécurité que nous devons assurer au résidant. De tels questionnements sont légions et sont parfois très difficiles à régler. Ils sont source de soucis et parfois de souffrance pour le résidant, pour sa famille ou les soignants.

L'Instance Ethique se propose de se saisir de ces problèmes, soit spontanément, soit à la demande d'un interlocuteur, et d'en débattre avant de rendre un avis motivé.

Cet avis n'est jamais contraignant et laisse libre la personne qui a posé la question. »

Docteur Du Chazaud médecin-coordonnateur

III. Le projet de vie du résidant

L'entrée dans un établissement social ou médico-social doit permettre à la personne accueillie de poursuivre son projet de vie en favorisant son adaptation à un nouveau mode de vie.

Pour cela, sont prises en compte les habitudes antérieures compatibles avec la vie en institution dans le projet de vie de chaque personne, projet qui évoluera en fonction de ses besoins et de ses choix.

C'est à partir de l'ajustement personnalisé de nos interventions que nous pouvons maintenir un bon niveau de satisfaction du résidant.

IV. La politique d'intégration

L'équipe de soins donne les informations utiles, veille à la sécurité et favorise l'autonomie et garantit la liberté du résidant dans son nouveau lieu de vie. Elle facilite la rencontre avec les pairs. Elle évalue ses capacités d'intégration, ainsi que son consentement à son nouveau mode de vie, qui sera validé par la mise en œuvre du projet de vie individualisé.

Dans ce même but a été mis en place un « **Accompagnement à l'entrée en EHPAD** » : Bien souvent l'arrivée en maison de retraite représente un grand changement dans les habitudes de vie de la personne. En effet, les personnes ne font plus la cuisine, leur ménage, leur lit, leur bricolage parfois même les soins d'hygiène. Les professionnels s'occupent totalement de l'aspect matériel, ce qui ne permet pas aux résidants de maintenir complètement leurs capacités. Souvent des résidants évoquent l'ennui, l'attente, la difficulté à s'occuper, à vivre normalement avec le sentiment fort de ne plus exister. On voit également comme un lâcher-prise chez certains résidants à leur arrivée en institution. Ils rompent avec leur vie précédente, leurs activités, leurs amis, événements bien souvent liés à un signe dépressif spécialement lors des premiers mois. La communication disparaît ; Certains peuvent ainsi rester des heures sans parler. Ils perdent le plaisir et l'envie.

Il est donc important d'agir afin de faciliter l'adaptation ; Pour protéger les capacités cognitives et la qualité de vie des résidants.

Dans ce contexte, l'animatrice, la psychomotricienne et la psychologue proposent un espace et un temps voués à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'EHPAD Ste Sophie.

Ainsi, chaque nouveau résidant aura l'opportunité d'intégrer un groupe d'accueil composé par d'autres résidants récemment arrivés à l'EHPAD. Ces derniers pourront partager leur vécu, leur expérience et leur ressenti en vue de faire émerger et mobiliser le soutien et l'entraide.

Ainsi ce projet a pour objectifs :

- d'accueillir les nouveaux résidants
- de présenter l'établissement, son fonctionnement et son personnel
- de prévenir des éventuelles difficultés liées à l'entrée en institution
- de permettre de rencontrer d'autres personnes, créer des liens

V. L'organisation de la vie quotidienne

La vie dans une maison de retraite est très dépendante des contraintes horaires de l'organisation du travail dont nous n'ignorons pas les désagréments. Aussi nous nous efforçons, dans le cadre de notre dotation de moyens, d'offrir des prestations :

- centrées sur les besoins et les capacités
- respectueuses des habitudes et des rythmes de vie
- attentives à la liberté et à la vie privée du résidant
- garantissant l'exercice du choix dans les activités de la vie quotidienne

Le rythme de vie en EHPAD est contraint par un rapport défavorable entre charge de travail et ressources humaines, cependant chaque fois que nous le pouvons, nous nous efforçons d'organiser nos interventions en considérant le rythme de vie de la personne.

La réorganisation de l'activité quotidienne en concertation avec le personnel a privilégié deux améliorations :

- mieux coordonner les soins infirmiers techniques et les soins de confort
- confier le service du petit déjeuner à l'équipe d'hôtellerie

VI. Des relations attentives à la vulnérabilité des personnes

Pour un nombre important des résidants, l'état de santé et les pertes fonctionnelles induisent une très grande vulnérabilité qu'il faut prendre en compte.

Les relations inscrites dans notre déontologie d'aidants impliquent que chaque intervenant applique et garantisse les attitudes professionnelles attendues. Elles sont principalement fondées sur **l'écoute** et la **relation d'aide pour** :

- comprendre la personne âgée dans sa différence, analyser ses réactions et réguler les attitudes professionnelles
- valoriser les autonomies et les responsabilités à partir d'une juste appréciation des ressources de la personne

La disponibilité, l'attention, l'amabilité, la discrétion, toutes attitudes authentiquement chaleureuses, aideront la personne âgée à maintenir une image positive d'elle-même.

VII. La place des familles dans la vie de l'établissement

Le maintien des liens sociaux, familiaux et amicaux est un gage de qualité de vie des résidants pour éviter le sentiment d'abandon, les revendications et la culpabilité qui y sont attachés.

La présence des familles, leur responsabilité, leur contribution à la prise en charge sont sollicitées à partir d'une **philosophie de partenariat** où les espaces professionnels et familiaux sont reconnus dans leurs valeurs spécifiques.

Le Conseil de la vie sociale ([*annexe 11*](#)) est l'instance légale où doit s'exercer la politique de concertation avec les familles.

Notre attention dans ce domaine permet :

- d'aider les familles confrontées à la dépendance
- de maintenir le lien de solidarité
- de les associer à nos réflexions professionnelles

Pour cela nous proposons :

- des horaires d'accueil larges
- des lieux d'accueil intime
- la possibilité de prendre le repas de midi.
- la possibilité de rester la nuit dans des cas d'accompagnement de fin de vie.
- Le partenariat avec les familles est stimulé par une politique d'information sous forme de : mise à disposition d'un livret d'accueil et d'un règlement de fonctionnement réactualisé à l'occasion des avancées de nos projets
- contacts directs avec les infirmiers qui répondent à toutes les préoccupations concernant les besoins de santé
- information sur panneau d'affichage de notre politique d'animation et de loisir, du menu de la semaine
- disponibilité du service administratif en matière de conseil et d'aide
- médiation du cadre de santé en cas de malentendu ou d'insatisfaction
- procédure de recours de plaintes précisée dans le règlement de fonctionnement

Notre équipe a toujours eu le souci d'accueillir les familles et d'entretenir avec elles de bonnes relations. Ceci permet de favoriser leur présence auprès de leur proche et d'échanger nos préoccupations dans un rapport de confiance.

VIII. Les intervenants extérieurs

Afin d'assurer un bien être des résidents, nous travaillons en collaboration avec différents intervenants qui viennent de l'extérieur.

Indépendamment des intervenants en soins, d'autres professionnels sont au service des résidents et rémunérés par eux :

Nous disposons de *plusieurs coiffeuses privées* qui interviennent chaque semaine au sein de la structure où elles ont à leur disposition un 'salon' équipé, le Jeudi et le Vendredi, et nous laissons également aux résidents la liberté de choisir leur propre coiffeur. Toutes les prises de rendez-vous sont assurées par le secrétariat. Les prestations sont à la charge du résident. Ils peuvent aussi se rendre dans un salon à l'extérieur.

Une esthéticienne peut intervenir dans l'établissement : l'équipe soignante contactera la famille pour que celle-ci fasse appel à la personne de leur choix.

Le vendredi matin, *des bénévoles de l'association de l'Aumônerie* de Grisolles accompagnent les résidents qui souhaitent se rassembler dans le lieu de culte de l'établissement. Un prêtre vient célébrer l'office une fois par mois.

IX. Le service de nuit

Les références :

Les intervenants veillent au confort de la nuit comme à la sécurité des personnes et des bâtiments.

La nuit, c'est : offrir une prise en charge de qualité en répondant aux besoins spécifiques de chaque résidant = troubles du sommeil, insomnies, agitation, déambulation, mais aussi gestion de la douleur, des changes liés à l'incontinence, de la sexualité, de la peur, de l'agressivité et de la violence du résidant...

A l'EHPAD, la nuit s'étend sur une amplitude de dix heures, de 20h45 à 06h45. Les actions initiées de jour ou de nuit doivent se poursuivre et se maintenir.

Les horaires des deux équipes sont organisés de telle sorte qu'elles puissent se rencontrer pendant un temps suffisant pour échanger des informations verbales.

Généralement le personnel en fonction se compose d'une ASH et d'une Aide-soignante. Ce schéma très répandu, donnerait à penser que la nuit, la mission première est la présence et faire ce que nous nommons les «changes ».

Souvent les résidants très dépendants ne veulent pas rester le soir en salle à manger, ils sont parfois pressés d'aller faire leur toilette et de se mettre au lit. Les résidants plus autonomes sont plus volontiers enclin à veiller devant une infusion (proposée tous les soirs la tisane avec +/- collation, permet aussi de diminuer le délai de jeûne), la télévision, un séjour dans le jardin pendant les longues soirées d'été et pouvoir profiter d'un beau feu d'artifice par les fenêtres du premier étage !

En ce qui concerne les personnes dont les fonctions cognitives sont altérées au point de ne pas pouvoir exprimer leurs souhaits et leurs désirs. Cette dimension est prise en compte dans leur projet de vie et leur projet de soins individualisés.

Le rituel du coucher est propre à chacun et doit être pris en compte : moment de rupture des activités diurnes, bienvenu pour beaucoup, angoissant pour d'autres.

LES SITUATIONS DIFFICILES

Tout le monde ne dort pas la nuit. Tout ne s'arrête pas. Les pathologies sont toujours là, certaines un peu moins présentes du fait de la baisse de vigilance, d'autres, au contraire, que la nuit exacerbent :

- 1) *La douleur* : les douleurs mécaniques : elles ont tendance à changer avec le décubitus et la mise en décharge des articulations.
: les douleurs d'origine inflammatoire vont souvent apparaître, ou s'intensifier la nuit.
Le personnel de nuit doit être formé à l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur type EVA ou ECPA.
- 2) *L'anxiété* fait aussi partie des événements qui se manifestent la nuit. Reconnaître l'anxiété est parfois difficile (des plaintes organiques fonctionnelles ou bien des demandes réitérées d'assurance, ou encore la verbalisation de craintes diverses, l'apparition de troubles du comportement).

D'où l'importance des échanges d'informations entre les équipes de jour et de nuit.

- 3) *L'insomnie* : occasionnée par les diurétiques, les sympathomimétiques, certains vasodilatateurs ; Les cauchemars induits par certains antidépresseurs, antiparkinsoniens et autres bêtabloquants, le stress, le deuil, l'isolement social, la toux, la dyspnée, la nycturie.
- 4) *La déambulation* des résidants désorientés posent de multiples problèmes.

- 5) *Les chutes* : la déambulation nocturne, les levers pour aller uriner, l'obscurité relative, les troubles du comportement liés à la désorientation temporo-spatiale et l'hypotension orthostatique sont les grands pourvoyeurs de chutes nocturnes.

La nuit la contention, prescrite, fait essentiellement appel à la mise en place des barrières de lit : on ne remonte pas les barrières comme on ferme la porte en quittant une chambre.

Objectifs

- protéger le repos des résidents
- garantir la sécurité des personnes et des bâtiments
- maintenir un bon niveau de vigilance clinique et de réactivité en cas d'urgence
- dispenser les soins de nursing qui favorisent de bonnes conditions de repos en participant au maintien de l'autonomie
- répondre aux problèmes du sommeil par des alternatives à la médication
- rompre l'isolement : les rencontres avec les équipes de jour : intégrer, à leur demande, les veilleuses de nuit à une équipe de jour, ou l'inverse (suite à de multiples arrêts de travail, une AS et une ASH sont formées depuis, permettant des échanges)

Une formation à l'accompagnement de fin de vie, une formation sur la maladie d'Alzheimer, sur la prise en charge des troubles du comportement et disposer du temps nécessaire pour les mettre en application.

Moyens

- L'aménagement de l'environnement favorisant le repos : atténuation des bruits et des lumières, ambiance du coucher, température ambiante...
- La prise en compte des liens entre repos et confort dans la programmation des changes de nuit.
- Le pilotage de la continuité des soins selon les transmissions écrites.
- La formation permanente des soignants aux gestes de sécurité.
- La réactualisation des protocoles.
- L'approche évaluée et globale des troubles du sommeil, et des divers problèmes susceptibles de perturber ce temps de repos (douleurs, déambulations, cris...).

Axes d'amélioration

- par le biais de réunions tous les trimestres de l'équipe de nuit par le cadre de santé ; L'équipe de jour sera conviée pour échanger ;
- participer aux projets de soins individualisés

Ainsi l'équipe de nuit, bien que ses missions soient différentes, s'inscrit dans la même dynamique que l'équipe de jour, tend vers le même but et assure la continuité des soins.

=> LE PROJET D'ANIMATION

Définition de l'EHPAD revue par les résidents au cours d'un atelier d'écriture

Ensemble **Habitons Paisiblement et Accompagné Dignement**

La prise en charge de la personne âgée requiert un accompagnement complet dans lequel la vie sociale et l'animation sont indispensables. L'entrée en institution doit permettre à la personne de poursuivre sa vie en maintenant des liens, en participant à des activités favorisant le plus longtemps possible une certaine autonomie afin de donner un sens à la vie en institution. C'est aux travers d'activités non infantilisantes, librement choisies, et s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun que pourra exister le résident en tant que individu à part entière.

Le projet d'animation doit mettre en place pour chaque personne des activités compatibles avec ses capacités de façon à ne jamais provoquer de situation d'échec.

I. Les politiques publiques de l'animation

Les personnes qui arrivent de plus en plus tard en maison de retraite posent des difficultés. En plus des activités présentées à la collectivité, il faut stimuler chacun des résidents et prendre en compte les problématiques personnelles. Il faut proposer une animation adaptée à des âges différents, mais aussi à des cultures et des modes de vies variés.

L'animation doit être inscrite dans un projet global de vie. Les populations dans les établissements sont de plus en plus dépendantes soit psychologiquement, soit physiquement, l'animation entre dans le champ de soin par son caractère thérapeutique et la dimension individuelle qu'on lui donne. L'animation des années 1990 se trouve entre une dimension individuelle et collective. La notion de collectif conduit à donner une dynamique à l'institution tandis que la dimension individuelle prend en compte les aspects caractéristiques de chaque résident.

L'animation est un des éléments déterminants de la qualité de vie en établissement qui entre dans le cadre de la prévention qui devient pour le résident un moyen de préserver son autonomie.

Dès 2000 l'animation s'est centrée sur la personne âgée. La prise en charge par la prévention devient concrète. Il s'agit de définir un état d'esprit, un mode d'organisation, apporter des réponses individuelles à des attentes, à créer une prise en charge préventive et à stimuler les plaisirs des résidents leur permettant de conserver un maximum d'autonomie.

II. Le projet d'animation de l'EHPAD Sainte Sophie

Développer un projet d'animation permet de donner de la vie à une structure, de créer des liens sociaux pour lutter contre l'ennui, l'isolement et favoriser l'intégration du résident dans son nouvel environnement.

2-1 Généralités : Qu'est-ce que l'animation ?

ANIMER c'est donner vie, prendre soin de.

Etymologiquement animer vient du latin « ANIMARE » qui signifie donner la vie, encourager, rendre plus vif.

Le terme ANIMATION de « anima » l'âme et « animus » souffle de vie.

C'est-à-dire de la chaleur, l'entrain mis dans une action, dans une expression, dans un comportement afin de rendre plus vif, d'intéresser, d'inspirer quelqu'un...C'est dans cette optique que l'animation est l'affaire de tous les acteurs de la prise en charge qui interviennent au quotidien dans la vie des personnes résidant à l'EHPAD Ste Sophie.

L'animation de manière générale est le fait de mettre en place des moyens et d'utiliser des techniques pour faire participer activement les membres d'une collectivité à la vie de ce groupe. Ce n'est pas uniquement le fait de passer le temps mais surtout un moyen de donner de l'existence au temps, des repères et une motivation pour chacun. Elle permet aussi de tisser des liens entre les personnes : résidants, familles, collaborateurs..., dans un autre domaine que celui du soin et de la maladie et d'ouvrir des horizons positifs au sein de l'établissement et avec l'extérieur. Elle concerne l'ensemble des résidants de Sainte Sophie. Elle consiste en l'organisation de périodes d'activités qui donnent du plaisir, elles sont récréatives et festives.

2-2 Etat des lieux :

L'EHPAD Ste Sophie accueille des résidants issus d'un secteur géographique rural et dont les origines socioprofessionnelles sont variées. Prendre en compte cette diversité dans les démarches mises en place pour mieux répondre aux besoins des personnes les aidera à s'intégrer au fonctionnement de la structure et de s'y épanouir.

La structure reçoit un public de plus en plus âgé dont le besoin d'aide va en augmentant. La prise en charge de la dépendance se fait au fur et à mesure de la diminution de l'autonomie. Certaines personnes âgées n'ont plus l'autonomie nécessaire (physique ou psychique) pour participer à des animations en grand groupe. L'animation propose des actions individuelles ou en petit groupe permettant au résidant de vivre à son rythme, selon ses envies et ses capacités.

Elle a un rôle de prévention de la perte d'autonomie en motivant et en stimulant à partir d'activités régulières.

2-2-1 Les différentes formes d'animations :

Quel que soit le type d'animation proposée, nous devons respecter le libre choix du résidant de participer ou non.

⇒ L'accompagnement à l'entrée

Il est important d'agir afin de faciliter l'intégration et l'adaptation pour maintenir les capacités cognitives et la qualité de vie des résidants.

Dans ce contexte, l'animatrice, la psychomotricienne et la psychologue animent un groupe d'accueil qui propose un espace et un temps dédiés à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'EHPAD Ste Sophie.

Ainsi, chaque nouveau résidant a l'opportunité d'intégrer ce groupe avec d'autres résidants récemment arrivés à l'EHPAD. Ces derniers pourront partager leur vécu, leur expérience et leur ressenti.

Ainsi ce projet a pour objectif :

- ~ Accueillir les nouveaux résidants
- ~ Présenter l'établissement, son fonctionnement et son personnel
- ~ Prévenir des éventuelles difficultés liées à l'entrée en institution
- ~ Permettre de rencontrer d'autres personnes, créer des liens.

Modalités d'intervention

La séance a lieu une heure par semaine dans un espace dédié. Les résidants (au maximum six personnes) sont accueillis par l'animatrice et par la psychomotricienne ou la psychologue en alternance.

Ces rencontres sont proposées si possible dans le mois d'arrivée pour une période de plus ou moins trois mois.

Le principe est de proposer une rencontre chaleureuse autour d'une boisson et d'un goûter, et de favoriser la libre parole.

⇒ **Commission d'animation**

Composition : représentants des résidants, représentants des familles et du personnel.

Missions : valider et enrichir les projets d'animation présentés deux fois par an.

L'animation s'adresse à tous les résidants

Déroulé d'une journée type du lundi au vendredi :

- 9h30 : prise de service, lecture du courrier, des messages, prise d'informations auprès du secrétariat et des équipes
 - : préparation de la salle
 - : part chercher en chambre les résidants les moins autonomes
- 10h30 : début de l'activité selon le programme
- 11h45 : accompagnement des résidants les moins autonomes en salle à manger
 - : rangement de la salle, remplir les grilles actuelles de fréquentation d'activités, faire messages sur IJTrace pour prévenir les équipes des activités et sorties
 - : préparation de l'activité de l'après midi
 - : contacter les prestataires en vu d'organiser les activités futures
- 13h10 : transmissions
- 13h30 : repas
- 14h00 : rencontre avec les résidants, les agents de restauration, etc. pour préparer les ateliers du jour et futurs
- 15h00 : début de l'activité
- 16h45 : rangement de la salle
- 17h00 : départ

Objectifs :

- Préserver l'autonomie
- Rechercher l'intégration du résidant et son épanouissement personnel dans une ambiance conviviale
- Rester en lien avec l'environnement extérieur
- Maintenir les repères temporels

Certaines animations sont adaptées aux personnes dépendantes

⇒ L'animation en groupe

Elle se développe au plus proche de la vie quotidienne et s'adapte à chaque personne âgée en fonction de ses aspirations et de ses aptitudes.

Elle vise à proposer aux résidants de participer à des activités.

- ~ Participations aux tâches de la vie courante (épluchage de légumes, jardinage)
- ~ Mobilisation corporelle, jeux d'adresse, tricot
- ~ Mobilisation intellectuelle : atelier remue-méninges, jeux de mots, rédaction du journal, quiz
- ~ Repas conviviaux en petits groupes
- ~ Repas à thèmes
- ~ Organisation des fêtes d'anniversaires tous les mois
- ~ Activités culturelles, artistiques : chant, travaux manuels, théâtre, cinéma, ludothèque, bibliothèque, musée, jeux de société, école maternelle...
- ~ Sorties : marché, magasins, expositions, pique-nique, visite d'autres structures

⇒ L'animation individuelle

L'animation favorise les relations individuelles. Pour cela elle se décline en temps de :

- ~ Ecoute,
- ~ Parole,
- ~ Promenades,
- ~ Bien être (massage, esthétique, manucure),

⇒ Voyage/séjour

Pour offrir la possibilité de sortir des habitudes de la maison de retraite, l'animation propose, tous les deux ans, des voyages/séjours aux résidants qui le souhaitent.

Ce séjour favorise les relations entre les résidants eux-mêmes et les professionnels dans le cadre d'un temps de vacances.

L'organisation de ces séjours est défini en fonction des choix des résidants.

⇒ Existence d'une association

« Les Loisirs de Sophie » est une association loi 1901, créée en 2007, gérée par du personnel bénévole et des familles des pensionnaires passés et présents. Elle est indépendante de la structure et a pour devise d' « Egayer le quotidien de tous les résidants ». Son but est de financer des sorties, des spectacles, les goûters d'anniversaire, les cadeaux de Noël, du matériel d'activité, des voyages ...

Pour cela elle organise des lotos et des vides greniers dans l'enceinte de l'établissement. Elle collecte les cotisations de ses adhérents.

2-3 Objectifs

- ❖ Lutter contre l'isolement social et affectif pour éviter la dépression et le syndrome de glissement.
 - Inviter les résidants à se rendre dans les parties communes pour rencontrer d'autres résidants, pour écouter la lecture du journal, prendre la collation....
 - proposer et faciliter l'ouverture sur l'extérieur : intervenants, sorties, courses, échange avec d'autres structures d'accueil.
 - maintenir les liens avec la famille : organiser des rencontres, des repas ou des fêtes dans lesquelles les familles sont invitées, participation à la commission d'animation
- ❖ Donner un sens à la vie en institution en instaurant une dynamique en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés.

2-4 Projets

L'animation et les locaux

La majorité des animations sont réalisées dans la salle d'animation. Cette salle est trop petite pour les ateliers en grand groupe. Les grandes manifestations (anniversaires, spectacles etc.) se déroulent dans la salle à manger, ce qui est contraignant car il faut déplacer tout le mobilier et terminer les événements assez tôt pour ne pas déranger le service restauration du soir. Un projet d'agrandissement de la salle d'animation est en cours de réflexion.

Contribution de l'équipe pluridisciplinaire

Impliquer l'équipe pluri-professionnelle aux activités d'animation : présenter les objectifs et les besoins.

Information et sensibilisation du personnel aux plannings d'animation afin d'assurer le relais auprès du résident.

Contribution des familles à l'animation

Permettre aux familles de trouver leur place dans l'institution en les intégrant à certaines actions en concertation avec l'équipe : actions d'animation, accompagnement lors des sorties, participation aux diverses manifestations (anniversaires, expositions, loto...).

Projets d'ateliers d'animation

- Mise en place d'activités favorisant ces liens par exemple : Atelier d'Écriture de courrier.
- Rangement de la chambre,

- Visite à domicile, chez des connaissances,
- Lecture individuelle.
- Projet d'activités piscine
- Projet d'un animal pour la maison de retraite (chien visiteur, animal sur site)
- Organisation d'une kermesse de Noël avec les enfants du personnel
- Développer les échanges avec les écoles de Grisolles
- Développer les partenariats
- Projet sur du long terme de réalisation d'un film (thème humoristique)
- Réaménagement/investissement/appropriation des extérieurs de Sainte-Sophie par les résidents
- assurer la traçabilité et l'évaluation des activités d'animation (grilles d'évaluation)
- Mise en place d'échanges internet pour les résidents et familles
- expositions thématiques en lien avec l'actualité

III. Evaluation du projet d'animation

L'évaluation du projet se fera à plusieurs niveaux.

Différents indicateurs vont donner la dynamique du projet :

- Le nombre d'heures d'animation réalisées,
- Le nombre d'activités proposées,
- Le nombre de participation à chaque activité et la fréquence de participation (fiche de présence)

Chaque atelier fait l'objet d'une évaluation, à partir d'une grille d'évaluation, où la personne en charge l'activité fait une synthèse de la participation. Elle permet de mesurer l'intérêt, les capacités, le comportement du résident lors des activités. C'est un document de travail qui fait aussi référence à la vie de groupe. Ces grilles d'évaluation aident à mettre en évidence les répercussions des animations sur l'état de santé du résident et déterminent l'orientation à donner dans les futurs projets.

Les grilles d'évaluation

- Grille d'évaluation des résidents autonomes par atelier

Divers éléments permettent de définir le nombre de participation par atelier, l'intérêt, les capacités, et le comportement dans le groupe et individuel du résident au cours de l'atelier.

- Grille d'évaluation des résidents dépendants par atelier

Le but de l'évaluation de l'animation au sein des personnes dépendantes est en premier lieu d'apprécier l'impact satisfaction chez la personne, sa demande d'investissement ou son renoncement. Cette évaluation a également pour but de suivre l'évolution de chaque résident dans ses facultés et capacités et d'adapter régulièrement les activités.

Chaque activité est évaluée en fin d'atelier par l'animatrice ou le soignant de façon individuelle : ainsi chaque résidant possède ses fiches d'évaluation. Un bilan se réalise en équipe pluridisciplinaire à raison de une fois par trimestre où chaque dossier de résidant est revu et où sont discutés les axes d'accompagnement.

CONCLUSION

La réussite du projet d'animation dépend également de la place que l'on donne à la famille, aux bénévoles et de l'engagement du personnel.

L'animation présume une dynamique partenariale pour rester en lien avec l'environnement de proximité. La structure d'accueil doit être, elle aussi, intégrée à la vie locale pour que le résidant ne se sente pas isolé de la société.

Le projet d'animation s'adaptera aux évolutions sociétales afin de répondre aux attentes et souhaits des personnes accueillies et de leurs familles (accès internet, téléphonie...)

=> LE PROJET DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES

Le personnel administratif et technique est étroitement associé à la démarche du projet d'établissement afin de se mettre à la disposition des résidants pour répondre à la satisfaction de leurs besoins.

Il contribue à l'effort de qualité au niveau de la prise en charge globale en coordonnant ses prestations à celles de l'équipe de soins. Il entretient des relations attentives fondées sur la culture du service, avec les résidants et leurs familles.

I. La restauration

L'effectif journalier en service de cuisine est de 2,5 ETP personnes.

L'établissement offre également un service de portage à l'SMAD 82

- Repas de fêtes, anniversaires, repas à thème organisés en collaboration avec le service animation

Les références

La prestation culinaire a pour finalité de s'adapter aux goûts et à la culture des résidants sans négliger de satisfaire leurs besoins nutritionnels, facteur important à cette période de la vie.

Les cuisiniers proposent des plats traditionnels très proches des habitudes socioculturelles locales, ils répondent à des prestations exceptionnelles qui soulignent l'importance des événements festifs pour les résidants. Ainsi ils contribuent à :

- améliorer le confort de vie au quotidien par des menus appétissants et variés ;
- animer la vie de l'établissement en agrémentant les diverses fêtes par des extras ;
- maintenir les liens familiaux et amicaux par un service de repas à midi 7/7 jours à toute personne qui souhaite rendre visite à un résidant.

Le personnel a été formé aux recommandations et normes sanitaires (HACCP) dont il applique les procédures.

Les axes d'amélioration de ce service

- maintenir un bon niveau de diversité des menus ;
- valoriser la présentation des menus et la diversité des menus à texture modifiée ;
- maintenir la connaissance et la mise en œuvre des règles d'hygiène alimentaire ;
- veiller à adapter les textures aux problèmes de mastication-déglutition, en collaboration avec le service de soins.

II. Le service administratif

Les références

Ce service exerce une mission d'accueil de la clientèle et contribue, en étroite collaboration avec le service de soins, à la mise en place d'une procédure qui facilite les admissions des résidants et

l'information des familles sur la nature des prestations fournies et sur les démarches administratives préalables à l'accueil.

Il assure le suivi administratif des dossiers des résidents, des salariés, la gestion du courrier, des salaires, du budget, des commandes, des stocks et le mandatement des factures fournisseurs.

Sa localisation au sein de la structure permet d'assurer une mission sociale d'accueil, de conseil et d'aide auprès des résidents, de leurs familles et des personnes qui viennent dans l'établissement. Il est au carrefour de la politique de communication interne et externe, il est donc le référent prioritaire de l'image de l'établissement par les contacts téléphoniques et l'accueil des personnes externes à l'établissement.

Il pilote les fonctions d'achats, recherche la qualité au meilleur coût, l'engagement des fournisseurs dans la maintenance des équipements et l'usage adéquat des produits, organise les liaisons entre fournisseurs et clients des différents services de l'établissement.

Les axes d'amélioration de ce service

- valoriser l'image et les prestations de l'établissement auprès des interlocuteurs externes en identifiant les adresseurs et en maintenant des échanges directs et des collaborations fondées sur la confiance
- effectuer une veille administrative qui permet de se tenir informé des évolutions du contexte réglementaire et administratif pour contribuer à l'information du personnel et des usagers
- effectuer les bilans annuels qui permettent de transmettre au service de soins les éléments de la politique d'admission
- mettre en place le prélèvement automatique pour le paiement des factures des frais d'hébergement ainsi que les paiements par virement

III. La lingerie – buanderie

Les références

L'établissement effectue l'entretien du linge plat, des effets personnels des résidents et des tenues professionnelles.

Le traitement est effectué selon les règles spécifiques d'hygiène dans des locaux qui ont été équipés et aménagés à cet effet.

Les lingères assurent l'entretien des effets personnels des résidents. Elles assurent la restitution du linge dans les services et les logements.

Les lingères rencontrent le nouveau résident et/ou la famille dans les quelques jours qui suivent l'entrée pour leur expliquer le cheminement du linge. En sachant que dans le Livret d'Accueil se trouve « le trousseau » (la liste minimale de linge dont le résident a besoin)

Dès l'accueil, les résidents et leurs représentants sont informés des contraintes relatives au traitement collectif du linge : risque d'usure et de perte. Ainsi l'obligation du marquage du linge et de l'adaptation des textiles sont mieux compris.

Les axes d'amélioration de ce service

- développer une culture de prestations de service en tenant compte de l'évolution des besoins du service de soins au regard de la dépendance des publics accueillis

- limiter le risque de perte en établissant une procédure pour éviter l'acheminement du linge non marqué ou pour identifier systématiquement tout le linge fourni. Cette démarche implique des liens d'échanges avec les résidents et les familles.
- Suivre l'évolution du matériel de la buanderie

IV. Le service technique

Les références

Les bâtiments affectés à l'accueil des personnes âgées et à l'exercice des métiers sont conformes aux différents critères en vigueur. L'entretien de la qualité du parc immobilier et de l'environnement incombe aux ouvriers d'entretien.

L'entretien et la maintenance des équipements sont assurés par les ouvriers et sous-traités selon les besoins.

Le suivi de l'entretien est assuré sur IJTrace. Il existe une planification hebdomadaire des tâches à réaliser.

Les axes d'amélioration de ce service

- coordonner et renforcer la polyvalence des tâches dans un esprit de complémentarité ;
- répondre dans les délais les plus courts possibles à la réparation des pannes ;
- formaliser la vigilance sécurité des bâtiments et des équipements.

V. Le service d'entretien des locaux

Les EHPAD sont des structures où les personnes âgées, souvent dépendantes, vivent en collectivité. Les risques d'infection est élevé et le risque épidémique permanent.

La vie en collectivité, le vieillissement du système immunitaire, la dénutrition, le vieillissement physiologique et les altérations fonctionnelles sont des facteurs favorisant d'infections bactériennes et virales.

Il convient donc :

- éviter la propagation des germes dans l'environnement
- optimiser l'utilisation des produits et du matériel
- connaître et maîtriser les techniques de bio-nettoyage

L'entretien des locaux en EHPAD est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales (infection contractée dans un établissement de santé). Les principales mesures pour combattre ces infections relèvent de l'hygiène :

- l'hygiène des mains
- le nettoyage et la désinfection (locaux, salle de bain, lieu de vie, points de contact...)
- la mise en place de protocoles (écrits, connus et appliqués par tous les acteurs de l'hygiène)
- et le respect de ceux-ci

Le contexte actuel d'évaluation des pratiques professionnelles inclut la fonction « entretien et désinfection des locaux » dans une démarche qualité.

La traçabilité fait partie intégrale de la démarche qualité et permet de notifier « qui fait quoi, où, quand et comment ».

Lors du ménage, une fiche de traçabilité d'entretien est remplie au fur et à mesure de l'avancement de celui-ci.

Les références

Les agents interviennent pour effectuer les diverses tâches d'entretien ménager des logements en respectant l'espace privé de l'utilisateur et en ajustant les niveaux d'intervention à ses besoins. Certains logements plus souillés demandent une attention particulière si l'on veut maintenir un bon niveau de propreté y compris les week end et jours fériés. Les chambres désignées par l'équipe Soins « BMR » (Bactéries Multi Résistantes) sont faites tous les jours et en dernier.

Les axes d'amélioration ciblés dans le précédent PE ont été en majorité réalisés. Il s'agissait de :

- Différencier les prestations de ménage et de soins
- Revoir l'organisation des tâches avec le personnel selon la conjoncture
- Planifier les tâches de ménage

A ce jour, il nous semble important de :

- Formaliser des procédures de suivi régulier par la cadre ou l'infirmière référente
- Afficher les protocoles aux endroits stratégiques
- Mieux former les nouveaux agents
- Créer une équipe titulaire pour le service entretien de l'ensemble des locaux

⇒ LE PROJET SOCIAL

Le projet social répond à deux finalités :

- l'organisation de la compétence pluridisciplinaire afin de mieux répondre aux missions qui nous sont confiées ;
- le maintien de bonnes conditions de vie au travail grâce à une politique concertée et à la coordination de l'esprit d'équipe.

I. L'implication professionnelle et l'esprit d'équipe :

L'accompagnement de personnes vulnérables mobilise des professionnels capables de mettre à leur disposition une compétence spécialisée, organisée à partir des complémentarités des services soignants et techniques.

Cette responsabilité confiée aux cadres, s'exerce en référence aux valeurs de l'établissement et aux orientations générales de son projet.

L'accompagnement en complémentarité suppose que soient organisées dans un esprit de confiance et de respect de la confidentialité des **réunions de synthèse** de projet de soins et de vie du résidant, où sont échangées des informations significatives et opérationnelles qui sont indispensables à l'observation partagée et à la pertinence de l'ajustement des ressources.

L'accompagnement convoque la **fonction d'étayage**. Les nécessaires aménagements de l'aide individualisée sollicitent des qualités professionnelles que l'on doit puiser dans ses dispositions personnelles : disponibilité, vigilance, adaptation, capacité d'auto évaluation.

Les compétences sont soutenues par la motivation, l'expérience, l'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la maîtrise de la méthodologie de projets et des procédures de l'évaluation qui permettent de réajuster les moyens aux besoins et au contexte de l'intervention.

La responsabilité attendue de chaque professionnel ne doit pas l'amener à se considérer comme un électron libre, indépendant de ses collaborateurs. Dans cet esprit les liaisons entre services de soins et services administratifs et logistiques doivent permettre d'intervenir en complémentarité dans l'intérêt du résident.

La notion de **travail d'équipe** fondée sur le respect et la confiance est fondamentale dans un dispositif où le personnel est la ressource la plus importante. Chacun est responsable de la confiance qu'on lui accorde ; chacun doit être en mesure de progresser à partir du point de vue de l'autre. Les qualités individuelles sont de moindres ressources si elles ne savent pas s'harmoniser pour une **compétence partagée**.

La **réunion d'équipe** animée par le cadre de santé et le médecin coordonnateur est déterminante, elle supporte le travail de clarification, elle permet de soulager les tensions et de considérer les incertitudes. Rendre compte, mettre à distance dans un espace de concertation, facilite la coordination et la complémentarité des actions.

Le **dialogue social** est valorisé par des instances de concertation avec les représentants du personnel et des relations directes avec l'encadrement et la direction.

L'existant

L'organisation de la mobilité du personnel soignant sur les trois secteurs permet de répartir équitablement la charge de travail. Elle s'organise toutes les 8 semaines, ainsi les effets du cloisonnement des équipes sont minorés.

La complémentarité des transmissions écrites et verbales ciblées garantissent la sécurité et la coordination des soins.

Le CTE (Comité technique d'établissement *annexe 12*) qui se réunit 3 fois par an permet au directeur d'échanger sur la politique qu'il conduit et d'être à l'écoute des suggestions du personnel plus précisément sur les questions d'organisations du travail.

Les perspectives d'amélioration

- Dans le souci de créer un climat de concertation nécessaire à la conduite du changement et afin de concilier qualité des prestations et qualité de vie au travail, le personnel souhaite que les réunions directes personnels - direction soient développées pour favoriser les échanges relatifs aux orientations et décisions prises ou à prendre dans le cadre des obligations réglementaires.
- La qualité des échanges lors de ces rencontres nécessite d'organiser le dialogue social, en s'appuyant sur un ordre du jour et un calendrier de travail concerté, ainsi que des comptes-rendus synthétiques aux fins d'information du personnel.
- Guider à partir du projet d'établissement et des services, une réflexion sur les adaptations des compétences professionnelles et sur l'adéquation des moyens.

II. La politique de recrutement :

L'avancée vers la qualité des prestations doit permettre, à terme, de conforter les ressources humaines selon un référentiel de compétences qui précise, également, le profil professionnel attendu dans le contexte de l'établissement. Il indique les aptitudes requises dans le trajet professionnel, tant du point de vue des interventions auprès de l'utilisateur que de l'intégration dans l'équipe existante.

Le personnel nouvellement recruté prend connaissance des références et orientations des projets auxquels il lui est demandé d'adhérer ou d'apporter une contribution critique.

L'existant

Le personnel recruté dispose des diplômes et/ou des compétences nécessaires à l'exercice de la fonction.

Mise en place de grilles spécifiques par métier, profil de poste et compétences requises qui faciliteront le recrutement et l'accompagnement des professionnels.

III. L'intégration et le tutorat :

L'intégration par le tutorat permet à chacun de trouver sa place et sa sécurité dans une communauté de travail.

L'intégration de tout nouvel arrivant fait l'objet d'une procédure commune qui comporte la rencontre avec l'équipe de direction et l'environnement physique et relationnel, la mise à disposition des documents de référence selon le service où la personne est affectée.

L'existant

Tout professionnel accueilli a un échange avec l'encadrement après avoir pris connaissance des référentiels globaux de l'intervention (projet d'établissement et outils de la loi, procédures...).

L'accompagnement sur site, sur une période jugée nécessaire, est effectué par un professionnel référent qui transmet sa culture et ses compétences.

L'encadrement est seul impliqué dans la politique d'évaluation des compétences avant toute décision de maintien dans le poste.

Les axes d'amélioration

- Formaliser l'évaluation systématique des capacités d'intégration de tout nouvel arrivant sur une période d'essai définie par l'encadrement. Cette évaluation en présence de la personne éclairera la décision d'embauche.
- Former le personnel au tutorat
- Formaliser la politique de tutorat en réservant du temps d'évaluation au tuteur.

IV. L'accompagnement du professionnalisme et la politique de formation :

Les ressources humaines, par leur gestion, contribuent à la nécessaire qualité de service à rendre à l'utilisateur.

À ce titre, l'accompagnement du professionnalisme suppose que l'évaluation annuelle effectuée par l'encadrement soit préparée, notamment si la personne est en difficulté.

Dans ce cas, la périodicité de l'évaluation peut être réduite, la personne sera accompagnée pour atteindre les objectifs d'amélioration souhaités.

La politique de formation continue prend en compte les besoins de développement de la structure et de son personnel ; elle est concertée avec le CTE et la commission de formation. Elle concilie le développement général de l'établissement, notamment du point de vue de l'exigence de qualité mais également du développement professionnel de chaque salarié.

L'existant

Le plan de formation est un projet concerté, éventuellement pluriannuel et limité budgétairement. À ce titre, il fait l'objet d'un calendrier précis, communiqué à l'ensemble des salariés.

La personne responsable de la formation pilote cette politique en sollicitant l'ensemble des dispositifs mobilisables selon le projet de formation de l'intéressé : actions prioritaires régionales sur des thèmes spécifiques, congé individuel de formation pour les formations qualifiantes, bilan de compétences, valorisation des acquis de l'expérience, formation tout au long de la vie...

Les axes d'amélioration

- Anticiper les adaptations nécessaires à l'organisation des services par l'éventuelle mobilité des personnels dans les services et les structures.
- Développer les compétences par des réunions thématiques animées par le médecin de l'établissement.
- Identifier les compétences des professionnels et leur permettre d'accéder à de nouvelles compétences et qualifications.
- Envisager des réunions d'analyse des pratiques avec un intervenant extérieur.

VI. LA POLITIQUE DE COMMUNICATION

Les références

La communication est l'ensemble des moyens dont dispose une personne, un groupe de personnes ou une institution pour créer des liens sociaux et entretenir des liens dans la durée. Les groupes sociaux et les institutions sont confrontés à deux types de communication. : la communication interne et la communication externe.

La communication interne se fait en direction des résidants, des familles, des personnels et des membres des instances. Ces différents aspects ont été abordés dans les chapitres précédents et plus particulièrement dans ceux relatifs à "La place des familles dans la vie de l'établissement", et à "L'implication professionnelle et l'esprit d'équipe".

Les buts de la communication externe sont de se faire connaître, d'améliorer son image, d'accroître sa notoriété et d'augmenter les contacts avec ses clients potentiels.

L'existant

- La Maison de retraite dispose d'un site internet sur la plateforme www.maison-retraite-grisolles.fr
- L'établissement est référencé dans divers sites internet professionnel et dans la plupart des annuaires sanitaires et sociaux.
- Le correspondant de la presse locale est informé des manifestations particulières.

Les axes d'améliorations

Développer une fonction "communication" assurée par la direction, ou directement en lien avec celle-ci, en vue de :

- Informer systématiquement les correspondants de presse locaux de tout événement pouvant favoriser l'image de l'établissement.
- Faire passer, si possible une fois par an, un article de fond dans la presse locale pour faire connaître l'établissement.
- Veiller à installer, sur tous les sites internet où la Maison de retraite est répertoriée, le lien renvoyant sur le site de l'établissement.
- Développer l'insertion d'encarts publicitaires sur les revues et publications locales.

CONCLUSION

Dans une période de changement insufflé par le contexte législatif et le développement de la spécialité gériatrique, nous poursuivons notre réflexion pour offrir les meilleurs services à un usager vulnérable dont le bien-être, la qualité de vie et la santé sont au centre de nos engagements professionnels.

Nos prestations sociales sont soutenues par la volonté d'accompagner chaque personne dans son projet de vie, d'être attentif aux difficultés des familles confrontées au vieillissement de leurs parents.

Nos prestations sanitaires doivent se coordonner autour des évaluations effectuées par les divers spécialistes dans un esprit de complémentarité des interventions.

La réflexion menée en concertation avec les professionnels a permis d'asseoir leurs compétences dans l'esprit des "recommandations de bonnes pratiques" du secteur.

Ainsi la dynamique de l'exigence de qualité est enclenchée et devra se poursuivre par les divers ajustements nécessaires et la formalisation des référentiels de l'aide et du soin, selon des procédures élaborées en concertation pour consolider les avancées accomplies.

Les valeurs fédératives du projet d'établissement :

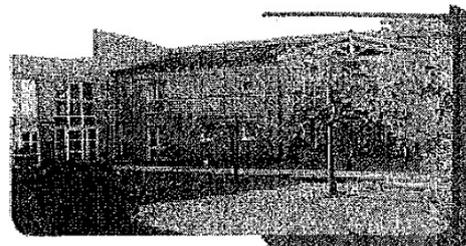
- prendre soin de la personne âgée dépendante
- respecter ses besoins et ses droits fondamentaux
- se sentir investi d'une mission d'accompagnement de la personne accueillie
- maintenir une culture de la qualité des services et de leur évaluation

...permettent de renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement.

ANNEXE I

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Maison de Retraite Sainte-Sophie
de **Grisolles**



661 rue de Pézoulat
82170 Grisolles

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

Février 2013

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - PRESENTATION DU SERVICE ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES	3
I. Présentation générale de l'EHPAD	3
1. Organigramme et Gouvernance (<i>annexer l'organigramme si existant</i>).....	5
2. Nature et évolutions des activités	5
3. Historique de la structure :	6
4. Missions et objectifs principaux des activités déployées	6
5. Philosophie d'accueil de l'établissement	7
6. Les engagements qualité de l'établissement	8
7. Principales spécificités des personnes accueillies ou accompagnées et données d'activité	8
8. Tableau des effectifs autorisés	9
II. La spécification des objectifs :	10
CHAPITRE 2 - ELEMENTS DE METHODOLOGIE.....	11
I. Protocole d'évaluation	12
II. Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche	12
III. Les grandes modalités de la remontée des informations.....	13
CHAPITRE 3 - PRESENTATION DES RESULTATS.....	13
I. Rappel de la démarche.....	13
II. Le référentiel.....	14
1. Présentation du référentiel retenu ou modalité de construction :	Erreur ! Signet non défini.
2. Modèle de cotation des réponses	Erreur ! Signet non défini.
3. Organisation des groupes de travail	14
III. Analyse des réponses au référentiel.....	15
1. Constats	15
2. Actions d'amélioration à mettre en place	20
CHAPITRE 4 - OBJECTIFS D'AMELIORATION PRIORISES.....	20
CHAPITRE 5 - PLAN D'AMELIORATION DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE RETENU A L'ISSUE DE L'EVALUATION INTERNE.....	34
I. Méthodologie des choix opérés	Erreur ! Signet non défini.
II. Plan d'amélioration.....	Erreur ! Signet non défini.
III. Moyens mobilisés ou à mobiliser	Erreur ! Signet non défini.
IV. Suivi des résultats de l'évaluation interne – fiche action	Erreur ! Signet non défini.
CHAPITRE 6 - TRANSMISSION - COMMUNICATION DU RAPPORT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Chapitre 1 - PRESENTATION DU SERVICE ET DES ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES

I. Présentation générale de l'EHPAD

Renseignements administratifs :

Adresse :

661 rue de Pézoulat
82170 Grisolles
Tél : 05 63 27 13 00

Organisme Gestionnaire :

CCAS de Grisolles

Statut : Etablissement public autonome

Habilitation : à 100 % aide sociale

Numéro FINESS : 820000339

Numéro SIRET : 268 200 045 00014

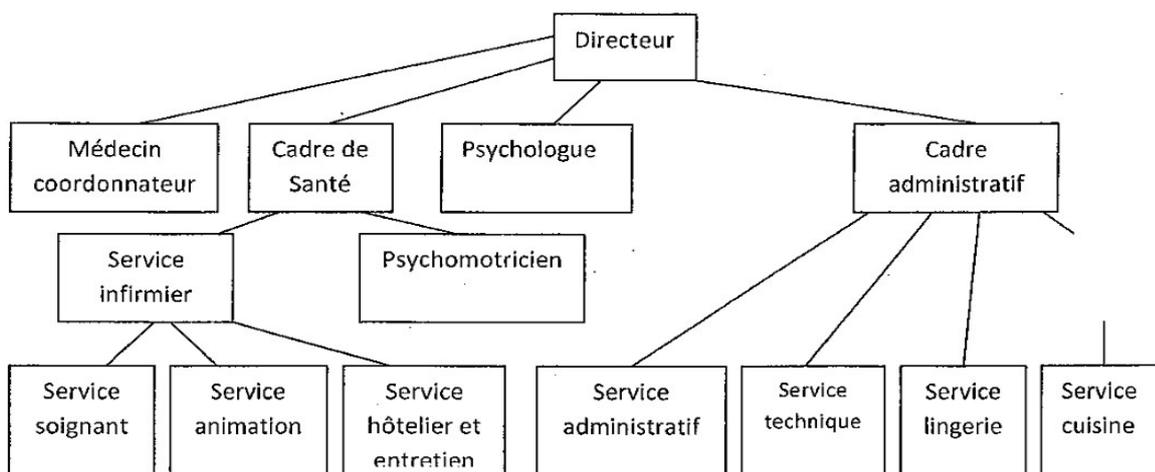
Nombre de lits autorisés : 76 lits

Création	Ouverture du bâtiment actuel en 1995
Situation géographique et accès	<p>Situé dans le département de Tarn-et-Garonne à la limite de la Haute-Garonne, à 30 kilomètres de Toulouse et à 25 de Montauban, la Maison de retraite Sainte-Sophie est aisément accessible.</p> <p>Le village de Grisolles est desservi par la ligne SNCF Toulouse-Montauban (gare à 1,5 kilomètres) ainsi que par les routes 820 et 812 (ex-nationales 20 et 113), la sortie de l'autoroute des 2 mers (A64) est située à 15 kilomètres environ.</p> <p>L'établissement est situé près des écoles dans un quartier en développement, calme et accueillant.</p>
Type d'établissement	<p>La Maison de retraite Sainte-Sophie est un établissement public local administré par un conseil d'administration présidé par le maire de Grisolles.</p> <p>Il est dirigé par un directeur nommé par un organisme d'État. Le directeur est responsable de la bonne marche de l'établissement, il ordonnance les dépenses et les recettes dans le cadre d'un budget. La fonction de comptable est assurée par le receveur du Trésor Public de Grisolles.</p>

Organisation environnante	<p>L'établissement est implanté rue du Pézoulat dans un secteur résidentiel en développement.</p> <p>La proximité des écoles favorise un milieu de vie et de mouvement qui anime naturellement le quotidien. Elle permet de tisser des liens pour aménager des rencontres intergénérationnelles.</p> <p>Néanmoins, l'éloignement des services et des commerces de la commune conduit à organiser des sorties avec le véhicule de l'établissement</p>
Organisation interne	L'établissement comprend 64 chambres à un lit et 6 chambres à 2 lits.
Salariés	<p>Une cinquantaine d'agents travaillent dans l'établissement pour assurer un séjour agréable et des soins de qualité. L'équipe est constituée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> · un médecin coordonnateur ; · un psychologue ; · un cadre de santé ayant sous sa responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> le personnel soignant (infirmier, psychomotricien, aides-soignants, agents des services hospitaliers), le personnel du service animation, le personnel du service hôtelier et d'entretien des locaux ; · un cadre administratif ayant sous sa responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> le personnel administratif et d'accueil, le personnel des services techniques : cuisine, blanchisserie, entretien des installations.
Public accueillie et particularités et PMP et GMP	<p>L'EHPAD Sainte Sophie accueille les personnes âgées d'au moins 60 ans , valides et dépendantes (GIR 1 à 6)</p> <p>GMP 694</p> <p>PMP 164</p>
Missions	<p>prendre soin de la personne âgée dépendante ;</p> <p>respecter ses besoins et ses droits fondamentaux ;</p> <p>se sentir investi d'une mission d'accompagnement de la personne accueillie ;</p>

1. Organigramme et Gouvernance

Organisation	Président du conseil d'administration : Mr Marty Patrick. Directrice : Mme Darios Monique : DEMS(EHESP) intérim Médecin coordonnateur : Mr Bertaud-Duchazaud. Coordinatrice : Lerousseau Valérie.
Mise en œuvre	Organigramme mis-en-oeuvre par Mme Darios.
Formalisation	Affichage à l'entrée et présentation dans le livret d'accueil.
Sulvi	Révisé à chaque changement, évolution ou modification



2. Nature et évolutions des activités

Cadre réglementaire de l'activité	l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites,
	la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
	la Charte des droits et libertés de la personne accueillie définie par l'arrêté du 8 septembre 2003
	Code de l'action sociale et des familles
	Code de la Santé

3. Historique de la structure

Dates	Faits
Novembre 1849	Même s'il semble que la présence d'un établissement hospitalier à Grisolles remonte au XVème siècle, c'est le 28 novembre 1849 que Monsieur Faugères, suite au décès de son épouse et de sa fille Sophie, lègue une maison sur la route nationale 20 pour y créer un hospice. Au gré de donations et d'achats successifs, l'établissement a fonctionné sur son emplacement d'origine jusqu'aux dernières années du XXème siècle.
1995	L'établissement actuel, ouvert en 1995 rue du Pézoulat, a été agréé en qualité d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui l'autorise à accueillir des personnes nécessitant une surveillance et des soins constants.

4. Missions et objectifs principaux des activités déployées

<p>Missions et orientations de l'organisme gestionnaire</p>	<p>L'établissement s'engage à appliquer l'ensemble des missions préconisées par les textes réglementaires et à dégager celles qui lui sont particulières dans le but de proposer des orientations professionnelles capables de satisfaire l'évolution des besoins de son public et ce dans le cadre de son champ de compétence gérontologique.</p> <p>Les dimensions sociales et sanitaires de la mission des établissements gérontologiques doivent garantir une politique d'accueil adaptée aux besoins des personnes âgées ainsi qu'un niveau de sécurité thérapeutique requis par leur état souvent poly-pathologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mission d'accueil social : elle est fondée sur l'idée de garantir à toute personne hébergée des conditions de vie aussi proches que possible de la vie courante. • Une mission de santé publique gériatrique : elle s'appuie sur les avancées de la spécialité. Elle s'impose du fait de l'accueil de résidents polypathologiques que nous devons être en mesure de soigner en leur évitant, autant que faire se peut, les transferts vers les services actifs. • Une mission de protection des personnes vulnérables qui nous sont confiées, elle s'appuie sur une grande vigilance en matière du risque de maltraitance tant au niveau du recrutement, que de la formation du personnel et des procédures de signalement. Elle nous oblige à être très scrupuleux à l'égard de l'hygiène et de la sécurité. • Une mission d'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations délivrées. L'article L312-8 du Code de l'action sociale et des familles fait obligation d'évaluer la qualité des prestations au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées.
--	--

<p>Missions de l'établissement</p>	<p>L'établissement s'engage à développer les missions qui lui permettront de valoriser son domaine de compétence gérontologique par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mission d'ouverture sur l'environnement, en facilitant les rencontres intergénérationnelles, les sorties, les accueils, les partenariats avec des associations locales, dans le cadre de notre politique d'animation. • Une mission d'aide aux aidants familiaux, les familles sont largement impliquées dans la solidarité intergénérationnelle. Elles contribuent au maintien de leurs parents dans le milieu ordinaire. Nous pourrions envisager à terme une politique de répit et d'aide aux aidants familiaux en reconduisant l'accueil temporaire. • Une mission d'évaluation des compétences, notre engagement vers la qualification globale des prestations nous impose d'être rigoureux dans notre politique de recrutement du personnel comme dans nos liens de partenariat avec les intervenants privés. Nous devons également être attentifs à l'évaluation et à la promotion des compétences des acteurs professionnels.
---	--

5. Philosophie d'accueil de l'établissement

<p>Moyens alloués</p>	<p>Livret d'accueil/Contrat de séjour/Respect du consentement éclairé/Projet de vie individualisé/ Accompagnement personnalisé avec référent/Formation du personnel, à l'écoute et à la bienveillance.</p>
<p>Processus d'écoute résidents et salariés</p>	<p>Travail de réflexion (équipes pluridisciplinaires)/Enquête de satisfaction/Transmissions orales et écrites/Comptes-rendus/Comité de menus/CHS-CT/Conseil d'administration/Autres réunions.</p>
<p>La charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p>Remise à l'entrée du résident. Affichage à l'entrée.</p>
<p>Charte éthique de l'établissement (si existante)</p>	<p>Affichée à l'accueil</p>

6. Les engagements qualité de l'établissement

Engagement dans la démarche	La direction de l'EHPAD a engagé une démarche d'amélioration continue de la qualité (plan de formation, évaluation interne, procédures et protocoles, mise en conformité avec la réglementation et application des RBPP).
Documentation qualité (procédure, protocoles)	Il existe plusieurs procédures et protocoles qui sont mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire
Objectifs qualité de l'établissement	Mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité des prestations
Projet d'établissement	Travail d'adaptation du projet d'établissement dans le cadre de la reconstruction de l'EHPAD

7. Principales spécificités des personnes accueillies ou accompagnées et données d'activité

	2010	2011	2012
Capacité d'accueil	76		
Durée Moyenne de Séjour	1465	1400	1561
nombre de journées réalisées hébergement	27249	27094	27711
Taux d'occupation hébergement	98.23	97.67	99.89
Age moyen	87.17	87.90	86.80
Postes accordés (pool inclus)			
Ratio agents/lit			53%

APL	52
Aide Sociale	20
APA	58
Tutelle/Curatelle	20

Postes	Répartition 2012			Autorisé			
	heb.	dép.	soins	2012	2011	2009	2008
Directeur d'établissement	1,00			1,00	1,00	1,00	1,00
Adjoint des cadres hospitaliers	1,00			1,00	1,00	1,00	1,00
Adjoint administratif	2,00			2,00	1,50	1,50	1,50
Agent de maîtrise	1,00			1,00	1,00	1,00	1,00
Ouvrier professionnel	3,00			3,00	3,00	3,00	3,00
Agent d'entretien	1,00			1,00	1,00	1,00	1,00
Médecin coordonnateur			0,40	0,40	0,40	0,40	0,25
Psychologue		0,25		0,25	0,25	0,13	
Cadre de santé			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Infirmier			3,50	3,50	3,50	3,50	3,22
Psychomotricien			1,00	1,00	1,00	1,00	
Aide-soignant (AS et AMP)		4,80	11,20	16,00	16,00	15,00	12,50
Assistant de soins en gérontologie			1,70	1,70			
Animateur (AMP)	0,50			0,50	0,50	0,50	0,50
Agent de service hospitalier	9,10	3,90		13,00	14,00	14,00	14,00
Sous-total effectif permanent	18,60	8,95	18,80	46,35	45,15	44,03	39,97

NOTA : cet effectif ne prend pas en compte les emplois contractuels et les emplois aidés mis à disposition dans le cadre des conventions de prestations de service

II. La spécification des objectifs :

Elle fait référence à la circulaire du 21.10.2011 – annexe 3 - qui fixe les **4 domaines de l'évaluation interne** :

- 1- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale
- 2- la personnalisation de l'accompagnement
- 3- la garantie des droits et la participation des usagers
- 4- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

L'évaluation interne a donc portée sur :

la promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé	Une démarche de prévention afin de limiter la perte d'autonomie et maintenir les capacités physiques et cognitives
	Une démarche de prévention des comorbidités
	Une élaboration d'un projet personnalisé d'accompagnement (terme retenu par le comité de pilotage) permettant d'utiliser et de développer les capacités de la personne en faisant appel à sa libre participation
la personnalisation de l'accompagnement	respecter les habitudes de vie de la personne
	prendre en compte sa vulnérabilité
	maintenir les liens sociaux
	respecter sa singularité dans le cadre d'une vie collective
	suppléer le déficit d'autonomie avec son consentement
	accompagner la fin de vie.
la garantie des droits et la participation	garantir les droits individuels définis par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie : droits civique, religieux, philosophique, sécurité, vie privée, dignité, intégrité, confidentialité, consentement éclairé, information, respect des liens familiaux
	prévenir le risque de maltraitance
	d'associer les résidents et leur famille à la vie de l'établissement
La prévention des risques spécifiques à la population accueillie et au mode d'accompagnement	prévenir et/ou traiter les risques de : douleur physique et souffrance psychique
	chutes et leurs conséquences
	escarres
	dénutrition et déshydratation
	constipation
	incontinence
	infection
	troubles du comportement
	gérer les risques inhérents à la structure ayant un impact sur la population : le risque sécurité de fonctionnement
	le risque environnemental
	le risque résident
	le risque professionnel
le risque managérial	

Sont appréciés également dans la démarche d'évaluation interne telle qu'elle a été conduite :

- L'insertion et l'ouverture de l'EHPAD sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes et externes
- Son organisation interne, ses ressources humaines et financières, son système d'information
- Les effets constatés pour les usagers.

Chapitre 2 - ELEMENTS DE METHODOLOGIE

I. Protocole d'évaluation

L'entrée en évaluation interne a été initiée, d'une part, par la réglementation notamment :

- la **loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** – dite loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui stipule l'obligation d'évaluation, insérée CASF;
- la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** article 124 (inséré article L.312-8 du CASF) – dite loi HPST- qui a introduit le principe d'évaluation des activités des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L 312-1
- le **décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010** qui a fixé le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation dans les ESSMS ;
- la **circulaire du 21 octobre 2011** relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux, fixant cahier des charges de l'évaluation interne – annexe3- et qui a pour objet d'apporter des précisions relatives à l'application des obligations liées à l'évaluation interne et externe des ESSMS autorisés. Cette circulaire précise les liens entre évaluation interne et évaluation externe.
- par les RBPP de l'ANESM et plus particulièrement la RBPP « l'évaluation interne : repères pour les EHPAD » (février 2012).

D'autre part, par l'établissement tel que :

- Une décision de la direction a été prise afin d'initier la démarche d'évaluation interne au sein de l'établissement.

II. Les modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche

- instance d'évaluation ou groupe projet : (*Comité de pilotage, CVS,...*)
 - Un comité de pilotage « COPIL » a validé la méthodologie et suivi les évolutions de l'évaluation interne
 - Le CVS a été informé du déroulement de cette évaluation

- modalités de consultation des usagers aux différentes étapes de la démarche :
 - Les usagers ont été consultés essentiellement par leurs représentants et les représentants des familles.
- modalités d'association des professionnels aux différentes étapes de la démarche,
 - Le comité de pilotage était constitué de manière pluridisciplinaire et représentait chacun des métiers de l'établissement, y compris le médecin coordonnateur
- modalités d'association du conseil d'administration et des bénévoles :
 - Le conseil d'administration a été informé de la démarche, en a validé le rapport

III. Les grandes modalités de la remontée des informations (*les principaux indicateurs retenus*)

Indicateurs de structure :	Une analyse de l'ensemble des documents prévus par la loi de 2002-2 a été réalisé dans le cadre de l'évaluation interne, en prévision de l'évaluation externe.
Indicateurs de suivi :	La procédure d'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement du résident
Indicateurs de résultats :	Le référentiel Kalitexpert qui répond au contexte issu de l'article 22 de loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale selon la méthodologie présentée au chapitre suivant a été utilisé pour procéder à l'évaluation interne de l'EHPAD

Chapitre 3 - PRESENTATION DES RESULTATS

I. Rappel de la démarche

En engageant la démarche d'évaluation interne, les dirigeants de l'EHPAD de Sainte Sophie de Grisolles ont mis en place une stratégie destinée à :

- Présenter l'esprit, l'intérêt et la méthodologie de la démarche
- Informer les personnels, les résidents, les familles, le CCAS et les bénévoles sur la démarche d'évaluation interne et externe

- Informer les personnels les résidents, les familles, le CCAS et les bénévoles sur la place des RBPP de l'ANESM dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations et sur la démarche d'évaluation
- Former l'équipe du comité de pilotage plus particulièrement chargée de conduire la démarche d'évaluation interne
- Animer de manière positive l'évaluation afin que l'ensemble des acteurs concernés puisse se l'approprier et qu'elle ne soit pas un simple temps d'interrogation mais le développement d'un état d'être, d'une culture d'établissement et d'une dynamique de travail.

Commentaires :

Pour conduire la démarche, la direction, qui s'est impliquée directement, a souhaité bénéficier du concours d'intervenants extérieurs en termes d'appui technique.

II. Le référentiel

1. Présentation du référentiel retenu

➤ Type de référentiel

Le référentiel retenu par les responsables de l'établissement est le référentiel proposé par la FHF. Afin d'adapter ce référentiel aux spécificités de l'établissement, il a été retravaillé en collaboration avec intervenants extérieurs du CRP Consulting.

➤ Thématiques abordées

Le référentiel aborde 7 thématiques adaptées à la structure de l'établissement et permettant de couvrir toutes les facettes de son activité :

1. Admission, droit et libertés
2. Projet de soins
3. Restauration, hôtellerie et logistique
4. Bientraitance
5. Projet d'établissement
6. Stratégie d'adaptation à l'emploi du personnel
7. Réflexion éthique

➤ Modalité de mise en œuvre

Le référentiel a ensuite été complété le COPIL

2. Modèle de cotation des réponses

➤ Modèle

Chaque thème est composé de plusieurs critères, eux même scindés en plusieurs questions.

Pour chaque question, une cotation: 0, 1, 2, 3 et 4 permet d'apprécier le degré de conformité de la réponse à la question posée.

cotation 0 : non concerné

cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement

cotation 2 : peu ou partiellement satisfait

cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle

cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante

Pour chaque question sont alimentées les colonnes « point fort » ou « point faible », ainsi que les colonnes « objectifs » et « commentaires »

III. Analyse des réponses au référentiel

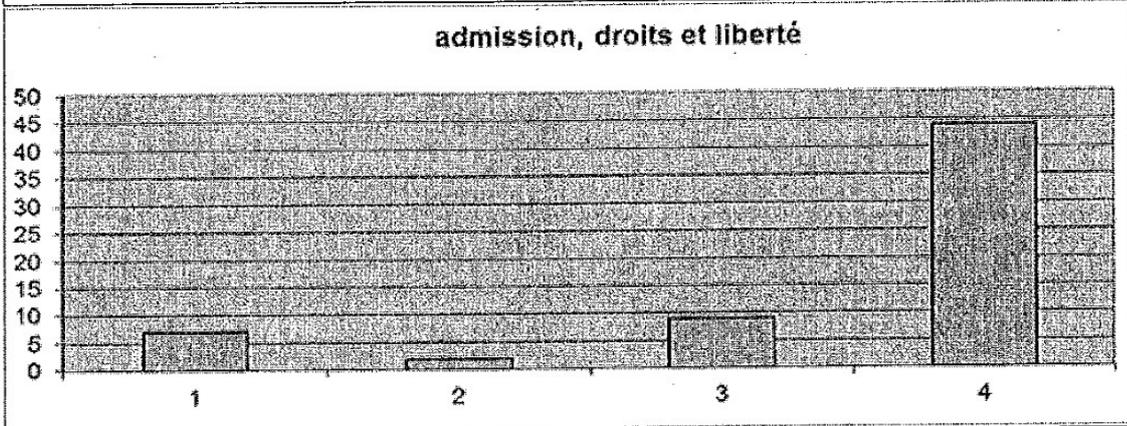
1. Constats

Le résultat global moyen des réponses aux questionnements du référentiel situe l'EHPAD Sainte Sophie de Grisolles comme :

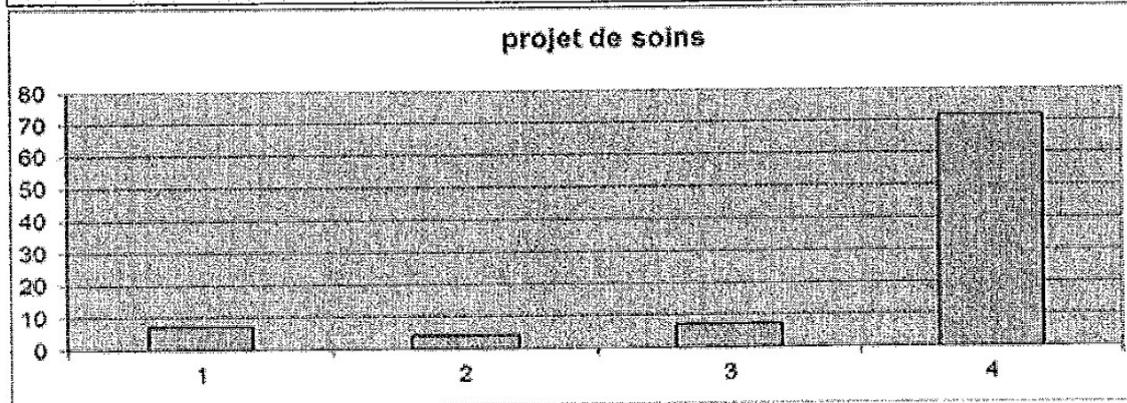
Une structure satisfaisant en grande partie aux exigences des critères évaluatifs.

Selon les tableaux de résultats ci-dessous :

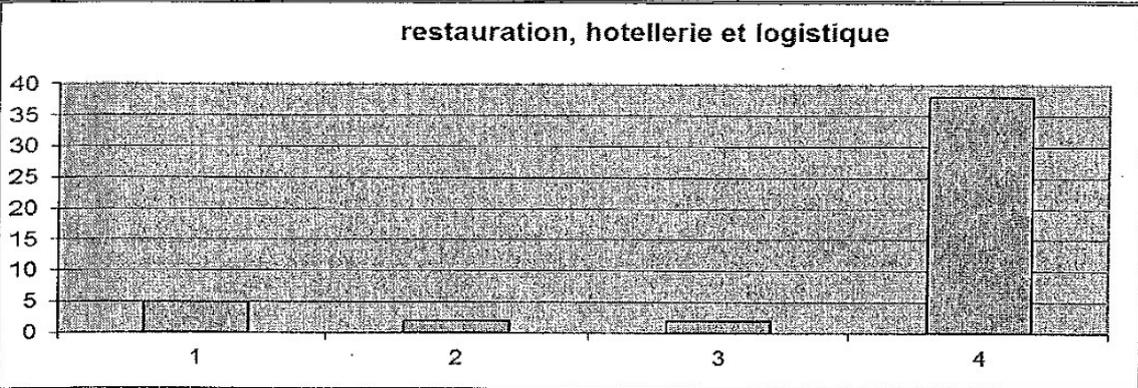
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : admission, droits et libertés	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	1
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	7
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	2
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	9
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	44
total du nombre de questions concernées	63



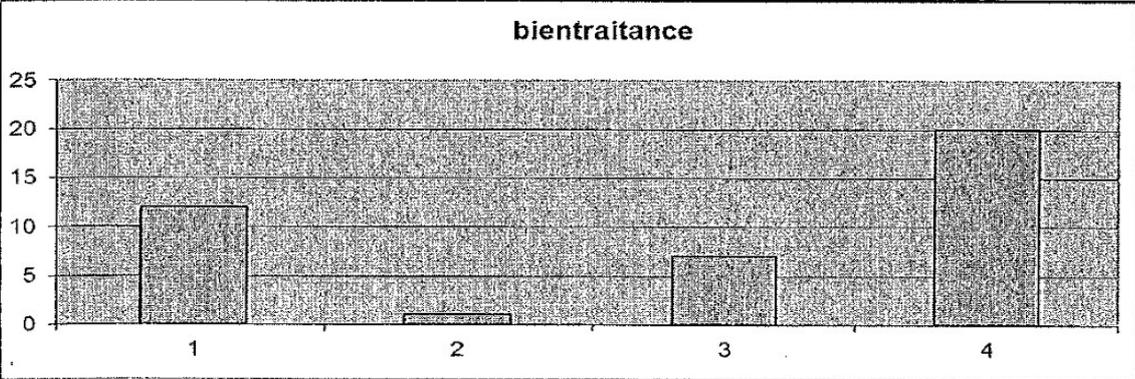
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : projet de soins	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	0
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	7
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	4
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	7
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	72
total du nombre de questions concernées	90



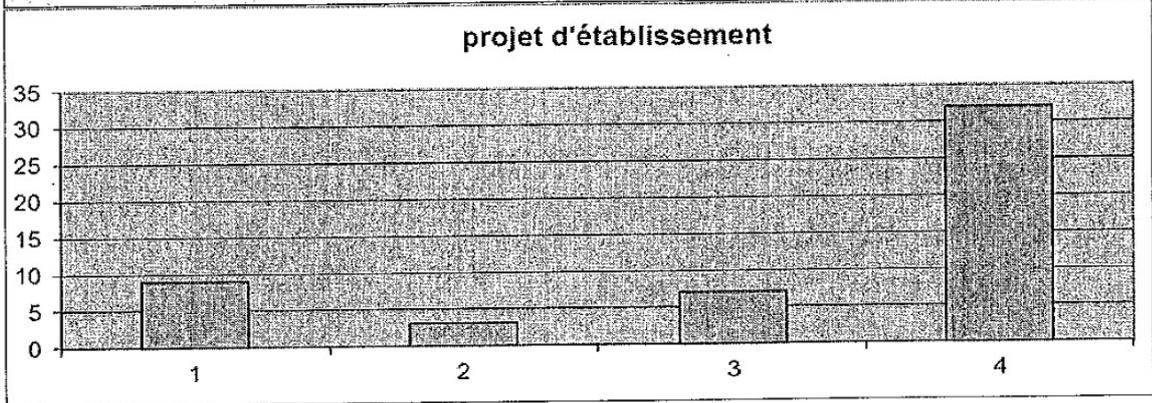
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : restauration, hotellerie et logistique	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	0
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	5
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	2
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	2
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	38
total du nombre de questions concernées	47



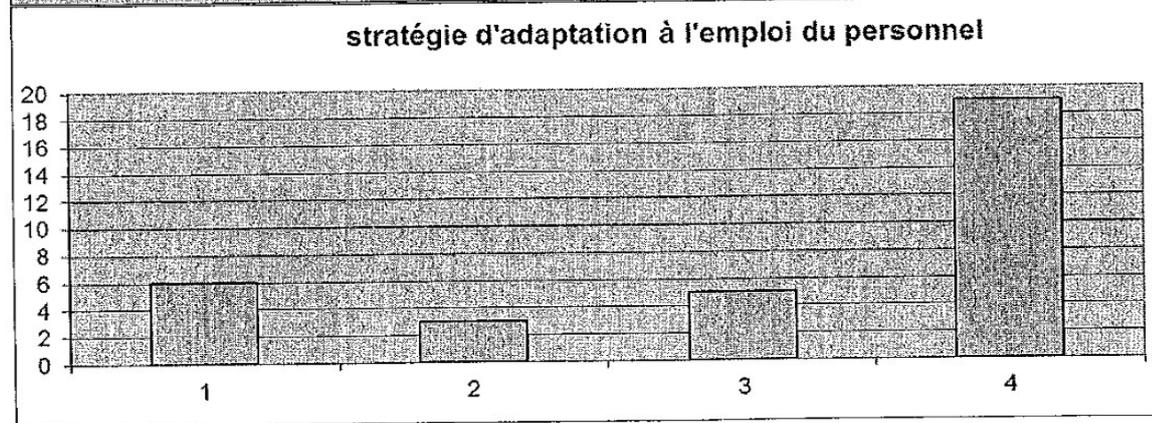
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : bienveillance	
<i>mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i>	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	0
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	12
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	1
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	7
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	20
total du nombre de questions concernées	40



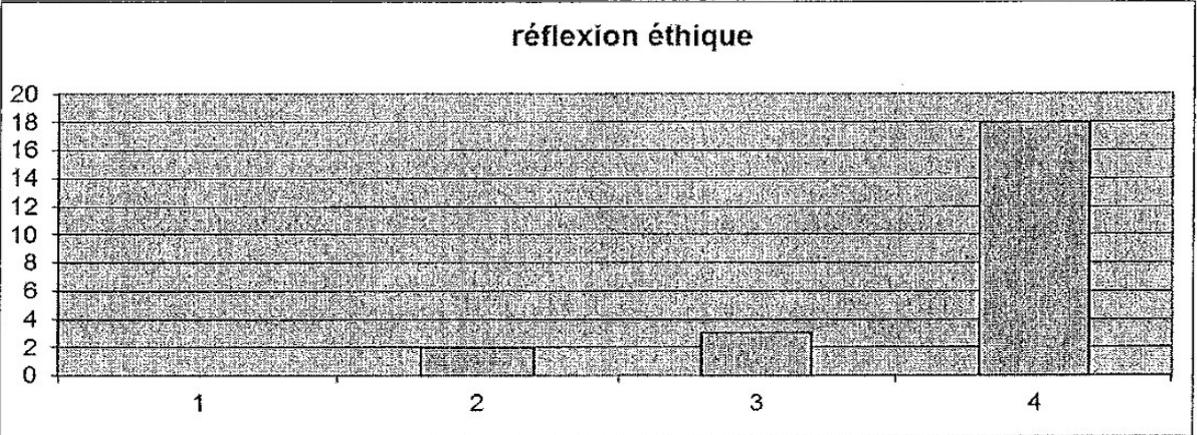
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : projet d'établissement et ouverture de l'établissement à et sur son environnement	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	4
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	9
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	3
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	7
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	32
total du nombre de questions concernées	55



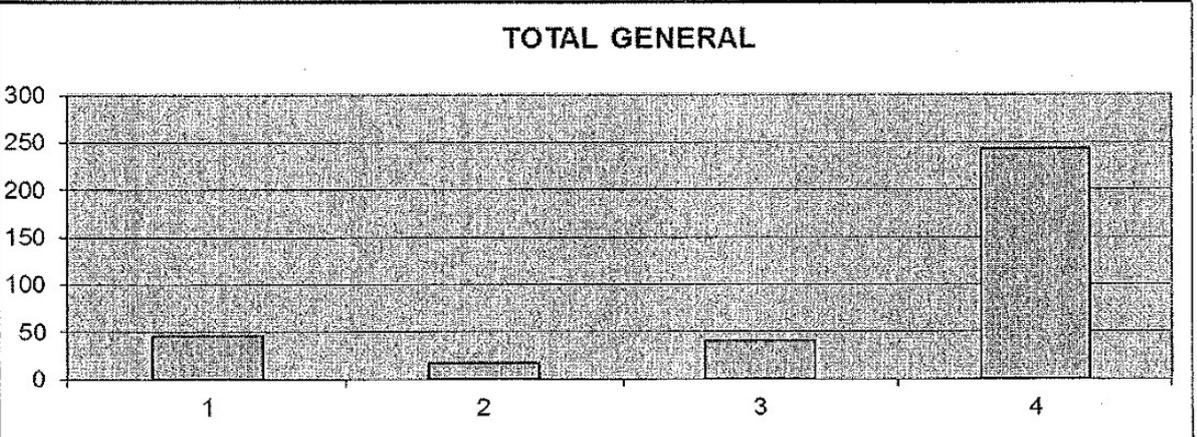
EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard de la population accompagnée	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	1
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	6
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	3
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	5
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	19
total du nombre de questions concernées	34



EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : réflexion éthique	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	6
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	0
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	2
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	3
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	18
total du nombre de questions concernées	29



EHPAD Sainte-Sophie - Grisolles : TOTAL GENERAL	
	Nb de Q concernées
cotation 0 : non concerné	12
cotation 1 : non satisfait, trop peu ou rarement	46
cotation 2 : peu ou partiellement satisfait	17
cotation 3 : satisfait dans la plupart des cas et de manière habituelle	40
cotation 4 : satisfait dans tous les cas et de manière constante	243
total du nombre de questions concernées	358



2. Actions d'amélioration à mettre en place

Les actions à mettre en place ne revêtent pas toutes la même importance en termes de priorité et/ou de moyens à mobiliser. Certaines peuvent être réalisées quasi immédiatement. D'autres nécessitent un travail d'élaboration, d'adaptation et d'organisation, voire de formation des personnes ou d'aménagement des locaux, et doivent s'inscrire dans le temps, selon des paliers de réalisation pertinents et réalistes. Les plus urgentes sont, bien entendu, celles qui doivent répondre à des obligations réglementaires ou des situations à risques ainsi qu'au confort de vie des résidents en favorisant leur épanouissement dans le respect de leur personnalité.

Chapitre 4 - Objectifs d'amélioration priorités

1. Résultats de l'évaluation à partir du référentiel

Cf. tableaux ci-après

Chapitre 1 : Admission, droits et libertés

ADMISSION, DROITS ET LIBERTE

Question	Critère	Action à conduire
Q1	La réponse à une demande externe de renseignement, y compris téléphonique, concernant l'établissement est-elle organisée ?	Amélioration technique de l'installation actuelle
Q4-1 Q4-2 Q4-3 Q4-4	Les documents ci-dessous sont-ils remis à la personne accueillie avant l'entrée en institution, ou le cas échéant à son représentant légal : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte des droits de la personne âgée	Documents non remis à la candidature (sauf livret d'accueil) mais remis en amont de l'admission en fonction de chaque cas, notamment disponibilité des personnes accueillies et de leurs accompagnants
Q17	Une enquête de satisfaction est-elle réalisée, en début de séjour, pour accueillir le ressenti des personnes sur leur préadmission et leur admission ?	Questions sont posées mais pas systématisées. Elles seront systématisées si observations exploitables elles sont recueillies...
Q18	Un professionnel référent ou plusieurs professionnels référents sont-ils désignés dans l'établissement pour le projet de vie individualisé	...et feront l'objet d'une mise en œuvre ou réajustement
Q23	Un entretien individuel à l'entrée avec la personne accueillie a-t-il été organisé pour évaluer le degré de son consentement ?	Le recueil du consentement est recherché systématiquement et obtenu dans la mesure du possible et en cas de difficulté, un accompagnement psychologique est mis en place
Q57	Le personnel attend-il une réponse pour entrer après avoir frappé à la porte de l'usager ?	Le principe est posé, sera rappelé régulièrement et sera adapté en fonction de chaque situation
Q58	Les toilettes et les soins apportés aux personnes accueillies sont-ils effectués avec la porte fermée ?	Rappel aux personnels pour que cette disposition soit respectée systématiquement et devienne une position éthique, partagée et appliquée

Chapitre 2 : Projet de soins

PROJET DE SOINS		
Q11	Le médecin coordonnateur participe-t-il à des réunions de direction ?	Mise en place dès qu'un directeur titulaire aura pris ses fonctions
Q19	En cas d'urgence un partenariat privilégié existe-t-il avec des médecins spécialistes de proximité ?	Des conventions existent mais sont souvent inopérantes en raison du partenaire (exemple CH Montauban)
Q26	Une campagne de vaccination est-elle organisée pour les professionnels ?	Sera mise en place
Q30	Existe-t-il une procédure de sécurisation du circuit du médicament	Doit être mise en place
Q31	Les prescriptions des médecins sont elles écrites et/ou saisies, lisibles, signées et datées ?	En cours de finalisation pour qu'il y ait concordance entre prescription et fiche de traitement.
Q35	Un soutien aux professionnels est-il possible	Temps de psychologue attribué à l'établissement peu important (0,25 EPT). Une réflexion avec un partenariat extérieur est en cours afin que des réponses puissent être proposées
Q37	Les régimes alimentaires font-ils l'objet d'une prescription médicale	La problématique de régime doit être réinterrogée lors de l'élaboration du PPA (volet soins)
Q38	Les modifications des textures font elles l'objet d'une prescription médicale	Si la prescription médicale n'est pas nécessaire, des adaptations sont possibles de manière temporaire ou durable dans le cadre d'une réflexion d'équipe
Q46	Existe-t-il un bilan étiologique pour chaque personne présentant un problème d'incontinence ?	Ce bilan n'est pas systématisé. Il est prescrit en cas de besoin, notamment à la suite d'un constat de l'équipe qui en informe le médecin traitant
Q47	Existe-t-il des mesures thérapeutiques pour chaque personne présentant un problème d'incontinence	Prise en charge dans le projet de soins et d'accompagnement. Une réflexion d'équipe va être initiée afin d'appréhender cette problématique différente des pratiques actuelles.

Q52	Y a-t-il eu une réflexion éthique autour de la prévention des chutes	Des mesures sont prises quant aux risques physiques et matériels. Les chutes répétées sont prises en charge médicalement. Une réflexion sur la prévention en termes d'organisation doit être développée et faire l'objet de rappel et procédures (délais d'attente aux appels) Evaluation des prescriptions médicales afin d'éviter tout traitement à risque de chutes.
Q57	Existe-t-il une prise en charge psychothérapeutique dans le cadre de la détérioration cognitive	Des prises en charge particulières existent notamment pour des cas aigus. L'approche professionnelle des équipes favorise les relations et le maintien des capacités de la personne accueillie.
Q64	Existe-t-il une prise en charge psychotérapeutique dans le cadre des troubles psychiatriques	Le médecin coordonnateur se forme DU de psychiatrie du sujet âgé. Difficulté de travailler avec le réseau psychiatrique local peu disponible faute de moyens.
Q66	L'accompagnement et les soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques sont-ils prodigués par du personnel compétent ayant reçu une formation spécifique	Cette approche ne fait l'objet actuellement du plan de formation en raison des cas actuellement peu nombreux dans l'établissement. En cas d'évolution, le plan de formation sera réexaminé et adapté.
Q78	Existe-t-il une prescription médicale motivée et précisant la durée et le mode de contention ?	Mettre en place une procédure, notamment sur la formulation de la prescription (forme et durée de la contention)

Chapitre 3 : Restauration, hôtellerie et logistique.

RESTAURATION, HOTELLERIE et LOGISTIQUE		
Q10	Les personnels de l'équipe de restauration ont-ils suivi une formation relative à l'alimentation des personnes accueillies	Cette formation sera inscrite sur les prochains plans de formation pour l'ensemble des agents de restauration
Q12	L'agent chargé de coordonner l'animation participe t il à l'élaboration des projets de vie individualisés ?	La mise en place se fait actuellement dans le cadre d'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement.
Q17	Est-il proposé aux familles et proches des personnes accueillies de participer à ces activités ?	Oui, à travers l'intervention de l'association – convention avec l'association à formaliser
Q19	Existe-t-il un dispositif permettant de recueillir l'avis des personnes accueillies quand à leur satisfaction sur la vie sociale au sein de l'établissement ?	Mise en place d'un cahier des animations
Q20	L'organisation de l'établissement favorise t elle l'existence d'une vie sociale après le diner ?	Sous réserve de l'état de dépendance et des besoins exprimés par la personne et des moyens de l'établissement (mobilisation du personnel) et des besoins dédiés à la prise en charge et aux organisations de travail.
Q29	L'établissement favorise t il les retours en famille par des facilités matérielles ?	Non envisageable et non concerné (pas d'accueil de jour)
Q40	Existe- t-il un document d'analyse des risques infectieux ?	Oui, mais réactualiser DARI rapidement
Q41	Existe-t-il un plan d'action et de suivi du document d'analyse des risques infectieux ?	cf réponse 40

Chapitre 4 : Bienveillance et prévention et traitement de la maltraitance

BIENVEILLANCE (mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance)		
Q3	Quelles modalités sont prévues pour recueillir l'avis des personnes mal ou non communicantes ?	Echelle d'évaluation de la douleur pour personnes non communicantes. Observations quant à l'alimentation par exemple. Transmissions d'équipe avis de la famille.
Q8	Une réflexion au sein de l'établissement est elle menée sur la liberté sexuelle ?	La liberté sexuelle est respectée sous réserve qu'elle ne trouble pas la vie institutionnelle. Elle sera prise en compte dans l'élaboration du PPA.
Q14 Q15 Q16 Q17 Q18	Charte de bienveillance, diffusion, référent, formations ?	A faire avec autre EHPAD (St Jacques ?)
Q19	L'établissement a-t-il des outils de mesure et d'adaptation de la qualité de vie au travail ?	Mise en place CHSCT – Projet d'établissement – Document Unique
Q21	Du temps dédié de psychologue est il prévu auprès des familles si nécessaire ?	0,25 ETP difficile de dégager du temps pour les familles
Q26	Est-ce que l'établissement met à disposition un point de commerce ?	Commerces dans le village
Q30	Le numéro national d'appel « Allo maltraitance 3977 » est il porté à la connaissance des personnes accueillies, des familles et des professionnels ?	Numéros à afficher
Q31 Q32 Q33	Existe-t-il une sensibilisation de l'équipe d'encadrement sur ses missions concernant la prévention, le repérage et le signalement de la maltraitance ?	Formalisation des procédures mutualisée avec EHPAD St Jacques

Chapitre 5 : Projet d'établissement et ouverture de l'établissement à et sur son environnement

PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE A ET SUR SON ENVIRONNEMENT		
Q7 à Q9	Cadre de la démarche, comité de pilotage, rôle et missions ?	Pas élaboré de manière participative pour la réactualisation. Le projet initial a été élaboré de manière participative.
Q11	A-t-on respecté les étapes de la démarche projet ?	Reprise du précédent PE qui courrait jusqu'en 2013 mais a été réactualisé dès 2010
Q14	Le PE est-il porté à la connaissance des usagers ?	Il est prévu de donner une synthèse du PE une fois élaboré, avec le livret d'accueil des résidents, des personnels et bénévoles. Elaborer la synthèse du PE
Q15	Retrouve t on l'engagement de la direction dans la démarche ?	La synthèse du PE sera faite de manière participative
Q16 à Q20	La direction associe t elle les professionnels à la démarche d'élaboration du PE ?, les usagers, les bénévoles, les stagiaires ?	La synthèse du PE sera faite de manière participative
Q34	L'établissement analyse t il l'impact de l'évolution des fonctions professionnelles ?	Impact à formaliser
Q37	L'établissement a-t-il informé les partenaires externes à son projet d'établissement ?	La synthèse sera remise aux partenaires de l'EHPAD
Q46	Est-ce que l'établissement communique avec les représentants légaux pour mettre en place la sécurisation de la personne en respectant ses droits et ses libertés ?	Règlement de fonctionnement – information aux tuteurs, aux familles
Q49	L'établissement met il à disposition des outils technologiques d'information et de communication à l'attention des personnes accueillies ?	Téléphone en ligne dans les chambres privatives
Q50	L'établissement organise- t- il l'intervention des bénévoles ?	Charte des bénévoles à mettre à jour et utiliser systématiquement.

Chapitre 6 : Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS AU REGARD DES POPULATIONS ACCOMPAGNEES		
Q5	Le processus de recrutement fait il l'objet d'une procédure écrite ?	Formaliser la procédure de recrutement
Q8	Les nouveaux arrivants sont-ils accueillis ?	Elaborer le livret d'accueil du personnel
Q10	Existe-t-il des réunions institutionnelles régulières ?	Mettre en place des réunions régulières
Q17-2	Existe-t-il une procédure pour le choix du prestataire de formation ?	Selon les procédures de marché public
Q19	Des actions régulières de soutien psychologique au personnel sont-elles organisées ?	En raison du peu de temps de psychologue, celui-ci est réservé aux résidents
Q20	L'établissement a-t-il accès à un service de médecine préventive et professionnelle ?	Accès possible mais difficilement opérant en fonction des disponibilités de la médecine préventive
Q22	Une réflexion sur la qualité de vie a-t-elle été menée ?	Mise en place du CHSCT et des missions qu'il doit conduire sur ce sujet
Q24	Existe-t-il un plan d'action et de suivi du Document Unique ?	A la suite de la réactualisation du document unique
Q25	Des visites d'établissements u de service sont elles organisée dans une optique d'échanges/de recherche d'information ?	3 actions ont été éconduites : PASA (Verdun) Cuisine (Lauzerte) Accueil de jour (Montauban) Etablir des compte-rendus.
Q26	Des échanges de personnel sont ils proposés pour mutualiser les connaissances ?	Oui, mais convention à formaliser

Chapitre 7 : Réflexion éthique

REFLEXION ETHIQUE		
Q5	Le management dans l'établissement favorise t il la mise en pace de temps d'échanges entre professionnels ?	Mise en place des réunions de direction intégrant cette thématique
Q7	Plan de formation et réflexion éthique ?	Thématique à intégrer dans le plan de formation ainsi qu'en CHSCT
Q8	L'équipe de direction favorise t elle les circuits d'information ascendant et descendant ?	CHSCT
Q11	Le dossier du résident assure t il la traçabilité de l'ensemble de la réflexion éthique concernant la personne accueillies ?	Quand l'instance éthique sera opérationnelle, ce point sera développé et associé au dossier du résident.

**Instance éthique Garonne 82 Sud
pour la gestion des conflits éthiques dans les EHPAD
de Grisolles et Verdun sur Garonne**

Constitution du comité d'éthique	
Directrices Médecins coordonnateurs Cadres de santé Psychomotriciennes Médecins libéraux intervenants en EHPAD Représentant antenne des soins palliatifs	Membres du personnel Représentants du CTE Représentants du CA Représentants CVS Représentants bénévoles Personnes extérieures qualifiées
Missions du comité d'éthique	
<p>Produire un document éthique selon les thématiques retenues. Thématiques possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- L'intimité : vie affective/vie privée 2 - Aide à la décision pour le personnel dans des situations difficiles 3- L'accompagnement du deuil Les directives anticipées 4- Place de la famille dans les choix des résidents (gestion des risques d'intrusion) 5 -Le régime mixé 6 -Le refus de soin 7 -Les appareillages (choix personnel du résident) 	
Efficiences de l'instance d'éthique sur le travail d'équipe	
<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'éléments d'évaluation et de preuve de l'action conduite - Efficience, pertinence et intérêt pour les résidents, leurs familles et les personnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation par l'équipe pluridisciplinaire - Appropriation par les acteurs extérieurs

2. Résultats de l'évaluation à partir de la documentation

<i>Dans le cadre de la démarche d'évaluation externe engagée, en référence et en complément au Décret n° 2007-975 annexe 3-10 chapitre III section 3</i>		P
1	Document public permettant d'identifier la personne gestionnaire de l'établissement	
2	Copie de l'autorisation ou de la déclaration d'ouverture avec un descriptif des activités, des publics accueillis, un organigramme et un document relatif aux personnels (effectifs en poste physique et ETP, répartition par catégorie, fiches de poste...)	
3	Projet d'établissement (ou de service)	X
4	Autres documents de référence utilisés (chartes, guides repère...)	
5	Livret d'accueil à destination des usagers (et de leur famille)	X
6	Livret d'accueil à destination des salariés (stagiaires, intervenants extérieurs...)	
7	Règlement de fonctionnement	X
8	Règlement intérieur	
9	Contrat de séjour	X
10	Comptes rendus du CVS (ou autre forme de participation) 2012 & 2013	X
11	Conventions établies dans le cadre de partenariats et coopérations (y compris bénévolat)	
12	Documents relatifs à l'hygiène et la sécurité	
13	Procédure d'élaboration du projet personnalisé	

Document 3 : Projet d'établissement (PE)

- **Général, Page de garde** : Dans un souci pratique et esthétique, il peut être intéressant d'ajouter une page de garde présentant le nom de la structure, son adresse, la période de validité du document, et sa référence au sein de l'établissement
- **Général, Agrément** : Le projet d'établissement ne présente pas l'agrément d'autorisation d'ouverture. Il serait préférable de présenter une copie du document, ou plus simplement de citer la référence du dit document dans l'historique de la structure.
- **Général, Présentation du PE** : le document ne présente pas le PE en lui-même, ses objectifs et son importance dans le développement et l'amélioration des pratiques pour la structure. De même, la présentation des modalités de son élaboration, de son suivi et de sa mise à jour serait intéressante.
- **Organigramme p16** : il serait intéressant de présenter les liens hiérarchique, et fonctionnel ainsi que les délégations.
- **Service de nuit p24** : il peut être opportun d'envisager d'associer les usagers dans les démarches visant à améliorer le service de nuit.

- **Projet médical 8-1, p24** : Des éléments peuvent être assimilés à des préconisations dans la présentation des références. Il peut être intéressant de les dégager sous forme d'axes d'amélioration.
- **Projet médical 8-3, les orientations, p25 à 27** : Idem que 8-1. Certains moyens présentés dans les différents axes de la politique de soins peuvent être assimilés à des actions d'amélioration à mettre en place. Existe-t-il une confusion de genre ? Une reformulation peut être nécessaire, et une réorganisation de la présentation de cette partie peut être envisagée.
- **Intégration Tutorat, p39** : A quoi correspondent les documents de référence ? Il serait intéressant d'en présenter une liste succincte, et notamment le livret d'accueil du nouvel arrivant s'il existe.
- **Communication interne p40** : Ce type de communication ne peut pas aller qu'en direction des catégories citées. Il est important de préciser qu'elle se fait de manière « montante » et « descendante » afin d'assurer une transmission des informations à tous les niveaux de l'organisation et de maintenir un équilibre social.
- **Communication externe p40** : il serait intéressant de présenter les objectifs de la structure en matière de communication externe. La définition présentée de ce type de communication peut être personnalisée afin d'en présenter l'intérêt stratégique de la structure.

Document 5 : Livret d'accueil

- **Direction** : Le nom du directeur ou de son représentant n'est pas présenté
- **Assurance** : La présentation des assurances contractées par l'établissement peuvent être présentées dans ce livret.
- **Réglementation** : le cadre législatif lié à ce document et à l'établissement n'est pas présenté.
- **Bienveillance** : les notions de bienveillance et actions associée ne sont pas présentées. De même en ce qui concerne la lutte contre la maltraitance.
- **Participation** : Les formes et outils de communications mis à disposition des usagers ne sont pas présentés.
- **Droits des usagers** : il serait intéressant de préciser dans ce document les informations concernant le respect des droits des usagers vis-à-vis de leurs données personnelles et médicales mis en œuvre par l'établissement.
- **Documents** : les documents remis en même temps que le livret d'accueil peuvent être présentés à titre informatif à la fin du livret.

Document 7 : Règlement de fonctionnement

- **CVS, p2** : Il paraît opportun de signaler dans ce document que le fonctionnement du CVS est organisé selon les conditions définies dans le règlement de fonctionnement du CVS.
- **Prévention de la maltraitance, p2** : Dans le cas des résidents témoins de maltraitance, présenter les recours autres que la communication au personnel et au directeur (Affichage du numéro « Allo maltraitance », etc...)
- **1.6 Au sein de l'établissement, p3** : il est précisé que plusieurs numéros importants sont affichés sur le livret d'accueil, seulement, il n'y a que le numéro de l'établissement qui y est présenté.
- **2.7, Sécurité des biens et des personnes, p4** : Préciser si une évaluation des risques auxquels sont exposés les résidents et les professionnels est réalisée et quelles en sont les modalités.
- **2.8 Situation exceptionnelle, p5** : Qu'en est-il de la gestion des urgences, et notamment des urgences vitales ?
- **3.1D Alcool, p6** : Seul l'abus d'alcool est prohibé tel que mentionné dans le document, mais qu'en est-il de la détention et de la consommation, même non excessive ?
- **3.3 prise en charge, p7** : Les toilettes sont réalisées porte fermée. Il est important de préciser que cet acte peut se réaliser la porte ouverte ou entre-ouverte, selon le souhait du résident.
- **Conventions** : Aucune convention ou réseau n'est présenté, notamment dans le cadre de la prise en charge de la fin de vie.
- **Général** : L'objet et les modalités d'élaboration du document ne sont pas présentés.
- **Ethique** : la politique, les actions, réflexions et groupes de travail pouvant être mis en place sur l'éthique que s'impose l'établissement peuvent être précisés dans ce document.
- **Locaux** : Il semble intéressant de présenter succinctement la répartition et l'affectation des locaux disponibles.

Document 9 : Contrat de séjour

- **I, Objectifs de prise en charge, p3** : l'actualisation est réalisée au tant que de besoin, mais il semble important de préciser que dans tous les cas ces objectifs seront revus annuellement tel que précisé dans la procédure X.

- **8.1.2 Absence pour convenance personnelle, p10** : il est cité paragraphe 6.1.1, mais en réalité le paragraphe auquel il est fait référence est le 7.1.1.
- **9.3, p14** : le paragraphe « Non respect du règlement de fonctionnement et du contrat » n'est pas développé.
- **P14** : le livret d'accueil n'est pas cité dans la liste des pièces jointes.

Document 10 : Compte-rendus du CVS

- Il apparaît important de présenter les fonctions des personnes présentes lors des réunions tel que les usagers, les représentants des familles et des bénévoles, ...
- Une procédure de validation des conclusions de chaque réunion doit être mise en place afin de pouvoir afficher rapidement les résultats et décisions qui sont prises lors de ces réunions.

Chapitre 5 - Plan d'amélioration de l'établissement ou du service retenu à l'issue de l'évaluation interne

A partir des quatre domaines de l'évaluation interne préconisés par la circulaire du 21 octobre 2011, le comité de pilotage a retenu pour chacun des items des actions d'amélioration et en a fixé les délais de réalisation.

NOTA : Au-delà de ce plan d'action, détaillé dans les tableaux ci-dessous, l'établissement prendra en compte les préconisations faites à partir de l'analyse documentaire propre à l'EHPAD.

PLAN D'ACTION arrêté le 29 janvier 2013 en comité de pilotage

ADMISSION, DROITS ET LIBERTE

Question	Cotation	Action à conduire	Qui ?	Quand ?	Echeance
Q1	3	Amélioration technique de l'installation actuelle	Redon	1 sem. 13	30.06.13
Q4-1 Q4-2 Q4-3 Q4-4	1	Documents non remis à la candidature (sauf livret d'accueil) mais remis en amont de l'admission en fonction de chaque cas, notamment disponibilité des personnes accueillies et de leurs accompagnants	Yolande N + 4 personnes	1 sem. 13	30.06.13
Q9	4	Procédure prévoit validation dans les 15 jours du PV du CVS (sans retour dans ce délai validation acquise) puis affichage	Nadine R	1 ^{er} trim. 13	31.03.13
Q16	2	Présentation du processus d'élaboration du PPA avec mise en place des référents	Valérie L	En cours	31.12.13
Q17	1	Questions sont posées mais pas systématisées. Elles seront systématisées si observations exploitables elles sont recueillies.		Au moment signature contrat de séjour	
Q23	1	Le recueil du consentement est recherché systématiquement et obtenu dans la mesure du possible et en cas de difficulté, un accompagnement psychologique est mis en place		Dossier d'admission	
Q25	3	Livret accueil du personnel			
Q30	3	Une attention particulière est apportée par les veilleurs de nuit lors des premiers jours de présence dans l'établissement			
Q35	3	Il est prévu que les PPA soient revus régulièrement mais actuellement en cours d'élaboration donc échéance révision non encore d'actualité.			
Q57	1	Le principe est posé, sera rappelé régulièrement et sera adapté en fonction de chaque situation	A intégrer dans le livret accueil du personnel	Cf. élaboration livret accueil du personnel	
Q58	3	Rappel aux personnels pour que cette disposition soit respectée systématiquement et devienne une position éthique, partagée et appliquée	A intégrer dans le livret d'accueil du personnel	Cf. élaboration livret accueil du personnel	

PROJET DE SOINS

Q11	1	Mise en place des qu'un directeur titulaire aura pris ses fonctions			
Q19	4	Des conventions existent mais sont souvent inopérantes en raison du partenaire (exemple CH Montauban)			
Q26	1	Sera mise en place			
Q30	1	Circuit du médicament doit être mis en place	Direction, médecin co. Cadre IDE	2013	31.12.13
Q31	3	En cours de finalisation pour qu'il y ait concordance entre prescription et fiche de traitement	Medecin co. Cadre IDE	2013	31.12.13
Q35	2	Temps de psychologue attribué à l'établissement peu important (0.25 EPT). Une réflexion avec un partenariat extérieur est en cours afin que des réponses puissent être proposées			
Q37	3	La problématique de régime doit être réinterrogée lors de l'élaboration du PPA (volet soins)			
Q38	2	Si la prescription médicale n'est pas nécessaire des adaptations sont possibles de manière temporaire ou durable dans le cadre d'une réflexion d'équipe			
Q46	1	Ce bilan n'est pas systématisé. Il est prescrit en cas de besoin, notamment à la suite d'un constat de l'équipe qui en informe le médecin traitant			
Q47	1	Prise en charge dans le projet de soins et d'accompagnement. Une réflexion d'équipe va être initiée afin d'appréhender cette problématique différente des pratiques actuelles.	Groupe de travail à mettre en place par direction	Planification à arrêter	31.12.13
Q52	2	Des mesures sont prises quant aux risques physiques et matériels. Les chutes répétées sont prises en charge médicalement. Une réflexion sur la prévention en termes d'organisation doit être développée et faire l'objet de rappel et procédures (délais d'attente aux appels). Evaluation des prescriptions médicales afin d'éviter tout traitement à risque de chutes.			
Q57	2	Des prises en charge particulières existent notamment pour des cas aigus. L'approche professionnelle des équipes favorise les relations et le maintien des capacités de la personne accueillie.			
Q64	1	Le médecin coordonnateur se forme. DU de psychiatrie du sujet âgé. Difficulté de travailler avec le réseau psychiatrique local peu disponible	Réponse actuelle = formation du médecin co.		

Q66	1	Cette approche ne fait pas l'objet actuellement du plan de formation en raison des cas actuellement peu nombreux dans l'établissement. En cas d'évolution, le plan de formation sera réexaminé et adapté.			
Q78	3	Mettre en place une procédure, notamment sur la formulation de la prescription (forme et durée de la contention)	Medecin-co. Cadre IDE	1 ^{er} trim. 2013	31.03.13
RESTAURATION, HOTELIERIE et LOGISTIQUE					
Q10	1	Cette formation sera inscrite sur les prochains plans de formation pour l'ensemble des agents de restauration	Plan de formation	2014	
Q12	3	La mise en place se fait actuellement dans le cadre d'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement	Présence de l'animatrice à l'élaboration et l'évaluation du PPA		
Q17	1	Oui, à travers l'intervention de l'association – convention avec l'association à formaliser	Direction pour formalisation convention	1 ^{er} trim 2013	31.03.13
Q19	2	Mise en place d'un cahier des animations	Formalisation des projets d'animation Par l'animatrice	2013	31.12.13
Q20	1	Sous réserve de l'état de dépendance et des besoins exprimés par la personne et des moyens de l'établissement (mobilisation du personnel) et des besoins dédiés à la prise en charge et aux organisations de travail.			
Q40	1	Oui, mais reactualiser DAR rapidement	Constitution du groupe de travail	2013	31.12.13
Q41	1	cf réponse 40			

BIENTRAITANCE (mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance)

Q3	3	Echelle d'évaluation de la douleur pour les personnes non communicantes.			
Q8	1	Observations quant à l'alimentation par exemple. La liberté sexuelle est respectée sous réserve qu'elle ne trouble pas la vie institutionnelle. Elle sera prise en compte dans l'élaboration du PPA.			
Q10	3	Formation interne. Restitution dans certains cas lors de réunion d'équipe. Matériel dans l'établissement utilisable par lui.			
Q11	3	A formaliser	Cadre IDE	2013	31.12.13
Q12	3	Information	Cadre IDE	2013	31.12.13
Q14 à Q 18	1	A faire avec autre EHPAD (St Jacques ?)	Groupe de travail mis en place	1 ^{er} trim. 2013	30.04.13
Q19	2	Mise en place CHSCT – Projet d'établissement – Document Unique	Equipe de direction	2013	31.12.13
Q21	1	0,25 ETP difficile de dégager du temps pour les familles	Mobilisation possible en cas de besoin		
Q26	1	Commerce dans village			
Q31					
Q32	1	Formalisation des procédures mutualisée avec EHPAD St Jacques	direction	1 ^{er} sem. 2013	31.07.13
Q33					

PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE A ET SUR SON ENVIRONNEMENT

Q7 à 9	1	Pas élaboré de manière participative pour la réactualisation. Projet initial élaboré de manière participative			
Q11	1	Reprise du précédent PE qui courrait jusqu'en 2013 mais a été réactualisé dès 2010			
Q14	1	Il est prévu de donner une synthèse du PE une fois élaboré avec le livret d'accueil des résidents, des personnels et bénévoles. Elaborer la synthèse du PE	Equipe de direction élargie	1 ^{er} trim. 2013	31.03.13
Q34	2	Formaliser les actions inter-établissements	Equipes d'échanges	2013	31.12.13
Q37	2	La synthèse du PE sera remise aux partenaires de l'EHPAD			
Q46	3	Règlement de fonctionnement – information aux tuteurs, aux familles			
Q49	3	Telephone en ligne dans les chambres privées	Prevoir accès internet direction	2013/2014	31.12.14
Q50	3	Charte des bénévoles à mettre à jour et utiliser systématiquement.	direction	1 ^{er} trim. 2013	31.03.13

STRATEGIE D'ADAPTATION A L'EMPLOI DES PERSONNELS AU REGARD DES POPULATIONS ACCOMPAGNEES

Q5	1	Formaliser la procédure de recrutement	direction	2013	31.05.13
Q8	1	Elaborer le livret d'accueil du personnel	Groupe de travail commun Verdun/Grisolles	2013	31.12.13
Q9	1	Mettre en place des réunions régulières	En attente nouvelle direction		
Q17-2	2	Selon les procédures de marché public			
Q19	1	Peu d'opportunité actuellement avec médecine du travail	Saisir opportunité si existe. Direction		
Q20	2	Accès possible mais difficilement opérant en fonction des disponibilités actuelles de la médecine préventive			
Q22	1	Mise en place du CHSCT et des missions qu'il doit conduire sur ce sujet	direction	1 ^{er} trim. 2014	31.03.14
Q24	1	A la suite de la réactualisation du document unique	Gf DIPC		
Q25	1	3 actions ont été éconduites : PASA (Verdun) Cuisine (Lauzerte) Accueil de jour (Montauban) Etablir des comptes rendus.	Direction/cadres		

REFLEXION ETHIQUE

Q5	3	Mise en place des réunions de direction intégrant cette thématique	Direction médecin co.	1 ^{er} sem. 2013	30.06.13
Q7	3	Thématique à intégrer dans le plan de formation ainsi qu'en CHSCT			
Q11	2	Quand l'instance éthique sera opérationnelle, ce point sera développé et associé au dossier du résident			

XXXXXXXXXXXX	7 actions prioritaires 2 = 31.03.13 4 = 31.12.13 1 = 31.12.14	12 actions à réaliser : 3 = 31.03.13 4 = 30.06.13 5 = 31.12.13	3 actions réalisables immédiatement	30 actions en cours de réalisation
--------------	--	---	-------------------------------------	------------------------------------

Chapitre 6 - Transmission - Communication du rapport

COMMUNICATION		
Date	Destinataires	Responsable(s)
	Direction de l'EHPAD	Rédacteur du rapport
	COFIL	direction
	CVS Avis :	direction
	Ensemble du personnel	direction
	Président du CCAS	direction
TRANSMISSION		
Date	Destinataires	Responsable(s)
	ARS Midi-Pyrénées Offre médico-sociale ↳ copie DT de Tarn-et-Garonne <i>R avec AR ou remis contre décharge</i>	Direction
	Direction de la Solidarité CG de Tarn-et-Garonne <i>R avec AR ou remis contre décharge</i>	Direction

Rapport comportant 41 pages remis en mains propres à : Madame la Directrice de l'EHPAD Sainte-Sophie de Grisolles le 23 avril 2013.

Bon pour remise,

Bon pour réception,

Monsieur Alain Rouquier
CRP consulting

Madame Darios
Directrice de l'EHPAD Saint-Jacques

Vu et vérifié, Monsieur

Président du CCAS

GLOSSAIRE

AFNOR	Agence Française de NOR malisation
AJ	Accueil de Jour
ALSH	Accueil de Loisirs Sans Hébergement
AMO	Assistance Maîtrise d’Ouvrage
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l’E valuation et de la qualité des établissements et S ervices sociaux et M édico-sociaux
APD	Aide Publique au D éveloppement
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent des S ervices H ospitaliers
CA	Conseil d’ A ministration
CASF	Code de l’ A ction S ociale et des F amilles
CCAS	Centre Communal d’A ction S ociale
CHSCT	Comité d’ H giène, S écurité et C onditions de T ravail
COFIL	Comité de P ilotage
CPT	Convention P luriannuelle T ripartite
CVS	Conseil de la V ie S ociale
EHPAD	Etablissement d’ H ébergement pour P ersonnes A gées D épendantes
ESSMS	Etablissements et S ervices S ociaux et M édico- S ociaux
ETP	Equivalent T emps P lein
GIR	Groupe I so R essources
GMP	G ir M oyen P ondéré
HAD	H ospitalisation A D omicile
HLM	H abitation à L oyer M odéré
HPST	H ôpital, P atients, S anté, T erritoires
HT	H ébergement T emporaire
IDE	I nfirmier(e) D iplômé d’ E tat
PGR	P lan de G estion des R isques
RBPP	R ecommandation de B onnes P ratiques P rofessionnelles
SCM	S ection de C ure M édicale
USLD	U nité de S oins de L ongue D urée

ANNEXE II

SOMMAIRE

Modèle d'Abrégé du Rapport d'évaluation externe	3
Les axes de travail	3
1. La démarche d'évaluation interne et la dynamique qualité	3
2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM	5
3. Le projet d'établissement et son actualisation	5
4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement	6
5. La personnalisation de l'accompagnement	7
6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers	9
7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	9
8. Appréciation globale de l'évaluateur externe	12
9. Méthodologie de l'évaluation externe	13
10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe	13

Les axes de travail

1. La démarche d'évaluation interne et la dynamique qualité Items

- L'établissement a procédé à son évaluation interne en 2013.
- La dynamique qualité.
- La qualité de la prise en charge

Forces

- L'évaluation interne a été conduite de façon participative et pluridisciplinaire.
- Existence d'un plan d'action.
- Formalisation de points forts, de points faibles et d'objectifs.
- Existence d'une enquête de satisfaction nouvel arrivant.
- L'enquête de satisfaction résidents est analysée, présentée et il en est tenu compte.
- L'investissement et l'implication de l'animatrice.
- La présence d'un kinésithérapeute chaque jour dans la structure.

Faiblesses

- ⚙️👋💧
- Il n'y a pas de questionnaire de satisfaction du personnel.
- L'enquête de satisfaction sur la santé au travail n'a pas été analysée.
- La procédure de recrutement n'est pas formalisée.
- Le livret d'accueil du personnel n'est pas finalisé.

Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe

- ⚙️👋💧
- Mettre en place un questionnaire de satisfaction du personnel.
- Analyser l'enquête de satisfaction sur la santé au travail.
- Formaliser la procédure de recrutement.
- Finaliser le livret d'accueil du personnel.

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités. 	<ul style="list-style-type: none"> Les recommandations sont rappelées au cours des transmissions. Les recommandations sont mises en pratiques par les agents. 	<ul style="list-style-type: none"> Les agents utilisent assez peu le classeur où elles sont déclinées. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuer de promouvoir la connaissance, le recours et la mise en pratique des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM auprès des agents. Favoriser la réflexion, le questionnement des pratiques en cours, au regard des recommandations.

3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement s'élabore de façon participative. La méthodologie envisagée pour le prochain projet d'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement est obsolète. 	<ul style="list-style-type: none"> Construire un projet d'établissement en phase avec la dynamique voulue et impulsée par la nouvelle direction et ses équipes. Rédiger un nouveau projet d'établissement selon la méthodologie envisagée, actualisé et prenant en compte les améliorations déjà mises en place.

4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ouverture de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les différents partenariats de l'établissement à encourager. ▪ Les réseaux développés et entretenus par la Direction et l'animation. ▪ Les réunions gérontologiques. ▪ Existence d'un comité éthique. ▪ Le site internet vraiment très complet. ▪ L'association « les loisirs de Sophie ». ▪ Le PASA, la salle Snoëzelen figurent dans le livret d'accueil. ▪ Le PASA, la salle Snoëzelen et l'association figurent sur le site internet. ▪ Il existe une Charte des bénévoles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le PASA, la salle Snoëzelen et l'association « les loisirs de Sophie » sont de véritables atouts pour l'établissement qui méritent d'être davantage promus. ▪ Le manque d'intégration des CAE. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer le PASA, la salle Snoëzelen et l'association via une plaquette intégrée au dossier d'admission afin de les promouvoir. ▪ Les mentionner dans le prochain projet d'établissement. ▪ Intégrer davantage les CAE. ▪ Renseigner sur le site internet de la maison de retraite, un organigramme des personnes ressources.

5. La personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement individualisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les intervenants bénévoles sont méconnus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre la plaquette des associations dans le livret d'accueil afin de faire connaître les intervenants bénévoles.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les projets individualisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une adaptation constante des professionnels au regard du comportement du résident. ▪ L'importance accordée au consentement. ▪ Les souhaits de fin de vie et les directives anticipées sont automatiquement inclus dans le dossier d'admission. ▪ Existence d'une procédure d'accueil nouvel arrivant. ▪ Le résident est informé que son PVI va être mis en oeuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de réunion entre les équipes de jour et les équipes de nuit. ▪ La procédure d'accueil du nouvel arrivant n'est pas validée. ▪ Le résident n'est pas sensibilisé au contenu de son PVI. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place de réunions avec les équipes de jour afin de ne pas marginaliser le travail de nuit. ▪ Valider la procédure d'accueil. ▪ Poursuivre la dynamique de mise en oeuvre des Projets de vie individualisés.

Le dossier de soins

- La réunion pluridisciplinaire soins qui met en oeuvre le PVI.
- Il y a une évaluation des PVI prévue.
- Il y a des référents
- Le dossier de soins est informatisé.
- Le dossier de soins est parfaitement renseigné tous les jours.
- Les médecins généralistes renseignent la partie médicale.
- Le traitement est informatisé.
- Des agents sont formés aux transmissions ciblées.
- Lors de l'élaboration du PVI, la famille ou le tuteur n'est pas assez associé à la démarche.
- Elargir l'équipe pluridisciplinaire soins à d'autres agents.
- L'analyse des PVI de 2013 n'a pas encore débutée.
- Le PVI n'est pas toujours signé par le résident.
- Le PVI ne fait pas toujours l'objet d'un avenant au contrat de séjour.
- RAS
- Sensibiliser le résident au contenu de son PVI.
- Renforcer la présence de la famille ou de son représentant au cours de l'élaboration du P.V.I.
- Elargir l'équipe pluridisciplinaire.
- Effectuer l'analyse des PVI.
- Signer le PVI
- Le P.V.I doit faire l'objet d'un avenant signé au contrat de séjour.
- RAS

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CVS, commission des menus et commission d'animation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CVS est constitué et fonctionne tel que prévu par la réglementation. ▪ Le document relatif au CVS remis dès l'admission dans l'établissement. ▪ L'investissement des représentants des familles qui ont à coeur de faire évoluer les choses et sont 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CVS ne se sent pas écouté. ▪ La constitution d'une commission d'animation est encore à la réflexion. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accorder davantage d'écoute au CVS. ▪ Finaliser la constitution de la commission d'animation.

force de proposition.

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Itèmes	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La garantie des droits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une adaptation constante du soignant par rapport au résident. Les soignants ont une prise en soin adaptée. ▪ Tous les soins d'hygiène et d'accompagnement sont réalisés avec bienveillance et 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché. ▪ La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformément à l'article L.311-7 du CASF, le règlement de fonctionnement doit être affiché. ▪ La liste des personnes qualifiées doit également être affichée ou annexée au livret d'accueil.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestion des risques 	<p>respect de la personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le personnel est formé à la bientraitance ▪ Les IDE sont référentes hygiène, chutes, douleur, contentions, alimentation. ▪ Les escarres, chutes et contentions font l'objet de préventions, de suivis et d'analyses. ▪ Le PMS et le Document Unique viennent d'être réécrits. ▪ Une réactualisation annuelle du Document Unique est prévue. ▪ La procédure, la définition et les fiches d'évènements indésirables sont disponibles sur IJTrace. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les heures de présence des agents ne sont pas tous indiqués. ▪ Les rencontres et les réunions pluriprofessionnelles sont trop peu fréquentes. ▪ La traçabilité médicamenteuse n'est pas assez régulière et suivie. ▪ Le nombre de postes informatiques est insuffisant. ▪ La validation de la prise se fait de façon globale et a posteriori. ▪ La formalisation et la mise en place de certains protocoles n'est pas achevée. ▪ La communication interne entre certaines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indiquer les heures de présence des agents sur leur porte. ▪ Prévoir des rencontres régulières avec l'équipe pluriprofessionnelle afin de coordonner le projet général de soins, d'amener les agents à faire vivre pleinement les différents outils pour mettre en oeuvre une meilleure qualité des soins. ▪ Un système de tablette permettrait un gain de temps et donc une traçabilité plus régulière et suivie. ▪ Augmenter le nombre de postes informatiques dans l'établissement.

- L'utilisation du logiciel IJTrace dans la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

fonctions de l'établissement est problématique.

- Les pratiques et la prise en charge IDE

- Rappel : la validation doit être effectuée sur l'instant et résident par résident.

- Favoriser la mise en place de groupes de parole animés par la psychologue.

- Achever la formalisation et la mise en place des protocoles.

ne sont pas harmonisées entre les 3 agents.

- Les fiche d'évènements indésirables ne sont pas toujours utilisées à bon escient.

- Les fiches d'évènements indésirables ne sont pas analysées.

- Organiser des moments de rencontre entre le médecin coordonnateur et les AS afin qu'elles puissent recevoir un regard pédagogique et un accompagnement quant à leurs interrogations sur la douleur, les fins de vie, etc.

- Organiser des moments de rencontre entre le médecin coordonnateur, la Cadre et la Directrice afin de consolider l'équipe d'encadrement et de coordonner le soin.

- Favoriser les situations de dialogue et d'échanges entre la Cadre, les IDE et les AS.

- Mettre en place une réunion régulière pour permettre cette rencontre.

- Essayer de mettre en place cette réunion le jeudi afin de profiter de la présence du

médecin coordonnateur et de celle de la psychologue de l'établissement.

- Favoriser dans tous les cas l'intervention d'un tiers, psychologue du travail par exemple, afin de servir de médiateur dans les échanges.
- Harmoniser les pratiques et la prise en charge IDE

afin d'oeuvrer vers une homogénéisation de l'organisation et du fonctionnement du service.

- Recommuniquer sur l'intérêt et l'utilité des fiches d'évènements indésirables.
- Procéder à l'analyse des fiches d'évènements indésirables.

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Comme beaucoup d'établissement, l'EHPAD Sainte Sophie est l'héritier d'une histoire particulière. En effet, 6 ou 7 directeurs se sont succédés en une dizaine d'années et certains ont fragilisé les équipes. Une certaine méfiance s'est développée au fil du temps et la nouvelle Direction doit à présent restaurer cette confiance, instaurer une stabilité et relancer les projets latents.

L'établissement jouit d'un cadre particulièrement propice au calme et à la quiétude. Mais cet environnement ne serait rien sans un investissement constant des équipes et des encadrants, tourné vers une dynamique d'amélioration des pratiques. Les agents ont en permanence le souci du bien-être du résident, au travers d'une individualisation des prestations quasi constante. Les réunions pluri-professionnelles ou tout simplement de service sont rares. Certaines communications sont devenues problématiques et les agents sont en attente d'instantanés formalisés leur permettant de soulever leurs questionnements et d'aborder les relations interpersonnelles. La récente dynamique impulsée est l'opportunité de mettre en place des réunions où aucun facteur, nécessaire à la réussite d'un véritable dialogue, ne sera oublié.

Aujourd'hui l'EHPAD a développé des habitudes de travail sur lesquelles la Direction peut s'appuyer. Les agents trouvent espoir de pérennité et confiance en cette dernière. Il est donc temps d'approfondir l'accompagnement à la coordination et à l'homogénéisation des pratiques professionnelles.

L'évaluation externe a soulevé certains constats en accord avec l'évaluation interne menée en 2013.

Le projet d'établissement est obsolète et doit donc être réécrit. Il s'agit là d'une occasion de faire participer l'ensemble des agents à l'élaboration d'un projet commun, de les amener à se questionner sur l'évolution qu'ils en espèrent : faire de l'établissement un véritable lieu de vie où le « prendre soin » est une préoccupation de chaque instant.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items

- Etape 1 : Information et Communication
 - Présentation de l'Evaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).
- Etape 2 : Recueil d'informations
 - Construction en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD de Grisolles (Projet d'établissement, protocole d'évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.
- Etape 3 : Evaluation sur site
 - Intervention sur site : Béatrice Lebreton et Coline Zind. Entretiens sur RDV collectifs ou individuels. L'ensemble des entretiens individuels et/ou collectifs ont été préparés à partir du protocole d'évaluation ci-joint dans le rapport.
- Etape 4 : Restitution
 - Restitution orale et écrite du rapport

ANNEXE III

Maison de retraite Sainte-Sophie

661, rue du Pézoulat – 82170 Grisolles

Tél. : 05.63.27.13.00 - Fax :
05.63.68.05.53

Courriel : mdrgrisolles@orange.fr

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

SYNTHESE CONCERNANT LA LOI N° 2002-2 DU 2 JANVIER 2002 RENOVANANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

1/ LES DEUX PRINCIPES DIRECTEURS A CONCILIER

- Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale.
- Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

2/LES QUATRE PRINCIPALES ORIENTATIONS

Orientation n°1

AFFIRMER ET PROMOUVOIR LES DROITS DES BENEFICIAIRES ET DE LEUR ENTOURAGE

En définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant certaines modalités de ces droits :

- **Respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.**
- **Mise en place du projet individuel** : avec une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement de la personne, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins. **Il est indispensable de respecter le consentement éclairé de la personne accueillie qui doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être pris en compte .**

La personne accueillie doit être informée de ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que les voies de recours à sa disposition.

- Il est important de respecter la confidentialité des informations concernant la personne.

- Il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexées :

- **Une charte de la personne accueillie** : participation directe ou avec l'aide du représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

- **Le règlement de fonctionnement** qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

- **Le contrat de séjour ou un document individualisé** garantissant l'adaptation de la prise en charge. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

- **La mise en place du projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation** : il 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. **Le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale.**

- **Participation à des conseils d'établissements rénovés, dorénavant dénommés «conseil de la vie sociale»**. D'autres modes de participations peuvent être envisagés.

- **Le recours possible à un médiateur** : la personne accueillie ou son représentant légal peut faire appel à lui afin de l'aider à faire valoir ses droits.

Orientation n° 2

ELARGIR LES MISSIONS DE L'ACTION SOCIALE ET MEDICOSOCIALE ET DIVERSIFIER LA NOMENCLATURE ET LES INTERVENTIONS DES ETABLISSEMENTS ET DES SERVICES.

- En prenant en compte les évolutions observées depuis 20 ans quant au contenu des actions, notamment de prévention, de conseil et d'orientation, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, d'assistance, d'accompagnement social, de développement social ou d'insertion par l'économie dans un cadre institutionnel ou à domicile et en milieu ouvert.

- En donnant une existence reconnue aux **prises en charges diverses**, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, ... domicile, en accueil familial.

Le texte confère également une **base légale** aux structures nouvelles, de lutte contre l'exclusion, aux services **d'aide à domicile**, notamment pour adultes handicapés ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant **aide et conseils aux familles** en difficulté.

Orientation n° 3

AMELIORER LES PROCEDURES TECHNIQUES DE PILOTAGE DU DISPOSITIF

- En mettant en place une **planification médico-sociale** plus efficace par l'instauration de véritables **schémas sociaux et médicaux sociaux pluriannuels (5 ans) et révisibles**, permettant de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre.
Il est institué une compatibilité des autorisations avec les objectifs et le niveau des besoins définis par ces schémas qui sont principalement à caractère régional et départemental ;
- En rénovant le régime des autorisations par **l'instauration** de périodes de dépôt et d'examen des projets de même nature, d'autorisations à durée déterminée à 10 ans, renouvelables au regard des résultats positifs d'évaluation, **l'amélioration** des procédures de contrôle, **la mise en place** d'un régime expérimental pour les structures innovantes assorties d'autorisations provisoires de 5 ans, la précision du dispositif d'habilitation à l'aide sociale sous la forme d'une convention ;
- En **diversifiant les règles de tarification**, par l'introduction d'une base juridique permettant des tarifications adaptées à la nature de chaque catégorie d'établissements : dotations globales, forfaits, maintiens du prix de journée, modulation des tarifs en fonction de l'état des personnes.

Orientation n° 4

INSTAURER UNE REELLE COORDINATION DES DECIDEURS , DES ACTEURS ET ORGANISER DE FACON PLUS TRANSPARENTE LEURS RELATIONS.

- En institutionnalisant des procédures formalisées de concertation et de partenariat :
 - En confiant à la **section sociale du comité national et des comités régionaux** de l'organisation sanitaire et sociale la mission de repérer les grands problèmes sociaux et médico-sociaux à résoudre et de définir les réponses à y apporter ;

- Par l'**instauration d'une convention** entre le préfet et le président du Conseil Général, afin de définir les objectifs, les procédures et les moyens du partenariat à instaurer ;
- Par la mise en place d'un **système d'information** commun entre l'Etat, les départements et les organismes d'Assurance Maladie.

- En instaurant avec les établissements des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**, afin de favoriser la réalisation des orientations des schémas sociaux et médico-sociaux et la mise en œuvre des projets d'établissements.

- En stimulant les **actions de coopération entre établissements et services**, par la mise en place d'une palette diversifiée de formules de coopération et de coordination.
L'enjeu est de **développer** des complémentarités entre établissements, de **garantir la continuité** des prises en charge lors d'un transfert d'un établissement à un autre et de **décloisonner** le secteur sanitaire et le secteur social.

En généralisant les **démarches évaluatives**, notamment par la création d'un **Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale** chargé de valider des **référentiels de bonne pratique** et de veiller à leur mise en œuvre.

Après avoir présenté de façon synthétique la nouvelle loi rénovant l'Action Sociale, nous pouvons dire en conclusion :

- Que l'usager demeure au centre des dispositifs sociaux et médico-sociaux (avec la mise en place obligatoire du projet d'établissement), que la planification des politiques sociales et médico-sociales et de leurs moyens sont affirmées, notamment en ce qui concerne les schémas.

- Que le financement des actions sociales et médico-sociales évolue pour prendre en compte les nouvelles modalités de prise en charge des personnes.

- Que les établissements et les services peuvent s'engager avec les financeurs en introduisant les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

ANNEXE IV

Groupe 3 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Groupe 2 : Michèle TOURNIE & Martine POULAIN sur la question 20 :
« Intégration de l'histoire dans le PE »

HISTORIQUE DE LA MAISON DE RETRAITE

Il semblerait que la présence d'un établissement hospitalier à Grisolles remonte au 15ème siècle car on a pu retrouver dans des documents qu'en 1437 l'Hôpital de Grisolles a acheté du blé au moulin de Grenade.

Aux premiers jours du 17ème siècle le procès verbal d'une visite de l'Abbé de Saint Sernin fait mention d'un hôpital à Grisolles. Il fut détruit en 1587 par les protestants puis reconstruit car on a trouvé un document de 1652.

En 1736 l'Abbé de Rosset de Ceilles de Roscael titulaire des abbayes de Saint Sernin, de Sorrèze et de Fronfroide vint fêter Noël à Grisolles et fit un legs pour les pauvres de l'Hôpital de Grisolles.

En 1738, le local insalubre est loué pour une part à un boucher et l'autre pour un relais de poste (ce local était situé à la place du monument, fournil et annexes de la boulangerie « Tournié »)

Après la révolution en 1803, l'hôpital disparaît.

Malgré diverses donations, les ressources s'amenuisant, la nécessité de faire renaître un hôpital se fait jour. C'est donc Mr Faugère, ancien médecin chirurgien et futur Maire, qui en 1849 (année de sa mort) fonda l'Hospice.

En effet le 28 novembre 1849, Mr Faugère fit don par testament après le décès de son épouse et de sa fille Sophie, des immeubles, cours et jardins, une somme de 600000 francs, des lits, des draps, des serviettes, des nappes, une armoire en cerisier..., sis à l'actuel 9, rue François Faugère pour y établir un Hospice où seront soignés 6 malades pauvres. Il s'appellera Sainte Sophie en mémoire de sa fille et sera dirigé par 3 sœurs de la Charité de Saint Vincent de Paul.

A partir de ce moment le bureau de Bienfaisance fut réuni au conseil d'administration de l'Hospice.

En 1860 une donation de personnes anonymes vient ajouter à l'existant la maison Lartigues. Pendant la guerre de 1870 et la 1ère guerre mondiale de 1914 l'établissement réservait des lits à l'autorité militaire pour soigner les blessés.

En 1913 la Commission Administrative achète la maison Rieux. Le 10 février 1943 la municipalité achète la maison Daguzan.

L'Hospice Sainte Sophie est un établissement public autonome à caractère communal doté d'une personne morale.

Le 13 Juillet 1947 les religieuses de Saint Vincent de Paul quittent l'établissement et sont remplacées par les religieuses de l'Ange Gardien, qui en Septembre 1970 libèrent définitivement l'institution pour s'installer à Montauban.

En 1982, l'appellation Hospice disparaît et est remplacée par l'appellation Maison de Retraite. La population accueillie ne se compose plus seulement de nécessiteux mais aussi de personnes

dépendantes qui ne peuvent plus rester à domicile et qui paient leur séjour. La maison de retraite a alors une capacité de 58 lits. Elle se compose d'une section hébergement et d'une section de cure médicale qui au fil des ans atteindra le chiffre de 32 résidents sur 58.

Après un siècle voire plus de bons et loyaux services avec une adaptation progressive et des travaux conséquents (installation de 2 ascenseurs puis d'un monte malade) entrecoupés de deux projets de reconstruction auxquels il ne sera pas donné suite, l'Hospice Sainte Sophie devenu Maison de Retraite avait atteint ses limites. Problèmes liés à la sécurité, au confort, chambres à deux lits sans sanitaires, accessibilité difficile etc...

L'arrivée de Mr Passet Directeur en 1988 va amener une réflexion sur l'évolution des locaux et l'obligation de s'adapter aux demandes et aux besoins des résidents. Après avoir envisagé une restructuration sur le site, le Conseil d'Administration a voté le transfert de l'établissement et sa construction sur un nouveau site.

C'est le projet de Mr Zoppis, architecte à Montauban qui a été retenu.

La capacité du nouvel établissement dénommé M.A.P.A Sainte Sophie (Maison d'Accueil pour Personnes Âgées) a été portée à 73 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire et un lit d'accueil des familles. La capacité de la section de cure médicale est passée à 41 lits.

On participé au financement : le département de Tarn et Garonne, la CRAM, l'AVA, l'ORGANIC, l'État et la Commune de Grisolles. Projet réalisé sous le mandat de feu Mr Mondoulet Maurice alors Maire du village (et futur résident).

Le 28 Septembre 1995 l'établissement est transféré dans les nouveaux locaux. Depuis la capacité a été augmentée de 6 lits en supprimant le lit d'accueil des familles, les 2 lits d'hébergement temporaire, les locaux de la bibliothèque et la salle vidéo, ce qui a amené la capacité à 76 lits. Le nouvel établissement se situe près des écoles dans un quartier calme et accueillant. L'architecture est de forme arrondie et favorise la convivialité. Une place, des terrasses, deux patios intérieurs permettent de recevoir les parents et amis et de tisser des liens.

Puis pour répondre à la demande et à l'accroissement de la dépendance en 2003 la convention tripartite a été signée avec les tutelles et nous sommes devenus EHPAD Sainte Sophie (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

On peut voir la statue de Saint Vincent de Paul dans l'escalier qui mène du Chemin des Genêts au Chemin des Bruyères. Cette statue (phot) a été ramenée de l'ancien établissement au moment du déménagement à la demande des résidents qui y étaient très attachés. Le portait de Mr François Faugère (photo) se trouve en face de l'accès à la Chapelle.

Ouverture en Février 2012 d'une unité P.A.S.A (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) qui sera investie en Octobre 2012 dans l'ancienne maison de fonction des Directeurs, réhabilitée pour cette occasion.

Les mises aux normes sont en cours pour une adaptation continuelle à la population et aux besoins de celle-ci.

ANNEXE V

CHARTRE DE BIENTRAITANCE DE LA PERSONNE AGÉE

Les professionnels développent un savoir être

Nous adoptons un **comportement et une attitude respectueux** : frapper avant d'entrer, se présenter, saluer, expliquer l'objet de la visite, vouvoyer, répondre le plus rapidement possible aux sonnettes...

Nous **écoutons** la personne âgée **sans porter de jugement de valeur**,

Nous respectons **la confidentialité et transmettons l'information sans divulguer ses confidences** (excepté s'il existe un danger pour elle-même ou pour autrui),

Nous respectons sa **vie privée et affective** : affinités, sexualité.....,

Le respect de la **pudeur et de l'intimité** sont nos préoccupations au quotidien.

Les professionnels développent une attitude de bientraitance dans leur savoir faire

Nous mettons en place et assurons le suivi **des projets d'accompagnement et de vie individualisés** : habitudes de vie, soins, animations, vie sociale.....,

Nous favorisons le **maintien de l'autonomie** et les choix de la personne âgée sans l'infantiliser et en respectant ses capacités (choix vestimentaire, coiffure, maquillage.....),

Nous favorisons un **environnement personnalisé et serein** : chambre, objets personnels, positionnement dans les lieux de vie commun, nuisances sonores, hygiène ..,

Nous sommes attentifs au **maintien du confort du résident** : prévention et gestion de l'incontinence, positionnement au fauteuil et / ou dans le lit,

Nous veillons à la **sécurité du résident** : les contentions sont les plus rares possibles, et font l'objet d'une discussion en équipe pluridisciplinaire et d'une prescription médicale, en accord avec le résident et sa famille. La prescription est régulièrement réévaluée.

Nous adaptons nos **savoir-faire** aux situations de handicap : hémiplégie, cécité, surdité et troubles de la communication,

Les professionnels respectent les convictions de la personne âgée

Nous respectons ses **convictions philosophiques, politiques et religieuses**,

Nous prenons en compte sa **volonté** relative à sa fin de vie : accompagnement, présence de la famille, directives anticipées.....

Nous favorisons un **climat d'intimité** pour la personne en fin de vie.

Les professionnels intègrent la famille dans la prise en charge de la personne âgée

Nous recherchons la validation du **projet de vie** par la personne âgée et ses proches si elle le souhaite ou ne peut s'exprimer.

Nous favorisons la **participation de la famille** dans la prise en charge de la personne âgée

Nous prenons en compte et/ou/ lui expliquons le rôle de la **personne de confiance**

Les professionnels développent une communication efficace

Nous recherchons systématiquement le **consentement éclairé** de la personne âgée,

Nous favorisons les **échanges et informations** avec la personne âgée et ses proches : projet d'établissement, projet vie sociale, commission des menus, programmes d'animation, réunion des familles.....

Nous mettons en place une **communication favorisant l'accueil et l'intégration** des nouveaux résidents,

Nous **informons les résidents** des départs, changement d'établissement, d'unité, décès,

Nous développons une **communication** adaptée avec les bénévoles.

La bientraitance se retrouve dans tous les petits gestes du quotidien. Soyons vigilants.

ANNEXE VI

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DE LA MAISON DE RETRAITE DE GRISOLLES

I- GARANTIE DES DROITS DES USAGERS

1.1 Projet d'établissement / projet de vie

L'EHPAD est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'EHPAD a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté.

L'EHPAD s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents.

Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement ; les déplacements dans l'enceinte de l'EHPAD et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix chaque fois que possible.

L'EHPAD s'est donné pour objectif de permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire sur l'initiative du résident, ni aux cas de résiliation mentionnés dans le contrat de séjour.

La personne se voit proposer un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

La personne peut désigner par écrit une personne de confiance (art L 1111-6 du code de la santé publique). La personne de confiance sera consultée au cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et recevoir toute l'information nécessaire. La désignation est révocable à tout moment.

1.2 Droits et libertés

A. Valeurs fondamentales.

L'accueil et le séjour dans l'EHPAD s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

La Charte est affichée au sein de l'établissement et remise aux résidents au moment de l'admission.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'exprime dans le respect réciproque :

- des salariés
- des intervenants extérieurs
- des autres résidents
- de leurs proches

Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- respect de la dignité et de l'intégrité
- respect de la vie privée
- liberté d'opinion
- liberté de culte
- droit à l'information
- liberté de circulation
- droit aux visites.

B. Conseil de la vie sociale

Il existe conformément au décret n°2004.287 du 25 mars 2004 un Conseil de la vie sociale, instance d'expression des résidents et de leurs familles.

Il s'agit d'un organisme consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Il est composé de représentants élus ou désignés pour trois ans par scrutin secret :

- des résidents
- des familles
- des personnels
- de l'organisme gestionnaire.

Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

C. Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les tarifs, le présent règlement de fonctionnement. Ses délibérations sont communiquées au représentant de l'Etat (le préfet).

Dans les établissements publics sociaux et médico sociaux tels que l'EHPAD de Grisolles, il est présidé par le maire ou son représentant. Il se réunit au moins 4 fois par an et comprend 2 représentants des personnes accueillies.

1.3 Dossier du résident

A. Règles de confidentialité

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur.

En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical selon une procédure définie.

B. Droit d'accès

Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical et de soins (loi du 4 mars 2002).

La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical approprié si nécessaire.

1.4 Relations avec la famille et les proches

La présence, le plus souvent possible, de la famille et des amis, est une condition fondamentale de la qualité du séjour.

Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement – dans le respect de la volonté du résident – doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Au cours de périodes d'hospitalisation éventuelles, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour du parent dans l'établissement.

1.5 Prévention de la violence et de la maltraitance

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance.

Les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

1.6 Concertation, recours et médiation

A. Au sein de l'établissement

Un recueil de la satisfaction des résidents et de leur famille est effectué au moins une fois par an, grâce à un questionnaire de satisfaction adopté par le Conseil d'Administration, après avis du Conseil de la vie sociale.

L'établissement est engagé dans une démarche d'auto évaluation de la qualité des prestations qu'il délivre et il fait réaliser au moins tous les sept ans par un organisme extérieur une évaluation externe de sa qualité.

La Direction, ou un représentant, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une remarque, soit par téléphone, soit au cours d'un rendez vous au cours duquel le résident peut être accompagné de la personne de son choix.

Les numéros de téléphone utiles sont indiqués dans le livret d'accueil remis au moment de l'admission.

Tout incident, énoncé d'une plainte ou conflit sera traité avec tout le soin exigé et donnera lieu à une réponse écrite si nécessaire.

Si la situation le permet (confidentialité, règles de droit), une communication interne est faite aux acteurs de la structure, dont le Conseil de la vie sociale, afin que toutes les leçons utiles puissent être tirées du problème soulevé.

B. Les « personnes qualifiées »

Instituées par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 14 novembre 2003, elles sont nommées conjointement par le préfet et le président du Conseil Général. Elles ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les résidents et l'établissement.

Les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir seront communiquées par toutes les voies utiles aux bénéficiaires dès leur nomination par les autorités compétentes.

II – FONCTIONNEMENT DE L'EHPAD

2.1 Régime juridique de l'EHPAD

L'EHPAD est un établissement public médico-social géré par un Conseil d'Administration et un directeur.

Il relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico- sociale et de l'article L312-1 al 6 du code de l'action sociale et des familles.

L'EHPAD est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

2.2 Personnes accueillies

L'EHPAD accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation.

En priorité, les personnes accueillies sont originaires du Canton.

Dans la limite des places disponibles, l'EHPAD reçoit d'autres personnes âgées sans autre discrimination que le respect des capacités de prise en charge de l'établissement, définies dans son projet institutionnel.

2.3 Admissions

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'EHPAD peut demander à en faire une visite préalable auprès de la Direction.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par le médecin traitant, sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR), le médecin coordonnateur de l'EHPAD donne son avis sur l'admission de la personne âgée.

Le directeur prononce ensuite l'admission selon une procédure définie. La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Le dossier administratif d'admission établi le jour de l'entrée comporte les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille,
- l'original de l'attestation de la carte vitale et de la mutuelle si la personne âgée est adhérente,
- la copie de la quittance d'assurance responsabilité civile personnelle,
- la copie de la quittance de l'assurance des biens et objets personnels s'il en existe une,
- les justificatifs des ressources avis de non imposition, déclaration d'impôts, caisse de retraite....
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- un exemplaire de la mesure de protection si la personne est un majeur protégé.

2.4 Contrat de séjour

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée et l'établissement conformément au décret n°2004.1274 du 26 novembre 2004 prévu par l'article L 311.4 du code de l'action sociale et des familles.

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le présent règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

2.5 Conditions de participation financière et de facturation

Le prix de journée d'hébergement et de la dépendance est fixé annuellement par le président du Conseil Général sur proposition du Conseil d'Administration. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident (logement, repas, entretien du linge, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). Les prix sont précisés dans le contrat de séjour et son annexe.

2.6 En cas d'interruption de la prise en charge

En cas d'hospitalisation d'un résident de plus de 72 heures, le logement est conservé. Le prix de journée reste dû, déduction faite du montant du forfait hospitalier.

En cas d'absence pour convenances personnelles de plus de 72 heures, le tarif journalier afférent à l'hébergement est minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant et une durée maximale fixés dans le règlement départementale d'aide sociale.

En cas d'absence, quel que soit le motif, le tarif dépendance continue à être facturé. L'APA continue à être versée au bénéficiaire pendant 30 jours.

2.7 Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances

A. Sécurité des personnes

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents eux-mêmes dans la limite de l'exercice de leur liberté.

Notamment, il assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit.

B. Biens et valeurs personnels

Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résidant peut conserver des biens, effets et objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Les biens et objets de valeur (bijoux...) peuvent être déposés détenus au coffre de la trésorerie de grisolles.

Pour les biens non déposés, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

C. Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlement en vigueur.

Cette assurance n'exonère pas le résidant pour les dommages dont il pourrait être la cause. Il est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle dont il fournit chaque année une attestation à l'établissement.

2.8 Situations exceptionnelles

A. Vague de chaleur

L'établissement dispose d'une salle climatisée ou rafraîchie.

Des boissons fraîches sont mises à la disposition des résidents.

Il est institué dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence qui est mobilisé au profit des personnes âgées en cas de risques climatiques exceptionnels.

B. Incendie

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés. Il est interdit de fumer dans le lit.

Des exercices et formations du personnel contre l'incendie sont régulièrement organisés.

C. Vigilances sanitaires

L'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires visant notamment à prévenir les infections nosocomiales, les toxi affections alimentaire et le risque de légionellose.

III - REGLES DE VIE COLLECTIVE

3.1 Règles de conduite

L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de vie commune :

A. Respect d'autrui

La vie collective et le respect des droits et des libertés respectifs impliquent une attitude qui rend la vie commune agréable : délicatesse, politesse, courtoisie, convivialité, solidarité.

Une hygiène corporelle satisfaisante pour le résidant et son entourage est nécessaire.

B. Sorties

Chacun peut aller et venir librement. En cas d'absence, afin d'éviter toutes inquiétudes et d'organiser le service, l'information sur les absences sera donnée à l'infirmière ou au secrétariat. A défaut, l'établissement mettra en œuvre une recherche de la personne dès qu'il se sera rendu compte de son absence. Le portail d'entrée principal est fermé à 22 heures, pensez à indiquer si vous devez rentrer après cette heure.

C. Les visites

Les visiteurs sont les bienvenus de 8 heures à 22 heures. Ils peuvent être accompagnés d'un animal de compagnie tenu en laisse et éventuellement avec une muselière si nécessaire.

Les visites sont également possibles en dehors de ces horaires à la condition de prévenir l'établissement auparavant. Toutefois, les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux ni gêner le fonctionnement.

Les familles accompagnées de jeunes enfants devront veiller à ce qu'ils ne perturbent pas le calme et la sérénité des autres résidents. Les enfants devront rester sous la surveillance permanente de leurs parents.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux résidents sans l'accord préalable du directeur. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association.

D. Alcool – Tabac

L'abus de boissons alcoolisées est interdit.

Conformément à la loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin », il est interdit de fumer dans les espaces publics de l'établissement et dans les lits. Il est recommandé de fumer dehors.

E. Nuisances sonores

L'utilisation d'appareil de radio, de télévision ou de tout autre système phonique se fera avec discrétion. En cas de difficultés auditives, le port d'écouteurs sera demandé.

F. Respect des biens et équipements collectifs

Chaque résident doit, dans la mesure de ses possibilités, veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux et respecter le mobilier mis à sa disposition.

Les denrées périssables, susceptibles d'être entreposées dans le logement du résident feront l'objet d'une surveillance par la personne âgée, ses proches ou le personnel.

G. Sécurité

Toute personne qui constate un fait portant atteinte à une personne ou à un bien doit en informer, selon la gravité, le personnel de service ou la Direction pour que des mesures adaptées soient prises.

L'utilisation d'appareillage ne doit pas être détournée de son objet. Il est interdit de fumer dans le lit et dans les parties communes. Il est recommandé de fumer dehors.

Tout dysfonctionnement matériel doit être signalé sans qu'il soit opéré de manipulation préalable en dehors de celle qui permettrait une sauvegarde des personnes ou des biens.

3.2 Organisation des locaux collectifs et privés

A. Les locaux privés

Le logement est meublé par l'établissement. Nous vous recommandons de bien vouloir assurer vous-même les biens dont vous êtes propriétaire.

Le ménage du logement est assuré par le personnel de l'établissement.

Les petites réparations sont assurées par un agent d'entretien de l'établissement, l'intervention est comprise dans le tarif journalier.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le gestionnaire en informe chaque résident concerné qui ne peut s'y opposer.

Le directeur s'engage dans ce cas à reloger la personne âgée pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

B. Les locaux collectifs

Toute personne souhaitant pénétrer dans l'établissement doit se faire connaître auprès du personnel d'accueil.

L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.

3.3 Prise en charge des résidents

Chaque résident a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel, lequel fait tout son possible pour que la personne trouve bien être et confort.

Les expressions de familiarité (tutoiement, etc...) ne sont utilisées qu'avec l'accord du résident.

Le personnel frappe systématiquement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre.

Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée.

3.4 Repas

A. Horaires

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre si l'état de santé de la personne âgée le justifie aux heures suivantes :

- petit déjeuner : à 7 heures 30 en fonction des zones
- déjeuner : à partir de 11 heures 30 pour le 1^{er} service
à partir de 12 heures 15 pour le 2nd service
- dîner : à partir de 17 heures 30 pour le 1^{er} service
à partir de 18 heures 30 pour le 2nd service
- une collation est servie à partir de 15 heures 30

Toute absence à l'un des repas doit être signalée la veille avant 18 heures à l'infirmière.

L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis doit être signalée au plus tard la veille au secrétariat. Le prix du repas est fixé en Conseil d'Administration.

Le règlement se fait auprès du régisseur ou de son suppléant dans le cadre de la régie de recette mise en place dans l'établissement.

B. Menus

Les menus sont établis de manière à être équilibrés.

Une commission des menus se réunit pour se prononcer sur la qualité des menus proposés précédemment et à venir. Cette commission est composée d'un cuisinier et de résidents. Les menus sont affichés.

Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.

3.5 Activités et loisirs

Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

ANNEXE VII

Maison de retraite Sainte-Sophie

661, rue du Pézoulat – 82170 Grisolles
Tél. : 05.63.27.13.00 - Fax : 05.63.68.05.53
Courriel : mdrgrisolles@orange.fr

SIRET : 268 200 045 00014

APE : 8710A

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

RÉSULTAT ENQUÊTE DE SATISFACTION DES FAMILLES 2013

**SONDAGE RÉALISÉ SUR LA BASE DE 32 RÉPONSES
A CETTE ENQUETE**

	ACCUEIL	☺ 4	☹ 3	⊗ 2	⊗ ⊗ 1	Sans Opinion
1	Vous a t'on bien accueilli lors de votre arrivée à l'administration ?	90.6 2%	9.37 %			0.01%
2	Vous a t'on bien accueilli dans la chambre lors de votre arrivée ?	78.12 %	15.62 %	3.25 %		3.01%
3	A t'on pris le temps de vous expliquer le fonctionnement de la structure ?	65.62 %	18.75 %	12.50 %		3.13%

	LA CHAMBRE	☺ 4	☹ 3	⊗ 2	⊗ ⊗ 1	Sans Opinion
4	La possibilité offerte à votre parent d'aménager sa chambre est satisfaisante	65.6 2%	31.25 %			3.13%
5	La chambre est propre	34.3 7%	31.25 %	21.87 %	12.5 %	0.01%
6	La chambre de votre parent est un véritable lieu privé	34.3 7%	50 %	3.12 %		12.51 %
7	Le personnel répond rapidement aux sonneries	15.62 %	34.37 %	25 %	12.50 %	12.51 %
8	Les petites réparations sont assurées de façon satisfaisante	31.25 %	43.75 %	15.62 %		9.38%

	CONTACT AVEC LE PERSONNEL RESPECT	☺ 4	☹ 3	⊗ 2	⊗ ⊗ 1	Sans Opinion
9	Le personnel s'adresse avec des propos respectueux à votre parent	59.37 %	28.12 %			12.51 %
10	Le personnel s'adresse avec des propos respectueux à tous les résidents	40.6 2%	34.37 %			25.01 %
11	L'usage du vouvoiement est utilisé par l'ensemble du personnel	78.12 %	15.62 %			21.88 %
12	Le personnel frappe à la porte de la chambre de manière audible	62.5 %	18.75 %	3.12 %		84.37 %
13	Le personnel attend la réponse avant d'entrer	40.6 2%	21.87 %	9.37 %	3.12 %	25.02 %

	SOINS	☺ 4	☺ 3	☹ 2	☹☹ 1	Sans Opini n
14	Le nombre de douches est suffisant	25 %	28.12 %	18.75 %	9.37 %	18.76 %
15	L'aide apportée à la toilette par le personnel est satisfaisante	31.25 %	34.37 %	12.5 %	3.12 %	18.76 %
16	Les toilettes sont réalisées dans le respect de la pudeur de votre parent	37.50 %	31.25 %	3.12 %		28.13 %
17	Votre parent est bien soigné dans l'établissement le jour (soins médicaux et paramédicaux)	50 %	37.50 %	3.12 %		9.38 %
18	Votre parent est bien pris en charge dans l'établissement la nuit	37.50 %	28.12 %	3.12 %		31.26 %
19	Votre parent voit son médecin traitant aussi souvent qu'il le souhaite	53.12 %	34.37 %			12.51 %
20	L'organisation du travail est bénéfique à votre parent	25 %	34.37 %		3.12 %	37.51 %
21	L'intervention du médecin coordonnateur est un plus pour votre parent	40.62 %	34.37 %		3.12 %	21.89 %

	L'ANIMATION	☺ 4	☺ 3	☹ 2	☹☹ 1	Sans Opini n
22	Le planning des animations mensuelles est bien communiqué	31.25 %	37.50 %	6.25 %	3.12 %	21.88 %
23	Les animations proposées conviennent à votre parent	25 %	31.25 %	15.62 %	6.25 %	21.88 %
24	Souhaiteriez-vous participer de façon occasionnelle aux animations ou aux sorties ?	<input type="checkbox"/> oui 15.62 % <input type="checkbox"/> non 78.1 %				6.26 %

	REPAS	☺ 4	☺ 3	☹ 2	☹ ☹ 1	Sans Opinio
25	L'heure du petit déjeuner convient à votre parent	43.75 %	31.25 %	3.12 %	3.12 %	18.76 %
26	L'heure du dîner lui convient	53.12 %	31.25 %	9.37 %		6.26 %
27	La durée des repas est suffisante	56.25 %	28.12 %	3.12 %	6.25 %	6.26 %
28	Les repas proposés sont bons	50 %	31.25 %	12.50 %		6.25 %
29	La tradition culinaire est prise en compte par l'établissement	46.87 %	25 %	9.37 %	3.12 %	15.64 %
30	Les repas proposés sont équilibrés	56.25 %	28.12 %	3.12 %		12.51 %
31	En cas de besoin, l'aide à la prise du repas est satisfaisante	34.37 %	28.12 %	6.25 %	6.25 %	25.01 %
32	La prestation (qualité / quantité des plats, cadre, prix, etc.) proposée pour partager un repas avec votre parent est satisfaisante.	46.87 %	18.75 %		6.25 %	28.13 %

	LE LINGE	☺ 4	☺ 3	☹ 2	☹ ☹ 1	Sans Opinio
33	Le linge de votre parent est correctement entretenu	37.5 %	40.62 %	6.25 %	3.12 %	12.51 %
34	Votre parent porte des vêtements propres et en bon état	40.62 %	37.5 %	9.37 %		12.51 %
35	La prestation linge (lavage, repassage, retour, etc.) est satisfaisante	37.50 %	37.50 %	12.50 %		12.50 %

	VIE À LA MAISON DE RETRAITE	☺ 4	☺ 3	☹ 2	☹ ☹ 1	Sans Opinio
36	Votre parent se sent en sécurité dans l'établissement	62.50 %	31.25 %			6.25 %
37	En cas de souci, votre parent peut en parler librement à un membre du personnel	46.87 %	25 %	3.12 %	3.12 %	21.89 %
38	L'établissement met à votre disposition suffisamment de moyens pour exprimer vos réclamations	40.62 %	37.50 %	9.37 %	6.25 %	6.26 %
39	Les conditions dans lesquelles votre parent peut gérer son argent sont satisfaisantes	25 %	18.75 %			56.25 %
40	La liberté laissée à votre parent pour recevoir ses proches est totale	84.37 %	15.62 %			0.01 %
41	Lorsque votre parent souhaite sortir à l'extérieur, l'établissement y répond favorablement	56.25 %	15.62 %			28.13 %
42	L'établissement respecte la liberté de croyance et la pratique du culte de votre parent	65.62 %	21.87 %			12.51 %
43	Il y a des odeurs agréables dans l'établissement	6.25 %	62.5 %	9.37 %	12.5 %	9.38 %
44	L'établissement est calme	50 %	43.75 %		3.12 %	3.13 %
45	Les locaux de l'établissement sont bien aménagés pour la vie quotidienne	28.12 %	40.62 %	15.62 %	6.25 %	9.39 %

46	Votre parent sait-il qu'il est possible de faire appel aux intervenants extérieurs suivants :					
	Coiffeur <input type="checkbox"/> oui 96.87 % <input type="checkbox"/> non	Kiné <input type="checkbox"/> oui 96.87 % <input type="checkbox"/> non	Pédicure <input type="checkbox"/> oui 93.75 % <input type="checkbox"/> non 3.12 %			
	Sans opinion : 3.13 %	Sans opinion : 3.13 %	Sans opinion : 3.13 %			

				Sans opinio
47	Connaissez-vous les représentants des familles au Conseil de la Vie Sociale ?	<input type="checkbox"/> oui 34.37 %	<input type="checkbox"/> non 53.12%	12.51 %
48	Connaissez-vous les représentants des résidants au Conseil d'Administration ?	<input type="checkbox"/> oui 34.37 %	<input type="checkbox"/> non 56.25 %	9.38 %
49	Seriez-vous prêt à siéger dans ces conseils ?	<input type="checkbox"/> oui 15.62 %	<input type="checkbox"/> non 78.12 %	6.26 %
50	Seriez-vous prêt à siéger dans des commissions menus ou animation ?	<input type="checkbox"/> oui 21.87 %	<input type="checkbox"/> non 75 %	3.13 %
51	Connaissez-vous la présence dans la structure d'un cadre de santé	<input type="checkbox"/> oui 84.37 %	<input type="checkbox"/> non 12.50 %	3.13 %
52	Connaissez-vous la présence dans la structure d'un médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/> oui 87.50 %	<input type="checkbox"/> non 6.25 %	6.25 %
53	Connaissez-vous la présence dans la structure d'une psychologue	<input type="checkbox"/> oui 78.12 %	<input type="checkbox"/> non 15.62 %	6.26 %
54	Connaissez-vous la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie	<input type="checkbox"/> oui 56.25 %	<input type="checkbox"/> non 34.37 %	9.38 %

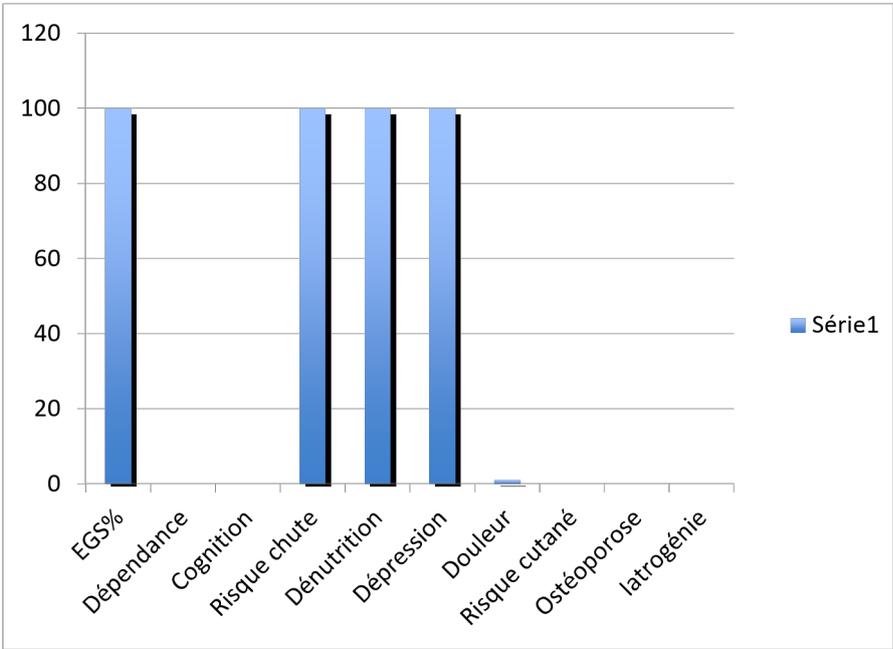
55 Cochez les points pour lesquels vous souhaiteriez plus d'information				Sans opinion
<input type="checkbox"/>	la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie :	28.12 %		71.88 %
<input type="checkbox"/>	les différentes instances d'une maison de retraite ainsi que leur rôle :	12.50 %		87.50 %
<input type="checkbox"/>	le règlement de fonctionnement :	9.37 %		90.63 %
<input type="checkbox"/>	les activités existantes :	12.50 %		87.50 %
<input type="checkbox"/>	les projets de l'établissement :	56.25 %		43.75 %

ANNEXE VIII

Nom :	- -
Né/e le :	Le - -

VALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARDISEE (EGS)		#VALEUR	
Domaine	Dates: >>>>	XXXX	Commentaires
Dépendance (MedCo) GGIR/6 DL/6 ADL/8			<< Inscrire le score << Inscrire le score << Inscrire le score
Cognition (Psy-M) IMS/30 mots/10 horloge/7			<< Inscrire le score << Inscrire le score << Inscrire le score
Risque chute (MedCo/Psy-M) station unipodale: 1 (tient) ou 0 coursée sternale :1 (résiste) ou 0 let up and go test TCD de chutes/Vitesse marche 4m			<< Fait=1 <> fait pas 0 << Fait=1 <> fait pas 0 << bien=1 <> moy=0,5 <> mal=0
Dénutrition (Nut/AS) << >> IMC taille en mètres: talon-genou: 54 poids en kg IMC <20=0 --- 20=0,5 -- >20=1 >> Albuminémie(>34) MNA simplifié			<< 20=0 --- 20=0,5 -- >20=1 << bien=1 <> moy=0,5 <> mal=0
Dépression (MedCo ou Psy) triste?, Découragé? déjà en traitement ? GDS ou questionnaire mini			oui=0 <> non=1 oui=0 <> non=1 bien=1 <> moy=0,5 <> mal=0 >>>
Douleur (Inf ou AS) VA/10 doloplus/30			<< Inscrire le score
Escarre (Inf ou AS) score/20 diabète Neuropathie, vascul. Périph		0	<< Inscrire le score
Ostéoporose (MedCo) traitement VitD: 1 si oui-0 si n max (à 50 ans: MO=5,1 & HF=0,9) on contexte, Traitement		Inscrire le score >>>	MO HF

Iatrogénie (MedCo) Index iatrogénique IMC-Créatinine (clairance<30) Ains-hypogly.-diurét.-psychot.- IEC et ARA2-digitaliques-anticoag.		<< Inscire le score
Vision (MedCo)		
Audition (MedCo)		
Divers Biologie Déshydratation Statut vaccinal		



ANNEXE IX

Date 21/01/2013	EHPAD SAINTE SOPHIE	Destinataires Direction Médecin Coordonnateur Services Livret de procédure
Emetteur Cadre de Santé	Fiche de procédure N°	
	PROTOCOLE D'ADMISSION	

1. OBJECTIFS :

- Assurer l'accueil d'un nouveau résident...
- Faciliter sa prise en charge par l'équipe de soins

2. DEFINITION :

Accueil : action et manière de recevoir quelqu'un

3. CADRE REGLEMENTAIRE :

La charte de la personne âgée dépendante en institution
Les droits du patient (loi n°202303 du 4 mars 2002)

4. ADMISSION:

Les admissions se déroulent du lundi au vendredi entre 14h30 et 16h30 (sauf jours fériés)

a. Le matin de l'admission:

i. Documents :

1. Editer la fiche identité de PSI
2. Editer une grille EGA vierge de PSI
3. Editer la fiche « paramétrage des habitudes de vie- dossier vierge »
4. Imprimer un diagramme de soins et la feuille « recueil de données médicales »
5. Demander « le dossier médical à l'inscription » auprès du cadre de santé

Mettre tous ces documents dans un classeur bleu identifié au nom du résident entrant.

ii. Préparation :

1. Vérification de l'état de la chambre par l'IDE : propreté, linge de toilette en place, lit fait,....
2. Réfection du lit par l'équipe soignante
3. Mise en place d'une carafe et d'un verre par l'hôtesse en poste de matin

b. A l'arrivée du nouveau résident :

- i.** Le secrétariat informe par téléphone l'IDE de l'arrivée du nouveau résident. L'IDE appelle une aide soignante du secteur pour accompagner le nouveau résident à sa chambre.
- ii.** L'aide-soignante installe le nouveau résident dans sa chambre. Elle apporte son aide pour l'installation des affaires, remplit la grille EGA, et recueille des informations sur les habitudes de vie (l'autonomie de la personne, sur son hygiène, sur l'alimentation).
- iii.** L'infirmière pose des questions afin de recueillir des renseignements sur les antécédents médicaux, les choix des intervenants (pharmacie, kiné, médecin traitant,...). Elle recueille également les documents nécessaires à l'administration des traitements (prescription médicale, traitements, ...).
- iv.** Si l'état du nouveau résident le permet, il lui est proposé une visite succincte de la structure : salle à manger, bureaux entrée, salle de soins afin de lui permettre de se repérer.
- v.** Selon l'autonomie : l'IDE planifie la place du nouveau résident sur le plan de table qu'elle communique à l'équipe soignante et hôtelière
- vi.** L'IDE laisse le dossier réalisé lors de l'admission sur le bureau des transmissions afin que chaque membre de l'équipe puisse en prendre connaissance.
- vii.** L'IDE effectue l'entrée du résident sur le logiciel de soins (PSI) et fait un résumé de l'admission.
- viii.** Les agents de nuit viennent se présenter dès leur début de tour vers 21h30.

c. **Le lendemain :**

- i. L'animatrice présente sa fonction et son travail au nouveau résident et en profite pour compléter le recueil des besoins et l'histoire de vie.
- ii. La psychomotricienne présente sa fonction et son travail au nouveau résident et en profite pour compléter le recueil des besoins et l'histoire de vie.
- iii. Le cadre de santé se présente.
- iv. L'IDE du soir recopie sur le dossier informatisé (PSI) l'ensemble des données collectées lors de l'admission puis range le dossier dans le classeur du résident prévu à cet effet.

ANNEXE X

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1er : Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 : Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 : Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 : Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 : Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 : Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 : Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit

en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 : Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

ANNEXE XI

CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Composition au 31 décembre 2015

- 3 représentants des personnes :
Accueillies
Mme Marie-Jeanne GENDRE,
M. Raymond MONDOULET (président),
M. André CALMETTES (suppléant)
Mme Gisèle RECLUS (suppléante)
Mme Lucienne BOUDREAU (suppléante)

- 2 représentants des familles :
Ou des représentants légaux
M. Gabriel MARTY,
M. Michel JUST.
Mme Fabienne GERION (suppléante)
M. Henri SIERRA (suppléant)

- 2 représentants du personnel :
Mme Valérie DULOT,
Mme Cindy LAMOLINAIRE,

- 1 représentant du conseil
D'administration :
Mme Bernadette BERTAUD DU CHAZAUD

Le conseil de la vie sociale s'est réuni deux fois en 2015.

ANNEXE XII

COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Composition au 31 décembre 2015

- Le directeur, président Mme Marjorie CIRODDE

- Les représentants du personnel :
 - Mme Valérie DULOT (titulaire)
 - Mme Cindy LAMOLINAIRE (titulaire)
 - Mme Véronique GEOFFROY (titulaire)
 - Mme Elodie BAYLE (titulaire)
 - M. Stéphane MARCELLIN (suppléant)
 - Mme Barbara DUCASTEL (suppléante)
 - Mme Alexandra BENOUADAH (suppléante)
 - Mme Patricia LANCHANTIN (suppléante)

Le comité technique d'établissement s'est réuni trois fois en 2015