



PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET PROJET DE SOINS 2021-2026

EHPAD INTERCOMMUNALE COURTHÉZON - JONQUIERES
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Établissement Social et Médico-social

N° FINESS : 840014609

N° SIREN : 200000032

Code APE : 8710A

14 avenue Biscarrat Bombanel
84150 JONQUIERES
04 90 70 61 10

INTRODUCTION

Ce projet s'inscrit enfin pleinement dans le cadre des réglementations et recommandations Nationales au rang desquelles on trouve le Plan Alzheimer, des orientations du SROSMS et du SDOMS, mais aussi les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Ouvrage de référence à l'interne comme à l'externe, le Projet d'établissement est un document qui permet à la structure, 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 moyens à mettre en œuvre pour réaliser sa mission.

C'est pourquoi il est essentiel que le contenu de ce document et, notamment la partie consacrée aux perspectives d'évolution, soit connu et partagé par tous les acteurs et partenaires de la Maison de retraite intercommunale de Jonquieres Courthezon.

La notion de Projet d'établissement apparaît dans la loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale dans le chapitre sur les « droits des usagers », et est, à ce titre orientée prioritairement vers l'accompagnement du résident. En effet, l'article 12 prévoit l'insertion, dans le code de l'action sociale et des familles, d'un article L. 311-8 ainsi rédigé « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Aussi, notre postulat de départ a été le suivant : la personne accueillie au sein de la structure, ses souhaits, ses attentes sont au cœur de nos préoccupations. En même temps, le travail d'actualisation du présent Projet d'établissement est l'occasion de clarifier la mission de l'EHPAD auprès des personnes accueillies en réaffirmant notre volonté de développer une culture bientraitance d'accompagnement.

A ce titre et conformément aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, une place particulière a été réservée au développement d'un accompagnement « bien traitant » des personnes accueillies, accompagnement s'appuyant sur divers outils, méthodologies et approches que nous développons dans le présent Projet. Plus généralement, la démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance touche à tous les aspects de la vie au sein de l'établissement, que l'on retrouvera en transversal, tout au long de la présentation du Projet d'Etablissement, et en particulier au travers de :

- La mise en place de règles éthiques et la définition de missions connues et partagées par tous.
- La recherche de la satisfaction des besoins et attentes de chaque personne âgée accueillie, au travers de la mise en place de démarches d'accompagnement personnalisé.
- L'organisation du travail et la personnalisation des soins
- La politique de formation
- L'accueil des nouveaux agents et la sensibilisation aux comportements regrettables de maltraitance : le tutoiement, l'impolitesse et l'infantilisation
- Le développement du travail en équipe et la professionnalisation des personnels encadrant
- La mise en œuvre d'un groupe de suivi du Projet d'établissement, garant du respect des objectifs que nous nous sommes fixés et des échéances
- Le développement de l'autoévaluation en continue

Aussi, ce Projet d'établissement s'organise autour des 9 axes suivants :

- Le projet institutionnel
- Le projet soin et bientraitance
- Le projet des Personnes Agées ayant des troubles neuro cognitifs, réactualisé en 2021
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- Le projet hôtelier
- Le projet d'animation, réactualisé en 2024
- Le projet sécurité
- Le projet social et managérial
- Le projet de qualité

Dans l'esprit de la loi et compte tenu du travail de réflexion déjà engagé au sein de la structure, l'élaboration du Projet d'établissement ne pouvait s'inscrire que dans le cadre d'une démarche participative élargie.

TABLE DES MATIERES

<i>Projet Institutionnel</i>	10
I - DIAGNOSTIC EXTERNE	11
1.1 Contexte réglementaire.....	11
1. La loi du 2 Janvier 2002	11
2. L’instruction ministérielle du 22 mars 2007	11
3. Les chartes	12
4. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l’ANESM	12
5. Autres recommandations utilisées par l’établissement :	12
1.2 Influences environnementales majeures	12
1. Les influences sociodémographiques	12
2. Les influences culturelles	13
3. Les influences économiques	13
4. Les influences politiques	14
1.3 Besoins sur le territoire de santé et le département	14
II - DIAGNOSTIC INTERNE	18
1.1 EHPAD de Jonquières/Courthézon	18
1. Descriptif de la structure.....	18
2. Données d’activité.....	18
2.3 Situation géographique, caractéristiques de la structure et projet de reconstruction.....	19
1. Un cadre au centre-ville	19
2. Valeurs éthiques et missions de l’établissement	20
2.4 Réseaux et coopérations	20
1. Partenariats	20
2.5 Analyse des indicateurs d’activité de l’établissement.....	20
1. La prestation de soin et d’accompagnement	20
2. Les ressources humaines	21
3. Finance et budget.....	22
2.6 Evaluation interne et externe.....	22
III-SYNTHESE DU DIAGNOSTIC STRATEGIQUE	23
2.1 Opportunités et menaces de l’environnement	23
1. Les opportunités de l’environnement	23
2. Les menaces de l’environnement	23

2.2	Points forts et points faibles de l'établissement	23
1.	Les points forts de l'établissement	23
2.	Les points faibles de l'établissement	24
2.3	Orientations stratégiques de l'établissement	24
1.	Adapter le positionnement de la structure aux besoins de la personne âgée et à l'offre de prise en charge en construisant une nouvelle structure réunifiée, en labélisant l'unité « Malijay » en UHR et transformé l'unité « Causan » en unité de vie protégée	24
2.	Maintenir le prix de journée et assurer l'accessibilité de nos prestations à l'ensemble des personnes âgées	25
3.	Inscrire l'établissement dans une culture d'amélioration continue de la qualité et de bientraitance	25
4.	Poursuivre l'amélioration de la prise en charge soignante	25
5.	Poursuivre l'amélioration de la prise en charge hôtelière	25
6.	Poursuivre l'amélioration de la prise en charge Animation	26
7.	Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la sécurité des biens et des personnes ainsi que la gestion administrative et financière	26
8.	Mettre en place un projet social et managérial dynamique	26
	PROJET DE BIENTRAITANCE ET DE SOINS	27
	I- L'USAGER CO-AUTEUR DE SON PARCOURS (Repère 1).....	28
1.	Donner une réalité à la liberté de choix	28
2.	Recherche du consentement éclairé autant que possible.....	28
3.	Définition du projet d'accueil et Accompagnement à l'autonomie	29
4.	Vers une philosophie de soins	32
5.	Fédérer la continuité de la communication individuelle et collective de nos résidents	33
	II- LA QUALITE DES LIENS ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS (Repère 2)	34
1.	Respect de la singularité de la personne accueillie	34
2.	Vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité de l'utilisateur	34
3.	Maintenir un cadre institutionnel stable.....	35
4.	Promotion de la parole de tous les professionnels.....	36
	III- L'ENRICHISSEMENT DES STRUCTURES ET DES ACCOMPAGNEMENTS GRACE A TOUTES LES CONTRIBUTIONS INTERNES ET EXTERNES (REPERE 3)	37
1.	Travailler avec l'entourage et respecter les relations avec les proches de la personne accueillie	37
2.	Articuler les ressources extérieures (partenariats et conventions)	37
3.	Promouvoir l'expression et les échanges de perspectives	38

4. Ouvrir l'établissement à l'évaluation et à la recherche	38
IV- LE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS DANS LEUR DEMARCHE DE BIENTRAITANCE	
(Repère 4).....	
1. Promotion de la parole de tous les professionnels.....	39
2. Une prise de recul encouragée et accompagnée.....	39
3. Un projet d'établissement construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la Bientraitance	40
I- LA DOULEUR.....	41
1. La prise en charge de la douleur	41
2. La prise en charge de la douleur par des thérapies non médicamenteuses.....	41
II- LES CHUTES.....	42
1. Politique de soins pour la prise en charge des chutes	42
2. Prévention primaire des chutes.....	42
3. Conduite à tenir et prévention secondaire d'une chute.....	42
4. Réflexion autour du droit au risque.....	43
5. Un projet architectural adapté	43
6. Les objectifs	43
III- LES ESCARRES ET LA REGRESSION LOCOMOTRICE	43
1. Une politique de soins active sur la prévention	43
2. Evaluation de tous les résidents dès l'admission	44
3. Ressources matérielles.....	44
4. Un suivi quotidien et traçabilité informatisée	44
5. Prévention de la régression locomotrice.....	44
6. Les objectifs	44
IV- LES TROUBLES NUTRITIONNELS ET DE DEGLUTITION	45
1. Prise en charge des troubles nutritionnels.....	45
2. Dépistage et évaluation du risque de troubles nutritionnels	45
3. IV-c Les moyens matériels et ressources humaines	46
4. Prise en charge de la dénutrition identifiée	46
5. Prise en charge des troubles de la déglutition	46
6. Réflexion éthique, partenariats et commission de menus	47
7. Prévention bucco-dentaire	47

8. Les objectifs	47
V- LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT	48
1. Quelques repères pour la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement :	48
2. V-b Mise en place d'une philosophie de soins	48
3. V-c Un environnement architectural et humain adapté	48
4. Un plan de formation diversifié, diplômant et déclinant toutes les approches des troubles de l'humeur et du comportement	49
5. Evaluation des risques de troubles dès l'admission	49
6. Nos partenaires	49
7. Les objectifs	50
VI- MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	50
1. Le DARI	50
2. Protocoles et procédures sur la maîtrise du risque infectieux	50
3. Prise en charge de la vaccination saisonnière	50
4. Etiologie des infections	51
5. Plan bleu	51
6. Les objectifs	51
VII- LA CONTINUITÉ DES SOINS	51
1. Recrutement du médecin coordonnateur	51
2. Une commission gériatrique biannuelle	51
3. Libre choix du médecin traitant	51
4. Continuité des soins infirmiers	52
5. Permanence de soins et partenariat de proximité avec les prestataires de service	52
5. Circuit sécurisé du médicament	52
6. Dossier de liaison urgente	52
4.1 - Le constat	68
4.2 - Les objectifs	69
4.3 - Le projet	70
4.3.1 - Les professionnels	70
4.3.2 - Les résidents	70
4.3.3 - Déroulement de la prise en soin au sein du PASA (descriptif taches ASG)	70
4.3.5 - Indicateurs	71

4.3.6 - Besoins matériels réalisés	72
4.4 - Eléments financiers	72
4.5 - Conclusion	72
Projet d'Accompagnement Personnalisé	73
I- DEFINITION	74
II- ACCUEIL ET ADMISSION DU RÉSIDENT	74
1. L'Accueil des Nouveaux Résidents.....	74
2. L'Intégration du Nouveau Résident	75
3. La procédure d'admission et d'admission au sein de la MDRI	75
III- ADMISSION EN UNITE DE VIE PROTEGEE ET UHR	76
1. Historique	76
2. Cependant cette unité est un UHR	77
3. Critères de recrutement en vie protégée en UHR	78
IV- PERSPECTIVES	79
V- DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMARCHE DE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ ET DE LA NOTION DE RÉFÉRENT	79
1. Principaux objectifs	79
2. L'organisation	79
PROJET HOTELIER	81
I. LES VALEURS	82
La qualité d'écoute du Résident	82
La priorité au Résident.....	82
La disponibilité pour le Résident	82
La dignité du Résident	82
Le partage de la connaissance du Résident.....	82
La discrétion pour le Résident	83
Le respect de la compétence de chacun	83
L'épanouissement du Résident	83
La participation active au maintien de l'autonomie.....	83
1. Projets spécifiques des 5 prochaines années	83
2. Analyse du bilan actuel et actions de mise en œuvre	83
3. Objectifs.....	96
4. Modalités de coordination des divers intervenants	97
5. Formations prévisionnelles du personnel	97
6. Indicateurs de suivi.....	98

7. Annexe 1	99
<i>Projet d'Animation.....</i>	<i>101</i>
PROJET SECURITE	112
I-LA SECURITE ACTUELLE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	113
1. Un personnel diplômé, formé et informé	113
2. Les moyens actuels mis en place dans le respect de la réglementation.....	113
3. L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite	114
II- LES PROJETS DANS LE CADRE DE LA SECURITE	114
1. Permettre une pérennisation de la Sécurité	114
2. Nouveautés.....	114
3. Également.....	115
PROJET SOCIAL ET MANAGERIAL	116
I-BILAN	117
3. La présence de Document Unique des Risques Professionnels	131
4. MAINTENIR LES AGENTS DANS L'EMPLOI, PREVENIR LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES, ENTRETENIR UNE BONNE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL	132
1. Trouver une solution professionnelle adaptée aux agents présentant des difficultés d'adaptation ou d'aptitude aux postes de travail	132
2. Assurer le suivi des agents avec restriction totale ou partielle	132
3. Prévenir les risques d'inaptitude et d'inadaptation.....	133
4. Prévenir les troubles musculo-squelettiques.....	133
III- VALORISER LE POSITIONNEMENT ET LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE	134
1. Privilégier le dialogue et la communication	134
2. Anticiper les situations génératrices de difficultés professionnelles	134
IV- UN MANAGEMENT PARTICIPATIF ET PAR PROJET	135
1. Organisation administrative et Direction	135
2. Un management par projet	135
3. La création des pôles.....	136
4. Des cadres.....	136
5. Un COPIL	136
V- DES MUTATIONS QUI SERONT A ACCOMPAGNER.....	137
1. Préparer les changements connus (avec les instances et le personnel)	137
2. Mettre en œuvre les formations nécessaires aux évolutions de prises en charge	137

3. Définir les projets	137
4. Définir les effectifs	137
VI- ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS.....	138
1. Une démarche fondatrice	138
2. Action à mener :	138
VII- POURSUITE DE LA GPMC	138
1. Une mission importante.....	138
2. Actions à mener :	139
VIII- L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION ET LA NOTATION	139
IX- LA FORMATION	140
1. Structuration de la formation professionnelle continue	140
2. Les actions d'adaptation immédiate au poste de travail	141
3. Les actions d'adaptation à l'évolution prévisible des emplois	141
4. Les actions de développement et d'acquisition de connaissances ou compétences	141
5. Plan de formation des établissements	141
6. Des actions de formation mutualisées	141
7. Un plan de formation issu de deux principes	141
X- LE MANAGEMENT DE LA MALTRAITANCE.....	142
1. Définition de la maltraitance retenue par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987 :	142
2. Mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance	142
<i>PROJET QUALITE.....</i>	<i>143</i>
3.CONCLUSION	152
<i>LA METHODE.....</i>	<i>153</i>
1- Mise en place d'un comité de pilotage.....	154
2- Réaliser les travaux préparatoires	154
3- Mettre en place des groupes de travail.....	154
4. Rédiger le projet	155
5. Valider le projet	155
6. Faire vivre le projet	155
7. La mise en forme du document	155
8. Le Projet d'établissement et ses références	156

Projet Institutionnel

Le projet institutionnel vise à établir les orientations stratégiques et de développement d'un établissement sur une période donnée.

L'étude, l'analyse et l'utilisation des documents de référence internes et externes : la plaquette de présentation, le projet institutionnel 2009, la convention tripartite et pluriannuelle, le règlement de fonctionnement, le règlement intérieur, le rapport d'activité médical, le livret d'accueil, le contrat de séjour, les documents qualité, le schéma régional d'organisation de soin, le schéma régional d'organisation médico-sociale, le schéma départemental du Vaucluse, les chiffres INSEE, les recommandations de bonnes pratiques, celles de l'ANESM...

La formulation d'orientations stratégiques pertinentes et spécifiquement adaptées à l'EHPAD implique en premier lieu un examen préalable des facteurs et conditions environnementales susceptibles d'influencer le devenir du secteur en général et celui de l'établissement en particulier ; nous aborderons ces sujets dans **la première partie « Diagnostic Externe »**.

En second lieu, la formulation d'orientations adaptées à la structure requiert une identification fine et précise des capacités de l'organisation (ses ressources, ses compétences, la qualité de son fonctionnement, etc.) ; nous nous attacherons à les présenter dans **la seconde partie « Diagnostic Interne »**. L'objet de la troisième partie **« Synthèse du Diagnostic Stratégique »** s'attachera à mettre en relation les opportunités et menaces environnementales (partie 1) et les forces et faiblesses de l'organisation (partie 2) à partir desquelles les orientations stratégiques de la résidence seront déclinées de manière déductive.

I - DIAGNOSTIC EXTERNE

1.1 Contexte réglementaire

La réforme de la tarification d'avril 1999, la mise en place de l'APA et la loi du 2 janvier 2002 ont fait de la démarche qualité et de l'évaluation un préalable réglementaire au conventionnement. À partir d'un cahier des charges fixé par arrêté du 26 avril 1999, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, les chartes, ces textes ont placé la qualité au cœur des réflexions dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

1. La loi du 2 Janvier 2002

La loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a bouleversé les fondements de l'accompagnement des personnes dites « fragiles » en les plaçant au centre des dispositifs d'accompagnement.

Ses principales orientations sont les suivantes :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins
- Piloter le dispositif : articulation, planification, programmation, allocation de ressources,
- L'évaluation
- Instaurer une coordination entre les acteurs
- Rénover le statut des établissements publics

Toutefois, la mise en place d'outils fidèles à l'esprit de la loi doit également s'inscrire dans une politique d'établissement, connue, partagée et validée par l'ensemble des acteurs de l'établissement.

2. L'instruction ministérielle du 22 mars 2007

L'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Cette instruction définit les orientations à mettre en place aussi bien sur le plan local que national dans le cadre de la lutte contre les maltraitances.

Trois orientations sont développées :

- L'amélioration de la procédure de signalement
- Le renforcement de la fréquence et de l'efficacité des contrôles
- La mise en place d'une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance

Ce dernier point concerne les établissements et services pour lesquels plusieurs recommandations sont exprimées :

- **Améliorer le repérage des risques de maltraitance et l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité dynamique pour :**
 - La diffusion des bonnes pratiques

- La mise en place d'une démarche d'évaluation
- Le contrôle des embauches et les nouvelles dispositions relatives aux incapacités professionnelles
- L'accompagnement des personnels pour lutter contre le risque d'épuisement professionnel
- **Intégrer le concept de bientraitance dans l'organisation et la gestion des établissements par :**
- Le renforcement de la politique de ressources humaines dans les établissements
- Le projet d'établissement
- **Renforcer les partenariats entre les acteurs de l'action sociale :**
- Le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance
- Les démarches de planification
- Le partage d'expériences

La qualité de l'accueil, des soins apportés, des locaux, de l'hôtellerie, de l'accompagnement proposé, de la vie sociale et culturelle est autant de facettes de la qualité de prise en charge que sont en droit d'attendre ceux qui s'installent en institution.

Les notions de dignité, de consentement ont été inscrites dans les textes, notamment dans la **Charte des droits et libertés de la personne accueillie**. La mise en place des Conseils de Vie Sociale, instances représentatives des résidents et familles permet de partager ces valeurs et de faire évoluer le Projet d'établissement. Parallèlement à cet élargissement des aspirations, l'offre d'accueil s'est étoffée et diversifiée. Pour y faire face, tout établissement accueillant des personnes âgées doit s'approprier les notions de démarche qualité et d'évaluation et s'appuyer sur cette réflexion pour construire son Projet d'établissement.

3. Les chartes

L'établissement est attaché à **deux chartes** (en annexe), celle des **droits et liberté de la personne accueillie** (annexée au livret d'accueil), et celle des **droits et liberté de la personne âgée dépendante** (annexée au règlement de fonctionnement). Les documents sont expliqués et signés par le résident et/ou la famille et si besoin, utilisés comme outils de référence lorsque les exigences des familles sont contraires aux droits et liberté de leurs parents ou des autres résidents.

4. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

- L'évaluation interne : repère pour les EHPAD.
- La qualité de vie en EHPAD (volet 1, volet 2, volet 3, volet4 de novembre 2012).
- Le questionnaire éthique dans les ESSMS.
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé.

5. Autres recommandations utilisées par l'établissement :

- Outils qualité « Mobiquat » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.
- Site « Papi Doc », ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, HAS (Haute Autorité de Santé), QUALIPAD, GREPHH (Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière).

1.2 Influences environnementales majeures

1. Les influences sociodémographiques

La population des 85 ans et plus en France va très vraisemblablement croître de 2,6% par an en moyenne à horizon 2050. La progression de cette population est principalement due à l'allongement de la durée de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des baby boomers. Les plus de 60ans représenteront 33% de la population française en 2040 contre 21% seulement aujourd'hui.

Si l'espérance de vie s'améliore, **l'espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) reste stagnante.** Les évolutions démographiques de la population vont se traduire par une **augmentation mécanique du nombre de personnes âgées fortement dépendantes** : en moyenne 2% des personnes âgées de 60 ans à 70 ans et 30% des personnes de 90 ans et plus sont dépendantes.

Aujourd'hui, **la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées** et par voie de conséquence une des **principales causes d'entrée en institution**.

Ces cas représentent 18% des personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 850.000 personnes ; plus de 200.000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. En cas de dépendance physique, seuls les projets effectifs de maintien à domicile peuvent retarder l'entrée en institution de ces publics.

Parallèlement à cela, **les personnes handicapées connaissent aujourd'hui une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie** qui leur permet désormais de traverser des âges que peu atteignait auparavant. Si nous manquons aujourd'hui de statistiques permettant de recenser précisément l'ensemble de cette population, l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HIP) de 2002 dénombre 635.000 personnes handicapées vieillissantes, dont 267.000 sont âgées de 60 ans à 70 ans et 140.000 sont âgées de 70 ans et plus. La proportion des personnes handicapées vieillissantes dépendantes ayant besoin d'aide pour des actes élémentaires de la vie quotidienne est en nette augmentation. Face à cette évolution, nous manquons en France, d'établissements, de services à domicile spécialisés et de professionnels formés aux spécificités du vieillissement chez les personnes handicapées. La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes constitue un enjeu propre qui nécessite la mise en œuvre d'une réponse adaptée.

2. Les influences culturelles

Le secteur des personnes âgées dans les années à venir devra très certainement s'ajuster à des évolutions culturelles non sans conséquences.

En premier lieu la **diminution « culturelle » du nombre d'aidants familiaux**. D'une part, en 2015 la génération des 40-59 ans sera moins nombreuse que les personnes âgées, leur disponibilité à l'égard de leurs parents âgés deviendra une ressource rare et cela pour diverses raisons : travail des femmes, individualisme, changement des modèles familiaux. D'autre part, les personnes âgées de « nouvelle génération » expriment le souhait de ne plus être à la charge de leurs enfants. En second lieu, on observe une volonté explicitement formulée de la part des usagers et de leurs familles **de rechercher des modularités de prises en charge avec des modes d'accueil adaptés**.

En dernier lieu, **les usagers et les familles sont**, grâce aux médias et nouvelles technologies, **de mieux en mieux informés** sur les modalités et filières de prise en charge de la dépendance, ce qui provoquera très vraisemblablement davantage de **concurrence à la fois entre établissements et modes de prise en charge**.

Certaines propositions de la prochaine réforme de la dépendance vont notamment, dans ce sens : la Ministre Michèle Delaunay vient dernièrement d'annoncer l'ouverture d'un site internet national où chaque famille aura l'opportunité de trouver l'offre de maisons de retraite sur le territoire détaillant notamment les coûts et surcoûts de chaque établissement (ce site sera décliné par département notamment).

3. Les influences économiques

On constate en premier lieu un **décalage très net entre le coût des établissements médico-sociaux et le revenu des personnes âgées** : le revenu moyen des personnes âgées se situant à 1200 euros pour les hommes et 900 euros pour les femmes, le tarif hébergement à la charge des résidents varie quant à lui entre 1600 euros à 2400 euros par mois.

Pour couvrir ce décalage, deux solutions sont possibles :

- a) La mise à contribution des familles (si solvables) au titre de l'obligation alimentaire, néanmoins **la baisse généralisée du pouvoir d'achat en France augmente substantiellement l'impact du reste à charge dans la structure des dépenses de ces foyers aidants**. Les classes moyennes, segment le plus représenté de la population, sont les plus touchées ; l'entrée d'un proche en institution leur est de moins en moins accessible.
- b) Le recours à l'aide sociale départementale en cas de proches insolvable ou en l'absence de proches. Si cette aide est théoriquement récupérable (succession, héritage, etc.) **elle représente néanmoins un coût important à la collectivité**. Dans une conjoncture économique délicate où la France recherche en priorité à réduire ses déficits, les pouvoirs publics sont en mesure de questionner sur le recours systématique à la prise en charge en institution en comparaison, et cela à pertinence égale, de solutions alternatives parfois moins onéreuses. En second lieu, si la situation économique de la France est quelque peu contrainte, force est de constater **une progression des crédits alloués au secteur médico-social sur 2013**.

D'une part, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2013 fixe le niveau de l'ONDAM médico-social à 8,4 milliards pour les dépenses des établissements et services pour personnes âgées (progression de 4,6% par rapport à 2012) et à 8,7 milliards pour les personnes handicapées (progression de 3,3% par rapport à 2012). D'autre part, l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et composé de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) et la contribution de solidarité à l'autonomie (CSA) progresse quant à lui de 4,1% pour le secteur des personnes âgées et 3,3% pour celui des personnes handicapées en comparaison à

2012, représentant ainsi 650 millions d'euros de crédits supplémentaires. Le plan d'aide à l'investissement (PAI 2013) contribuant à la rénovation et modernisation des établissements s'élève quant à lui à 48,8 millions d'euros.

En dernier lieu, **la réforme de la dépendance fixée à fin 2013** laisse entrevoir, selon les propos de l'actuelle Ministre, une **augmentation des aides publiques** (APA, ALS, APL) ou à tout du moins une **meilleure redistribution** de ces dernières.

4. Les influences politiques

- Concernant le Plan Alzheimer 2008-2012, les principaux points du plan s'inscrivaient d'une part dans des solutions visant à maintenir les personnes âgées à leur domicile et à soutenir les aidants soit à domicile, Accueil de Jour ou Hébergement Temporaire, solutions variées de répit, et d'autre part dans la création, en institutions, d'unités adaptées pour les personnes souffrant de ces troubles (UVA, UHR, PASA). Si l'évaluation du Plan est en cours, on peut toutefois observer des difficultés d'installation des places en UHR et PASA (27% seulement de places installées en 2011) qui ont conduit à repousser l'échéance du plan à 2014.
- Concernant le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, fondé sur le principe de libre choix entre les différents types d'accompagnement, il ressort de façon très nette qu'il s'orientait vers le développement de solutions visant à maintenir les personnes âgées à domicile (aide à domicile, soin à domicile, soutien aux aidants familiaux) de manière à réguler/retarder l'entrée des personnes âgées en institution pour remédier à d'éventuelles carences de l'offre en établissement. Au terme du Plan, le bilan est mitigé. On constate d'une part que le rythme de création de places en EHPAD est allé au-delà des prévisions initialement effectuées (593.000 places autorisées et 559.000 places installées). D'autre part on observe un retard dans la création de places en Accueil de Jour, en Hébergement Temporaire mais aussi et surtout en SIAD, ce qui permet légitimement d'envisager une priorité de l'allocation des financements dans ces directions-ci. Concernant la future loi de réforme sur le vieillissement et la dépendance fixée à début 2016, les rapports Aquilino, Broussy et Pinville destinés à réparer le projet de loi sont en mesure de nous informer sur les influences politiques majeures susceptibles de structurer l'avenir du secteur médico-social. Voici certains éléments essentiels ressortant des rapports.

En premier lieu, les directives présidentielles et ministérielles indiquent rendre accessibles les maisons de retraite aux classes moyennes. Les loyers des établissements vont selon toute vraisemblance être mieux encadrés par l'Etat qui jouera sur les tarifs, les coûts ainsi que les aides versées. L'état favorisera les démarches de mutualisation des frais d'établissement visant à la diminution du tarif hébergement.

En second lieu et dans la lignée des Plans Alzheimer et Solidarité Grand Age, le maintien à domicile doit être une véritable priorité nationale assumée. Le secteur d'aide à domicile doit maintenant être consolidé par les pouvoirs publics car depuis 15 ans les financeurs publics se sont trop focalisés sur les établissements et EHPAD.

En troisième lieu, les EHPAD étant amenés à accueillir des personnes de plus en plus dépendantes et étant confrontés à la complexité des pathologies, il faut améliorer la qualité dans les EHPAD et les compétences des professionnels. Il faut pour cela améliorer la formation des acteurs de manière à ce que tous les professionnels soient compétents dans le soin du grand âge et le maintien de l'autonomie. L'amélioration de la prise en charge en EHPAD passera notamment aussi par la lutte contre la maltraitance et les démarches visant à développer la bientraitance.

En quatrième lieu, il faut encore améliorer la coordination des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et à domicile. Les EHPAD doivent être partenaires et parties prenantes des filières gériatriques et des réseaux gériatriques locaux. Plusieurs mesures en projet viendront très probablement œuvrer dans ce sens.

1.3 Besoins sur le territoire de santé et le département

➤ **La prise en charge des personnes âgées :**

« ...La filière gériatrique a pour mission d'organiser la fluidité du parcours de soins de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des modalités de prises en charge disponibles au niveau d'un territoire. Elle doit être en mesure d'assurer les admissions d'urgence ou programmables en court, moyen ou long séjour ainsi que les bilans. Elle doit permettre, dans les meilleurs délais, l'accès des patients à un plateau technique ainsi qu'aux compétences des équipes ou unités de soins palliatifs et des équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles de psychiatrie. » L'établissement de santé support de la filière est celui qui comporte le court séjour gériatrique. Il doit comporter une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Il doit disposer d'une structure d'accueil des urgences ou être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure. S'il ne dispose pas de soins de suite et de réadaptation gériatrique ainsi que de soins de longue durée, il doit conventionner avec d'autres établissements publics ou privés qui en sont dotés. Enfin il doit organiser un partenariat avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que les structures de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA et plateformes de répit).

➤ **Les Soins Palliatifs et les personnes âgées**

- Développer la culture palliative dans les unités de soins de longue durée et les hôpitaux locaux : apprécier l'extension réelle du programme MOBQUAL
- Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes
- Poursuivre l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Faciliter la prise en charge en hébergement temporaire de personnes âgées en soins palliatifs pour soulager les aidants et les proches

➤ **Les orientations partagées personnes âgées et personnes en situation de handicap**

- Améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Favoriser l'accès au logement de droit commun
- Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants
- Favoriser la bientraitance
- Lutter contre la maltraitance
- Améliorer la prévention des infections en établissements médico-sociaux (les infections associées aux soins et les infections communautaires)
- Accompagner les conversions du sanitaire vers le médico-social
- S'engager en faveur de l'efficience
- Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements et services
- Soutenir et accompagner la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel sur le champ des personnes âgées
- Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap

➤ **Les orientations spécifiques aux personnes âgées**

- Améliorer la connaissance des besoins de santé des personnes âgées et la connaissance de l'offre médico-sociale qui leur est proposée
- Organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées
- Assurer l'adéquation de l'offre existante aux besoins des personnes âgées
- Adapter les prises en charge médico-sociales à des besoins spécifiques
- Améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées
- Développer et améliorer les articulations avec les autres secteurs de l'offre de santé
- Renforcer l'offre de prévention dans les établissements et services médico-sociaux
- Promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel

➤ **Les axes opérationnels retenus visent à :**

- Développer une politique régionale d'amélioration des conditions de vie en établissement et à domicile
- Veiller à la prise en compte des recommandations architecturales au sein des projets d'établissement
- Initier et développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement en s'appuyant sur les expériences existantes

➤ **La bientraitance et la maltraitance**

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministère chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la « bientraitance » et de renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce plan a notamment été complété par une circulaire d'octobre 2008 instituant notamment une démarche d'auto-évaluation des pratiques de « bientraitance » dans les EHPAD.

Les trois axes opérationnels de lutte contre la maltraitance retenue portent sur :

- Le signalement et le traitement des situations de maltraitance
- Le contrôle et l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux
- L'amélioration de la connaissance de la maltraitance en institution et le développement de la formation

➤ **Prévention du risque épidémique**

L'axe opérationnel retenu est la prévention du risque épidémique, associé aux soins ou communautaire, qui doit figurer au sein du plan de gestion des risques des EMS. L'objectif étant d'harmoniser la démarche de gestion des risques au sein des EMS en termes de déclinaison opérationnelle et de mise en œuvre des procédures. Pour cela, une action sera menée sur la durée du schéma pour unifier et standardiser ce plan de gestion des risques à partir des plans bleus.

➤ **Focus sur le déploiement des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**

L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA...etc.) participe aux orientations du SROMS et a vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions.

- Les accueils de jour doivent s'inscrire dans un dispositif plus global de plateformes de répit et d'accompagnement.
- Les hébergements temporaires au sein des EHPAD constituent une offre de proximité.
- Les unités d'hébergement renforcées doivent être positionnées en offre de recours au sein des territoires.
- Les pôles d'activités et de soins adaptés doivent être positionnés en offre de proximité sur le territoire régional.

➤ **La population âgée**

Le SDOMS du Vaucluse réaffirme le rôle central des Départements dans le portage de la politique gérontologique. Depuis les premières lois de décentralisation, les Départements se sont vus confier des compétences croissantes en matière sociale et dans le champ des politiques en faveur des personnes âgées.

Le Vaucluse appartient aux départements dits « urbains » en raison du poids démographique de ses villes et centres périurbains : 84,5 % des habitants y habitent contre 77,8 % en moyenne en province. Dans le même temps, le territoire s'oppose en deux parties. La première se structure autour d'un arc ouest à majorité urbaine et jeune. A contrario, l'est du Département, marqué par une ruralité ancienne, se distingue par des taux de personnes âgées plus élevés, aux revenus plus bas, vivant dans des habitats anciens, souvent peu adaptés, voire adaptables à une plus grande dépendance. Dans cette partie du territoire, les chiffres actualisés du recensement laissent percevoir des mutations avec l'arrivée de familles avec enfants, venues chercher qualité de vie et logements moins coûteux, modifiant les rapports intergénérationnels et interrogeant les priorités en matière d'équipement de services et d'infrastructures.

Selon les projections, **le Vaucluse compterait 153.000 personnes âgées de 60 ans ou plus en 2015** (soit 13.000 de plus qu'aujourd'hui) et **166.000 en 2020**. L'ensemble du territoire départemental n'est pas homogène en termes de vieillissement. Le Haut et le Sud Vaucluse se caractérisent par une proportion supérieure de personnes âgées (28,6 % contre 26,9 % en moyenne dans le département).

La zone de Courthézon-Jonquières comporte une forte proportion de personnes âgées de 75 ans et plus.

➤ **Les ressources des personnes âgées**

Le Vaucluse se caractérise par un taux de pauvreté de la population supérieur à celui de l'hexagone et ce, quelle que soit la tranche d'âge concernée. Le Vaucluse appartient également aux départements les plus vulnérables de l'hexagone, concept développé par le CNIS (Centre national d'information statistique).

Dans le Vaucluse, les revenus des personnes âgées de 60 ans et plus sont légèrement moins élevés qu'en France métropolitaine. Le Vaucluse fait partie des départements à population âgée pauvre, où la part des personnes âgées est presque toujours supérieure à la médiane des départements et où les dépenses d'ADPA par habitant y dépassent la moyenne.

➤ **La fin de vie et les chutes**

L'accompagnement de la fin de vie : le lieu de décès varie avec le statut social, le sexe et la cause : aux âges élevés, les femmes, plus nombreuses en maison de retraite, y meurent au moins deux fois plus souvent. Par ailleurs, « La maison de retraite est le premier lieu de survenue de décès pour les maladies d'Alzheimer et le deuxième pour les démences ». Les agriculteurs, surreprésentés dans le Vaucluse, décèdent beaucoup plus fréquemment à domicile.

La prise en charge de la mort ne figure que rarement dans le projet d'établissement.

Tout comme en région PACA et en France, ce sont les personnes âgées de 75 à 85 ans qui décèdent le plus **suite à des chutes** : sur 10 personnes qui sont décédées d'une chute, six appartenaient à cette tranche d'âge. Le Vaucluse comptabiliserait entre 4.800 et 7.000 personnes de 65 ans et **plus souffrant de démences** en 2015.

➤ **Les équipements**

le Vaucluse totalise 81 établissements d'hébergement de personnes âgées :

La capacité d'accueil est passée de 5.288 places en 2005 à 5.759 places en 2010. Une analyse comparée des taux d'équipement permet de mettre en évidence que le Département de Vaucluse accuse un retard par rapport aux moyennes régionales et nationales en matière d'équipements en EHPAD. Une augmentation des Prix de Journée Hébergement sur la période 2005-2010 de 27 % pour les ehpad publics. **Une volonté d'amélioration de l'accueil des Personnes Agées au sein des Etablissements** et notamment de la professionnalisation des personnels.

➤ **Consolider le parc existant et créer à la marge des places médicalisées**

- Mutualiser les moyens des établissements publics
- Développer une politique de formation départementale des personnels en établissement
- Améliorer le caractère partenarial avec les directeurs des établissements, l'ARS et le Conseil général
- Le département de Vaucluse compte au 31 décembre 2010, huit CLIC dont un sur Courthézon
- Adapter les établissements aux évolutions des normes et au vieillissement

Ces opérations qui visent à garantir le maintien à domicile tout en assurant le développement du lien social et intergénérationnel. Une offre à consolider sur l'ensemble du département et à développer sur les territoires déficitaires. Un mode alternatif à soutenir et à diversifier.

➤ **Les partenariats et la qualité**

- Définir des modalités opérationnelles d'entrée et de sortie de l'hôpital. Les pratiques mises en œuvre mais non formalisées entre les Equipes Territoriales et les centres hospitaliers. Existence de conventions conclues entre certains CLIC financés par le Conseil général et quelques hôpitaux
- Développer la coopération inter-établissements et la mutualisation des moyens
- Développer le diagnostic et une aide adaptée à la maladie d'Alzheimer et aux apparentés
- Conforter les référentiels de qualité dans le cadre du conventionnement triparti pluriannuel

La passation des conventions tripartites impose un conventionnement de partenariat **entre les EHPAD et les Hôpitaux**. Néanmoins, il reste beaucoup à faire pour articuler tous les composants de la filière gériatrique aux besoins des personnes âgées (notamment celles hospitalisées). Cet objectif devra être prioritaire dans le prochain schéma départemental (2012-2016) et s'appuiera sur le schéma régional médico-social élaboré au cours de la même période.

• **Un enjeu qualitatif qui doit se concrétiser par :**

La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance passant d'une part par le déploiement d'une offre de formation du personnel des établissements et des services médico-sociaux, par la diffusion de « bonnes pratiques » mais également par le développement des instances de contrôles.

La consolidation de l'offre existante en établissement devant proposer aux habitants du Vaucluse un hébergement de qualité proche du domicile à un coût supportable pour la personne ou sa famille et la collectivité.

- **Développer une démarche qualité de la prise en charge des usagers sur l'ensemble du territoire et Favoriser l'expression de la personne dans la formulation de son projet de vie et s'assurer de sa prise en compte dans le projet personnalisé.**
 - ✓ S'assurer le transfert du projet personnalisé en cas de changement de lieu d'accueil
 - ✓ S'assurer de la formation et de la sensibilisation des personnes participant à la formulation du projet de vie
 - ✓ S'assurer de la pluridisciplinarité de l'équipe chargée de la mise en œuvre du projet personnalisé
- **Favoriser la mise en œuvre des recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) au sein des ESMS notamment par la mise en place d'outils de suivi**
 - ✓ Créer une charte départementale de la bientraitance en lien avec les recommandations de l'ANESM
 - ✓ Informer et communiquer autour du phénomène de la bientraitance sur tout le territoire sous forme de conférences, d'informations et de groupes de paroles
- **Formaliser le rapport d'activité des ESMS**
- **La maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et le bénévolat**
- **Prendre en compte la problématique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.**
 - ✓ Développer les structures d'accueil spécifiques au sein des EHPAD (UHR, PASA).
- **Ouvrir les ESMS à et sur la Cité :** conventions, coopérations, Partenariats à mettre en œuvre avec les acteurs de la culture, de loisirs, des sports, de l'apprentissage et de la formation...
- **Favoriser le maintien ou développement du lien social et du lien intergénérationnel, notamment par la mise en place d'animations.**
- **Rédaction d'une charte départementale du bénévolat.**

II - DIAGNOSTIC INTERNE

1.1 EHPAD de Jonquières/Courthézon

L'EHPAD porte le nom de « Maison de Retraite Intercommunale de Jonquières/Courthézon ».

1. Descriptif de la structure

L'établissement de JONQUIERES est relativement récent et possède 104 lits répartis sur 4 Secteurs.

- Pecoulette : 39 lits répartis en chambres individuelles climatisées. Ce secteur est situé au premier étage.
- Causan : 14 Chambres individuelles, au premier étage dans un bâtiment récent en location. Toutes ces chambres sont climatisées.
- Beauregard : 39 Chambres individuelles climatisées. Situées au rez-de-chaussée.
- Malijay : 12 Chambres individuelles, situées au rez-de-chaussée. Elles appartiennent à un secteur sécurisé pour personnes au risque de sorties non programmées. Ce secteur est incorporé au même bâtiment que le secteur Causan, il est donc également climatisé.

2. Données d'activité

Population accueillie

La structure se caractérise par un taux d'occupation très satisfaisant, un pourcentage important de résidents bénéficiant de l'aide sociale et (où) d'une protection juridique.

L'âge moyen est 85.36 ans.

Enfin les chiffres relatifs au GMP (807), et PMP (255) élevés indiquent non seulement une prise en charge lourde mais aussi un turn over important et un taux d'hospitalisation significatif (taux d'absentéisme).

Cette particularité doit être intégrée dans le projet de la structure la réflexion de la création d'un poste de préposé sur le site et conventionnement fort avec les CH.

Par ailleurs, la provenance des admissions des résidents est principalement hospitalière. Ce particularisme doit être intégré dans notre réflexion.

Les décès ont principalement lieu dans la structure. C'est la conséquence d'une politique volontariste récemment mise en place avec le soutien de l'EMPS de Vaison la Romaine et d'un plan de formation ambitieux. C'est un axe majeur de l'institution.

L'EHPAD doit améliorer la prise en charge interne des résidents en mettant en place et en actualisant les projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins traitants et en organisant une astreinte infirmière la nuit et le week-end, selon l'analyse de la mission confiée par la ministre Dominique Libault.

Les établissements de santé devront s'organiser pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise (filiale gériatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile, HAD etc. ...). Optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et faciliter les sorties d'hospitalisation.

TO Hébergement : 99.54 %

Le Taux d'absentéisme : 1.89 % en 2023 pour la MDRI. Un taux de 7% (moyenne relevée par l'étude de KPMG) est considéré comme faible mais trop élevé.

La population âgée, comme les autres doit recevoir les bons soins, donnés par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Le taux d'hospitalisation en 2023 est de 1,42%.

La population âgée, comme les autres, doit recevoir les bons soins donnés par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Résidents bénéficiant de l'aide sociale : 41

La MDRI de Jonquières Courthézon accueille un nombre important de résidents bénéficiaires de l'Aide Sociale soit 41 personnes représentant 29.71% de l'effectif en 2023. Ce particularisme est à prendre en considération au niveau de la recevabilité et du délai des recettes.

Résidents bénéficiant d'une protection de bien : 42

La MDRI de Jonquières Courthézon accueille un nombre important de résidents bénéficiaires d'une protection juridique soit 42 personnes représentant 30.43% de l'effectif.

Moyenne d'âge des résidents au 31/12/2023

Age moyen 85.36 ans.

Provenance des admissions :

23.68 % d'autres EHPAD, 26.32 % SSR et 26.32 % domicile

Les entrées

Le nombre d'admissions en 2023 a été de 38 personnes

Nous avons donc un taux de renouvellement des résidents de 37.25%

Les sorties

Nous avons eu 37 sorties en 2023

-25 Résidents décédés dans l'établissement soit 69.44 %

-7 Résidents décédés lors d'une hospitalisation soit 16.67%

-3 Résidents sont retournés à domicile soit 8.33%

-1 Résident transféré vers un autre EHPAD soit 2.78%

-1 Résident transféré vers l'hôpital soit 2.78%

Les décès

Nombre de décès en 2023 est de 32 décédés dont 25 dans l'EHPAD

Causes significatives des décès :

Fin de vie et Infection respiratoire

Niveau de dépendance au 31/12/2023 et admission

➤ **L'institution se caractérise par GMP et un PMP élevés.**

Depuis 2014, et sous l'impulsion du Directeur, il a été mis en place une commission de Girage, composée du Médecin-Coordonnateur, du cadre de santé, d'une infirmière, d'AS et de la Psychologue. Cette commission a travaillé avec le Médecin-Coordonnateur pour actualiser le Girage de tous les résidents et pour établir un nouveau GMP qui a été contrôlé par les médecins du Conseil Général.

Le GMP effectué a été validé par les Médecins du Conseil Général dans le cadre de la révision de la convention tripartite le 05/09/2023 à 807

L'informatisation des dossiers résidents ainsi que la sécurisation du circuit du médicament doivent se poursuivre. Il s'agit d'un gage de sécurité et de qualité de la prise en charge. Ce logiciel doit être intégré et en full web afin d'améliorer la qualité et la fiabilité des informations tant en interne qu'en externe (médecins, laboratoire, pharmacie, etc. ...).

La procédure d'admission, d'accueil et d'intégration, récemment mise en place doit s'imposer comme un pilier du projet personnalisé.

2.3 Situation géographique, caractéristiques de la structure et projet de reconstruction

1. Un cadre au centre-ville

L'établissement est réparti sur 1 seul site :

- Jonquières = 104 lits, situé en centre-ville également, bâtiment ancien ayant bénéficié d'une extension de 26 lits en 2004-2005.

La structure est située en village, cette proximité avec le centre-ville facilite les échanges entre les résidents de cette structure et la vie des communes et permet d'organiser des activités communes, des sorties et festivités... les enfants de la crèche et des écoles contribuant aux échanges intergénérationnels.

La MDRI Jonquières Courthézon est un EHPAD public autonome rattaché juridiquement à la Fonction Publique Hospitalière et autorisé à 102 places d'hébergement permanent, 2 places d'hébergement temporaire.

L'établissement est locataire de ses bâtiments dans le cadre d'un Bail Emphyotique Administratif et propriétaire d'une partie en cours de rachat à la société LOGIREM. Ils s'étendent sur une superficie de 5379 m².

La Structure est située sur un seul site Jonquières et dispose d'un groupe électrogène.

L'établissement a réalisé en 2004 des travaux d'extension visant à accueillir deux nouvelles unités de 28 places au total, dont une Unité de Vie Protégée atteignant ainsi sa capacité d'accueil maximale.

L'établissement dispose en propre d'une salle de stimulation sensorielle (Snoezelen), d'un PASA éclaté, de salles de soins, de salles d'animation, de salons de coiffure et de petits salons, de salles d'ateliers pédagogiques, d'un jardin thérapeutique et des espaces de détente extérieurs arborés.

Enfin cette structure accueille de nombreux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée comme en témoigne la labellisation par l'ARS et par le Conseil Général.

« Les opérations de modernisation des EHPAD habilités à l'aide sociale, afin de contribuer à la résorption des situations d'établissement aux locaux dit « Indignes ». »

- Une unité sécurisée de 12 lits au rez-de-chaussée du bâtiment construit en 2004
- 14 lits au R+1 de ce même bâtiment
- 48 lits répartis dans l'aile Sud-ouest et au R+1 de l'aile Est
- Une cuisine de production
- Un relais lingerie – la lingerie étant basée actuellement à Courthézon

Mis à part les 26 chambres construites en 2004, qui ont une surface de l'ordre de 21m², les autres chambres, simples ou doubles, ne sont pas aux normes actuelles pour les EHPAD et n'ont pas la surface suffisante.

2. Valeurs éthiques et missions de l'établissement

L'EHPAD Intercommunal de Jonquières Courthézon affiche des règles éthiques fortes devant fédérer l'ensemble des acteurs et partenaires vivant ou intervenant au sein de la MDRI Jonquières Courthézon. Ces valeurs définies et validées par le Conseil d'Administration sont les suivantes :

- La **dignité et l'intimité** de la personne : exister en tant qu'être humain et être considéré comme un individu à part entière
- Le **respect** : se reconnaître et respecter chacun, résidents, familles et soignants
- La **citoyenneté** : préserver les droits fondamentaux des personnes via l'équité, la solidarité et la fraternité
- La **responsabilité** : conserver le droit au choix, permettre le maintien des prérogatives tout en assumant ses devoirs
- **Prendre soin et favoriser l'autonomie** : garantir le bien-être physique de la personne, être attentif et assurer sa protection et sa sécurité
- **Accompagner et informer** : adapter un accompagnement personnalisé aux besoins de la personne
- **Accueillir** : recevoir avec convivialité et respecter chaque personne, favoriser son intégration et permettre l'émergence d'un sentiment d'appartenance
- **Vivre** : créer un lieu de vie agréable dans lequel les goûts, les désirs et envies sont respectés

2.4 Réseaux et coopérations

1. Partenariats

PAIE MONTFAVET	CONVENTION RELATIVE A LA PAIE.pdf
LABORATOIRE	CONVENTION LABORATOIRE.pdf
PHARMACIE	CONVENTION PHARMACIE.pdf
SOINS PALLIATIFS	CONVENTION SOINS PALLIATIFS.pdf
CH MONTFAVET PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE	CONVENTION PRISE EN CHARGE PSY.pdf
BENEVOLAT	CONVENTION DE BENEVOLAT.pdf
INTERCLIN	CONVENTION INTERCLIN.pdf
CHO LOUIS GIORGI PLAN BLEU	CONVENTION AVEC CHO PLAN BLEU.pdf
BIOLOGIE MEDICALE	CONVENTION BIOLOGIE MEDICALE.PDF.pdf
HAD	CONVENTION HADAR.pdf
CCAS JonquièresCourthézon Orange etc...	
SSR Orange, Vaison la romaine, Bollène, Valréas, Avignon, Carpentras	

2.5 Analyse des indicateurs d'activité de l'établissement

1. La prestation de soin et d'accompagnement

La charge en soin et en accompagnement dans la résidence est relativement élevée comme en témoigne le GMP de 807, supérieur aux moyennes départementales et nationales. Le PMP, indicateur exprimant la lourdeur moyenne en soins médicaux des résidents accueillis, est de 255

Le niveau d'activité de la structure est très élevé, le taux d'occupation global de la structure étant d'environ 99.54 %.

Le positionnement dans le parcours de soin des personnes accompagnées est clair : il correspond à un accompagnement de fin de vie cohérent avec la mission première des EHPAD ; l'établissement assurant dans la plus grande majorité des cas

la liaison entre le domicile et la fin de vie des résidents accueillis. **En revanche les coopérations amont** (les structures de provenance de résidents) **de la structure sont à clarifier.**

2. Les ressources humaines

➤ Des compétences variées et riches en ressources humaines

Au niveau des soins et de l'accompagnement, en sus des ressources et compétences nécessaires en EHPAD (Médecin-Coordonnateur, cadre de santé, Infirmière, AS/AMP, ASHQ), **la MDRI dispose de compétences larges et qualifiées** (Cadre Supérieur de Santé, Psychologue, Ergothérapeute, Psychomotricienne, Responsable Qualité, spécialiste de la finance, Responsable animation diplômé, ASG, responsable hôtelière, responsable maintenance SSIAP3) pertinentes pour assurer une qualité optimale de prise en charge des résidents accueillis.

➤ L'établissement est composé de 86.30 ETP autorisés au titre de 2023, avec un ratio d'encadrement de 0.84%.

➤ L'absentéisme de la MDRI fut de 6.19 % tout grade, titulaire et contractuel réunis. La répartition totale de l'absentéisme par grade indique une prédominance du grade ASH suivi d'un agent administratif et AS.

Cet absentéisme est principalement lié aux CMO à hauteur de 4.14 %.

Outre un coût important de remplacement pour l'établissement, les absences de courtes durées perturbent insidieusement la fluidité du fonctionnement de l'organisation.

L'organisation interne à l'établissement manque quelque peu de stabilité en raison notamment de l'absentéisme important des CMO.

➤ Formations

Un plan de formation est établi chaque année.

L'analyse des tableaux montre qu'en 2023, diverses formations ont été effectuées tant en externe qu'en interne à hauteur de 5 268 heures pour un montant de 94 277.67 euros.

Ces formations ont permis aux agents (AS, IDE, ASHQ, AAH) d'approfondir leurs connaissances, d'appliquer les bonnes méthodes et d'évoluer dans leur carrière telle qu'aide-soignante en infirmière ou aide-soignante en assistante en soins gérontologiques.

Le nombre d'heures attribué par agent tout au long de l'année 2023 est de 61 heures par agent **soit 9 jours par agent.**

Les actions furent fortes en 2023, notamment sur l'évaluation, la sécurité, dénutrition, douleur, chute, maladie d'Alzheimer, la bientraitance, les soins palliatifs, la douleur et les formations promotionnelles.

➤ La pyramide des âges des titulaires

- 16 sont dans la tranche de 20-30 ans
- 22 sont dans la tranche de 30-40 ans
- 22 sont dans la tranche de 40-50 ans
- 28 sont dans la tranche de 50-60 ans
- 6 sont dans la tranche de 60 ans et +

36,17% des agents ont plus de 50 ans.

Notons qu'une partie des agents (56) ont un âge supérieur à 40 ans, 34 des agents de la structure ont plus de 50 ans.

Cela constitue une richesse pour l'établissement notamment par la plus-value de l'expérience mais aussi une fragilité liée au vieillissement des organismes. Dès lors, des actions doivent être entreprises en matière de lutte contre les TMS.

➤ L'organisation formelle de la MDRI Jonquières Courthézon est clairement structurée

La structuration adoptée est de type fonctionnel avec un organigramme clairement défini depuis début 2014 :

Constitution de pôle avec à sa tête un responsable encadrant une équipe plus ou moins nombreuse. **Le taux de professionnels assurant une fonction d'encadrement** sur l'ensemble du personnel est de 8,8%.

L'établissement dispose de Responsables de service qui « rendent des comptes » au Directeur de l'établissement. La coordination de l'ensemble des services de l'établissement se réalise formellement d'une part, via des réunions de direction hebdomadaires et informellement d'autre part, via des contacts réguliers entre responsables de services. Les fiches de poste sont clairement définies pour chaque responsable. Des délégations ont été établies. Un document Unique de Délégations a été établi. Chacun participe à la rédaction du rapport d'activité dans les secteurs les concernant.

L'ensemble des agents bénéficie de fiches de postes et de tâches. Des évaluations annuelles professionnelles sont réelles.

➤ Des instances régulières

Le Conseil d'Administration, le Comité Social d'Établissement, le Conseil de Vie Sociale, les conseils de service, la commission de coordination médicale, la commission hôtelière se réunissent régulièrement. Cette vie institutionnelle est retracée dans le rapport d'activité chaque année.

➤ Temps syndical

Après l'élection définitive des organisations syndicales, un temps syndical leur est attribué.

3. Finance et budget

Le niveau d'exécution budgétaire de la résidence est représentatif d'une gestion saine et rigoureuse de l'établissement.

Cette gestion rigoureuse permet à l'établissement de réaliser des excédents qui ont, dans un premier temps, fini d'apurer les déficits restants mais permet aussi à l'établissement de doter les différentes réserves d'affectation du résultat.

La Réserve de compensation des déficits d'exploitation, dans une gestion de prudence, l'établissement anticipe un éventuel futur déficit.

La Réserve des excédents affectés à l'investissement, qui permet d'augmenter la capacité d'autofinancement et donc de diminuer le recours à l'emprunt lors d'investissement.

La Réserve de compensation des charges d'amortissement, qui permet de compenser les charges d'amortissement des investissements et donc de ne pas impacter ces dépenses d'exploitation sur le prix de journée.

Concernant **les équilibres financiers** :

La **CAF** (*La CAF d'un établissement représente sa capacité à dégager annuellement grâce à son exploitation les fonds nécessaires à ses investissements*) de la Maison de Retraite est d'environ 677 995.76 euros au 31 décembre 2023. L'établissement dégage donc annuellement une capacité financière non négligeable qui lui permet, outre le remboursement de ses emprunts et de financer d'éventuels projets futurs.

Le Taux de **Marge Brute** est un ratio complémentaire du ratio de taux d'autofinancement. Il permet de mesurer la marge que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements. Par définition le taux de marge brute doit être supérieur au taux d'autofinancement. En effet, le taux de marge brute prend non seulement en compte les amortissements et les provisions mais aussi, en plus, les frais financiers. Dans le cas contraire cela signifie que l'établissement ne pourra pas couvrir en totalité ses amortissements et les intérêts de la dette. Le taux de Marge Brute pour 2023 est de **13.56 %**.

Le **FRNG** (*Le fonds de roulement net global*) est la différence entre les ressources stables (passif long terme) et les emplois stables (actif long terme). Parmi les ressources stables, on distingue celles affectées de par leur nature aux financements des opérations d'investissement et celles durablement consacrées au financement du cycle d'exploitation. C'est la somme du Fonds de Roulement d'investissement et du Fonds de Roulement d'exploitation. Soit la différence entre la totalité des ressources stables et la totalité des emplois stables. Le ratio de FRNG doit être positif (supérieur à 100 %). Le FRNG a vocation à financer le Besoin en Fonds de Roulement. Il est de 124.44% pour 2023 soit 225 jours d'exploitation.

2.6 Evaluation interne et externe

Toute la documentation des maisons de retraite intercommunales de Jonquières et Courthézon sert à la mise en place du système qualité, garantissant la qualité des soins.

Pour pouvoir identifier un document et assurer sa traçabilité conformément à l'assurance qualité, chaque document possède un numéro d'enregistrement :

Identification de la structure

JC : Jonquières Courthézon

Identification du degré documentaire

PC : procédure

PT : protocole

FI : fiche

PR : projet

DOC : document

RP : rapport

EN : enregistrement

Identification du service émetteur

S : soins

HH : hôtellerie et hygiène des locaux

III-SYNTHESE DU DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

2.1 Opportunités et menaces de l'environnement

1. Les opportunités de l'environnement

Des évolutions de la population tendant vers une croissance de la demande d'entrée en institution

Les prévisions nationales tendent vers une augmentation de la population des personnes âgées. Cette tendance se confirme sur région PACA et sur le Vaucluse, avec un vieillissement annoncé de la population et une survenue chez les personnes âgées d'une dépendance plus lourde et à un âge plus précoce que sur l'ensemble du territoire.

La diminution culturelle du nombre d'aidants familiaux et la volonté de personnes âgées de nouvelle génération de ne plus être à la charge de leurs enfants intensifiera la croissance prévisionnelle de la demande.

Le nombre important de nouveaux cas Alzheimer diagnostiqués chaque année ainsi que l'espérance de vie sans précédent du public souffrant de handicap confirme cette tendance.

Une progression des crédits alloués au secteur médico-social

Les aides concernant la médicalisation augmentent sur le forfait soins.

Un développement accru des solutions de prise en charge moins onéreuses et plus adaptées aux demandes de la population

Le coût de la prise en charge de la dépendance en institution est très élevé. On observe un décalage évident entre le tarif hébergement en EHPAD et les revenus moyens des retraités : l'entrée en institution est économiquement difficile aux classes moyennes et très coûteuses à la collectivité.

Parallèlement à cela, on observe un souhait largement exprimé par les personnes âgées et familles de rester à domicile et de rechercher des modularités de prise en charge et une intention politique affirmée de placer le maintien à domicile en tant que véritable priorité nationale.

Le développement de partenariats visant à améliorer la qualité du circuit de soin et la maîtrise des coûts de la prise en charge de la personne âgée

Le secteur de l'aide et du soin à domicile va être d'ici peu consolidé par les pouvoirs publics. Cette évolution impliquera selon les politiques publiques la nécessité d'améliorer la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et du domicile. Des opportunités de partenariats apparaissent de plus en plus judicieuses, notamment :

- Entre les EHPAD et SSIAD pour limiter l'entrée éventuellement trop précoce en institution et mieux faire le lien entre le domicile et l'institution ;
- Entre les EHPAD et HAD pour tenter de mieux réguler les hospitalisations ;
- Les EHPAD et le sanitaire pour mieux inscrire le médico-social dans les réseaux gérontologiques locaux

2. Les menaces de l'environnement

Une standardisation à terme de l'offre d'accueil permanent en institution, provoquant un accroissement de la concurrence inter EHPAD sur la zone Jonquières Courthézon

Une population en EHPAD de plus en plus dépendante impliquant une adaptation des compétences en interne

Le développement des solutions de maintien à domicile, va intensifier la segmentation entre la dépendance et la très grande dépendance. L'entrée en institution constituera de plus en plus une solution de dernier recours pour les personnes âgées très dépendantes ne pouvant plus du tout rester à domicile.

Les EHPAD seront donc de plus en plus confrontés à la complexité des pathologies et devront améliorer leur qualité d'intervention : les acteurs devront être mieux formés de manière à être plus compétents dans le soin du grand âge et le maintien de l'autonomie.

Une volonté politique explicite de maintien du prix de journée et de réduction des coûts en EHPAD

2.2 Points forts et points faibles de l'établissement

1. Les points forts de l'établissement

Ses ressources physiques :

- **Un établissement implanté dans une zone géographique favorable**

- **Un établissement disposant d'équipements de prise en charge complets** : salles de soin, salles kiné, salle Snoezelen, jardin thérapeutique, etc. ;
- **Des prestations diversifiées d'hébergement permanent des personnes âgées** : prise en charge traditionnelle, prise en charge Alzheimer et maladies apparentées, prise en charge du handicap.
- **Des ressources humaines en interne disposant de qualifications larges et diversifiées**, s'ajoutant à celles nécessaires en EHPAD : notamment Cadre de Santé, Responsable qualité diplômé, Responsable animation diplômé, Psychologue, infirmière référent par unité, Ergothérapeute, ASG, Responsable prestations hôtelières, Responsable qualifié en Finances, Responsable maintenance qualifié SSIAP 3, etc. ;
- **Un ratio soignants/résidents très correct**
- **Des partenariats et coopérations disponibles** : conventions (réseau), coopérations, bénévoles.
- **Des liquidités non négligeables** : une capacité d'autofinancement (CAF) importante
- **Une dépendance financière modérée** : l'endettement représentant 36% des ressources stables ;
- **Des sources de financement fiables** : l'établissement étant public.
- **Une identité forte et partagée** : des valeurs et missions auxquelles chaque acteur doit adhérer ;
- **Une bonne image générale** : une qualité d'intervention de l'établissement valorisée par les usagers.
- **Un large spectre de compétences et une diffusion des compétences favorisées entre les agents** : interventions de la majorité des soignants sur la vieillesse traditionnelle, sur les pathologies Alzheimer et troubles apparentés,
- **Une gestion budgétaire saine et rigoureuse** des recettes et dépenses de l'établissement, en respect des budgets accordés ;
- **Des mutualisations réalisées** avec l'EHPAD de Mouvaux et à venir, notamment dans le cadre du groupement de coopération médico-social (CGMS) dans lequel s'insère la résidence.
- **Une organisation très structurée** facilitant, la diffusion opérationnelle des orientations stratégiques, la communication et le contrôle.

2. Les points faibles de l'établissement

Certaines ressources physiques :

- **Une capacité d'accueil maximale atteinte en lits d'hébergement permanents**, ne permettant plus de développement en volume (en lits) ;

Certaines ressources humaines :

- **Un niveau de GMP et PMP importants** impliquant une charge en soin et accompagnement parfois lourde pour les soignants.
- **Des coopérations inter établissements pas toujours très claires** : certaines coopérations pérennes ne sont pas sous conventions, certaines conventions de partenariats ne semblent pas toujours activées ;
- **Une file active et un taux de rotation des places importants**, nécessitant de fortes compétences organisationnelles en termes de régénération de l'activité.
- Une unité de vie protégée manquant de moyens car fonctionnant comme un UHR

2.3 Orientations stratégiques de l'établissement

1. Adapter le positionnement de la structure aux besoins de la personne âgée et à l'offre de prise en charge en construisant une nouvelle structure réunifiée, en labélisant l'unité « Malijay » en UHR et transformé l'unité « Causan » en unité de vie protégée

Le secteur va être confronté à une standardisation de l'offre d'accueil permanent en institution provoquant un accroissement de la concurrence inter EHPAD.

Aujourd'hui, la MDRI dispose de prestations de prises en charge permanentes larges (accueil traditionnel, Alzheimer,) qui la différencie favorablement des autres établissements des alentours et contribue à son rayonnement.

Pour saisir ces opportunités de différenciation et contrer des menaces éventuelles de standardisation de l'offre sur les environs, la MDRI dispose de fortes compétences organisationnelles et managériales (organisation très structurée), de ressources physiques (localisation géographique favorable, niveau d'équipement), de ressources humaines (ratio soignants/résidents correct, bon taux d'encadrement), de ressources financières (liquidités) et de ressources intangibles solides (bonne image, identité forte et partagée).

Le PPI intégrant la **nouvelle construction** a été validé par les autorités de tutelle. L'établissement a reconstruit sur le site de Jonquières finalisant la dernière étape de la fusion de 2006.

L'unité « **Malijay** » comporte une architecture adaptée à sa transformation **En UHR** ; Les résidents postulant en EHPAD présentent de plus en plus de troubles de comportement avec DTS sur fond de maladie d'Alzheimer ou apparentés.

Améliorer l'inscription de l'établissement dans les filières gériatriques et réseaux locaux

Les recommandations politiques s'orientent de plus en plus vers le développement de partenariats visant à améliorer la qualité du circuit de soin et la maîtrise des coûts de la prise en charge de la personne âgée.

Ces intentions politiques constituent aujourd'hui une véritable opportunité pour la MDRI qui accueille un public très dépendant, impliquant notamment en interne une file active et un taux de rotation de places importants.

En effet, si la structure dispose de partenariats divers et variés, ses coopérations inter établissements ne sont pas toujours claires, comme on l'observe notamment **sur la branche amont** (liaison entre les hôpitaux et l'établissement, correspondant à 65% des entrées de résidents).

Les taux de dépendance et les poly pathologies des résidents amènent à de nombreuses hospitalisations. Par conséquent **il convient de renforcer les liens avec les structures hospitalières** et de créer un réseau de prise en charge concernant **les troubles cognitivo-comportementale comme une équipe mobile**.

Pour mieux inscrire la résidence dans les filières et réseaux locaux, l'établissement peut s'appuyer sur des ressources effectives telles que ses coopérations actuelles (qu'il convient néanmoins d'évaluer et actualiser) et sa qualité d'intervention valorisée par les usagers.

2. Maintenir le prix de journée et assurer l'accessibilité de nos prestations à l'ensemble des personnes âgées

Si on constate pour 2013 une progression des crédits alloués au secteur médico-social, les orientations politiques à venir se dirigent vers une volonté explicite du maintien du tarif hébergement en EHPAD **et une réduction des coûts de fonctionnement**.

Pour relever ce défi, l'établissement peut notamment s'appuyer sur des compétences budgétaires effectives, telles que sa gestion saine et rigoureuse en respect des budgets accordés.

En revanche, l'établissement devra s'engager selon toute vraisemblance dans une politique, en matière de ressources humaines, susceptible de **réduire des coûts de fonctionnement** non négligeables relatifs à l'absentéisme.

La baisse du nombre de résidents prévue pour la nouvelle construction doit amener la MDRI à repenser les organisations pour optimiser les dépenses afin d'absorber une partie des surcoûts dus à la nouvelle construction.

3. Inscrire l'établissement dans une culture d'amélioration continue de la qualité et de bientraitance

L'établissement a réalisé une évaluation interne et externe.

Une dynamique constructive s'est mise en place autour d'un COPLI et d'une responsable qualité.

Un axe fort sur la bientraitance et ses modalités d'actions est inscrit dans ce projet.

4. Poursuivre l'amélioration de la prise en charge soignante

Entretenir la culture de la Bientraitance passe par un accompagnement personnalisé pour tous les résidents et par tous les professionnels de l'EHPAD. Cette mesure phare de l'ANESM décline 4 repères (cf-1-annexes Diamant de Marchesnay).

Chaque jour, la Bientraitance implique une recherche constante d'amélioration de nos pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance, c'est une démarche volontariste de tous les professionnels, les résidents, les familles, les aidants. Suite à l'évaluation externe, la réécriture du Projet institutionnel et celui du soin s'imposait. Après de nombreux échanges et réflexions avec les équipes pluridisciplinaires, nous avons fait le choix entre les philosophies de l'Humanité et celle de Montessori. C'est cette dernière qui a retenu l'attention des équipes.

Seront abordés les thèmes sur la bientraitance, la douleur, les chutes, les troubles du comportement et de l'humeur, les escarres, la nutrition, la continuité des soins, et la maîtrise du risque infectieux.

5. Poursuivre l'amélioration de la prise en charge hôtelière

On peut s'interroger sur la notion d'hébergement peu adaptée, à notre avis, à la réalité du terrain dans la mesure où dans le langage courant « héberger » signifie à titre gratuit or ce n'est pas le cas. Le résident paie pour le service et le terme d'hôtellerie serait plus adapté. Cette réflexion nous amène à évoquer la dépendance croissante de la population accueillie et pour relever ce défi difficile, il nous faudra nous orienter vers une qualité de type hôtelier. Dans un EHPAD, le résident doit pouvoir bénéficier de services hôteliers dans un environnement sécurisé tout en bénéficiant d'une présence humaine permanente.

Le projet hôtelier est simple à concevoir et doit proposer des prestations en rapport avec le prix facturé avec :

- Un mobilier confortable

- Une restauration "gourmande"
- Une conception et une décoration des chambres agréables et permettant le respect de l'intimité
- Un service hôtelier de qualité (entretien du linge/entretien des locaux et service du repas)
- Un personnel présent et courtois
- Une aide à la vie quotidienne
- Des activités adaptées et variées
- Les petits "plus" du quotidien...

Le projet d'établissement 2016-2020 va se lier principalement avec la construction et la mise en service de la nouvelle structure unifiée.

Les locaux, équipements et organisations de travail vont se voir modifier et avec eux l'adaptation inévitable des agents, **dans le respect et la vérification permanente d'une prise en charge adaptée** (bienveillance, satisfaction du résident, règlementation) et d'une maîtrise parfaite des dépenses.

6. Poursuivre l'amélioration de la prise en charge Animation

L'animation est un concept important dans la vie d'un établissement d'hébergement pour les personnes âgées.

Il ne s'agit pas uniquement de distraire ou de faire passer le temps, mais bel et bien de donner de l'existence au temps, de maintenir la personne dans la réalité, de lui donner une place réelle ainsi que l'envie de se projeter dans l'avenir et de construire des projets.

Essayer que les lendemains ne soient plus une souffrance, mais la continuité de la vie envisagée de la manière la plus positive possible.

Il faut que chacun trouve sa place dans la résidence et que chacun se sente important en insistant sur les capacités restantes et non les capacités perdues.

7. Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la sécurité des biens et des personnes ainsi que la gestion administrative et financière

Maîtriser les coûts doit être une préoccupation constante, la sécurité des biens et des personnes est une obligation pour chaque EHPAD.

8. Mettre en place un projet social et managérial dynamique

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications.

« Garant de la cohésion et de la dynamique des Ressources Humaines, le projet social est négocié par le Directeur avec toutes les organisations syndicales représentatives de l'établissement ».

Il a pour objectif principal de donner un signe fort au personnel de la volonté de l'établissement, à travers des actions ciblées, à conduire une politique de recrutement, de fidélisation, de formation et de promotion, de préparation au changement, ainsi que de prise en compte des conditions de travail.

Le projet managérial définit les principes de gouvernance et la politique de délégation, de responsabilisation.

PROJET DE BIEN-ÊTRE ET **DE SOINS**

LA BIENTRAITANCE

Définition et repères pour la mise en œuvre de la recommandation de bonne pratique de LA BIENTRAITANCE dans notre EHPAD

Entretenir la culture de la Bientraitance passe par un accompagnement personnalisé pour tous les résidents et par tous les professionnels de l'EHPAD. Cette mesure phare de l'ANESM décline **4 repères** (cf-1-annexes Diamant de Marchesnay)

La mise en œuvre de la BIENTRAITANCE peut se définir comme ne pas faire de tort à l'autre, ne pas lui nuire, le considérer en tant qu'être humain et trouver un équilibre entre les bénéfices et les risques qui constituent les conséquences de nos actes. Ainsi il faut donner du sens à nos actes que nous effectuons au quotidien, briser la routine (et ne pas faire un acte de soins pour générer un acte), savoir toujours se remettre en question sur nos pratiques, ne pas nier les difficultés, noter les situations complexes et tenter de les résoudre.

Chaque jour, la Bientraitance implique une recherche constante d'amélioration de nos pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance, c'est une démarche volontariste de tous les professionnels, les résidents, les familles, les aidants. C'est dans cet optique de considération d'une telle démarche que nous avons fait le choix de nommer une aide-soignante (investie sur thème de la Bientraitance) Référente Bientraitance et qui a reçu une formation validante lors du 2eme trimestre 2016 par le biais de l'espace Sentein à Montpellier .Le cadre de santé sera conducteur du projet « entretenir la culture de la Bientraitance et prendre soin » dans notre établissement en lien avec la référente Bientraitance ainsi que la psychologue et le médecin coordonnateur

I- L'USAGER CO-AUTEUR DE SON PARCOURS (Repère 1)

1. Donner une réalité à la liberté de choix

Dans notre établissement, respecter la liberté de choix est un préalable indispensable à l'accompagnement. Quotidiennement, on est confronté au dilemme entre liberté de choix et sécurité du résident. Le COPIL se retrouve dans l'obligation de concilier 2 logiques a priori opposées, avec une prise en compte des besoins personnels de nos résidents et des contraintes collectives. Dans la loi du 2 janvier 2002, les différents outils mis en place promeuvent l'information des usagers et la recherche du consentement éclairé. La charte des droits et libertés, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le CVS, la commission de vie hôtelière sont autant de moyens qui contribuent à l'expression du respect des droits et libertés.

Ces outils ont pour but de rendre plus lisibles, plus identifiables les pratiques professionnelles, les modalités d'organisation (l'organigramme, la déclaration de personne de confiance, la liste des médecins traitants intervenants sur la structure, nos partenaires, la liste des personnes qualifiées, ce que sont les directives anticipées, la plaquette du PASA... etc), d'accompagnement et une information est portée sur le libre choix des prestations.

La recherche de la qualité (le cadre de santé a été formé Responsable qualité certification AFNOR en 2015 a l'espace Sentein Paris) les évaluations internes et externes sont autant de garanties de respect des droits et libertés des personnes âgées.

Dans l'élaboration de notre projet d'établissement, une réflexion éthique a été menée sur ce que l'établissement souhaite : se retrancher derrière des arguments sécuritaires ou faire en sorte que les droits et libertés soient exercés. Nous avons adopté « le droit au choix » donc au « risque » et cela constitue un élément central de la vie de notre établissement. Cependant les familles ou les tutelles nous amènent parfois à emprunter des voix plus banalisées qui peuvent nous éloigner de notre mission première étant de faire de notre EHPAD un lieu de vie pour personnes âgées.

Ainsi la personnalisation de l'accompagnement est engagée (PAI réalisés à 91%), le rythme de la personne âgée est respecté, l'autonomie est recherchée et privilégiée. Nos agents sont investis sur les droits portés à nos résidents, sur le respect de sa dignité, de son intimité, de sa vie privée et de sa sécurité.

L'établissement s'engage à veiller à la confidentialité des données qui concerne le résident et lui permet d'avoir accès à toute information le concernant mais aussi aux informations sur les protections légales dont il peut bénéficier.

2. Recherche du consentement éclairé autant que possible

Selon la philosophe Française Geneviève Fraisse dans son écrit « Du consentement », elle nous précise ceci : « **Le consentement n'est pas toujours un acte de parole. Le consentement se dit, ou ne se dit pas, s'exprime où se tait. Il est tout en intériorité et donne alors des signes, ou des preuves. Il est tout en extériorité, et montre dans ce cas sa force et sa**

clarté. Donner son consentement peut se dire ou s'interpréter, s'écrire ou se faire comprendre. Le consentement semble un mot simple, une notion transparente, une belle abstraction de la volonté humaine ; il est pourtant obscur et épais comme l'ombre et la chair de tout individu singulier »

En tout état de cause, l'arrivée en institution est pour la majorité de nos résidents un choix contraint, tant par l'état de santé (patients arrivant de l'hôpital après une chute à leur domicile...etc.) que par le souci de ne pas être une charge pour leurs enfants ou leur entourage. Certains expriment des craintes d'abandon ou s'inquiètent sur le coût de leur prise en charge. Le consentement de la personne est systématiquement recherché comme l'exige la loi, au cours de la première rencontre avec le médecin coordonnateur en pré admission (visite à domicile, à l'hôpital, en SSR). Cependant il est parfois très difficile d'obtenir un réel accord en particulier chez les patients souffrants de troubles cognitifs et comportementaux sévères.

Pour rester acteur de ses choix et décisions, le résident peut être confronté à un paradoxe entre son désir à lui et à celui de sa famille. L'entourage est primordial pour la préservation de l'initiative de leur parent. Il sera favorisant ou non dans la mesure où il permet à la personne d'exprimer ou non les attitudes qui lui conviennent le mieux au moment de ce choix difficile. Dans notre EHPAD, le médecin coordonnateur obtient un accord dans 95% des admissions.

3. Définition du projet d'accueil et Accompagnement à l'autonomie

La promotion de l'autonomie passe par la personnalisation de l'accueil et de la mise en place du projet d'accompagnement individualisé.

Le jour de l'accueil, un agent est nommé référent (l'entrée est prévue en règle générale à 14h). C'est donc un aide-soignant en poste du soir qui est nommé référent. Celui-ci prend connaissance du compte rendu du médecin coordonnateur lors de sa visite à son domicile (ou autre) et se prépare à accueillir le futur résident, il l'accompagne de façon privilégiée lors de ce temps fort, vérifie son trousseau et si besoin envoie les vêtements pour le marquage à la lingerie. Il participe au goûter et présente les autres résidents au nouvel arrivant. Le soir, il transmet ses informations sur le dossier de soins informatisé et précise la problématique du risque d'incontinence et met en place sa fiche de suivi alimentaire. L'infirmière récupère l'ordonnance et faxe cette dernière à la pharmacie pour obtenir les rouleaux de traitement pour le soir même. L'équipe encadrante se présente au résident.

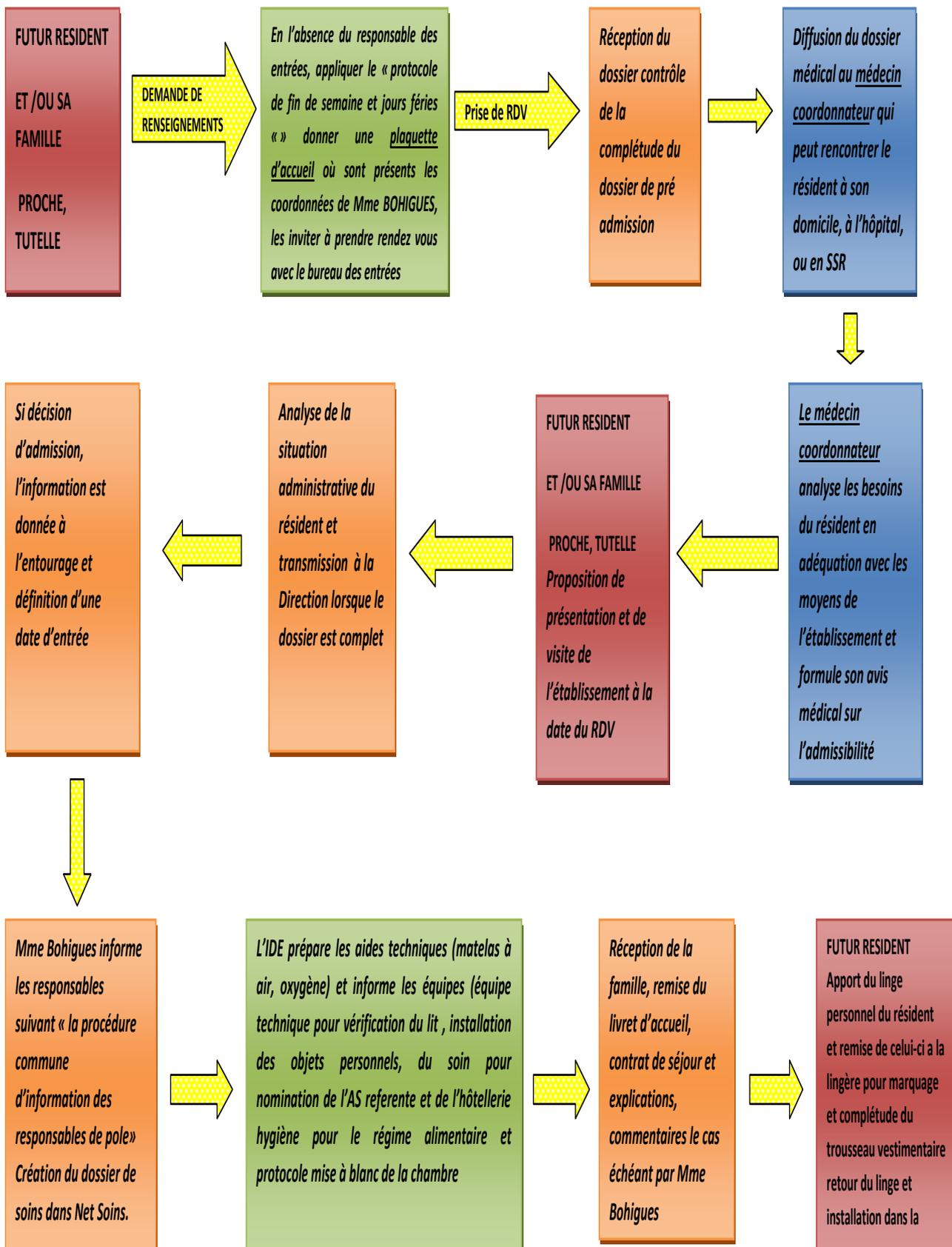
Le référent est un interlocuteur privilégié mais pas unique du résident et de sa famille de sa tutelle, il s'inscrit dans une démarche collective, sa désignation peut être réévaluée en cas de difficultés constatées entre le soignant et le résident. Les missions du référent sont :

- Créer du lien
- Être un repère
- Collecter et transmettre des informations
- Être le garant du projet d'accompagnement individualisé (recueil des besoins et attentes) et de son suivi

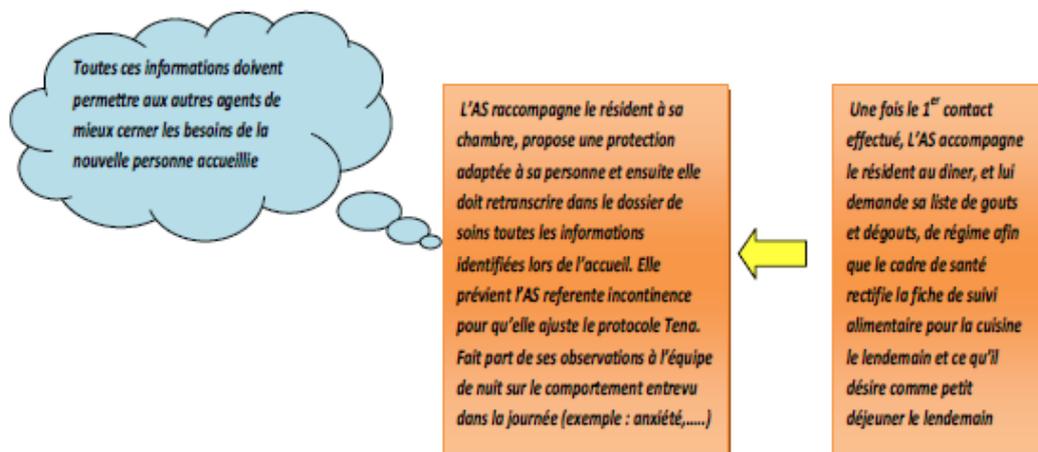
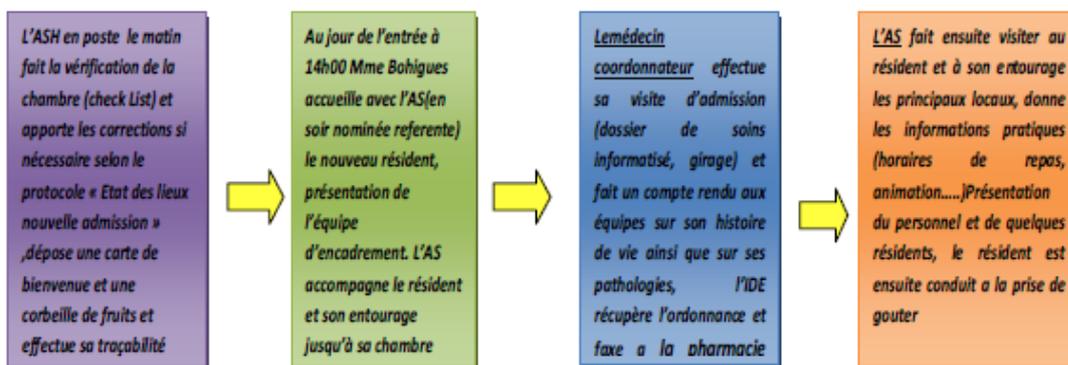
Il s'agit de « relais » qui en cas de « *perte d'autonomie importante ou de manque de discernement* » peuvent être associés à la décision et à la validation du projet.

Notre procédure d'accueil peut être schématisée comme suit :

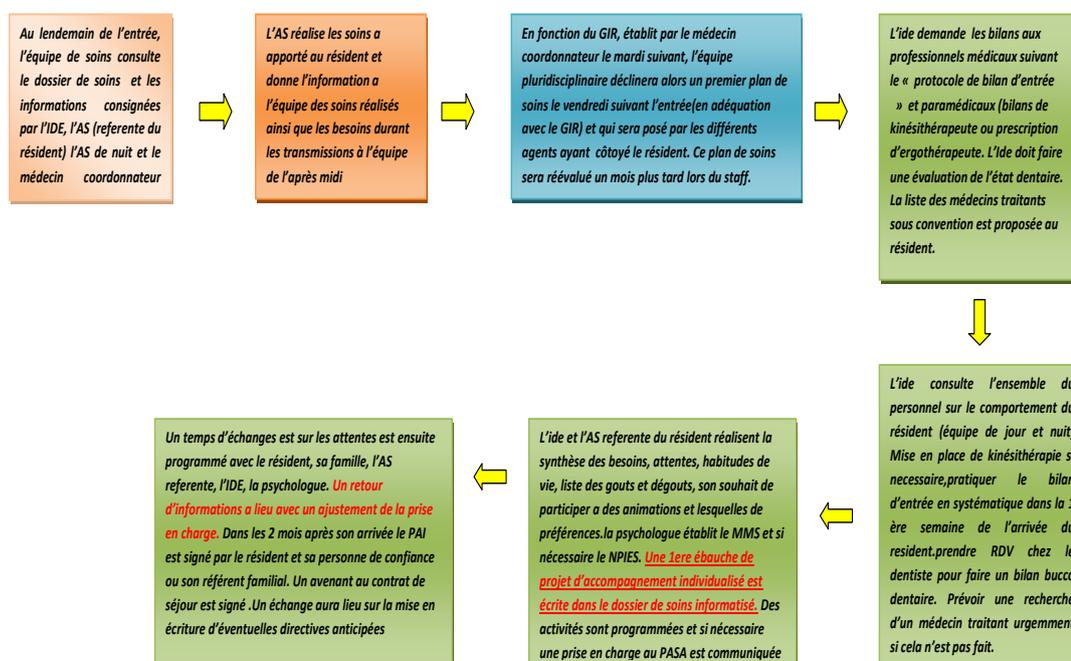
PROCESSUS DE PREAMMISSION DU NOUVEAU RESIDENT ET PREPARATION DE L'ACCUEIL



PROCESSUS ACCUEIL DU RESIDENT



PROCESSUS DE SUIVI DE L'INTEGRATION DU RESIDENT



L'entrée en établissement pour personne âgée dépendante (EHPAD) est dans la plupart des situations motivées par la perte d'autonomie. Ces nouveaux résidents (accompagnés par leur entourage, nous ont exposé (lors de leur entrée) des difficultés à organiser leur quotidien à domicile et donc ils recherchent avant tout une prise en charge et une sécurité, grâce à l'EHPAD, un gain d'autonomie du fait de la non nécessité de gérer courses, repas, ménage etc.

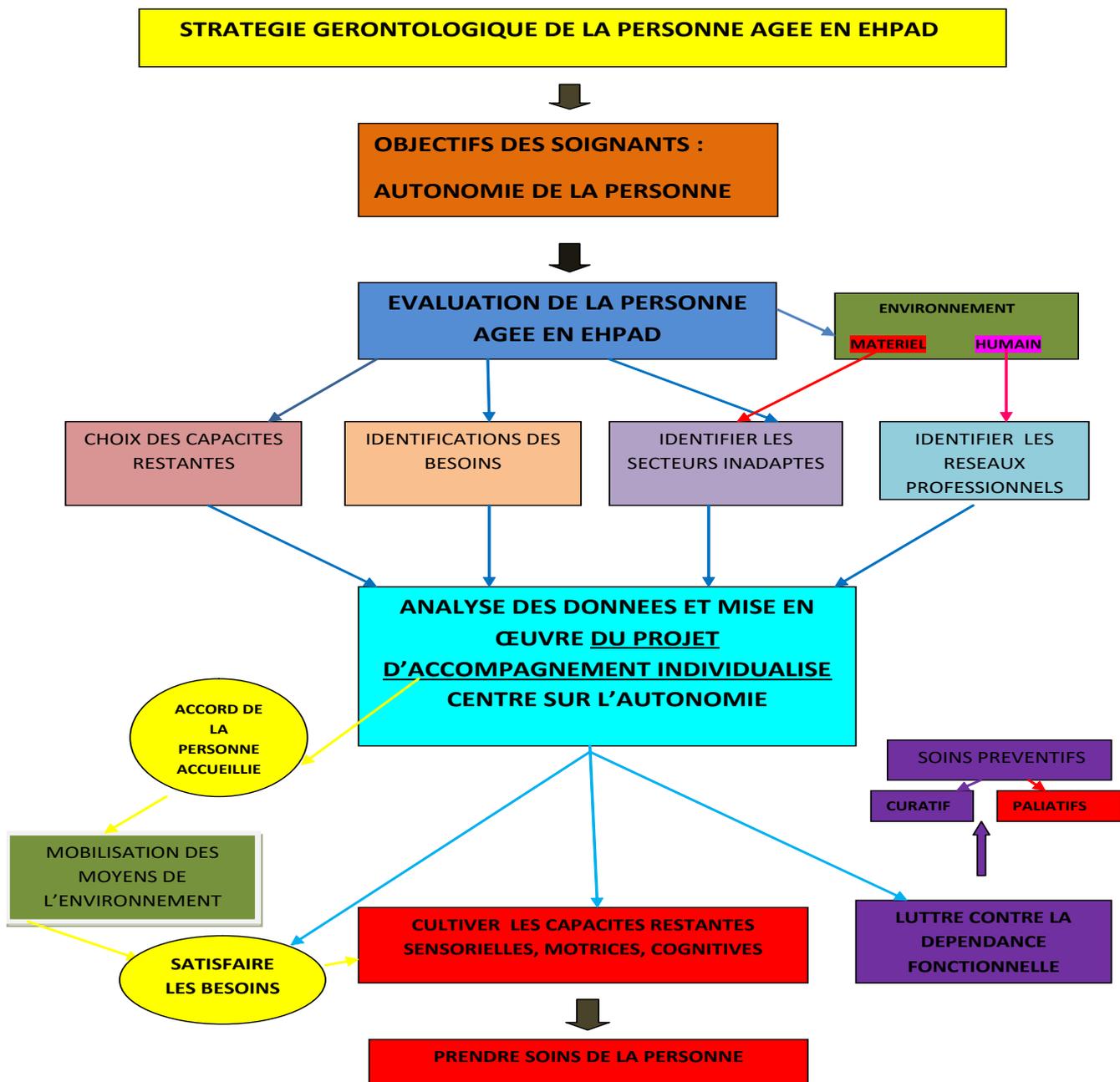
Il existe cependant des personnes pour lesquelles cette décision résulte d'une démarche personnelle en dehors de toute situation de dépendance. Il est impératif que cette démarche soit accompagnée par des professionnels (agents formes et

diplômés) afin d'être la plus adaptée possible en fonction du mode de vie du futur résident et du projet de vie institutionnelle de notre maison de retraite. Notre institution ne doit pas ignorer ces résidents afin de leur proposer une prise en charge adaptée et individualisée (PAI), outil de prévention de la perte d'autonomie.

Certains expriment aussi le fait, qu'ils viennent dans notre maison de retraite parce que la structure est médicalisée avec une continuité de prise en charge 24h sur 24. En effet, il est important pour eux que cette demeure qui sera certainement la dernière puissent les accompagner jusqu'au bout quelle que soit leur situation à venir.

Il convient d'associer à ces résidents autonomes les personnes dépendantes physiquement mais parfaitement lucides qui, outre les causes d'inadaptation du domicile, avancent le lien social comme démarche. C'est bien dans cette orientation que notre EHPAD prend tout son enjeu : quand le domicile devient source d'isolement et de dépendance, l'institution doit agir comme catalyseur et, outre une entraide possible, permet la relation à autrui.

Le schéma ci-dessous retrace la prise en charge globale de la personne avec l'atteinte des objectifs des soignants pour préserver l'autonomie.



4. Vers une philosophie de soins

Suite à l'évaluation externe, la réécriture du Projet institutionnel et celui du soin s'imposait. Après de nombreux échanges et réflexions avec les équipes pluridisciplinaires, nous avons fait le choix entre les philosophies de l'Humanité et celle de Montessori. C'est cette dernière qui a retenue l'attention des équipes.

Elaborée à l'origine pour les enfants au début des années 1900 par la psychiatre italienne Maria Montessori, la méthode qui porte son nom, a été adaptée aux adultes âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, par le neuropsychologue américain Cameron Camp. Aux Etats-Unis ainsi que dans d'autres pays, la méthode est utilisée auprès des personnes âgées désorientées depuis une douzaine d'années.

La méthode Montessori n'est en réalité ni une méthode, ni une technique, c'est avant tout une philosophie qui consiste à combattre la stigmatisation et à réhabiliter la personne.

Les activités proposées et initiées par Maria Montessori auprès des enfants sont les mêmes que dans la maladie d'Alzheimer, il faut préserver la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle. « *On s'appuie sur ce qui demeure.* »

Le fondement de Montessori, c'est aider la personne âgée désorientée à retrouver une autonomie dans les actes simples de la vie quotidienne, à lui rendre sa dignité, une estime d'elle-même. L'objectif thérapeutique de Montessori consiste à diminuer les troubles cognitifs en apportant des solutions avec un environnement et des activités adaptées à chaque personne (2 exemples concrets : restructuration de l'environnement architecturale et PASA qui a été labélisé le 27 novembre 2015).

Par ailleurs, la méthode apprend aux équipes pluridisciplinaires à observer les habitudes de vie du résident, ses habitudes gestuelles, à changer son regard pour une meilleure interprétation des troubles du comportement, de la communication non verbale. Ainsi l'ensemble de l'équipe va proposer de manière individuelle à chaque résident des activités qui ont du sens, en lien avec son projet d'accompagnement individualisé (son chemin de vie, ses goûts passés et actuels).

La personnalité du résident doit être abordée en dehors du cadre de sa maladie.

Ainsi, les accompagnements ne doivent pas être orientés sur les déficits de la personne mais sur les ressources et les capacités restantes. C'est à l'équipe de soin de s'adapter aux besoins de la personne mais non pas la personne accueillie de s'accommoder aux nécessités de service, **le résident doit être considéré comme sujet de soins et non pas comme objet de soins**

Les spécificités de la méthode Montessori adaptée aux personnes désorientées, sa mise en pratique, seront présentés lors des réunions aux familles, des instances ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux amenés à intervenir régulièrement sur l'Ehpad.

5. Fédérer la continuité de la communication individuelle et collective de nos résidents

Dans notre établissement, l'expression collective est fortement accentuée et rythmée par les instances :

- Le CVS qui se réunit une fois par trimestre
- La commission de menus se réunit une fois par trimestre.
- 2 réunions des familles ont lieu par an avec une forte participation.
- Tous les jours en activités d'animation collective selon ses souhaits.

De même, l'expression individuelle est recherchée :

- Le résident donne son consentement pour rentrer dans l'institution
- Le résident désigne seul sa personne de confiance
- 2 enquêtes de satisfaction ont lieu par an ou son avis est recherché
- Une boîte à idées a été mise en place à l'accueil pour favoriser l'expression individuelle
- Une fiche d'observation a été mise en place en 2014, elle permet la communication de souhaits ou de revendications du résident, Mr le Directeur y apporte une réponse individuelle.
- Les résidents peuvent à chaque instant s'entretenir avec le cadre de santé dans le bureau de cette dernière ou dans leur chambre selon leurs souhaits. Ils peuvent aussi discuter avec leur référent et faire remonter des informations à la hiérarchie.
- Obtenir une rencontre avec le Directeur si besoin
- Le résident peut s'entretenir avec le psychologue à sa demande
- De même avec le médecin coordonnateur afin d'obtenir des informations sur son état de santé ou de poser les directives anticipées si le souhaite
- Chaque agent se doit faire remonter l'information à l'équipe d'encadrement.
- Le cadre de santé a mis en place une fiche d'événement indésirable (y compris acte de maltraitance) comme le précise la Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative Au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette dernière a été explicitée lors D'un CVS
- Enfin, il est associé à l'écriture de son projet d'accompagnement individualisé avec son entourage, sa tutelle si nécessaire, son soignant référent et ce tout au long du processus d'élaboration et de son suivi. Il lui sera demandé de signer son projet d'accompagnement individualisé ainsi que chaque avenant au contrat de séjour (pour modification de prise en charge ou autre) et d'écrire ses directives anticipées ou les dicter à la personne de son choix.

II- LA QUALITE DES LIENS ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS (Repère 2)

Toute personne travaillant en EHPAD est concernée par la mise en place de ce projet : du personnel administratif au personnel soignant incluant le personnel hôtelier ainsi que les familles et les proches du résident. Il s'agit d'une démarche participative et collective.

Lors de l'arrivée de la responsable Hôtelière au premier trimestre 2014, un travail a été mené sur l'organisation interne des soins et de l'hôtellerie, la mise en place de transversalité entre ces 2 pôles est efficiente et efficace.

1. Respect de la singularité de la personne accueillie

Il s'agit pour le résident de trouver sa place au sein de l'EHPAD et de s'adapter à cette nouvelle vie. « *La personnalisation va passer par le questionnement du sujet sur sa possibilité de s'adapter à son environnement autant que dans les moyens donnés à la structure de s'adapter à la personne* ».

Pour cela, ce projet va permettre de garder tant que possible les habitudes de la personne âgée, en tentant un consensus du côté institutionnel (collectif) et du côté du résident (individuel).

Le résident va se trouver confronter à des normes de vie en collectivité qu'il n'avait pas à domicile. Les professionnels vont l'aider à pouvoir s'épanouir sans qu'il ressente ces contraintes.

Au moment de son accueil, il va avoir besoin d'informations afin de comprendre le fonctionnement de l'institution. Les professionnels créent des liens avec le résident. De par leurs observations, ils apportent en fonction de leurs compétences, les ingrédients qui vont nourrir le projet de vie. Interlocuteurs privilégiés par le temps passé auprès des personnes résidentes, la communication à l'équipe de leurs échanges est primordiale. Toute information émanant des proches ou des intervenants doit être notifiée avec rigueur et exactitude dans le dossier de soins informatisé (Net Soins).

Le médecin coordonnateur après avoir fait l'entrée, l'auscultation et l'évaluation de tous les risques, émet un rapport dans le dossier de soins informatisé, en décrivant son parcours de vie (ses habitudes de vie, ses besoins...) autant que le résident veut bien lui transmettre. Afin d'avoir une prise en charge optimale (de ses antécédents médicaux et chirurgicaux), le médecin coordonnateur fait la demande au médecin traitant du dossier de soin du résident.

Un staff de l'équipe de soins est instauré pour chaque entrée, et on réévalue à 8 jours les besoins fondamentaux du résident ainsi que le plan de soins.

2. Vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité de l'usager

Dans notre EHPAD, l'essentiel est de juger la dynamique mise en place autour du résident, d'avoir la culture du doute ou du questionnement. Chaque responsable de pôle donne à leurs équipes les objectifs de cette démarche afin que ces dernières comprennent le sens du « prendre soin ».

Tout changement d'organisation est évalué de manière à ce que le fonctionnement ne soit pas mécanique ou figé. Les missions de nos agents sont formalisées dans les fiches de postes, elles sont sans cesse réactualisées en fonction de l'accompagnement de chaque résident, elles correspondent à la réalité des tâches effectuées.

Le COPIL met en place une démarche de réflexion commune, ainsi chaque agent doit être impliqué. Un temps de partage sur les pratiques, sur des situations difficiles (conflit avec les proches ou avec le résident lui-même) est privilégié. Ces temps d'échange sont des gardes fous de la Bienveillance, c'est un aller-retour entre penser et agir et la capacité de penser et ajuster.

L'équipe évalue les risques liés aux accidents dits domestiques, exemples : patients fumeurs, mal voyants risques de brûlure eau chaude, de chutes...on prend en compte ces risques afin de déterminer les modalités d'accompagnement et de lieu d'hébergement sécurisé.

Les responsables de pôle s'assurent qu'il n'y ait pas de vol ou d'escroquerie (mise en place de coffre-fort individuel et rappel régulier aux équipes sur leurs obligations).

Les limites globales de la prise en charge des résidents sont notifiées dans le règlement de fonctionnement (exemple : on va fumer à l'extérieur de l'établissement) ... La personne est informée sur les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir et les restrictions liées à la sécurité et aux contraintes de la vie dans notre Ehpad.

Un tableau de suivi des événements indésirables quel qu'il soit (y compris les actes de maltraitance) est formalisé depuis 2013. La procédure est écrite, élargée et connue par tous les agents. Les actions font objet d'un suivi périodique (par la responsable qualité) et donnent lieu à des mesures correctives. Les responsables de pôles formalisent des rappels individuels lors de l'entretien d'évaluation annuel et autant de fois que c'est nécessaire.

Les alternatives à la contention promues par l'établissement sont expliquées aux personnes et à leurs proches, le médecin coordonnateur et le cadre de santé explique aux résidents (aptes la compréhension) et aux proches l'acceptation partagée d'une prise de risque.

Concernant les risques liés à la contention :

Chutes liées à l'enjambement des barrières, asphyxie, blessures

Escarres

Confusion, agitation, agressivité

Perte d'autonomie

Dans notre EHPAD, elle reste exceptionnelle et relève exclusivement de situation d'urgence médicale, la recherche préalable à la contention est systématique et l'on doit toujours se poser la question de l'existence d'objectifs « inavoués » par l'équipe

Exemples :

- Répondre à une démarche sécuritaire des proches du résident
- Pallier à un manque d'effectifs (défaut de surveillance)

Toutefois lorsqu'elle existe la contention est prescrite et réévaluée selon les recommandations.

Dans notre secteur protégé :

Les agents du secteur protégé ont reçu des formations adéquates avec la population accueillie, validantes tels qu'Aide-Soignante Gériatrique, dans la peau d'une personne âgée dépendante... Bientraitance etc., elles sont toutes formées aux pathologies des troubles du comportement.

Nous avons 12 chambres individuelles (20m²) avec des lits qui s'abaissent très près du sol (25cm), la présence d'une salle de bain appropriée (douche et WC) ces chambres sont réparties autour d'une grande pièce à vivre ouverte sur un patio (cela permet d'accroître l'orientation dans le temps, la journée, la saison).

Il existe un parcours de déambulation conçu avec une barrière d'appui et d'une zone de repos intermédiaire. Cet espace est sécurisé par une porte coulissante avec un accès par digicode. Dans la grande pièce à vivre, nous avons un salon avec des fauteuils confortables pour ceux qui veulent regarder la télévision.

Un espace dédié (cuisine thérapeutique) à des activités. Des portes coupe-feu ainsi que des extincteurs sont en place. Lorsqu'un résident pousse les portes d'issue de secours cela déclenche un avertisseur.

Le projet individuel de soins et d'accompagnement définit les adaptations des conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir aux besoins et attentes de la personne, à ses capacités et aux possibilités de compensation de ses déficits.

La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée (fugue) doit être de préférence humaine, organisationnelle et architecturale.

Humaine : maintenir le contact avec la personne, accompagner le déplacement, trouver un sens à son déplacement

Organisationnelle : présence humaine à l'accueil qui est susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée. De même l'équipe soignante est présente à tous les étages. C'est le rôle de chacun de superviser les allées et venues

Architecturale : la qualité des espaces et d'accueil (accessibilité) est efficiente, 2 ascenseurs permettent d'accéder à l'étage.

L'équipe de soins ainsi que le psychologue répond à tout questionnement des équipes ou émanant d'un résident sur d'éventuelle sortie individualisée coté hébergement pour participer à une activité collective (repas des familles, animation) ou individuelle (rapprochement familial, goûter avec un résident en secteur hébergement) ou autre.

Dans tous les cas l'établissement s'engage dans une démarche de prise de risque et de non privation de liberté et d'assurer la protection et le bien-être des résidents.

3. Maintenir un cadre institutionnel stable

L'établissement met en place des réunions de réflexion et de régulation de bon fonctionnement.

Ainsi l'on retrouve :

- Des réunions mensuelles du COPIL sur les suivis de projets (suivi des actions de la convention tripartite, des actions émanant de l'évaluation interne et externe, du suivi de budget, des rapports d'activité, etc.)
- Formalisation de réunions des différents services, (staff équipe de soins réunion de coordination infirmière, de suivi de projet institutionnel, de réunion commission hôtelière, de changement d'organisation interne...etc.)
- Suivi des tableaux de bord vis-à-vis des tutelles (ANAP, DRESS, ROR)
- Réunions de coordination avec les différents partenariats, convention...etc.
- Réunions avec le CSE, CHSCT, CA
- Réunions de diffusion d'information et communication aux équipes de l'état d'avancement des différents projets

4. Promotion de la parole de tous les professionnels

Lors de réunions d'équipe le cadre de santé a demandé aux équipes de soins (IDE, AS et ASH) de répondre à ce petit questionnaire sur leurs propres valeurs.

1ère étape

Parmi les valeurs de la liste (indicative et non exhaustive) suivante, sélectionnez-en 20 qui vous correspondent.

Si vous n'en trouvez pas 20, complétez avec celles qui n'y figurent pas :

Acceptation, accomplissement, action, adaptation, affirmation, amitié, appartenance, apprentissage, autarcie, authenticité, autonomie, autorité, aventure, beauté, bien-être, bienveillance, bonté, calme, charité, compassion, communication, conciliation, confiance, confort, conscience, coopération, courage, créativité, découverte, détachement, dévouement, discernement, discipline, don, douceur, éducation, efficacité, égalité, élégance, engagement, enthousiasme, entraide, équanimité, équilibre, espérance, estime de soi, éveil, excellence, expérimentation, exploration, famille, fidélité, flexibilité, force, générosité, honnêteté, honneur, humanité, humour, indépendance, influence, information, initiative, innovation, inspiration, intégration, intégrité, intelligence, invention, joie, justice, liberté, maîtrise, maturité, méditation, mobilité, optimisme, originalité, paix, passion, perfection, performance, persévérance, plaisir, pondération, présence, prospérité, pudeur, puissance, qualité, réalisme, recherche, régularité, respect, responsabilité, réussite, sagesse, sécurité, sensibilité, sérénité, silence, simplicité, sincérité, sociabilité, stabilité, succès, tolérance, transmission, universalité, utilité, vérité.

2ème étape

Puis, retirez de votre liste ce qui est de l'ordre du besoin et du devoir.

Faites évoluer votre liste jusqu'à n'obtenir que 5 valeurs-phares.

Classez-les par ordre d'importance.

3ème étape

Si vous souhaitez travailler sur une de ces 5 valeurs, choisissez-en une, et transformez-la en un verbe. Qu'est-ce que ces concepts renferment plus exactement, pour vous ?

Retournez ce petit travail avant le 1er mars 2015 au Bureau de la cadre

Voici les valeurs choisies par les agents (du soin et de l'hygiène) de la maison de retraite :

Respect

Le respect est au cœur de notre culture dans nos maisons de retraite intercommunale de Jonquieres et Courthezon. Être respectueux et se sentir respecté permet à chaque individu de cultiver un sentiment d'appartenance d'utilité et de fierté. C'est une culture vivante qui se traduit par des gestes concrets, à commencer par l'attitude de nos équipes de soins (bienveillante, professionnelle, généreuse, enthousiaste) et qui mettent du cœur dans leur travail quotidien auprès de nos résidents.

Travail d'équipe

A la MDRI, il règne une ambiance de travail collégiale et consultative. Le travail d'équipe est la base de toute équipe de soins, que chacun alimente du poids de sa pratique, de ses expériences et compétences. Tous les jours les responsables des pôles soins et hygiène apportent leur soutien et réponses aux équipes en cas de besoin.

Pour favoriser le travail d'équipe, chaque agent :

- Coopère vers l'atteinte des objectifs de l'équipe et fait preuve de bonne volonté.
- Accepte les différences et encourage la participation de tous les membres de l'équipe.
- Reconnaît la contribution de chacun.
- Est solidaire envers les décisions de l'équipe.

Autonomie

Dans un esprit de confiance réciproque et avec la marge de manœuvre qui lui est accordée, chaque agent s'applique à atteindre les objectifs de notre maison de retraite sous l'œil supervisée de leur hiérarchie directe (IDE). Appuyés, encouragés, responsabilisés par la cadre de santé et la responsable hôtelière pour faire de cette valeur une qualité fondamentale de notre Ehpad et fédérer l'autonomie de ces équipes.

La responsabilisation est le moteur le plus puissant de la motivation, d'engagement et de valorisation de l'accompagnement du résident accompli. Cet esprit d'appartenance amène les agents à aborder naturellement les tâches où leur participation est nécessaire plutôt qu'à se soumettre au carcan des descriptions de fiches de poste.

Tout agent...

Utilise à bon escient la marge de manœuvre qui lui est accordée. Fait preuve de rigueur.

Capable d'atteindre les résultats avec une supervision générale (lors des transmissions en équipe pluridisciplinaire) et axée sur les objectifs à atteindre en prévention des risques identifiés (dénutrition, escarres, non Bientraitance, incontinence, chutes)

Lorsque nécessaire, capable de travailler seul, de prendre des décisions urgentes ou être capable de faire face à l'imprévu.

Ouvert d'esprit et prêt à modifier son rythme et ses méthodes de travail afin de faire face aux changements organisationnels

Sait faire des compromis pour tenir compte des besoins ou contraintes des autres.

Communication

Dans une équipe, les membres doivent s'écouter et se comprendre et, pour ce faire, chacun doit s'exprimer librement.

L'expression des idées et des points de vue de chacun permet une bonne circulation des informations intrinsèques aux actes à réaliser

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la communication concerne aussi les informations extrinsèques aux actes réalisés, c'est-à-dire l'expression des sentiments qui animent les membres de l'équipe.

Sans cette circulation d'informations, intrinsèques et extrinsèques à la tâche à réaliser, des malentendus et des insatisfactions peuvent naître et provoquer chez certains des membres le sentiment d'être isolés et de ne pas participer à la cible et à la tâche commune.

Dans une équipe de travail, la communication entre les membres est essentielle. Elle doit englober autant les informations liées au sujet dont traite le travail que celles liées aux sentiments qui animent les membres de l'équipe qui participent à la tâche.

Humilité

L'humilité est ce qui pousse à rester humbles quels que soient nos qualifications, notre expérience, notre statut ou encore le sentiment parfois élevé que nous avons de nos propres qualités. Rester humble c'est vouloir rester « tout simplement » humain, conscient de ses limites d'humain.

Toutes ces valeurs ont été mises en évidence afin de développer une démarche participative, il est essentiel d'informer et de communiquer avec l'ensemble du personnel, qui est le principal acteur de la mise en œuvre des projets d'accompagnements personnalisés.

Ce cadre oriente les actions quotidiennes et donne du sens aux pratiques professionnelles.

III- L'ENRICHISSEMENT DES STRUCTURES ET DES ACCOMPAGNEMENTS GRACE A TOUTES LES CONTRIBUTIONS INTERNES ET EXTERNES (REPERE 3)

1. Travailler avec l'entourage et respecter les relations avec les proches de la personne accueillie

Lors de l'accueil dans notre EHPAD, le responsable de l'admission a déjà tissé des liens avec les proches du futur résident (durant la visite de l'établissement) et a déjà évoqué avec les responsables de pôle les liens avec les proches ou les relations conflictuelles qui peuvent exister et parfois l'absence totale de proche.

C'est donc à l'équipe de s'approprier ces proches et de créer des occasions d'échange avec ceux-ci, qui peuvent être détenteurs d'analyse précieuse sur des situations du résident qu'il est utile de connaître.

Parfois l'arrivée en EHPAD modifie cette nature des liens, il s'agit alors pour nous acteurs d'encourager le maintien de liens affectifs ou une éventuelle reprise de ceux-ci si la personne le souhaite à mi mots. Cette démarche peut s'opérer avec l'aide de notre psychologue ou grâce à l'existence de moments de convivialité tel que le repas des familles qui a lieu sur chaque site (2 fois par an), d'occasions festives (anniversaires, repas de Noël...).

A contrario s'il fait le choix de refuser tout lien avec ses proches, ce refus doit être entendu et respecté, en tenant compte des décisions de justice. Pour cela les agents sont sensibilisés à garder une approche sans jugement de valeur à l'égard du résident sur les relations qu'entretient ce dernier avec sa famille

Si les professionnels décèlent une situation d'isolement subi, ils doivent faire part de cette situation à la psychologue de l'établissement qui après en avoir discuté avec la personne et avec son accord, d'offrir à celle-ci des occasions de rencontres à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure en lui permettant d'accéder à des lieux (restaurant, réunion de famille indépendamment...etc.) ou de participer à des activités mise en place individuellement.

2. Articuler les ressources extérieures (partenariats et conventions)

L'ouverture d'un EHPAD sur son environnement extérieur est « devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux » selon la Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Ouverture de l'établissement et sur son environnement » - ANESM

L'EHPAD s'ouvre vers l'extérieur, de par ses animations (sorties inter établissement, accueil de groupes musicaux, crèches, écoles, nourrices...etc.) et au travers de la réflexion autour du projet de reconstruction. Depuis janvier 2015, nous avons signé six conventions avec des coiffeuses intervenants sur les 2 sites, l'association des anciens combattants offrent des fraises à nos résidents (en mai de chaque année), nous avons aussi signé une convention avec l'association (bénévoles) « les gens d'ici » qui passent régulièrement sur nos 2 sites et proposent des chants du passé à nos résidents.

Concernant les sorties des résidents, nous empruntons un minibus à la mairie de Jonquieres et nous avons déjà sollicité des partenariats afin de faire l'acquisition d'un véhicule.

Ainsi, nous avons concrétisé de nombreux partenariats et conventions dans différents domaines dans un but d'amélioration de la prise en charge des personnes accueillies :

- Les médecins libéraux du canton qui interviennent pour le suivi médical des résidents de l'EHPAD
- Les kinésithérapeutes des villages environnants
- La pharmacie de Bedarrides qui nous délivre les rouleaux 1 fois par semaine et tous les jours en cas d'urgence ou de changement de traitement
- Association ciel bleu (ergothérapeutes) intervenant 1h30 par séance une fois par semaine.

L'ouverture sur l'extérieur se traduit également dans la politique mise en place pour la gestion des ressources humaines : la formation du personnel avec des lieux de formation inter EHPAD publiques (avec un temps de transport raccourci et commun), la capacité à proposer des parcours de carrière dans l'établissement, la capacité à mutualiser des compétences sont autant de dispositifs que l'EHPAD doit assurer pour rendre l'établissement attractif.

3. Promouvoir l'expression et les échanges de perspectives

Les familles participent librement à la vie de l'établissement hors du cadre réglementaire. L'établissement organise 3 fois par an des repas à thème où les familles des résidents sont conviées. Le directeur convie les familles pour des réunions biennuelles « assemblée des familles » notamment pour exposer les nouveaux projets et appel à la mobilisation de chacun.

Des familles participent à la commission hôtelière et apportent leurs points de vue. Lors des sorties organisées par l'établissement, les familles peuvent être conviées à accompagner leurs proches.

Les résidents sont associés :

- ✓ A l'élaboration du projet institutionnel, de son évolution
- ✓ Aux diverses instances et commission sur le fonctionnement de la structure, CA, CVS commission hôtelière (animations et activités, organisation des horaires des repas, menus...)
- ✓ Aux démarches de suivi et évaluation (par une participation par les biais du questionnaire de satisfaction)
- ✓ Aux réunions de réorganisation des pôles
- ✓ Aux réunions dirigées par le Directeur concernant les différents projets reconstruction et avancées des travaux, ...etc.

Pour les personnes accompagnées, ces instances concourent à promouvoir leur présence sur la totalité des axes de l'accompagnement. Pour cela, elles doivent être organisées de façon à leur permettre de s'exprimer :

- ✓ En reconnaissant la légitimité de leur parole et en réhabilitant leur expression
- ✓ En prenant en compte les effets d'inhibition de la parole dus au sentiment de dépendance ressenti vis-à-vis du professionnel
- ✓ En prenant en compte et en soutenant leurs modes d'expression et en adaptant l'organisation et le fonctionnement des espaces.

Ainsi, les pratiques managériales assurent la mise en place et l'organisation de l'expression des résidents autant que des professionnels (temps de transmission, réunions d'équipes institutionnelles, analyse des pratiques, de concertations ponctuelles, par exemple sur le projet personnalisé, supervisions de l'équipe mobile de soins palliatifs,), dans un cadre institué. Ces espaces de régulation institutionnalisés peuvent être considérés comme des lieux concourant à l'émergence et au développement du questionnement éthique. Il est nécessaire d'organiser ces réunions d'échanges institutionnels et de les structurer afin de permettre une réelle circulation de la parole et une dynamique d'échange.

4. Ouvrir l'établissement à l'évaluation et à la recherche

Selon la recommandation de l'ANESM :

La formation continue participe à la consolidation des compétences des professionnels dans l'analyse et la gestion de situations sensibles.

De ce fait, elle peut, soit être à l'origine d'une démarche de questionnement éthique, soit servir à développer une démarche déjà en place en l'ouvrant à un plus grand nombre d'acteurs.

Evaluer les besoins des équipes et des personnes permettent de définir les niveaux de formation souhaités, de la sensibilisation à un approfondissement plus important acquérir une conscience de la complexité et de l'évolution des situations d'intervention

- Identifier les situations sensibles dans l'accompagnement
- Transformer questionnement et intuitions en capacité réflexive
- Accepter la diversité des points de vue et mesurer les points forts et faibles de chaque position
- Argumenter orientations et prises de position en évitant une tendance réductionniste
- Mobiliser ces compétences dans les actions d'accompagnement... »

Dans notre maison de retraite le plan de formation est élaboré aux regards des besoins identifiés.

Il est mis en place de manière collégiale (lors de l'entretien annuel et d'évaluation des compétences, le cadre de santé et le responsable de pôle établissent les objectifs à atteindre avec chaque agent, il permet de poser une première ébauche du plan de formation. Ainsi chaque année, nos agents partent en formations ciblées sur les besoins institutionnels et d'accompagnement de nos résidents. Le plan de formation est établi par la GRH, les chefs de pôle ainsi que le directeur, il est ensuite soumis à l'avis du CTE.

IV- LE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS DANS LEUR DEMARCHE DE BIEN TRAITEMENT (Repère 4)

1. Promotion de la parole de tous les professionnels

Au sein de notre Ehpad, la promotion de la parole est donnée à tout agent, quel qu'il soit, le COPIL se réunit 1 ou à 2 fois par mois et chaque jour, le directeur est présent lors du déjeuner avec tout le service administratif, et les différents responsables de pôles (soins, hygiène, finances et technique). Il y règne une communication efficiente et un moment de partage spontané. Il est très disponible et à l'écoute de ses collaborateurs.

Au niveau des soins

Dans les situations sensibles de prise en charge, pathologies avec diagnostic péjoratif, fin de vie de résident sans famille ...etc., après concertation en staff, on fait appel à notre partenaire : l'équipe mobile de soins palliatifs de Vaison la romaine qui intervient dans les 48 heures après réception de notre demande.

Une réflexion éthique est posée avec notre équipe pluridisciplinaire (infirmières, aide-soignante référente, psychologue, médecin traitant, médecin coordonnateur), l'équipe mobile de soins palliatifs et le résident. La recherche de l'adhésion du résident à cette réflexion est systématique et essentielle lorsque nous n'avons pas pu recueillir les directives anticipées. Chaque personne expose son point de vue, on en mesure les actions, une argumentation naît de cet échange afin que chaque acteur coopère à la prise de décision. Suite à cet échange, la mise en place des différentes actions proposées (HAD, hospitalisation en soins palliatifs), est réévaluée par le staff sous quinzaine. Dans la mesure du possible, le résident reste acteur de cette décision.

De ces actions naissent un projet de soins identifié précisant la mise en place de fiches de suivi adaptées dans le logiciel de soins avec les recommandations de continuité de soins jour et nuit des différentes infirmières et selon leur référence (douleur, nutrition, escarres et mobilisation, chutes ...etc.).

Des transmissions ciblées, des observations, les difficultés rencontrées sont tracées sous forme de comptes rendus quotidiens qui sont envoyés au cadre de santé et au médecin coordonnateur par le biais de la messagerie du logiciel nets soins (afin de pouvoir réévaluer si nécessaire.)

Un grand staff mensuel est réalisé une fois par mois sur chaque site en équipe pluridisciplinaire. Toutes les problématiques identifiées sont posées et analysées conjointement, chaque agent expose les problèmes ou des actions à mettre en place individuellement ou collectivement. Le cadre de santé, le psychologue, le médecin coordonnateur apportent réponse à chaque problématique rencontrée. C'est un moment d'échanges indispensable à la continuité des soins, mais aussi cela apporte une meilleure connaissance des agents entre eux et donnent lieu à une réflexion précieuse sur les pratiques professionnelles de chaque agent (les qualités managériales des infirmières ou sur la prise en charge des stagiaires par les aides-soignantes et leurs facultés à transmettre leur savoir).

Tout changement organisationnel, est dirigé par les responsables de pôle, chaque agent y apporte sa pierre à l'édifice, toute nouvelle organisation est évaluée avec objectivité.

2. Une prise de recul encouragée et accompagnée

En septembre de chaque année, tous les responsables de pôle mettent en place l'entretien annuel d'évaluation, ainsi que le remplissage de la grille de compétences. C'est un moment de partage essentiel avec l'agent, il permet de clarifier des situations difficiles qu'à traverser l'agent, de le remotiver, de le remercier sur la qualité de son travail. Parfois il est source de réflexion sur une prise de recul de l'agent qui souhaite être muté (lorsque l'agent est titulaire de son poste) ou lorsque celui prononce le fait de vouloir évoluer ou de changer de métier (demande de validation des acquis).

Chaque responsable de pôle analyse et encourage cette prise de recul (quelles sont ses motivations et ses souhaits) on évoque l'éventualité d'un congé sans solde ou d'une demande de mise à disposition de 6 mois renouvelable.

Si la décision est ferme et définitive, on l'encourage dans sa démarche d'évolution ou de demande de mutation afin que l'agent trouve une solution à son avenir

La DRH de l'établissement reçoit régulièrement les agents qui souhaitent s'entretenir avec elle, disponible et à l'écoute, elle peut servir de médiateur lorsqu'un conflit apparaît ou pour toutes autres demandes (retraite, évolution de carrière, changement de planning...etc).

Les représentants du personnel sont élus conformément à la loi, ils représentent 2 syndicats et disposent de leurs temps de délégation comme il se doit. Le CTE et le COPIL se réunissent une fois par trimestre.

3. Un projet d'établissement construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la Bienveillance

Après avoir réécrit la convention tripartite au 4^{ème} trimestre 2013 (sous forme d'avenant au regard d'un projet d'établissement obsolète), le comité de pilotage de l'évaluation interne s'est mis en place dès janvier 2014 afin de poser un diagnostic de la prise en charge de nos résidents sur nos 2 sites, fédérant ainsi des réunions de groupes de travail autour des pilotes de chaque axe (avec comme support le référentiel Qualiteval sous le tutorat de Mme Laffont) et créant ainsi une dynamique de démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le directeur de l'établissement nomma la cadre de santé responsable qualité. Une formation de responsable qualité a été prise en charge par l'établissement avec l'équipe de formation Espace Sentein certifiée AFNOR.

L'évaluation externe fût réalisée par 2 évaluateurs de la Société SINGULIERS les 11, 12, 23 et 24 Septembre 2014.

Leurs conclusions ont été intégrées au plan d'amélioration continue de la qualité de la structure :

La connaissance et l'utilisation faite des RBPP ANESM

Le planning annuel des chambres à fond doit être mis en place

Les évaluations des projets personnalisés restent à être globalisé afin d'alimenter l'évaluation du PE/PS (ou des actions de l'avenant de la convention tripartite)

La spécificité de la MDRI, son offre de service, son inscription dans le schéma d'orientation médico-sociale, les missions fondamentales des EHPAD, le contexte réglementaire, les bonnes pratiques Restent à être présentée et détaillée dans le prochaine PE/PS.

Le projet de soins reste à être réactualisé en équipe pluridisciplinaire et présenté aux équipes : les valeurs, les projets, les actions, les articulations avec le projet de vie et le projet d'animation, les modalités de pilotage, les objectifs et les indicateurs de suivis et d'évaluation, modalités de coordination des divers intervenants (internes et externes)

Les projets (soins, animation, vie sociale) restent à être partagés avec les équipes

Cohérence des activités d'animation sociale mises en œuvre avec les objectifs du projet et les besoins des résidents

Ecart mineur : Le bénévolat et tout partenariat susceptible de favoriser la vie sociale des résidents pourraient être davantage recherchés.

Ecart mineur : Des modalités de participations des familles à créer et / ou renforcer. Ce qui induit par ailleurs de renforcer les informations données aux familles (traitements, difficultés rencontrées, ...)

Ecart mineur : Le niveau d'informations données aux résidents (familles) reste à être renforcé

Ecart mineur : Le CVS reste à être associé à la réflexion sur la Maltraitance

Des concepts « promotion de la Bienveillance » « prévention de la Maltraitance » encore à ancrer.

Le responsable qualité a mis en place toute la gestion documentaire avec l'enregistrement de tous les protocoles et procédures, certains documents ont été révisés et argumentés. Ainsi, on retrouve 11 classeurs de couleurs avec un sommaire et des liens hypertexte mis à la disposition des agents sur les postes « kiosques ».

Une politique de gestion de risques a été écrite avec la mise en place d'une fiche d'événement indésirable (y compris la maltraitance), le responsable qualité rencontre les responsables de pole afin de rechercher l'arbre de causes, le responsable qualité met en place les actions correctives. Un tableau de suivi de ces EI est tenu à jour par la RAC.

La nomination d'une AS référente « Bienveillance » (formation validante à l'espace Sentein) va initier différents moyens de communication (affiches, flyers, fiches actions, mini questionnaires flash), une cellule qualité- Bienveillance sera mis en place avec des réunions spontanées sur des événements jugés « inappropriés » dans la prise en charge, des usagers où le CVS sera invité à participer à ces réunions.

En bref

Au cours de ces pages, nous avons détaillé l'élaboration d'une politique bien traitante impliquant réflexion et concertation, elle doit être un fil conducteur de toute action réalisée auprès de nos résidents. Elle doit traduire des valeurs d'humanité au quotidien dans des actions concrètes qui expriment la considération et le respect que portent l'ensemble des agents de la maison de retraite à leur égard. Cette politique globale s'articule avec le projet de soins et le projet hôtelier ci joints

LE PROJET DE SOIN

« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose. Paul Valéry, Politique organo-psychique, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de La Pléiade », 1957.

Prévention des risques liés à la santé inhérente à la vulnérabilité des résidents

Dans le rapport de l'évaluation interne le diagramme fait apparaître nos axes forts et ceux à améliorer :

I- LA DOULEUR

Au vu des RBBP (évaluation interne outil qualité val axe 2) 2-1-1 ; 2-1-2 ; 2-1-3 ; 2-1-4 (voir en annexes) Au vu des RBBP (évaluation interne outil qualité val axe 2) 2-1-1 ; 2-1-2 ; 2-1-3 ; 2-1-4 (voir en annexes)

1. La prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur est un droit fondamental, associant la prévention, l'évaluation et le traitement.

Le personnel de notre MDRI est sensibilisé à la douleur par le médecin coordonnateur (qui a pris ses fonctions en septembre 2015) et la cadre de santé lors de staffs hebdomadaires et des réunions de coordination infirmières.

Le protocole de prise en charge de la douleur (écrit, diffusé et connu des équipes) décrit la conduite à tenir face à une douleur réelle ou supposée. Le personnel soignant est formé, au travers de ce protocole, au dépistage et repérage de la douleur avec l'utilisation d'échelles appropriées

Ce dernier a pour but d'harmoniser les pratiques d'évaluation et de transmissions d'éléments d'observation pour conduire à une attitude thérapeutique adaptée. Cette dernière doit apaiser ou diminuer la douleur à un seuil tolérable pour le résident, préservant ainsi sa qualité de vie, son autonomie et éviter le passage à la chronicité.

Le protocole permet de définir le niveau d'intervention de chaque soignant et sa responsabilité légale ou déléguée. Il existe par ailleurs une traçabilité de ces évaluations ainsi que la réévaluation de la douleur après prise en charge. Le personnel est également sensibilisé aux douleurs induites par les soins.

Les équipes infirmières et aides-soignantes *référentes* sont formées et mobilisées à cette prise en charge (1 ide et 1 AS sont référentes depuis Janvier 2014 sur chaque site), les agents ont été formés à l'utilisation des différentes échelles, les aides-soignantes ont opté pour l'échelle numérique et l'ECPA, les infirmières utilisent ces mêmes échelles et DOLOPLUS, ALGOPLUS. Les évaluations des pratiques professionnelles (au regard des RBBP) montrent que les protocoles sont dans l'ensemble appliqués.

2. La prise en charge de la douleur par des thérapies non médicamenteuses

En complément d'un traitement antalgique, toute prise en charge complémentaire est exploitée en interne (chambre Snoezelen) pour fédérer un « lâcher prise » 12 AS ont reçu la formation en 2014 et 2015.

De même, l'ergothérapeute peut intervenir pour certaines aides à la prise en charge (aide au positionnement antalgique, aide à la mobilisation et aux transferts, pose de coussins de décubitus coussins fauteuils adaptés...etc.) ainsi que les kinésithérapeutes interviennent dans le cadre de prescriptions ciblées.

L'intervention de la psychologue peut être demandé pour un accompagnement de souffrance d'origine psychogène. Il est important de connaître le contexte qui l'a fait naître ou resurgir et qui peuvent induire une douleur physique réellement ressentie par l'individu.

Une fois le contexte préventif établi, un accompagnement individuel peut être mis en place.

Actuellement notre point faible est le manque de lisibilité et de traçabilité des évaluations.

Avec l'arrivée du nouveau logiciel de soins en janvier 2016, la mise en place du suivi des grilles d'évaluation dans le dossier informatisé nous permettra d'obtenir l'efficacité sur la traçabilité et le suivi de celles-ci afin d'obtenir des indicateurs performants.

Les objectifs de la prévention Douleur pour les années à venir sont :

- ✓ **Développer les missions de l'infirmière référente douleur (en cours de DU Douleur depuis octobre 2015) et fédérer une prise en charge optimale de l'équipe de soins sur les 2 sites**
- ✓ **Poursuivre la formation Douleur 1 et Douleur 2 (auprès de nos agents soignants)**
- ✓ **Développer les techniques non médicamenteuses (Snoezelen, hypnose, sophrologie, réflexologie plantaire, balnéothérapie...etc.)**
- ✓ **Entretenir le partenariat avec l'EMSP de Vaison la Romaine qui permet une aide et un soutien face aux douleurs s'inscrivant dans un contexte de fin de**

II- LES CHUTES

Au vu des RBBP (*évaluation interne outil qualité val axe 2*) 2-2-1 ; 2-2-2 ; 2-2-3 ; 2-2-4 ; 2-2-5 ; 2-2-6 ; 2-2-7 ; (voir en annexes)

Au regard du projet d'établissement de 2011, il est écrit « *L'établissement n'a pas pratiqué jusqu'à maintenant une véritable politique de prévention des chutes qui sont considérées par la majorité du personnel comme une fatalité. Si la contention reste très limitée et cadrée elle ne fait pas l'objet cependant de prescription médicale systématique et d'une procédure formalisée* »

Selon l'ANESM l'incidence des chutes (nombre de chutes survenant en un an) en établissement d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes est évaluée à 1,7 par personne et par an

Selon l'HAS en 2009 les chutes répétées chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont une prévalence entre 10 et 25%.

1. Politique de soins pour la prise en charge des chutes

Au regard des fiches actions de l'avenant de la convention tripartite, une politique de prévention des chutes a été écrite, celle-ci répond au constat de l'HAS face à cette fréquence élevée dans nos EHPAD. Une infirmière et 2 AS sont référentes sur le risque de chute.

Ainsi l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées chuteuses doit répondre aux quatre questions suivantes.

- ✓ Quelle est la définition des chutes répétées ?
- ✓ Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?
- ✓ Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
- ✓ Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications ?

Une formation en interne a été faite en 2014 par le médecin coordonnateur sur ce thème, il a su fédérer la mise en place d'une déclaration de chute systématique sur le dossier de soins informatisé et l'analyse globale de ces déclarations fait l'objet d'une étude reproduite dans le RAMA du Médecin Coordonnateur.

2. Prévention primaire des chutes

La prévention primaire des chutes est intégrée dans la prise en charge globale des résidents avec un bilan locomoteur dès sa visite d'admission avec la réalisation des tests d'appui monopodal et Get Up and Go. Les résultats des tests sont joints au recueil des antécédents et des pathologies du nouvel arrivant, nous pouvons ainsi identifier les facteurs de risque (troubles sensoriels, dénutrition, pathologie de l'appareil locomoteur. Ces facteurs de risque sont ensuite intégrés au projet de soin individualisé, des actions soignantes et médicales sont ainsi proposées (adaptation du chaussage si nécessaire [chut], prescriptions de kinésithérapie, évaluation de la nécessité d'adaptation du matériel [fauteuil de positionnement...Etc.])

3. Conduite à tenir et prévention secondaire d'une chute

Une conduite à tenir, devant la découverte d'une chute a été écrite par le médecin coordonnateur. L'objectif est de préciser les conditions de la chute, d'en définir les causes (physiologiques, architecturales, mécaniques) de rechercher et corriger les facteurs prédisposant et précipitant.

L'analyse est effectuée par le médecin coordonnateur qui soumet son étude lors d'un staff avec le personnel de l'établissement pour améliorer l'accompagnement des résidents et dépister ainsi les causes extrinsèques.

Cette mission sera fédérée par l'IDE référente chutes qui devra apprécier son analyse en décrivant les lieux, l'heure, la fréquence et son incidence (gravité).

Cette mise en place de prévention secondaire devra s'accompagner de recherche de solutions pour éviter d'éventuelle récurrence (examen médical, allègement des traitements, nécessité de prescriptions de kinésithérapie, d'aide à la marche, organisation structurale de la chambre ou changement de chambre en Rez de chaussée, atelier d'équilibre avec l'ergothérapeute, lutte contre la perte d'autonomie, verticalisation, sécurisation des locaux [portes fermées sur les escaliers]).

Elle devra être aussi vigilante sur l'adaptation de chaussures si nécessaire (commande de chaussures adaptées marque CHUT si nécessaire).

D'autre part, il faut que la participation des médecins traitants soit recherchée afin d'apporter les corrections nécessaires liées à des causes intrinsèques comme par exemple les facteurs iatrogènes des traitements de nos résidents

4. Réflexion autour du droit au risque

Une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet du maintien de l'autonomie locomotrice. Lorsque l'acceptation du risque l'emporte sur la sécurisation à tout prix, les conséquences des chutes sont limitées par la proposition de protecteurs (casque...Etc.). Avec la réserve de la difficulté de son acceptabilité. De même, le recours à la contention est exceptionnel et en aucun cas définitif, l'accord du résident ou de son représentant légal est recherché et passe souvent par la notion de sécurité du résident. Les contentions sont également soumises à discussion en équipe et relèvent toutes d'une prescription médicale. Les effets négatifs sont appréciés, toute solution de remplacement est étudiée (exemples : fauteuil coquille au lieu d'une contention abdominale, mise à disposition d'un Lit Alzheimer et/ ou pose d'un matelas adapté à côté du lit). Il est régulièrement rappelé au personnel que les barrières de lit ne sont pas là pour empêcher au résident de se lever mais pour le contenir afin d'éviter qu'il ne tombe du lit.

5. Un projet architectural adapté

Dans le projet architectural, les sols seront adaptés aux personnes âgées de manière à éviter le risque de glissade. L'éclairage sera évidemment adapté pour éviter toutes les zones sombres, de jour comme de nuit. Chaque année dans le RAMA figure des statistiques détaillées sur les chutes avec notamment le nombre de chutes par an dans l'établissement, le nombre de chutes par résident et le taux de chutes. Les conséquences des chutes avec le nombre d'hospitalisation, de traumatismes, de plaie ou de régressions psychomotrices y sont également répertoriées. Les résidents et leur famille sont tenus informés de nos actions par l'intermédiaire du CVS lors duquel est présenté les grandes lignes du RAMA ou lors des réunions bi annuelles des familles. Individuellement les familles de résidents peuvent être également informées des actions mises en place ainsi que leur questionnement face au « droit au risque ».

6. Les objectifs

Les objectifs de la prévention des chutes pour les années à venir sont :

- ✓ **Continuer à remplir toute déclaration de chutes**
- ✓ **Fédérer le remplissage de la « fiche synthétique » et affiner son évaluation en équipe pluridisciplinaire**
- ✓ **Une politique de sensibilisation des médecins traitants doit être recherchée afin d'apporter les corrections nécessaires liées aux causes intrinsèques comme par exemple les facteurs iatrogènes des traitements de nos résidents**
- ✓ **La mise en place du suivi des « fiches synthétiques » dans le nouveau dossier informatisé nous permettra d'obtenir l'efficacité sur la traçabilité, le suivi de**

Au regard de la convention tripartite révisée en décembre 2013 et au vu du diagnostic de l'évaluation interne de juin 2014.

III- LES ESCARRES ET LA REGRESSION LOCOMOTRICE

Au vu des RBBP *évaluation interne outil qualité val axe 2* (voir en annexes)

1. Une politique de soins active sur la prévention

Dans le projet de soins de 2011 une politique de prévention des escarres était à mettre en place. Lors de l'arrivée du cadre de santé (titulaire des plaies et cicatrisation), un avenant à la convention tripartite (objectif 3 action 7) précisait les objectifs à atteindre en matière de prévention des escarres, en particulier sur l'information et la formation des équipes de soins et inscrire la prévention de ce risque comme 2ème objectif après *la douleur* dans notre projet de soins. Depuis, une politique de prévention a été écrite et mise en place. Un praticien hospitalier spécialiste en plaies et cicatrisation (CH Orange) est venu faire une intervention sur la prévention des escarres et a validé les protocoles écrits par le cadre (validés et diffusés). Une infirmière sur chaque site est référente en escarres ainsi que 2 Aides-Soignantes. Des formations internes et externes ont eu lieu selon un échéancier 2014-2015

2. Evaluation de tous les résidents dès l'admission

Ainsi tout résident entrant est évalué par le médecin coordonnateur, il identifie le risque d'escarre et propose aux médecins traitants une prescription d'un bilan d'entrée recherchant un risque de nutritionnel, l'IDE référente assure le suivi (à l'aide de l'échelle de Braden) dès que l'état de santé se dégrade ou s'améliore.

L'équipe d'infirmière pluridisciplinaire (douleur, escarre, nutrition) a choisi l'échelle de Braden pour sa complétude et son intrication avec la douleur, la nutrition et l'incontinence. Cette échelle permet une codification et une harmonisation des éléments de surveillance.

3. Ressources matérielles

Le cadre de santé est pourvu d'une dotation mensuelle en dispositifs médicaux à la pharmacie du CH d'ORANGE, tous les mois les stocks sont réévalués afin d'avoir une gestion efficiente des pansements adaptés à la prise en charge des plaies et escarres.

Il existe aussi une traçabilité et un suivi de location de matelas à air de type préventif et curatif avec notre prestataire de service ainsi que l'achat de matériel adapté à la prévention du risque (coussin anti escarres, matériel de positionnement, fauteuil adapté à la morphologie du résident...etc.)

Nous mettons en place la commande de produits hyper protéinés pour pallier à tout risque de nutritionnel.

4. Un suivi quotidien et traçabilité informatisée

Un tableau de suivi a été mis en place afin de faire l'analyse des causes, indiquant les circonstances de survenue : hospitalisation, baisse de l'état général, dénutrition Ainsi que la date d'apparition et son évolution.

Cependant ce suivi est sur un fichier Excel et comme pour la douleur, le point faible dans cette prévention est le manque de lisibilité et de traçabilité de ces évaluations. Avec l'arrivée du nouveau logiciel de soins en janvier 2016, la mise en place du suivi des grilles d'évaluation dans le dossier informatisé nous permettra d'obtenir l'efficacité sur la traçabilité et le suivi de celles-ci afin d'obtenir des indicateurs performants (taux d'escarres acquis).

5. Prévention de la régression locomotrice

Face au vieillissement (qu'il soit ordinaire ou pathologique), nos résidents se retrouvent confrontés à une altération possible de leurs capacités locomotrices. Cette régression locomotrice est à mettre en lien avec aussi la régression psychomotrice alliant la régression du mouvement à l'état émotionnel, la sensorialité, à la cognition. Ces régressions peuvent alors provoquer, de façon progressive ou brutale, des chutes, un syndrome de glissement.etc.

Grace à un suivi individuel pratiqué par l'équipe de kinésithérapeutes libéraux dans nos 2 établissements, de groupe (gymnastique douce pratiquée par les AS, en animation) ou par l'ergothérapeute (mise à disposition par l'hôpital de Vaison la romaine à 0,2 ETP), nous sommes en mesure de prévenir ce type de complications critiques.

6. Les objectifs

Les objectifs de la prévention des escarres pour les années à venir sont :

- ✓ **Une politique de sensibilisation des médecins traitants sur la survenue de syndrome sarcopénique lié à une intrication du risque de nutritionnel doit être mise en place ainsi que la prescription d'un bilan d'entrée avec recherche de taux d'albuminémie, CRP..... Est à générer chez tous nos résidents et ceux à risque.**
- ✓ **Formation DU plaies et cicatrisation pour les IDE référentes et développer leurs missions**
- ✓ **Fédérer la tenue du tableau de bord et du taux d'escarres acquis avec l'arrivée du nouveau logiciel de soins en janvier 2016, la mise en place du suivi des grilles d'évaluation dans le dossier informatisé nous permettra d'obtenir l'efficacité sur la**

IV- LES TROUBLES NUTRITIONNELS ET DE DEGLUTITION

Au vu des RBBP (évaluation interne outil qualité val axe 2) 2-4-1 ; 2-4-2 ; 2-4-3 ; 2-4-4 ; 2-4-5 ; 2-4-6 ; 2-4-7 ; 2-4-8 ; 2-4-9 ; 2-4-10 ; 2-4-11 ; (voir en annexes)

1. Prise en charge des troubles nutritionnels

Dans notre Ehpad, il existe une politique globale de prise en charge de la dénutrition avec une organisation transversale entre les soins et l'hôtellerie.

Au regard des formations proposées dans l'établissement sur le risque de dénutrition, nous avons identifié les facteurs de risque de survenue sur notre population accueillie.

Ainsi, il apparaît que bien souvent, l'appétit diminue avec l'âge : le sentiment de satiété arrive plus vite, la sensation de soif n'apparaît pas toujours. La personne âgée restreint donc son alimentation. D'autre part, ses réserves nutritionnelles sont amoindries par la fonte musculaire due à l'âge qu'on appelle [sarcopénie](#).

L'altération du goût et de l'odorat – typiques du grand âge – aggravée par des carences alimentaires et des médicaments peut entraîner une [anorexie](#). Le mauvais état dentaire, la sécheresse buccale et l'atrophie gingivale rendent la mastication douloureuse et le début de digestion insuffisant. L'atrophie de la muqueuse gastrique provoque quant à elle une diminution de la sécrétion de l'acide chlorhydrique, une source de ralentissement du transit intestinal.

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans une publication datant d'avril 2007, recommande un dépistage de la dénutrition au minimum une fois par an en ville et une fois par mois en institution pour toutes les personnes âgées. Chez les personnes âgées à risque, ce dépistage devrait, toujours selon l'HAS, avoir lieu beaucoup plus fréquemment en fonction de l'état clinique de la personne et de l'importance du risque.

L'HAS décrit les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée :

Certaines situations peuvent favoriser la dénutrition ou y être associées. Chacune de ces situations doit alerter le professionnel de santé et l'entourage, a fortiori si plusieurs circonstances sont associées. De plus, de nombreuses pathologies peuvent s'accompagner d'une dénutrition en raison d'une anorexie.

Situations à risque (référence HAS 2007 « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne)

- **Risques psycho environnementales : isolement, deuil, maltraitance familiale ou institutionnelle,**
- **Changement d'habitudes de vie : entrée en institution**
- **Troubles bucco-dentaires : troubles de la mastication, mauvais états dentaires, appareillage mal adapté, sécheresse buccale, candidose oro pharyngée**
- **Troubles déglutition : pathologies orl, neutron dégénératives**
- **Troubles psychiatriques : syndromes dépressifs, troubles du comportement, syndrome démentiel, syndrome confusionnel**
- **Traitements médicamenteux au long cours (entraînant dysgueusie)**
- **Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique : douleur,**

2. Dépistage et évaluation du risque de troubles nutritionnels

Avec l'arrivée de notre médecin coordonnateur (septembre 2015), ce dernier a écrit « un protocole de bilan gériatrique à l'entrée » en institution permettant de dépister certaines pathologies pouvant interférer dans la prise en charge de soins comme la dénutrition (en particulier le taux d'albuminémie, CRP...).

Il a été diffusé et validé par les équipes, toutefois l'accompagnement de ce risque passe obligatoirement par la volonté et la qualité de l'engagement des médecins libéraux.

Le risque de dénutrition est évalué à l'admission par le médecin coordonnateur qui identifie les facteurs de risque (par le biais du MNA) et par les IDE référentes remplissant l'échelle de BRADEN. La prévention des escarres et de la dénutrition sont intriquées, les équipes sont formées et investies sur ces 2 risques. Lors de la mise en place du projet d'accompagnement individualisé en particuliers dans le chapitre habitudes de vie, l'AS référente du résident remplit la liste des goûts et dégoûts ainsi que les aliments interdits.

3. IV-c Les moyens matériels et ressources humaines

Deux aides-soignantes et deux infirmières ont été nommés référentes sur les 2 sites, leurs fiches de fonction ont été clairement établies. Le suivi du poids mensuel a été mis en place (l'établissement possède 1 plateforme de pesée sur chaque site), les poids sont rentrés et le suivi est inscrit dans le dossier informatisé « net soins » le calcul de l'Indice Masse Corporelle s'inscrit et la courbe de suivi se dessine, une surveillance pondérale active rapprochée est mise en place si nécessaire. Par cette traçabilité nous obtenons un tableau de tous nos résidents avec le degré de risque de dénutrition. Suivant le grade une fiche de suivi alimentaire quotidienne est mise en place (dans le dossier de soins informatisé), elle trace les portions ingérées et signale la perte d'appétit constaté et réévalué au cours de la journée sur les 3 repas.

L'IDE référente nutrition en lien avec l'IDE référente escarre et l'AS référente incontinence ciblent tous les paramètres : poids, évaluation des apports hydriques et surveillance des entrées et sorties, points d'appuis, et type de protection selon les protocoles établis avec TENA).

Ensuite, les besoins de matériel adapté (matelas aérodynamiques préventifs ou curatifs, coussin de décubitus) sont mis en place rapidement. Si nécessaire, des perfusions sous cutanées sont prescrites.

Les transmissions ciblées sont efficaces pour tous les risques escarre, dénutrition dans le dossier informatisé

4. Prise en charge de la dénutrition identifiée

Lorsque la dénutrition est identifiée sur l'un des résidents, on recherche les facteurs prédisposant :

- Troubles de l'humeur
- Troubles sensoriels
- Etat buccodentaire

Les aides humaines et matérielles sont mises en place au moment des repas.

En cas de perte d'autonomie, l'AS aidé à la prise du repas, elles sont formées à stimuler le résident, et avec l'aide de la diététicienne, on adapte les structures (haché, mixé mouliné), un tableau de mise à jour des régimes est efficace, il est réévalué et donné à la cuisine par décades.

L'enrichissement des repas est réévalué avec la diététicienne, des poudres hypercaloriques sont rajoutées, ainsi que de la crème, et du fromage blanc.

Si besoin le repas est fractionné, des collations sont proposées

De même on adapte le lieu de prise de repas (Chambre/salle de restauration), certains aidants familiaux sont présents à l'aide aux repas afin d'apporter du soutien aux équipes comme à leurs aînés.

Des produits de compléments nutritionnels hyper protéinés (sur prescriptions médicales) sont mis en place par notre prestataire de service, des récapitulatifs mensuels sont effectués et tenus à jour par le cadre.

5. Prise en charge des troubles de la déglutition

Dès l'admission, le médecin coordonnateur dépiste les facteurs de risques tels que :

- Troubles de la vigilance
- Troubles praxiques
- Pathologies neuro dégénératives
- AVC
- Affections de la sphère ORL
- Etat buccodentaire

La surveillance et la prise en charge est identique au paragraphe cité ci-dessus*[d]

En janvier 2016, nous avons rencontré une orthophoniste installée sur Courthezon, elle pratique des séances d'orthophonie sur certains de nos résidents et souhaite réduire des patients atteints de problèmes de déglutition. Une convention sera signée afin qu'elle soit habilitée et reconnue et que les médecins traitants puissent prescrire ses séances.

6. Réflexion éthique, partenariats et commission de menus

Lorsque des pathologies lourdes s'installent et que des indications d'alimentation par sonde gastrique sont proposées, elles sont discutées avec le résident et/ou ses proches ou le représentant légal. Une procédure sur les directives anticipées doit être écrite sur l'acceptation de cette alimentation.

L'équipe mobile de soins palliatifs de Vaison la Romaine ainsi que l'association HADAR sont fédérées (tous deux sous convention actives) et sont mises en place de façon collégiale dans une démarche éthique envers le résident et afin de respecter ses directives anticipées. La mise en place de l'HAD est nécessaire et répond à une prise en charge optimale pour la continuité de soins la nuit et baisse le coût de la charge financière pour l'institution.

Une diététicienne a été recrutée en janvier 2015 qui propose des menus adaptés aux résidents, en fonction de leurs goûts et dégoûts, un plat de substitution est proposé plus personnalisé.

Une fiche de suivi de régime et de texture alimentaire a été mise en place avec les équipes de soins, elle est régulièrement réévaluée (par décade) en fonction de l'état du résident (normal, haché, mixé, moulinée lisse). Il y figure les régimes diabétiques, sans résidus, sans porc, sans poisson.

De même, une collation a été mise en place sur les 2 sites, elle est proposée la nuit au moment du passage de l'AS (lors des changes vers 22 heures) et permet d'avoir une période de jeun raccourcie.

Dans un souci de démarche continue de la qualité, nous avons mis en place une commission de menus (en août 2014) composée d'une équipe pluridisciplinaire, pilotée par le responsable hôtelier, le cadre de santé, les référents nutritionnels, la diététicienne et éventuellement le médecin coordonnateur sur son temps de présence.

Cette commission se réunit 1 fois par trimestre. Les 2 représentants du CVS y sont invités et donnent leur avis sur les menus. Les menus sont affichés à la semaine. Des repas à thèmes sont proposés en fonction des saisons.

La satisfaction des résidents est évaluée 3 à 4 fois par an, les résultats sont présentés au CVS et aux assemblées générales des familles.

7. Prévention bucco-dentaire

En matière de prévention bucco-dentaire, des études ont montré en France, que le suivi bucco-dentaire était insuffisant. Une visite annuelle serait nécessaire, mais dans notre Ehpad, malheureusement, nous ne dérogeons pas à la règle, du fait de difficultés importantes relatives aux déplacements des résidents en cabinets dentaires (pas d'ascenseur, cabinet en étage, rendez-vous tardifs dans le calendrier, pas de déplacements de dentistes, pas d'accompagnant disponible...etc.).

De plus, bon nombre de résidents, sont porteurs de prothèses dentaires mal adaptées (déformation de l'appareil buccal avec perte de maintien) et inconfortables.

Avant leur entrée en institution, l'entretien bucco-dentaire reste partiel ou inexistant.

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de nos résidents, un dentiste a accepté d'intervenir sur des soins « dits » urgents (reste à formaliser un partenariat avec lui).

Toutefois l'accès aux soins bucco-dentaires reste une véritable problématique (sur un département dont la population des personnes âgées atteint un seuil élevé en matière de paupérisation) étant donné le montant des coûts d'intervention.

Avec l'équipe référente nutrition (IDE + AS), une sensibilisation du personnel sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire a été fédérée par le cadre de santé, afin de favoriser le nettoyage de la cavité buccale avec des bâtons glycélinés et citronnés, ou nettoyage à l'eau bicarbonatée.

8. Les objectifs

Les objectifs de prévention de la dénutrition pour les années à venir sont :

- ✓ **Dépister la dénutrition à son stade précoce**
- ✓ **Adapter une démarche thérapeutique**
- ✓ **Evaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition et réadapter la démarche thérapeutique à l'état clinique du résident**
- ✓ **Si échec de l'alimentation orale, envisager une alimentation entérale avec éventuellement la mise en place d'une infirmière d'astreinte de nuit inter établissement afin de favoriser cette thérapie (et surveiller éventuellement les pompes à morphine.)**
- ✓ **Fédérer l'écriture des directives anticipées et interroger les résidents sur la pose éventuelle d'une sonde gastrique**
- ✓ **La commission devra travailler sur l'enrichissement de produits naturels et l'installation d'une cuisine en liaison froide**
- ✓ **Fédérer l'engagement des médecins traitants à prescrire le bilan d'entrée**
- ✓ **Fédérer la tenue du tableau de bord (dans le nouveau logiciel Net SOINS) des taux d'albuminémies, du suivi poids et de l'IMC de nos résidents afin d'obtenir des indicateurs performants (taux de résidents dénutris)**
- ✓ **Persévérer sur la sensibilisation de l'hygiène bucco-dentaire**
- ✓ **Formaliser le partenariat avec le dentiste**

V- LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU COMPORTEMENT

Au vu des RBBP (*évaluation interne outil qualité val axe 2*) 2-5-1 ; 2-5-2 ; 2-5-3 ; 2-5-4 (voir en annexes)

1. Quelques repères pour la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement :

Parmi les personnes âgées vivant en EHPAD et souffrant de maladies d'Alzheimer ou apparentées, 85% d'entre elles présentent des troubles du comportement. Soit plus de la moitié de nos résidents.

Dans la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement on repère différents groupes de troubles :

Il peut s'agir de troubles du comportement déficitaires

- ✓ Dépression ou apathie et une réaction anxieuse.
- ✓ Troubles du rythme veille/sommeil avec inversion des rythmes
- ✓ Troubles de l'appétit

Mais aussi de troubles du comportement jugés perturbateurs

- ✓ Agitation verbale ou motrice inappropriée
- ✓ Agressivité physique ou verbale menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
- ✓ Cris, sous forme de vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives
- ✓ Comportements moteurs aberrants, avec activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié, déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, ou fugues.
- ✓ Opposition avec attitude verbale ou non verbale de refus de soins, de l'alimentation, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
- ✓ Desinhibition : comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales, remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportements impudique ou envahissant ; ces manifestations préfigurent d'une démence fronto temporale.
- ✓ Idées délirantes avec perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet.
- ✓ Hallucinations qui sont des perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir

Un certain nombre de facteurs peuvent précipiter l'apparition des symptômes psycho-comportementaux

- ✓ Des causes somatiques (douleur, infection, rétention d'urine, fécalome, déshydratation) Ce sont les origines de syndromes confusionnels.
- ✓ Des troubles psychiatriques décompensés ou révélés
- ✓ Des facteurs iatrogéniques comme l'utilisation inappropriée de Neuroleptiques ou des Benzodiazépines
- ✓ Des facteurs sensoriels
- ✓ Des facteurs environnementaux avec des structures inadaptées
- ✓ Des problèmes relationnels avec une attitude inadaptée des aidants.

2. V-b Mise en place d'une philosophie de soins

La prise en charge des troubles du comportement est associée au projet d'établissement et du projet de soins avec la mise en place d'une philosophie de soins (approche MONTESSORI et sa devise (« aide-moi à faire par moi-même ») et d'accompagnement adapté.

La personnalité du résident doit être abordée en dehors du cadre de sa maladie.

Ainsi, les accompagnements ne doivent pas être orientés sur les déficits de la personne mais sur les ressources et les capacités restantes. C'est à l'équipe de soin de s'adapter aux besoins de la personne mais non pas la personne accueillie de s'accommoder aux nécessités de service

De même les traitements médicamenteux ne devraient pas être utilisés comme un moyen de contrôle des comportements.

3. V-c Un environnement architectural et humain adapté

L'établissement dispose d'une unité protégée avec 12 lits (*secteur Malijay*), cependant il apparait au regard des NPIES que 9 patients sur 12 ont des scores élevés dont plusieurs items égaux ou supérieurs à 7. Devant ces résultats, le COPIL a fait une demande d'autorisation d'ouverture d'UHR, le projet a été écrit par le médecin coordonnateur en collaboration avec la psychologue et déposé en décembre 2015 auprès des tutelles.

Un PASA dit « éclaté » (autorisation du 30 juillet 2013 et qui a ouvert ses portes le 1 octobre 2014) et qui sera remanié dans le projet de reconstruction. Le PASA permet une approche non médicamenteuse dans la prévention et la prise en charge des troubles du comportement par l'intermédiaire d'activités thérapeutiques variées

Ce PASA comprend une salle Snoezelen au 1er étage de l'établissement, un lieu de bien être au rez de chaussée, un salon de repos accolé à ce dernier, dans le prolongement une salle d'accueil (où nos résidents prennent le repas et le goûter), un jardin extérieur avec des jardinières adaptées et un parcours de marche pour stimuler leurs capacités restantes, une cuisine thérapeutique situé dans l'unité protégée.

Différents ateliers sont proposés : des ateliers cuisines, pâtisserie, bien être, relaxation, gymnastique douce et recherche de la notion d'équilibre, ateliers cognitifs, manuels et créatifs ainsi qu'un atelier de réminiscence.

Nous disposons d'1,8 ETP ASG, 0,4 ETP d'AMP, 0,2 ETP de psychologue, 0,2 ETP d'ergothérapeute.

L'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, cadre de sante, psychologue, ergothérapeute et les 2 ASG) se réunit le 1^{er} mardi du mois et revoie toute la liste de la file active, nous évaluons la prise en charge et les retentissements des activités sur les personnes souffrantes de démence type maladie Alzheimer ou apparentées associée troubles du comportement modérés.

Les critères d'inclusion sont :

- Un Score du NPI- ES strictement supérieur à 3 au moins à un des items.
- Avec un retentissement entre 2 et 4.
- A une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent ;
- En l'absence de syndrome confusionnel
- Il faut nécessairement qu'il existe la conservation de la mobilité, même en fauteuil.

Le PASA est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00 et toute l'année, un avenant au contrat de séjour est signé par le résident éligible ou par son représentant légal, il existe un contrat de séjour et un règlement de fonctionnement qui a été mis en place conformément à la loi du 2 janvier 2002.

Ce PASA a été labélisé le 27 novembre 2015 par nos tutelles.

4. Un plan de formation diversifié, diplômant et déclinant toutes les approches des troubles de l'humeur et du comportement

Une formation continue adaptée sur les thèmes de la maladie d'Alzheimer et de la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement (TNM) a été mise en place. Sur l'Ehpad, nous disposons actuellement de 4 ASG formées, d'autres seront formées sur les 2 prochaines années. En 2015, quatorze personnes ont reçu la formation Snoezelen. Sur l'année 2016, un quart des soignants recevra une formation sur la méthode MONTESSORI.

5. Evaluation des risques de troubles dès l'admission

L'accompagnement dans notre EHPAD est personnalisé et adapté, lors de l'admission, le médecin coordonnateur effectue différents tests et repère les résidents ayant des troubles du comportement.

Voici la liste des tests effectués :

Evaluation des troubles du comportement

- Echelle NPI ES
- Inventaire d'agitation de Cohen- Mansfield en cas d'agitation
- Echelle de Cornel en cas de dépression

6. Nos partenaires

Une convention geronto-psychiatrique a été signée avec le CH d'orange, l'équipe d'infirmières du CMP passe régulièrement et /ou sur notre demande, elle apporte leur soutien aux équipes ainsi que des réponses aux familles.

Une équipe d'unité mobile a été mise en place, ce qui nous permet d'avoir une vision d'expert à nos questionnements.

Par ailleurs, un partenariat avec le service psychiatrique du secteur Haut Vaucluse est en place pour les 2 Établissements.

Une convention avec le centre hospitalier de Montfavet a été négociée et reste à mettre en œuvre pour uniformiser les pratiques sur les deux sites.

De même, une convention avec un neuropsychiatre a été signée afin qu'il puisse pratiquer des consultations mémoire à notre demande.

Sur le site de Courthézon, c'est le CMP de Sorgues (antenne de l'hôpital psychiatrique de Montfavet) qui intervient 1 fois par mois (ou sur toute demande urgente).

7. Les objectifs

Les objectifs de prise en charge des troubles de l'humeur et des comportements pour les années à venir sont :

- ✓ **Réévaluer avec les médecins traitants les prescriptions de psychotropes**
- ✓ **Choisir des techniques non médicamenteuses et définir les modalités d'application en fonction des types de troubles du comportement.**
- ✓ **Améliorer la diffusion des recommandations des bonnes pratiques sur les troubles du comportement.**
- ✓ **Fédérer l'investissement de l'équipe de soins (hébergement) afin qu'elles assurent les observations des résidents qui vont au PASA, et que les améliorations constatées doivent être transcrites dans les transmissions ciblées afin d'avoir une démarche thérapeutique efficiente.**
- ✓ **Améliorer le diagnostic de maladie Alzheimer**
- ✓ **Fédérer les consultations mémoire sur le CHO.**
- ✓ **Maintenir les capacités restantes des résidents souffrants de troubles cognitifs et**

VI- MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Au vu des RBPP (évaluation interne outil qualité val axe 2) 2-6-1 ; 2-6-2 ; 2-6-3 ; 2-6-4 ; 2-6-5 ; 2-6-6 ; 2-6-7 ; 2-6-8 ; 2-6-9 ; 2-6-10 ; 2-6-11 ; 2-6-12 ; 2-6-13 (voir en annexes).

1. Le DARI

En avril 2014, l'établissement a mis en place le Document d'Analyse du Risque Infectieux(DARI), cette première évaluation a été établie à l'aide de l'outil GREPHH, depuis chaque année une évaluation a lieu (lors de l'écriture du RAMA) cette dernière justifie l'augmentation du score en pourcentage et de notre aptitude à répondre à nos carences. Le score en 2014 était de 76%, en 2015 il augmentait à 79,5% avec 163 points sur 205 attendus.

2. Protocoles et procédures sur la maîtrise du risque infectieux

Depuis Décembre 2015 les protocoles et procédures ont été remis à jour en coordination avec le médecin du CCLIN du Vaucluse. Les protocoles et procédures ont été diffusés en réunion de service aux équipes de jour comme de nuit sur le pôle soins et pôle hygiène et hôtellerie. Ces protocoles sont évalués lors de l'entretien annuel ainsi que par le remplissage de la grille de compétences. Lors des staffs bi mensuel, des rappels sont effectués en équipe pluridisciplinaire. Ils sont mis à la disposition du personnel dans les classeurs de la gestion documentaire ainsi que sur les postes « kiosque »

Une IDE et 1 AS ont été nommées référentes Hygiène, leurs missions sont décrites et doivent sensibiliser les équipes aux RBPP en matière d'hygiène. Les relations transversales entre le pôle soins et le pôle hygiène sont efficientes. Le cadre de santé et la responsable du pôle hygiène établissent une communication adaptée aux équipes et organisent des formations actualisées avec comme partenaire le CCLIN.

3. Prise en charge de la vaccination saisonnière

Chaque année à l'automne, les résidents et les professionnels de notre Ehpad sont incités à la mise à jour des vaccinations nécessaires.

Un document, émanant de la direction est envoyé à chaque agent leur proposant la prise en charge du vaccin anti grippal. La vaccination des résidents (en respectant l'avis de nos résidents et des éventuelles contre-indications) est mise en place (selon « la procédure de mise en place de la vaccination de la grippe saisonnière »), elle est effectuée par l'équipe d'infirmières de l'établissement avant le 31 octobre de chaque année selon les préconisations de l'ARS. La vaccination à pneumocoques peut être proposée par les médecins traitants.

4. Etiologie des infections

Sur le plan infectieux, les infections constatées ne sont pas renseignées par les médecins traitants dans le logiciel de soins (les prescriptions d'antibiotiques sont effectuées sur ordonnance libre qui ne sont pas actualisées dans le dossier médical), avec Net soins, le médecin coordonnateur devra fédérer les médecins traitants à identifier la nature de ces infections dans le nouveau logiciel, afin que l'on puisse en faire un relevé et une analyse des causes.

5. Plan bleu

Chaque année, le plan bleu est réactualisé par l'équipe du COPIL sous l'égide du médecin coordonnateur, le plan de gestion des risques est mis en place, il est affiché dans les salles de soins et connus des agents, on peut aussi le consulter à partir des postes kiosques et dans le classeur blanc (médical-pharmacie) de la gestion documentaire. Le Cadre de santé remplit chaque année Le Registre organisationnel de la région(ROR), elle y inclut la remise à jour annuellement du plan bleu.

6. Les objectifs

Les objectifs de prise en charge de la maîtrise du risque infectieux pour les années à venir sont :

- ✓ **Persévérer sur la maîtrise des risques infectieux, poursuivre l'ascension du score dans le DARI en répondant aux préconisations.**
- ✓ **Poursuivre et contrôler les connaissances des protocoles et procédures chez nos agents ainsi que les nouveaux arrivants.**
- ✓ **Mise à jour annuel du plan bleu**

VII- LA CONTINUITÉ DES SOINS

Au vu des RBBP (évaluation interne outil qualité val axe 2) 2-7-1 ; 2-7-2 ; 2-7-3 ; 2-7-4 ; 2-7-5 ; 2-7-6 ; 2-7-7 ; 2-7-8 ; 2-7-9 ; 2-7-10 ; 2-7-11 ; 2-7-12 ; 2-7-13 ; 2-7-14 (voir en annexes).

1. Recrutement du médecin coordonnateur

Depuis septembre 2015, l'établissement a recruté un nouveau médecin coordonnateur à 0,5 ETP (suite au départ de l'ancien). Sa fiche de fonction est connue ainsi que ses 13 missions.

2. Une commission gériatrique biannuelle

Une commission gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur (Dr LECOURTIER) et composée de professionnels (pharmacien, médecins traitants, kinésithérapeutes, psychologue salariée) se réunit au moins 2 fois par an. Les convocations avec ordre du jour et les feuilles de présence sont établies.

A la demande du directeur, l'heure de la commission a été proposée de façon à ne pas bouleverser les plannings des médecins traitants, un repas de midi (gratuit) est servi aux participants, Les frais de remboursement de consultations médicales ont été proposés afin de mobiliser leur venue. Malgré toute cette démarche, le taux d'absentéisme des médecins reste très élevé.

3. Libre choix du médecin traitant

Dans le livret d'accueil figure la liste des praticiens sous convention, concernant les médecins, les kinésithérapeutes libéraux, pharmacien. Le résident qui n'a pas de médecin traitant au libre choix de choisir son médecin sur cette liste. Les médecins informent les résidents des soins qui lui sont dispensés et des traitements qui s'y rattachent en fonction des capacités de compréhension des résidents.

En fonction des circonstances ou des questions des familles, ces informations peuvent aussi leur être données par le médecin coordonnateur.

4. Continuité des soins infirmiers

Avec la nomination du nouveau Directeur en septembre 2013, une réflexion sur les horaires infirmiers a été menée. A l'époque l'équipe salariée idé travaillait en 7h14h et c'est l'équipe d'infirmière de Jonquieres qui intervenait et assurait la distribution médicamenteuse au repas du soir ainsi que les perfusions sous cutanées. Les 2 équipes ne se croisaient jamais et la continuité des soins était inefficace. De même sur le site de Courthezon l'équipe salariée fonctionnait en coupé 7h- 14h et revenait au repas du soir entre 17h- 20h. Cependant, les éventuelles visites des médecins traitants (sous convention avec l'établissement) s'effectuaient durant l'absence des infirmières et cela posait une problématique dans les suivis de prescriptions. *Il a été donc décidé de passer l'équipe IDE salariées en 12h soit 7h30-19h30. Il existe à ce jour un réel accès aux soins et à leur continuité.*

5. Permanence de soins et partenariat de proximité avec les prestataires de service

Avec le peu d'engagement des médecins traitants et la permanence de soins qui s'arrête à 20h, l'équipe du 15 prend le relais après 20heures ainsi que les weekends, la convention (signée par l'ARS) avec le Centre Hospitalier d'Orange (selon le découpage sectoriel) fonctionne pour toutes les prises en charge urgentes.

L'établissement a signé une convention avec le centre hospitalier d'Orange dans le cadre du plan bleu ainsi qu'avec le CHS de Montfavet pour les soins psychiatriques du Haut Vaucluse et le centre hospitalier de Vaison la Romaine au niveau de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Les informations pour joindre les professionnels de santé extérieurs sont accessibles et réactualisés régulièrement dans le dossier de soins informatisé (N° de téléphone et de fax).

Un partenariat a été signé avec un prestataire de service (société BASTIDE) pour tout le matériel médical et la société SOS oxygène pour l'oxygène et tous ces dérivés (aérosols, VNI...etc.).

Pour tous les soins dits « lourds » comme une mise en place de nutrition entérale ou pompe à morphine, un partenariat a été signé avec l'association HADAR (hospitalisation à domicile) qui intervient 24h/24H avec les équipes d'infirmières libérales de Jonquieres et Courthezon

5. Circuit sécurisé du médicament

Concernant le circuit du médicament, la continuité des soins est respectée, les rouleaux de médicaments sont livrés tous les jours par la pharmacie Garcin, en urgence si nécessaire. Dès qu'une ordonnance est prescrite, cette dernière est faxée avec un tampon à encre rouge portant la mention « URGENT ».

Avec l'arrivée du Logiciel net soins, les médecins se doivent de prescrire dans le logiciel de soins, le pharmacien aura accès directement aux prescriptions, il renverra une feuille de délivrance avec sa traçabilité dans le logiciel. Par le biais d'une Scanette (lecteur de code barre sur les sachets), les infirmières scanneront les sachets et la traçabilité sera effective dans le dossier de soins.

6. Dossier de liaison urgente

A chaque hospitalisation de l'un de nos résidents, l'établissement établit un **Dossier de Liaison d'Urgence** qui est documenté à partir du dossier de soins informatisé. C'est une synthèse où l'on y retrouve tous les antécédents médicaux, chirurgicaux, les traitements en cours ainsi que les résumés des dernières consultations et des transmissions ciblées effectuées par les équipes.

Pour tout prise en charge aux urgences et ne nécessitant pas d'hospitalisation par la suite, le centre hospitalier d'Orange, nous a demandé (lors de la réunion annuelle mise en place par le CHO concernant la vie de leur convention avec les établissements médico-sociaux du territoire) de mettre en place une fiche de liaison d'urgence, établit par l'HAS sur lequel on retrouve une fiche d'identité du résident, le motif d'hospitalisation aux urgences (exemple chute avec suspicion de fracture) et ce même service apporte réponse immédiate (espace dédié dans cette fiche réponse) sur cette prise en charge dite « courte » et ne nécessitant pas un rapport d'hospitalisation comme auparavant.

PROJET DES PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES NEURO COGNITIFS

REACTUALISE EN 2021

ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DE L'EHPAD DE JONQUIERES COURTHEZON

L'analyse des données du PRS, du schéma départemental de gérontologie, l'évolution des demandes admissions indique clairement une augmentation importante de personnes âgées souffrants de troubles neurocognitifs.

Par ailleurs la prise de ces résidents demande des locaux, des organisations, du personnel diplômé spécifiques adaptés pour une prise en charge efficace.

Différents plans « Alzheimer et maladies apparentées » et « maladies neuro dégénératives », ont été mis en place au niveau national, dans le but d'apporter des réponses de plus en plus adaptées à cette population. De ces textes, cités en référence, découleront des circulaires portant sur la mise en œuvre plus opérationnelle de ces plans, notamment celle du 6 juillet 2009 précisant les modalités.

Différents plans « Alzheimer et maladies apparentées » et « maladies neuro dégénératives », ont été mis en place au niveau national, dans le but d'apporter des réponses de plus en plus adaptées à cette population. De ces textes, cités en référence, découleront des circulaires portant sur la mise en œuvre plus opérationnelle de ces plans, notamment celle du 6 juillet 2009 précisant les modalités.

Diversifier l'offre, dans une logique de filière. Le projet de l'établissement s'inscrit dans une volonté de pouvoir proposer aux populations du territoire du nord Vaucluse et alentours dans un même EHPAD, des possibilités d'accompagnement personnalisé et différencié en fonction des besoins et souhaits des résidents et de leurs familles, ainsi que de l'évolution de leurs pathologies cognitives. A travers ses différentes unités déjà existantes (Hébergement Permanent, CANTOU) mais aussi aux différents partenariats existants (CLIC, CMP, MAIA, PTA...), l'EHPAD de Jonquieres Courthezon constitue d'ores et déjà un maillon de la filière spécifique à ce profil de population.

Des trajectoires de vie personnalisées en fonction des besoins. L'un des objectifs du projet d'établissement est d'adapter les missions de la structure afin de conforter les « Projets d'Accompagnement Personnalisé » pour chaque nouvel entrant à l'EHPAD.

Ce projet se construit dès la préadmission, et au moment de l'accueil par le recueil de données concernant le résident (habitudes de vie, éléments significatifs de l'histoire de vie, souhaits, capacités, etc.). Il est complété et ajusté dans les semaines suivant l'entrée. L'ensemble des éléments collectés est transcrit dans le dossier du résident (dossier informatisé NET SOINS) par les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. La procédure de construction du projet personnalisé : - met le résident au centre du projet (recensement des désirs, souhaits, attentes aux différentes étapes de la procédure) - prend en compte l'entourage familial - reconnaît le rôle et les compétences professionnelles des différents membres de l'équipe. Quelque soient les nouvelles trajectoires de vie possibles au sein de l'EHPAD, le résident et sa famille sont assurés d'un suivi personnalisé et d'un accompagnement jusqu'au bout de la vie.

Ce projet est destiné à accueillir des résidents présentant une démence évoluée associée à des troubles du comportement sévère. Ce projet d'unité renvoie à une double nécessité :

- Répondre au nombre croissant de demande de prise en soins en EHPAD pour des malades présentant des états démentiels associés à des troubles psycho-comportementaux. Cette évolution s'explique d'une part par des facteurs épidémiologiques (augmentation des pathologies démentiels en rapport avec l'allongement de la durée de vie). D'autre part, l'offre de soins s'est considérablement développée, permettant un maintien au domicile familial dans de meilleures conditions pour le malade comme pour ses aidants. Bien souvent, c'est la survenue de troubles sévères du comportement qui vient mettre en échec la prise en soins et motiver l'entrée en institution.

- Proposer à ces patients une prise en soins adaptée, dans un environnement de qualité.

- Prévenir les problèmes de cohabitation au sein de la structure entre les résidents atteints de troubles du comportement sévères et les autres.

Ainsi il nous faut mettre en œuvre :

- 1- Un pôle d'activité et soins adaptées de jour comportant 14 places**
- 2- Une unité d'hébergement renforcée de 12 lits**
- 3- Une unité de vie protégée de 14 lits**
- 4- Un pôle d'activité et de soins adaptées de nuit (surtout sur le secteur EHPAD)**

I - UN POLE D'ACTIVITE ET SOINS ADAPTEES DE JOUR

COMPORTANT 14 PLACES

1.1 - Objectifs du PASA

S'interroger sur les valeurs fondatrices de ce projet spécifique semblait fondamental dans la mesure où les attitudes, les comportements professionnels seront au cœur du projet et de l'accompagnement des personnes accueillies dans le PASA

La création d'un PASA au sein de l'établissement est un moyen de répondre de façon encore plus adaptée à cet objectif, nous permettant de recevoir et d'accompagner les résidents quel que soit leur dépendance, leurs pathologies et leur degré d'atteinte cognitive. Cet accompagnement personnalisé, dans une logique de parcours, est un principe fondamental concourant à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Des moyens ont été mis en œuvre pour assurer une continuité de l'accompagnement :

- outils de suivi : les projets de vie et de soins sont consignés et actualisés dans le dossier informatisé NETSOINS ; et mise en réseau de l'outil informatique sur l'ensemble de l'EHPAD. –

- coordination des projets personnalisés par les professionnels intervenant de façon spécifique sur le PASA mais également de manière transversale sur l'EHPAD (le médecin coordonnateur, la psychologue, le cadre de santé, en interne – le médecin traitant, la psychomotricienne, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, en externe). L'acceptation par le résident et sa famille d'un accompagnement spécifique au sein du PASA ne remet pas en cause la validité du contrat de séjour signé dès l'entrée dans EHPAD. Nous souhaitons concilier un projet de soin spécifique dans une architecture adaptée et un projet de vie chaleureux dans un environnement favorisant l'autonomie, la qualité de vie et les liens sociaux.

Une recherche ciblée sur l'impact des approches non médicamenteuses. Les thérapies non-médicamenteuses jouent un rôle considérable dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles démentiels. Dans l'objectif que nous poursuivons d'un accompagnement psycho-relationnel des résidents, nous utiliserons un certain nombre d'entre elles, dont des activités socio-thérapeutiques. Nous savons que nombre des troubles du comportement sont d'origine somatique, environnementale ou psycho-relationnelle. Il est bien reconnu qu'un environnement adapté améliore les troubles du comportement car il est sécurisant, apaisant tout en préservant la liberté d'aller et venir de la personne. Il en est de même de l'approche psycho relationnelle, fondée sur la reconnaissance de l'autre, de sa réalité, de sa souffrance. Mais aujourd'hui, dans le cadre des activités d'accompagnement dites à but thérapeutique, aucune intervention non-médicamenteuse n'a apporté la preuve de son efficacité sur l'évolution de la maladie (HAS 2008). La taille de notre établissement (87 résidents dont 70% de déments dont la prise en charge d'un certain nombre d'entre eux en unité spécialisée), sera l'occasion d'études ciblées sur l'apport et le bénéfice éventuel d'approches non médicamenteuses. En effet, nous aurons la possibilité de créer des groupes « témoins », d'évaluer les résidents dans et en dehors de l'unité, car aucun transfert hors établissement n'aura lieu. Nous aimerions cibler nos études sur une ou plusieurs approches non-médicamenteuses spécifiques (art-thérapie, musicothérapie, espace snozelen...) et en évaluer le potentiel thérapeutique par le suivi de différents indicateurs : tests cognitifs, évolution des troubles psycho-comportementaux productifs et des troubles de l'humeur, prescription de psychotropes, état nutritionnel, degré d'autonomie.

1.2 - L'admission au PASA

En plus des critères d'accueil énoncés dans le cahier des charges du PASA (circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médicosocial du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2010), l'équipe a souhaité préciser le profil des résidents qui seraient accueillis dans le Pôle. Sont éligibles à un PASA les résidents hébergés au sein de l'EHPAD :

- Ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (critères DSM IV ou NINCDSADRDA),

- Et des troubles du comportement modéré mesurés par un score strictement supérieur à 3, à au moins un des items de l'échelle NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique-version équipe soignante),

- Et des troubles du comportement qui : altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, et dont l'ampleur est mesurée par l'échelle de retentissement du NPI-ES entre 2 et 4, et qui interviennent selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent,

- Et n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la Haute autorité de santé - HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » - Mai 2009),
- Et ne remplissant pas les critères d'admissibilité en UHR,
- Et dont le projet de l'accompagnement en PASA a été validé par le résident et sa famille
- Et dont l'accompagnement au PASA a été validé par l'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, cadre de santé, IDE, AS, psychologue).

L'admission est prévue pour s'effectuer 6 étapes :

- Réunion de synthèse en équipe pluridisciplinaire pour faire le point sur les modalités d'accompagnement des résidents, et déterminer ceux potentiellement éligibles à un accompagnement au sein du PASA,
- Evaluation gériatrique plus professionnelle avec Révision du NPI-ES et GIR du résident,
- Information du médecin traitant par le médecin coordonnateur via l'évaluation gériatrique intégré au dossier médical et de soin
- Si validation, révision du projet d'accompagnement personnalisé du résident, en sa présence, celui de sa famille et de l'équipe soignante, incluant la définition des activités à mettre en œuvre,
- Décision d'admission avec proposition des activités ciblées et des fréquences
- Présentation du résident à l'équipe du PASA.

1.3 - La sortie du PASA

La décision de sortie du PASA est à mettre en relation avec les critères. Elle sera évoquée dès que :

- Un syndrome démentiel associé à une dépendance lourde apparaît
- Survient une pathologie intercurrente entraînant une dépendance physique ou des soins techniques particuliers
- Le résident entre en unité de vie Alzheimer
- Le résident ne participe plus à toutes les activités
- le résident présente des troubles du comportement qui ont diminué de façon significative : tous les critères du NPI sont devenus inférieurs à 3.
- le résident doit rester confiné au lit
- le résident relève d'une prise en charge UHR en raison d'une augmentation significative des troubles productifs du comportement. La décision de sortie PASA sera prise en réunion pluridisciplinaire après analyse de la situation spécifique du résident. Un compte rendu de cette décision motivée sera consigné dans le dossier du résident et transmise au médecin traitant. Le consentement du résident sera recherché, sa famille en sera informée par le médecin coordonnateur ou le cadre de santé. Si le résident présente un ou plusieurs critères évoqués précédemment, une réunion pluridisciplinaire est organisée afin de présenter et discuter ces évolutions. A l'issue, une révision du NPI-ES et du GIR du résident est effectuée afin d'objectiver l'analyse. En cas de confirmation, une information du médecin traitant et de l'entourage du résident est donnée par le médecin coordonnateur ou le cadre de santé. Cette évolution entraîne une révision du projet d'accompagnement personnalisé en équipe pluridisciplinaire, avec le résident et l'entourage. Si un maintien de l'hébergement classique est décidé, cette révision du projet d'accompagnement personnalisé portera sur la définition des modalités d'accompagnement en journée, qui seront consignées dans le logiciel de soins pour transmission. Si la décision est une orientation vers l'unité Alzheimer de l'établissement, la réflexion sur les modalités d'accompagnement se tiendra auprès de l'équipe de cette unité. En cas de décision

d'orientation en UHR, le médecin coordonnateur prend contact avec la structure concernée afin d'envisager un transfert, en lien avec les proches et le médecin traitant.

1.4 - Dispositions prévues pour garantir le respect des droits des usagers et l'intégration de la famille

Les résidents sont sélectionnés par le médecin coordonnateur, en concertation avec l'équipe soignante. Le résident ainsi que la personne de confiance ou le représentant légal doivent être informés de cette décision. Le consentement du résident, l'adhésion de la famille ou de l'entourage doivent être activement recherchés. Les résidents peuvent être accueillis tous les jours, un jour sur deux, un jour de temps à autre, etc... selon une sélection quotidienne souple et variable liée aux besoins de la personne, son état de santé, et l'expression de son consentement à la participation aux activités de l'unité. Il sera également prévu la possibilité d'intégrer progressivement les nouveaux résidents éligibles sur des temps limités. La maladie d'Alzheimer est une maladie qui touche la personne âgée et son entourage, de fait il est aussi important que la famille soit prise en compte et se sente considérée comme un partenaire de l'équipe dès l'arrivée dans l'établissement. Une relation de confiance doit pouvoir s'instaurer entre les familles et l'équipe pluridisciplinaire. La collaboration sur la base de la confiance réciproque pourra s'instaurer dans un esprit d'ouverture et de transparence : les familles ont la possibilité de participer, selon leurs goûts et leurs envies, aux différents temps de vie. La famille est porteuse de la mémoire, de l'histoire de vie et des différents centres d'intérêts de la personne âgée : les informations qu'elle sera susceptible de nous communiquer seront précieuses dans l'élaboration des projets de vie. L'adhésion de la famille au projet de vie du résident est activement recherchée. En effet, en devenant partenaire de l'équipe soignante, la famille va favoriser l'intégration et l'adaptation de son parent au sein de l'établissement. Ce travail de collaboration va permettre qu'un véritable projet de vie individualisé s'organise autour du résident. Pour ce faire, il faut qu'aidants naturels et aidants professionnels apprennent à se connaître et à se faire confiance. Les familles peuvent avoir besoin de se sentir écoutées, orientées, soutenues et informées et la présence d'une psychologue au sein de l'établissement permet d'offrir un meilleur accompagnement du groupe familial. En effet, plus le résident est dépendant sur le plan psychique, plus la famille a besoin d'être informée, de mettre du sens et d'être aidée pour mieux comprendre et communiquer avec ce dernier. Un temps de présence de la psychologue est disponible afin de proposer aux familles le désirant, un temps d'écoute et d'échange (éclaircir certaines situations ou apaiser les craintes des familles) ; en fonction des demandes, des temps d'échanges collectifs pourront être mis en place. L'information sur la maladie et le soutien des familles sera privilégiée par le biais : - de réunions thématiques (compréhension de la maladie) - d'échanges informels dans les unités avec les professionnels de possibilités de rendez-vous avec le médecin coordonnateur, la psychologue, le cadre de santé. Par ailleurs, des enquêtes de satisfaction sont régulièrement menées au sein de l'EPHAD, auprès des usagers ainsi que de leurs proches. Le Projet qualité de l'établissement prévoit qu'une attention particulière soit portée aux situations d'accompagnement difficiles. L'établissement a donc mis en œuvre un ensemble de dispositifs visant à dépister les situations et événements complexes impactant notamment les résidents de la structure :

- procédure de gestion des événements indésirables

- fiches d'événements indésirables utilisées pour signaler ce type de situations. Elles font l'objet d'une analyse systématique par l'équipe encadrante, en assurant la confidentialité du déclarant et l'étude objective des cas.

- procédure de gestion des plaintes et doléances des usagers et de leurs proches, prévoyant systématiquement une enquête interne et une réponse

- déclaration à l'ARS Bretagne de tout événement indésirable grave Les professionnels ont par ailleurs accès à un groupe de parole et une consultation psychologique en cas de besoin

1.5 - Fonctionnement du PASA

1.5.1 - Modalités de fonctionnement

Le PASA sera ouvert 5j/7, de 10h à 17h00. Il pourra exceptionnellement être fermé lorsque la situation des effectifs soignants des unités d'hébergement le nécessite. Concernant l'alimentation, une attention particulière sera portée au respect des régimes alimentaires et aux textures adaptées à chaque résident. Ces éléments sont consignés dans le dossier informatisé du résident. Le repas est préparé par l'équipe de cuisine en portion collective, puis servi à l'assiette par les soignants avec l'aide de résidents. L'équipe de l'unité participe au repas. Le planning des activités à visée thérapeutique sera actualisé chaque semaine. L'élaboration du planning sera constituée en lien avec l'équipe du PASA. Les principes constituant la trame hebdomadaire sont les suivants :

- une présence en continue du résident souhaité sur la journée,
- une présence suivie 2 à 3 fois par semaine (1 jour sur deux) pour tirer bénéfice des activités proposées,
- un choix des activités en fonction du groupe (homogénéité),
- deux activités l'après-midi (type 1 et type 2). La journée en PASA sera ritualisée par l'organisation des temps d'activités collectives et / ou individuelles

Activité de type 1 GROUPE RESTREINT HOMOGENE : sollicitation plus prégnante des capacités gestuelles o le jardin o le repas ou goûter thérapeutique o les activités manuelles o l'art thérapie o les sorties o etc...

Activité de type 2 GROUPE ELARGI : sollicitation de fonctions plus vastes (cognitives, abstraites) o Musicothérapie o Relaxation o Groupe 5 sens o Réminiscence o Atelier mémoire o Etc...

Le pôle d'Activités et des soins adaptés (PASA) propose, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modéré des activités collectives et/ou individuelles, sociales et thérapeutiques qui sollicitent différentes fonctions et se déclinent comme suit :

- Activités de stimulation sensorielle ;
- Activités de stimulation cognitive ;
- Activités de stimulation motrice/fonctionnelle ;
- Activités à visée relationnelle et sociale

Le choix des activités sont définies lors de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés des résidents, en fonction de leurs capacités et de leurs envies. Selon leur nature (groupe ou individuelle), elles sont consignées dans le planning prévisionnel d'activité du PASA. Au maximum, les activités ne dureront pas plus d'1h à 1h30 afin de ne pas fatiguer les résidents et de s'adapter à leurs capacités de concentration. L'encadrement est assuré par le personnel du pôle, à savoir l'ergothérapeute, le psychologue et les ASG.

Le suivi et évaluation des activités sont réalisées :

- d'une part, en transmission sur le logiciel de soins
- d'autre part, en réunion d'équipe PASA mensuelle

1.5.2 - Modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Le repérage des troubles du comportement s'effectue essentiellement par l'équipe soignante accompagnant les résidents lors des actes de la vie quotidienne. Lorsqu'ils sont détectés, ils font l'objet de transmissions écrites à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Dans ce cas, une évaluation NPI-ES et du GIR est demandée par le médecin coordonnateur, et une réunion pluridisciplinaire est organisée afin d'en envisager un accompagnement. Par ailleurs, la transmission à l'entourage et au médecin traitant de ce signalement est réalisée par le médecin coordonnateur. La résolution passe par la mise en œuvre d'une réflexion pluridisciplinaire : - recherche systématique d'activités adaptées, - mise à disposition d'un chariot de gestion de l'urgence comportementale, - proposition de sortie de l'unité temporaire ...

La réévaluation des troubles du comportement s'effectue lors de réunions de synthèse une fois par mois, et par la réévaluation NPI-ES et GIR à chaque saisie de l'équipe soignante PASA et hébergement.

II – UNE UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE DE 12 LITS

2.1 - Projet de l'unité d'hébergement renforcée

Le projet spécifique de l'UHR prévoit les modalités de fonctionnement de l'unité qui répond obligatoirement aux critères suivants :

L'accompagnement à effet thérapeutique

L'unité propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- Au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...)
- Au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...)
- À la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,)
- Au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,)

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- La prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas,
- Le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- Les stratégies alternatives à la contention ;
- La bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- La prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- La transmission des informations entre les différentes équipes.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

Un accompagnement personnalisé de vie et de soins

Dans le cas d'un transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (Horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant. Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement.

Il précise :

- Le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ;
- Les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ;
- Les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ;

- Les événements à signaler à la famille ;
- La surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments...

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'unité en lien avec l'infirmier de l'UHR.

Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié.

La synthèse et la transmission des informations¹⁴ concernant le résident sont mentionnées dans un dossier.

Les transmissions d'équipe

Une procédure de signalement des événements et des situations complexes est mise en place.

Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, l'équipe de l'UHR s'assure de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

2.2 - Le personnel soignant intervenant dans l'unité

2.2.1 - La qualité des professionnels

Le médecin de l'unité, ou le médecin coordonnateur dans les EHPAD, constitue le pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'accès à un avis psychiatrique est recherché.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- D'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- D'un temps d'infirmier ;
- D'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- D'un temps d'assistant de soins en gérontologie ;
- D'un temps de personnel soignant la nuit ;
- D'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

2.2.2 - La formation du personnel

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

- À l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen-Mansfield) ;
- Aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- Aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- À la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes, à la sortie de l'UHR, dans les meilleures conditions.

2.3 - La coordination des différents services

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévère nécessite la mise en place d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD et du médecin de l'unité en USLD.

En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec :

- Une équipe psychiatrique publique ou privée,
- Les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),
- Un ou d'autres EHPAD ou USLD.

2.4 - L'environnement architectural des unités d'hébergement renforcées

L'environnement architectural doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à 3 objectifs :

- Créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant¹⁸,
- Procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- Offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

L'unité dispose :

- D'une entrée adaptée,
- D'espaces privés,
- D'un espace repas avec office,
- D'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- D'une salle de bain/bien-être,
- D'au moins un espace d'activités adaptées,
- De deux w.c,
- Des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- D'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

- Favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;

2.4 - L'environnement architectural des unités d'hébergement renforcées

L'environnement architectural doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à 3 objectifs :

- Créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant¹⁸,
- Procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- Offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

L'unité dispose :

- D'une entrée adaptée,
- D'espaces privés,
- D'un espace repas avec office,
- D'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- D'une salle de bain/bien-être,
- D'au moins un espace d'activités adaptées,
- De deux w.c,
- Des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- D'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

- Favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;

En matière de sécurité incendie :

L'unité répond à la réglementation ERP de type J pour les EHPAD (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) et type U pour les USLD.

Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcé :

- L'entrée

Espace de transition, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

- Les espaces privés

Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.

- L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être »

L'UHR dispose d'un espace de soins et de « bien-être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.

- Les espaces de convivialité et de vie sociale

L'unité d'hébergement renforcé devra disposer d'espaces collectifs :

- Un espace repas avec office,
- Un espace salon
- Un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe.

Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités.

- Les espaces d'activités et de soins :

L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel. Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements.

A titre d'exemple il s'agit :

- Soit, d'un espace pour activités manuelles : peintures, modelage, ...
- Soit, d'un espace pour activités de musicothérapie,
- Soit, d'un espace d'activités physiques,
- Soit, d'un espace multi-sensoriel,
- Soit, d'un espace de jeux,
- Autre....

- Les espaces extérieurs

Que l'unité soit située, en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

- Les espaces de services

L'unité dispose de locaux de service nécessaires à son fonctionnement :

- Vestiaires,
- Locaux de linge propre
- De linge sale,
- Un espace de réunion du personnel...

III - UNE UNITE DE VIE PROTEGEE DE 14 LITS

Les critères d'admission en unité protégée sont médicaux.

La proposition d'admission repose sur :

- Un diagnostic établi de maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée.
- Des troubles psycho-comportementaux sévères et perturbateurs évalués. L'orientation en unité protégée est proposée par le médecin coordonnateur après avoir recueilli l'avis du médecin traitant. Lorsqu'elle concerne un résident de l'EHPAD, la décision a préalablement été discutée en réunion pluridisciplinaire. Lorsqu'il s'agit d'une admission directe, le médecin coordonnateur ou la psychologue et l'ASG CO prend contact avec les intervenants médicaux et paramédicaux qui le prenaient jusqu'alors en charge. En général il réalise également une évaluation préalable des troubles par un entretien avec le malade et/ou ses proches quand cela est possible. Le consentement du résident quoique généralement difficile à obtenir à ce stade de sa maladie, doit être recherché. Si possible, Avant l'admission, le médecin rencontre la famille dans le but d'obtenir son adhésion au projet, lui expliquer les intérêts et les limites de la prise en soins en unité protégée, et l'informer sur les modalités de réorientation. Comme dans les autres unités de vie de l'EHPAD, des soignants référents sont désignés lors de l'admission.

Ils reposent sur 4 axes :

3.1 - La prise en soins des troubles du comportement afin de limiter au maximum l'usage de contention physique et/ou chimique.

Elle s'appuie sur :

- Un environnement calme, sécurisant et contenant. A l'intérieur de l'unité, des espaces de déambulations et le jardin sont accessibles et permettent de répondre aux besoins de déambulation. Les accès de l'unité sont sécurisés par des digicodes afin d'éviter toute sortie à l'insu du personnel de l'établissement d'un résident désorienté. Pour préserver la liberté d'aller et venir du résident tout en garantissant sa sécurité, des sorties accompagnées hors de l'unité sont organisées lorsque le résident en manifeste l'envie. La présence d'animaux (1 chat) est à relever car elle permet de créer un sentiment de « chez soi » et un support à l'expression de l'affectivité des résidents.
- L'observation du résident, les circonstances de survenue des troubles du comportement et leurs modes de résolution donnent lieu à une adaptation de la prise en soins. Ainsi, les rythmes des toilettes, levés, couchés, collations et repas sont adaptés quotidiennement pour répondre au mieux aux besoins et attentes des résidents.
- Une prise en soins médicale optimale (traitement des comorbidités, prise en soins de la douleur, des troubles de l'humeur, des déficiences sensorielles etc...). Une collaboration active entre médecin traitant et médecin coordonnateur est nécessaire.

3.2 - Le maintien des capacités fonctionnelles

L'accompagnement individuel en UVP est privilégié. Les actions collectives contribuent significativement au maintien des capacités. Dans le cadre de la démarche Montessori, la verticalisation est un objectif majeur dans la conservation de l'autonomie.

- Une adaptation de l'environnement et des aides techniques contribue à la prévention des chutes et leurs conséquences.
- Sur le plan cognitif, la stimulation de la mémoire et des fonctions exécutives par la participation à des activités de la vie quotidienne. Un travail sur l'orientation spatiotemporelle, ainsi qu'une stimulation des capacités de communication verbale et non verbale est mise en œuvre quotidiennement.

- Des activités musicales, d'arts manuels, de tricot ou de peinture, de jardinage et de bien-être stimulent la mémoire sensorielle.
- Le maintien d'apports adaptés, dépistage de la dénutrition, fragmentation des prises alimentaires par la mise à disposition de collations font constituer une prise en soins nutritionnelle spécifique. Occasionnellement, la personne âgée prend part à des goûters ou repas thérapeutiques confectionnés collectivement.

3.3 - Le respect de l'identité et de la dignité du résident

L'équipe soignante de l'UVP veille à :

- La prise en compte de l'histoire de vie du résident ainsi que ses valeurs,
- La recherche de l'expression de sa volonté,
- Au respect de ses rythmes et habitudes de vie,
- La valorisation des liens sociaux et affectifs antérieurs nécessitant une réflexion sur la place des proches au sein de la structure.

3.4 - Le personnel soignant et paramédical

Le personnel intervenant aura :

- Exprimé l'intérêt de travailler dans l'unité,
- Disposé préalablement et préférentiellement d'une expérience en milieu gériatrique ou, à défaut un encadrement doit être mis en place,
- Accepté de s'inscrire dans une démarche Montessori, ASG et de formation sur la maladie d'Alzheimer et à la prise en soins comportementale de cette affection.
- A cœur de respecter les principes de Montessori : Le regard, la parole, le toucher,
- A privilégier l'approche non médicamenteuse. D'autres éléments organisationnels sont à noter : - Concernant les **aides-soignantes (ASG) et/ou ASH** : Il s'agit d'un personnel dédié : 2 postes du matin et 2 postes d'après-midi. - **Un ou une IDE interviendra** sur l'unité : Elle participe aux réunions d'organisation de cette dernière et son rôle de référent est également étendu au suivi paramédical des résidents relevant de l'unité.

L'ASG CO est le garant des actions gériatriques menées. Elle doit être nécessairement présent aux transmissions UVP.

- **Un temps de psychologue** est dégagé spécifiquement sur cette unité (0.25 ETP et 0.25 ETP pour l'UHR) afin qu'il puisse assumer :

- La prise en soins individuelle ou en groupe des résidents (psychothérapie de soutien, stimulation cognitive). Le bien-être psychique du résident doit être l'objectif premier de la prise en soins. Une évaluation des capacités cognitives basée sur un travail d'observation clinique du résident dans son milieu de vie doit être privilégiée.
- Le soutien aux aidants en s'attachant à développer des liens en dehors de l'institution (avec les associations de familles, de bénévoles, notamment).
- Un travail institutionnel d'écoute et de conseil auprès des équipes soignantes dans le cadre des réunions pluridisciplinaires ou en cas de besoin.

-**Un temps de psychomotricienne** est dégagé ainsi qu'un **temps de professeur d'activités adaptés**

Pour l'ensemble des résidents, l'évaluation et le maintien de l'autonomie par la mise en place d'aides techniques, par des conseils relatifs à l'aménagement de l'environnement, à l'installation des résidents.

- La formation du personnel soignant.
- Spécifiquement dans l'unité protégée, des travaux en ateliers individuels ou de groupe visant à stimuler les capacités fonctionnelles et cognitives des résidents.
- **Un temps de médecin gériatre** (0.10 ETP et 0.10 ETP pour l'UHR) qui sera aussi médecin traitant sera recruté par l'établissement afin qu'il puisse assumer la prise en charge somatique, gériatrique et neurocognitive. Il formera un duo avec l'ASG Co pour la gestion des équipes et de la prise en charge des résidents.
- **Un temps d'animatrice** sera dédié

3.5 - L'animation et la prise en soins des personnes désorientées

L'accompagnement des personnes atteintes de démence inclut une stimulation pertinente et adaptée à leur évolution. Les ateliers thérapeutiques leur redonnent confiance en elles et les valorisent en soulignant les capacités résiduelles. Même si elles ne peuvent être guéries, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée peuvent être accompagnées et stimulées de manière quotidienne à travers divers ateliers. Pour cela, il est utile et nécessaire de rassembler un maximum d'informations sur les centres d'intérêt, les goûts personnels et l'histoire de vie de chaque personne afin de pouvoir proposer une prise en soins adaptée à chacun, à leurs préférences, aptitudes et capacités. Dans la mesure du possible, la personne ne doit jamais éprouver un sentiment d'échec.

DIVERSES ACTIVITES ET LEURS OBJECTIFS :

- Activités dites « domestiques » - Ecrire le menu - Mettre les couverts - Cuisine thérapeutique - Plier le linge
- Objectifs : Participe à stimuler et à entretenir la mémoire procédurale ; se sentir utile ; se sentir chez soi.
- Activités physiques - Gym douce - Sorties, marché - Favoriser la marche (activité apaisante et préventive ; favorise les repères spatiotemporels)
- Objectifs : Maintenir l'autonomie, équilibre, souplesse, adresse, coordination ; efficacité cognitive ; prévenir des chutes ; troubles du comportement et du sommeil ; favoriser le lien social et la communication
- Activités cognitives
- Ateliers mémoire : jeux faisant appel à la mémoire ancienne, aux souvenirs, jeux questions /réponses (ex : les incollables)
- Atelier numérique : Tablettes tactiles stimulant la dextérité et l'attention. Objectifs : Maintenir les facultés d'attention et de concentration ; repères spatiotemporels ; éviter les attitudes de repli ou de désintérêt ; émulation.
- Activités cognitives et de communication - Lecture, poésie, discussion autour d'articles de presse (prétexte pour associer des souvenirs et rechercher du vocabulaire) - Chant et musique - Cuisine thérapeutique - Médiation animale - Bain thérapeutique - Support photos - Groupe de parole - Jeux de société, fêtes - Arts plastiques : atelier de création, dessin, peinture, modelage, jardinage, bricolage, Objectifs : Intérêt pour les autres ; éviter le repli sur soi ; varier les canaux de communication ; estime de soi ; épanouissement personnel ; bien être ; diminution des troubles du comportement notamment l'agitation
- Activités sensorielles - Massages des mains ou des pieds - Soins esthétiques - Toucher relationnel - Multi sensorielles : La vue : objets, photos, images, tableaux. Le toucher : objets de la vie quotidienne d'autrefois, textures (tissus, bois) rappelant certaines époques de la vie. L'ouïe : musiques, sons, chants, instruments favorisant l'éveil de sentiments ou d'émotions fortes liés à des souvenirs, lieux et époques de la vie. L'odorat : parfums, fleurs, épices, aromates, plantes médicinales, qui peuvent faire surgir des émotions. Le goût : les épices, les aromates, les gâteaux...

Objectifs : Bien être ; plaisir ; détente ; conscience du corps ; moyen de communication

3.6- L'organisation des soins

Cette dernière comporte certaines spécificités par rapport au projet de soins :

- Les réunions pluridisciplinaires bimensuelles dédiées à l'unité : Elles réunissent médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, ASG CO, IDE, personnel soignant, psychologue, animatrice, kinésithérapeute, ergothérapeute et référente hôtelière. Elles sont l'occasion d'un travail pluridisciplinaire d'évaluation et de réflexion sur la prise en soins institutionnelle des résidents, individuelle et collective, faisant une large place à l'éthique.

Elles s'articulent en deux temps :

- Un point sur la vie de l'unité, présentation des admissions, bilan des animations et activités thérapeutiques menées et présentation des projets en cours, difficultés de prise en soins rencontrées et solutions à y apporter.

- L'élaboration des projets individuels des résidents relevant de l'UVP : c'est-à-dire le projet des soins et le projet d'accompagnement personnalisé. La présence du résident est souhaitable.

- L'existence de rencontres avec les familles à travers :

- Les rencontres informelles avec les familles.

- Des entretiens famille conduits par l'infirmière coordinatrice et/ou le médecin coordonnateur et en présence du soignant référent si nécessaire.

- Dans le cadre des conseils de la vie sociale avec un temps dédié aux spécificités de cette unité.

- L'intégration dans le réseau gérontologique : Par l'existence de conventions avec les filières gériatriques (Unité Mobile de Gériatrie, Unité Mobile de Soins Palliatifs et rapprochements avec les secteurs psychiatriques dont relèvent les résidents) afin de s'inscrire dans ces dernières et de bénéficier des compétences de tous les professionnels susceptibles d'intervenir en la matière

3.7 - L'architecture de l'UVP : des locaux au service de la prise en soins des résidents

Concernant l'architecture de cette UVP qui répond aux exigences des cahiers des charges nationaux et locaux, divers éléments sont à souligner :

- L'importance de la lumière : Cette UVP dispose de grandes parties vitrées permettant à travers l'apport en lumière naturelle direct de maintenir les rythmes de vie des résidents en phase avec les rythmes naturels et à travers la vue sur le centre-ville (Mairie, Eglise, Ecole...) de maintenir un lien avec la vie communale.

- Des espaces modulables : Le grand espace central servant de salle à manger comme de salle d'activité disposant d'un coin salon et à proximité de l'office, permet d'adapter l'espace en fonction des horaires. De plus, un espace comportant deux petits salons permettra de développer des activités individuelles adaptées ou encore des rencontres avec les familles, y compris l'espace détente.

- Des espaces de déambulation adaptés : Intérieurs Les espaces de déambulation intérieurs d'une surface de 160 m² donnent directement sur la zone d'activité-repas de 117 m². Enfin, sur le parcours de déambulation intérieur deux espaces de repos intermédiaires seront installés afin d'inciter les personnes déambulant à se reposer., un extérieur sécurisé et dédié aux résidents de cette unité permet aux résidents qui le souhaitent d'accéder soit à la salle centrale soit au couloir de déambulation donnant accès sur les chambres et la cuisine. Ce jardin est composé d'espaces de plantations (jardinières thérapeutiques)

- Une salle de bain thérapeutique : La salle de bain collective de cette unité permet à travers l'utilisation d'une baignoire adaptée d'assurer non seulement les toilettes des résidents mais aussi de procéder à des soins de bien-être permettant de diminuer l'anxiété des résidents atteints de pathologie Alzheimer.

- Une sécurité optimale des résidents relevant de l'UVP : Les résidents de l'UVP sont atteints de pathologies entraînant une importante désorientation et des risques de déambulation. L'ensemble de l'unité est sécurisé afin de prévenir les fugues et les troubles du comportement. On peut ainsi relever : - L'existence de digicode tant sur la salle de soin de l'unité que sur les portes de sortie et sur les ascenseurs.

- L'existence de placards avec serrure dans chaque chambre de résidents permettant d'éviter nombre de désagréments.

- Des fenêtres et portes fenêtres équipées de serrures permettant de les condamner. - Un jardin fermé et sécurisé par la présence de garde-corps et d'un grillage.

- Un strict respect des normes de sécurité incendie permettant, le cas échéant, le déverrouillage de toutes les issues de l'unité. Néanmoins, si la sécurité est un élément primordial au sein de notre UVP celle-ci est décroisée pour plusieurs raisons :

- De nombreuses animations accessibles à l'ensemble des résidents de l'EHPAD

- Des sorties sont organisées pour participer à des animations à l'extérieur de l'UVP.

- Les familles des résidents gardent, après en avoir informé les soignants, la possibilité de sortir avec leur proche à l'extérieur de l'établissement pour quelques heures ou quelques jours.

IV - UN POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTEES DE NUIT **(SURTOUT SUR LE SECTEUR EHPAD)**

Etablissement : EHPAD Jonquieres/Courthezon situé à JONQUIERES

Objet : Mise en place d'un PASA de nuit

Coordonnateurs du projet :

- Charlotte CHAPUIS, IDEC
- Hilda FUMAT, ASG coordinatrice
- Philippe BEAU, Médecin gériatre attaché
- Jean Philippe NAVARRO, directeur

Date de dépôt du projet : 10 juin 2020

Ce dossier est présenté dans le cadre de la mise en place expérimentale de PASA de nuit en EHPAD.

Les travaux menés dans le cadre du PRS II ont permis d'identifier la prise en charge nocturne en EHPAD come un point de rupture dans le parcours de la personne âgée. Cet élément résulte du constat d'organisations de nuit comme inadaptées à un accompagnement des personnes souffrant de troubles du comportement nocturnes notamment la déambulation, l'agitation et les cris.

Il s'agit pour l'EHPAD « De Jonquieres/Courthezon » d'un projet réfléchi de longue date. Il s'inscrit dans la réflexion en cours sur l'actualisation du nouveau projet d'établissement, partagé dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Plus spécifiquement dans le projet de la prise en charge de la maladie D'Alzheimer et maladies apparentés.

Cet axe a été validé dans le cadre des objectifs du CPOM. Il vise à compléter l'offre actuel de l'EHPAD à ce public. Nous savons par ailleurs, que le nombre de personnes âgées souffrant de cette maladie est croissant et que les outils de prise en charge doivent être multiples et gradués.

4.1 - Le constat

L'EHPAD « de Jonquieres/Courthezon » accueille aujourd'hui 102 résidents en hébergement permanent et 2 en hébergement temporaire et près de **65.7 %** de résidents présentent des troubles cognitifs, à des stades plus ou moins avancés (score NPIES supérieurs à 8). **Pièce jointe 1**

Dans le cadre du déménagement de l'EHPAD dans ses nouveaux locaux, il a été fait le choix de réunir les résidents présentant notamment des troubles de déambulation, du sommeil et du comportement, dans l'unité UHR comportant 12 lits.

Compte tenu du nombre n'important de personnes présentant des troubles de la déambulation, l'établissement a ouvert un deuxième secteur de 14 lits pour accueillir ce type de résidents. Cette structure est fermée. Une équipe spécifique est dédiée et la prise en charge est plus individualisée. L'architecture joue un rôle protecteur et de réassurance.

Cependant, nous pouvons constater un nombre n'important de personnes âgées présentant des troubles de l'orientation et du sommeil dans les autres secteurs (90 résidents) **dont 61.1 % présentent des troubles cognitifs avec un score NPIES supérieurs à 8. Pièce jointe 1**

En Pièce 2, vous trouverez les résultats détaillés des NPIES et DES MMSE.

L'organisation mise en place et l'effectif existant, ne permettent pas de proposer une prise en soins totalement adaptée à ces personnes, notamment quand la maladie implique des troubles de déambulation.

Au quotidien, ce sont des résidents qui ont du mal à trouver le sommeil, ce qui génère de l'angoisse, ils réveillent leurs voisins, touchent à tous les éléments matériels qu'ils rencontrent et se mettent en danger eux-mêmes.

Les solutions existantes sont trop souvent en contradiction avec la politique de l'établissement puisque prenant la forme d'une contention, qu'elle soit chimique ou physique.

Il est d'ailleurs important de prendre en compte les conséquences de la mise en place de traitements médicamenteux divers (notamment anxiolytiques, somnifères, neuroleptiques, ...) :

- Augmentation de la confusion (agitation, agressivité, demande de présence de personnel plus importante) ;
- Risque de chute : fractures (col du fémur, ...) engendrant des hospitalisations, souvent une impotence fonctionnelle et une rééducation par la suite, donc une prise en soins plus lourde pour nos établissements ;
- Hausse des répercussions sur les autres résidents qui en sont perturbés ;
- Augmentation des situations de dépendance : incontinence, aide au repas, aide à la toilette, ...

L'objectif de l'établissement est de privilégier la prise en soins non médicamenteuse.

Enfin, l'effectif présent la nuit est de 2 agents (1 AS + 1 IDE) pour 92 résidents, (Partie qui n'intègre pas l'UHR de 12 lits qui dispose d'une ASG la nuit) ce qui pose un problème évident de sécurité en termes de suivi des personnes.

Ce constat est accru par la présence de résidents atteints de troubles cognitifs avancés qui déambulent seuls la nuit. Ces éléments sont clairement identifiés par les scores NPIES et MMSE en pièce jointe.

L'établissement dispose actuellement d'une Aide-soignante et une Infirmière et une ASG coté

4.2 - Les objectifs

La mise en place d'un PASA de nuit au sein de la structure nous semble une proposition tout à fait adaptée aux constats précités, en se donnant les objectifs suivants :

- Adapter la nuit la prise en soins au rythme de vie des résidents atteints de troubles cognitifs, en répondant notamment aux troubles du comportement type déambulations, isolement, angoisses, ... ;
- Améliorer la sécurité des résidents la nuit avec la présence systématique de 3 agents au lieu de 2 ainsi qu'un suivi accru des résidents atteints de troubles cognitifs avancés ;
- Limiter le danger pour les personnes atteintes de troubles cognitifs elles-mêmes mais aussi pour les autres résidents ;
- Poursuivre la prise en soins individualisée, dans le cadre des projets de vie individualisés, avec l'aide de ce PASA de nuit ;
- Favoriser la prise en soins de jour :
 - Aide au coucher et réalisation de soins de nursing, notamment pour ceux qui avaient l'habitude d'une douche le soir,
 - Allègement de la charge de travail du matin : soins de nursing reportés, adaptation au rythme de vie, résidents pas forcément réveillés le matin quand ils dorment puisque pris en soins la nuit (alimentation, nursing, ...), ... ;

- Faciliter les relations entre équipe de jour et de nuit : participation aux soins du soir, transmissions et relais améliorés ;
- Développer une prise en soins non médicamenteuse, particulièrement autour de la problématique des troubles du sommeil ;
- Améliorer la prise en soins des résidents dans une dimension de coût, tant sur le plan sanitaire que sociétal ;
- Limiter les chutes.

L'un des objectifs est également de faire le lien entre PASA de jour et PASA de nuit, par un échange d'informations, de pratiques et une coordination commune. En effet des résidents présentant des troubles vont la journée sur le PASA. L'absence de continuité la nuit pose des difficultés de prise en charge.

Par ailleurs, les locaux du PASA seront utilisés la nuit afin de réaliser des prises en charge en petits groupes, notamment de 20H à 22 H 30.

Les prises en charge plus individualisées seront réalisées de 19H à 20H et de 22H30 à 5 H.

Une plus-value est recherchée dans le cadre de la prise en charge spécifique au PASA de nuit, en particulier :

- L'amélioration de la prise en charge pendant la phase transitoire jour/nuit,
- Une prise en charge plus individualisée, en chambre notamment, facilitée par l'acquisition récente du chariot multi sensoriel,

4.3 - Le projet

4.3.1 - Les professionnels

Le projet nécessite la présence d'un agent ASG toutes les nuits, 7 jours sur 7 et 24h/24, soit un total de 2,5 ETP et de 0.10 % de psychomotricienne.

Pièce jointe 3 (fiche de poste ASG)

L'établissement disposant d'une ASG coordinatrice à temps plein, elle assure la coordination du service comme elle le fait déjà pour le PASA de jour. Elle agit en collaboration avec l'IDEC et le médecin coordonnateur de la structure.

La collaboration et la participation de la psychologue et de la psychomotricienne de la structure sont aussi développées, au sein des deux entités.

Concernant les qualifications des agents intervenant au sein du PASA, l'établissement a fait le choix depuis 3 ans de proposer chaque année un agent en formation d'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG). Les agents du PASA de nuit seront formés prochainement. Ils bénéficieront également de l'expérience de leurs collègues déjà formé(e)s.

4.3.2 - Les résidents

Comme pour le PASA de jour, le PASA de nuit est prévu pour une file active de 14 résidents au maximum.

L'objectif est d'accueillir prioritairement les résidents souffrants de troubles du sommeil et se manifestant notamment par des comportements de déambulation.

Des évaluations NPI-ES à l'entrée puis au cours des mois qui suivent sont faites, de la même manière que pour les résidents du PASA de jour.

4.3.3 - Déroulement de la prise en soin au sein du PASA (descriptif tâches ASG)

➤ L'agent est présent de 19h à 5h (10h de travail).

a) Mise en pyjama et soins de nursing (en adéquation avec les objectifs du PVI) :

- ↳ Les agents sont en pyjama afin d'apporter un côté apaisant et sécurisant ; en enlevant l'effet stressant des « blouses blanches » ;
- ↳ Partage de tisane et collation : transmission conviviale sur les résidents pris en soin qui sont également présents et participent à ces échanges ;

- ↪ Agent du soir toujours présent sur le secteur concerné
- b) Temps d'activités douces** (en adéquation avec les objectifs des PVI) :
 - ↪ Confection gâteaux
 - ↪ Gymnastique douce
 - ↪ Jeux de société
 - ↪ Visionnage émission, concert, ... + discussion (soirée débat)
 - ↪ Ouverture du PASA de jour pour déambulation extérieure (terrasse périphérique) si besoin
- c) Temps de collation** : repas thérapeutique, tisane, gâteaux
 - ↪ *Garder un peu du dîner pour partager un moment détente et se coucher le « ventre plein »*
- d) Temps de détente pour ceux qui n'ont toujours pas trouvé le sommeil** (au sein du PASA actuel) :
 - ↪ Lecture : coin lecture (romans, nouvelles...)
 - ↪ Massage et partage : détente
 - ↪ Musicothérapie
- e) Retour vers chambre doucement** :
 - ↪ Massage, détente si besoin
 - ↪ Utilisation chariot multi sensoriel
- f) Rangement, nettoyage, transmission écrite.**

Lorsque les résidents dorment :

- Surveillance de l'étage ;
- Bilan de la prise en soin réalisée ;
- Mise en place des futurs projets de nuit personnalisés...

4.3.4 - Prise en soins non médicamenteuse

Avec la mise en place du PASA de nuit, l'établissement souhaite aussi poursuivre son orientation vers une prise en soins **non médicamenteuse**, par l'utilisation de différentes techniques, mises en place au sein de l'EHPAD :

- Massages/Détente : toucher soignant,
- Zoothérapie (médiation animale) : présence d'un chat en cours d'adoption, et de poissons
- Lecture,
- Approche multi sensorielle (de type Snoezelen),
- Aromathérapie (déjà utilisée de jour, protocole mis en place),
- Musicothérapie.

Toutes ces techniques sont employées dans le but premier d'apaiser les angoisses des résidents, et par conséquent de diminuer les troubles du sommeil.

4.3.5 - Indicateurs

- Nombre de résidents inclus dans la file active avec évaluation NPIES, MMSE et évolution des prescriptions des psychotropes.
- Nombre d'agent par nuit pour le PASA de nuit,
- Nombre de résidents pris en charge par tranches horaires
- Nombre de PVI de nuit
- Diminution de la consommation de benzodiazépines et somnifères,
- Diminution du nombre de chutes nocturnes,
- Suivi des réveils chez les autres résidents, couloir beaucoup plus calme,
- Suivi des déambulations nocturnes avec intrusion dans les autres chambres,
- Les résidents se couchent pour les derniers entre 1h et 3h30 du matin en moyenne.
- Service apaisé,
- Personnel plus détendu le matin,
- Prise en soin plus aisée et revalorisant car bien traitante,
- Moins de stress de la part des soignants arrivant dans ce service le matin,
- Environnement calme le matin.

- Suivi des résidents non déambulant non réveillés, (éventuellement les somnifères qu'ils prenaient du fait des cris, du bruit et des intrusions intempestives dans les chambres).

4.3.6 - Besoins matériels réalisés

Les besoins en matériel réalisés sont les suivants :

- Mise en place de deux lumières type halogène dans les locaux du PASA de jour la nuit (possibilité de lumière « douce », avec variateur) ;
- Mise en place d'un variateur de lumière au salon fait en interne ;
- Achat de paravents pour favoriser l'aspect « cocon » ;
- Chariot multisensoriel (= outil de travail des agents du PASA de nuit).
- Huile de massage à base d'aromathérapies réalisées.

A noter que les locaux utilisés pour le PASA de jour sont « utilisables » dans le cadre du PASA de nuit, tant pour favoriser le « cocooning » que pour bénéficier de l'espace extérieur disponible (terrasse semi-périphérique).

4.4 - Eléments financiers

Le coût pour la structure correspond à un agent présent toutes les nuits 7 jours sur 7, 24h/24, soit un total :

- ✓ De 2,5 ASG ETP = 115 000 €.
- ✓ De 0.10 psychomotricienne = 5 000 €

Matériel :

- Mise en place de deux lumières type halogène dans les locaux du PASA de jour la nuit (possibilité de lumière « douce », avec variateur) = 100 € ;
- Achat de paravents pour favoriser l'aspect « cocon » = 80 € ;
- Chariot multi sensoriel (= outil de travail des agents du PASA de nuit) = 3000 € ;
- Matériel divers animation = 500 € ;
- Fauteuils relax = 1 000 €.
-

Par conséquent, il est a noté que l'établissement prendra en charge le delta de 40 000 euros sur sa dotation soins pour compléter le financement de l'ARS. En effet, l'établissement a fait le choix dans son PE de renforcer la prise en charge des résidents présentant ces troubles au regard des fortes demandes de l'environnement et de l'analyse des GPP des résidents sollicitant un hébergement.

Ainsi pour deux ans :

Dotation ARS : 160 000 €

Dotation Soins Actuelle : 80 000 €

4.5 - Conclusion

L'observation faite sur le terrain et la cohérence du projet porté depuis quelques années à Jonquieres sont autant d'éléments qui nous portent à penser que ce type de prise en soins va dans le sens d'une réelle amélioration de l'hébergement proposé dans nos structures. Et plus spécifiquement dans la prise en charge des résidents présentant des troubles cognitifs.

L'établissement fonde de grands espoirs dans la reconnaissance de ce projet.

Il est le fruit d'une réflexion partagée avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD.

Projet d'Accompagnement Personnalise

I- DEFINITION

Le résident 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 en EHPAD n'est donc pas uniquement soignant mais doit surtout répondre aux besoins et/ou attentes du résident. L'accompagnement proposé doit donc être centré sur la personne pour répondre au mieux à ses demandes.

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. L'accompagnement d'un résident au sein de l'établissement peut se traduire par ces quelques mots : c'est une relation qui va aider le résident à vivre malgré les difficultés rencontrées, un soutien dans la vie quotidienne pour surmonter la perte d'autonomie.

L'accompagnement personnalisé du résident concourt en outre au développement d'une culture de la bientraitance, impliquant une recherche constante d'amélioration des pratiques d'accompagnement quotidiennes et la nécessité de donner du sens aux actes effectués au quotidien.

La bientraitance concerne tout le monde, les professionnels, les résidents, les familles, les aidants... «

La notion de bientraitance est associée à la notion de maltraitance qui n'est pas son contraire mais comme le définit Yves Gineste « *il y a maltraitance quand un soignant ou une institution commet, tolère, provoque des actes en tant que professionnel du soin qu'il n'accepterait pas pour un membre de sa famille ou quelqu'un qu'il aime* ».

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 résidents, de leur bien-être, de leur confort. Il est le garant de l'effectivité du projet personnalisé du résident et dans cette mission, il coordonne l'ensemble des professionnels amenés à intervenir dans La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux), juillet 2008.

57 Yves Gineste, 2004, Silence on frappe. Collectif, p. 17.

II- ACCUEIL ET ADMISSION DU RÉSIDENT

1. L'Accueil des Nouveaux Résidents

L'entrée en institution est un évènement important pour un Résident, et son entourage, et ce, à plusieurs titres.

D'une part, la décision d'entrée, lorsqu'elle est prise, est accompagnée d'une charge émotionnelle qui conduit à vivre cette entrée comme une rupture. Elle s'accompagne également d'un fort sentiment de culpabilité de la part de l'entourage.

D'autre part, la première impression que nous allons donner au Résident et à son entourage va conditionner la suite de notre relation : nous devons inspirer confiance dès le premier contact. Par ailleurs, nous n'avons qu'une fois l'occasion de faire une « première impression ». Par conséquent, une grande attention doit être portée lors de cette première étape de la prise en charge.

Pour réussir l'accueil, le travail en amont, en phase de pré-admission, est essentiel car il va permettre de préparer l'entrée. De plus, la qualité de l'accueil est conditionnée par la qualité de l'accompagnement que nous réaliserons lors des premiers jours du nouveau Résident dans l'Etablissement. Ainsi, notre projet d'accueil concerne non seulement l'accueil au jour de l'entrée Résident, mais également la pré-admission et l'intégration du nouveau Résident.

La Pré-Admission

La pré-admission est caractérisée par un échange d'information entre notre Etablissement et le Résident et son entourage. Nous nous devons de donner de l'information sur le fonctionnement de l'Etablissement, les règles de vie, les limites de notre prise en charge, afin d'éclairer la décision d'entrée dans notre Etablissement. En contrepartie, nous devons récolter de l'information pour, d'une part, évaluer notre capacité à prendre en charge le nouveau Résident, et, d'autre part, préparer son entrée en s'appuyant sur une bonne connaissance de ses besoins.

A ce jour, même si un poste d'accueil a été instauré de 9h à 17h, l'Etablissement souffre de carences dans la permanence du poste d'accueil, notamment en fin de journée et le week-end.

Ainsi, nous souhaitons, en l'absence de la personne en charge de l'accueil, assurer la diffusion d'un minimum d'information par les agents en poste. Pour ce faire, un protocole précisant les premières informations à donner, voire la remise d'un dossier de pré-admission, a été élaboré et mis en œuvre, afin que les agents en poste puissent répondre aux interrogations des éventuels demandeurs.

L'objectif est de proposer aux visiteurs d'établir un contact par mail avec la responsable des admissions en poste sur Jonquières.

De plus, le contenu du dossier de pré-admission a été amélioré pour obtenir une vision plus globale du futur Résident et de ses attentes. Pour ce faire, un groupe de réflexion a complété les documents de recueil des besoins en soins de la personne accueillie, et créé une fiche de recueil de ses habitudes de vie.

Par ailleurs, nous souhaitons nous assurer du respect de certaines étapes qui nous paraissent fondamentales pour accueillir correctement un nouveau Résident, à savoir :

- La proposition d'une visite de l'Etablissement, de préférence en présence du futur Résident ;
- Le recueil, lorsque cela est envisageable, du consentement éclairé du Résident ;
- La remise systématique du contrat de séjour, du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, accompagné d'un commentaire oral sur leur contenu ;
- L'évaluation par le médecin coordonnateur de l'adéquation entre les besoins de la personne et notre capacité de prise en charge.

Ainsi, une procédure a été élaborée pour décrire le rôle de chacun dans le processus de pré-admission et assurer le respect de ces étapes.

L'Accueil Physique du Nouveau Résident

Le jour d'entrée d'un nouveau Résident est un moment clé de la prise en charge car le sentiment de rupture et d'abandon est à son comble pour le Résident et son entourage. La qualité de notre intervention repose sur notre capacité à préparer l'entrée, et surtout à personnaliser notre accueil en fonction des besoins de la personne.

A ce jour, nous disposons au minimum de cinq jours de vacances entre une sortie et une entrée, ce qui permet de réaliser les travaux nécessaires à la réfection de la chambre. Les entrées ne sont jamais programmées le vendredi et le week-end de manière à assurer une forte présence des agents durant les premiers jours.

Pour assurer un accueil personnalisé du nouveau Résident, nous avons mis en place deux actions d'organisation.

Tout d'abord, l'information aux services concernés (lingerie, restauration, soins...), au plus tôt, lorsqu'une date d'entrée est programmée. Cette information s'accompagne de la transmission des documents du dossier d'admission les concernant aux personnels soignants. L'infirmière informe l'équipe soignante de l'entrée du futur Résident, la veille de l'entrée, durant les transmissions. Elle précise le profil du Résident et ses besoins.

Enfin, un agent référent du nouveau Résident est détaché pour s'assurer, en amont, de la préparation de l'entrée (vérification de la propreté de la chambre, dépôt d'un petit cadeau de bienvenue...), puis accompagner le Résident lors de la première journée (aide à l'installation, présentation des agents et des Résidents...).

Un groupe de travail a défini l'ensemble des actions que doit réaliser la personne référente, afin que l'accompagnement se fasse en douceur, que le Résident se sente attendu, tout en préservant son intimité et celle de son entourage.

2. L'Intégration du Nouveau Résident

La qualité de l'accueil réservée aux nouveaux Résidents ne se mesure pas seulement au premier jour, mais surtout par notre capacité à faciliter l'établissement de repères pour la personne âgée afin qu'elle conserve son autonomie et s'approprie son nouveau lieu de vie.

Ainsi, nous souhaitons instaurer un bilan d'intégration un mois après l'entrée du nouveau Résident, de manière à évaluer les aspects positifs et négatifs de notre prise en charge.

Pour ce faire, nous souhaitons réunir une infirmière, une aide-soignante, un agent administratif et le Résident et son entourage, afin d'ajuster nos actions en fonction, non seulement des évolutions constatées pour le Résident, mais également du ressenti de chacun.

3. La procédure d'admission et d'accueil au sein de la MDRI

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

- ✓ La demande d'informations ou de renseignements ;
- ✓ La visite de pré-admission ;
- ✓ L'admission du nouveau résident ;

✓ L'intégration du résident au sein de la résidence.

Il a été défini au plan institutionnel que préalablement à son arrivée au sein de la structure, la personne accueillie est amenée à respecter un certain formalisme dont les grandes étapes sont les suivantes :

- ✓ La demande de renseignement (avec ou sans remise des documents) ;
- ✓ La constitution du dossier de demande d'inscription avec l'enregistrement du dossier après analyse et vérification des pièces ;
- ✓ L'inscription du résident sur la liste d'attente ;
- ✓ La réalisation de la visite de pré-admission par le Médecin coordonnateur ;
- ✓ La mise à jour de la liste d'attente ;
- ✓ La préparation de l'entrée du nouveau résident ;
- ✓ L'entrée du nouveau résident

Le déroulement de la visite de pré-admission est décrit ci-dessous :

Lorsqu'une disponibilité d'accueil se profile, un rendez-vous pour **une visite de pré admission** avec le Médecin coordonnateur et le cadre de santé ou son représentant, est fixé.

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

Les « 24 heures de vie » de la personne dans son milieu habituel sont étudiées. Une grille AGGIR en fonction du recueil de données et de ce qui est perçu lors de la visite est dressée.

Le Médecin coordonnateur réalise ensuite un examen médical et oriente si besoin la personne et les aidants vers une prise en charge spécifique (consultation de la mémoire, cardiologique...).

Une réponse est donnée par le Médecin coordonnateur en accord avec le cadre de santé sur la possibilité d'accueillir la personne et un avis sur l'orientation de la personne vers l'unité correspondant à son profil.

Les critères retenus sont fonction des capacités de la MDRI à apporter un accompagnement adapté et personnalisé à la personne compte tenu de sa ou de ses pathologies et de leur évolution, de son degré de perte d'autonomie, tout en lui assurant une sécurité et en maintenant celle des résidents déjà présents.

En fonction des possibilités d'accueil, **une visite de l'établissement est proposée.**

Globalement, le bilan réalisé à l'entrée dans la MDRI est un bilan global comprenant différents niveaux :

- Au niveau social : dans le but de faire connaissance avec l'entourage, de découvrir l'environnement social de la personne ;
- Au niveau de l'évaluation de la dépendance : apprécier la dépendance et les potentiels de la personne afin de proposer la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne, évaluer la dépendance physique et psychique, ...
- Au niveau médical : évaluation des pathologies, orientation vers des consultations spécialisées,

Un entretien spécifique avec la psychologue peut être proposé après l'admission, au résident et/ou à ses proches.

III- ADMISSION EN UNITE DE VIE PROTEGEE ET UHR

1. Historique

Quatre maladies se partagent la majorité des causes de démences : la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale (maladie de Pic, aphasie progressive ...), la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire.

L'unité de vie Alzheimer est une unité de VIE et suppose, de fait, que l'accès soit restreint à un certain nombre d'indications. De même, le séjour en unité de vie supposant de la mobilité, une certaine participation au repas ou à la toilette, toute personne par trop dépendante ne pourrait y trouver sa place.

La maison de retraite publique intercommunale de Jonquières et Courthézon a créé, en janvier 2008, une unité de vie de 12 places au sein d'un secteur protégé, dédiée, initialement, à la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée. Très rapidement, l'établissement a pris conscience d'un besoin plus général vis à vis de résidents souffrants de démence et de troubles associés.

Plusieurs éléments constatés dans la vie de l'établissement ont conduit à l'émergence de ce projet de création d'un secteur protégé dédié à la prise en charge de personnes désorientées :

- L'hétérogénéité des besoins des résidents présents dans l'établissement : qui ne permet pas aux agents, de formation polyvalente, de délivrer une prestation adaptée et individualisée ;
- La perturbation de la vie en collectivité : les résidents souffrant de démence et de troubles associés cohabitent difficilement avec les résidents plus autonomes ce qui occasionne une gêne au moment du repas, des intrusions dans les chambres, une mobilisation permanente de l'attention des agents de l'établissement au détriment des autres résidents...
- La sécurité des résidents : la particularité des besoins et comportements des résidents souffrants de la pathologie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (notamment la déambulation) induit un risque fort de chutes ou de fugues et nécessite l'utilisation d'un outil de travail adapté ;
- Une demande forte de la part des familles de résidents autonomes de disposer d'un lieu de vie calme et surtout non perturbé par le comportement de résidents souffrants de troubles du comportement.

C'est pour ces raisons que le secteur protégé a été constitué. Toutefois, certains principes doivent gouverner le fonctionnement de cette unité pour permettre une prise en charge adaptée, efficace et respectueuse des personnes âgées accueillies.

Les principes de prise en charge :

La liberté d'aller et venir :

Le secteur protégé est un espace dédié aux personnes souffrant de démence. Très souvent, le besoin de déambulation est prégnant chez ces personnes. Au sein du secteur, la déambulation est rendue possible, à l'intérieur et l'extérieur, dans des espaces sécurisés (revêtements adaptés, sécurité d'entrée et sortie pour le risque de fugue...) et permet de limiter le recours à la contention physique.

La place de l'entourage :

L'entourage de chaque résident est incité à une implication dans la vie quotidienne de leur proche. Mais cette intervention est cadrée pour permettre à chacun de connaître les limites de son champ d'intervention. C'est pourquoi, nous souhaitons favoriser l'échange et la communication entre les professionnels et l'entourage. En effet, seule la communication permettra à tout le monde d'œuvrer pour le plus grand bénéfice du résident.

L'individualisation de la prise en charge :

Le secteur protégé est un espace où l'organisation quotidienne s'adapte avec une grande souplesse aux besoins et attentes particuliers de chaque résident. Cette adaptation est une condition nécessaire à la conservation d'une forme de sérénité au sein du secteur.

Les objectifs spécifiques du secteur protégé

Pour le secteur protégé, les objectifs assignés sont les suivants :

- Assurer la sécurité des résidents en conciliant le respect du besoin fondamental de liberté ;
- Prendre en charge de manière adaptée et empathique les troubles du comportement ;
- Maintenir l'autonomie mentale et physique par une prise en charge individualisée et adaptée
- Maintenir le lien social, notamment en intégrant activement l'entourage dans la prise en charge ;
- Positionner l'unité comme un outil particulier de prise en charge des résidents pour l'ensemble des deux sites.

2. Cependant cette unité est un UHR

Conformément à la circulaire interministérielle DGAS/DSS/DHOS qui a pour objet de présenter les mesures relatives au volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et d'en préciser la déclinaison opérationnelle, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en œuvre ainsi que :

Le cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en ehpad et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptées.

Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :

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

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévère.

Pour les EHPAD, les critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil en précise les modalités de fonctionnement.

L'unité UHR propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- Au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...)
- Au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...)
- A la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,)
- Au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,)

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- La prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des
- Repas... ;
- Le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- Les stratégies alternatives à la contention ;
- La bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- La prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- La transmission des informations entre les différentes équipes.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

3. Critères de recrutement en vie protégée en UHR

Pour toute entrée, une évaluation gériatrique globale est effectuée visant à déterminer l'état général de la personne, son degré d'autonomie, le statut cognitif avec un bilan mémoire. Ainsi, les personnes qui peuvent être admises dans cette unité de vie relèvent principalement des indications suivantes :

Les critères d'éligibilité vers une UHR mesurés par l'échelle NPI correspondent aux malades présentant un score supérieur à 7 à au moins un des 7 items du NPI-ES mesurant les troubles du comportement perturbateurs :

- ✓ Idées délirantes,
- ✓ Hallucinations,
- ✓ Agitation/agressivité,
- ✓ Exaltation de l'humeur/euphorie,
- ✓ Désinhibition,
- ✓ Irritabilité/instabilité de l'humeur,
- ✓ Comportement moteur aberrant

Ainsi, les résidents admis dans cette unité ne pourront y demeurer s'il se produit une aggravation brutale et inexpliquée des troubles du comportement ou une intensité des symptômes qui rendrait incompatible la vie du résident dans l'unité.

Dans ces deux cas, il conviendra d'opter soit pour l'hébergement traditionnel à l'EHPAD soit l'orientation vers une unité de soins de longue durée (USLD).

L'unité de vie a pour ambition de maintenir les potentialités développées antérieurement chez ces nouveaux résidents, pour la plupart régulièrement stimulées. Comme pour l'unité de vie Alzheimer, les activités seront organisées dans cet objectif. Ainsi, la participation aux actes quotidiens est requise, comme la réfection du lit, la participation à l'entretien, la confection de plats culinaires.

IV- PERSPECTIVES

- ✓ Créer Une unité UHR en lieu et place de l'unité « Malijay »
- ✓ Transformer l'unité « Causans » en unité de vie protégée
- ✓ Poursuivre et Développer la qualité du pré accueil et de l'accueil ;
- ✓ Mettre en place l'avenant au contrat de séjour relatif au Projet de vie individualisé du résident ;

V- DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMARCHE DE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ ET DE LA NOTION DE RÉFÉRENT

L'accompagnement individualisé du résident au sein de la Résidence se concrétise à partir du projet personnalisé de la personne accueillie qui nécessite un recueil de ses habitudes de vie et attentes.

Cette étape sous-entend la nomination d'un référent pour chaque résident, la définition du rôle et des missions de ce dernier et la tenue de synthèses régulières. « *Le projet de vie en institution est un ensemble d'actions coordonnées qui doivent se fédérer pour donner sens à la vie de la personne âgée* ». Ce n'est donc pas seulement une obligation réglementaire. C'est l'outil idéal pour se repositionner autour de la personne accueillie.

Le Projet d'accompagnement personnalisé doit également favoriser la qualité de vie des personnes âgées en institution en maintenant le plus longtemps possible leur autonomie. Il doit également permettre au résident d'avoir une vie qui se rapproche le plus possible de ce qu'il pouvait connaître à son domicile malgré les contraintes inévitables liées aux soins et à la vie en collectivité. Ces outils sont indispensables à la formalisation du Projet d'accompagnement personnalisé du résident qui inclut notamment le projet de vie, d'animation, culturelle et le projet de soins.

1. Principaux objectifs

- Assurer un temps de réunion en équipe pluridisciplinaire afin de définir la prise en charge personnalisée d'un résident.
- Rédiger un projet de vie et un projet de soins individualisé pour chaque résident au cours de l'année en cours, et l'année n-1.
- Permettre de prioriser les projets de vie des résidents présentant des troubles du comportement afin d'apporter un étayage à l'équipe de soins.
- Permettre d'offrir aux intervenants de l'EHPAD une meilleure connaissance du résident dans ses différentes dimensions.
- Déterminer en équipe les principaux objectifs et les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la prise en charge médicale et psychosociale du résident.
- Impliquer le résident et sa famille dans la validation des modalités d'accompagnement proposé par l'équipe pluridisciplinaire.

2. L'organisation

ETAPE 1 :

Au cours d'entretiens cliniques, le psychologue rencontre le résident, et si nécessaire la personne de confiance :

- Informer le résident sur le déroulement et les objectifs du projet de vie individualisé et recueillir son consentement au projet et à la présence de sa famille à la phase de recueil.

- Collecter des informations sur ses éléments biographiques, ses habitudes de vie et ses attentes.

Evocuer avec le résident les conditions de son admission, son adaptation à l'établissement et son consentement.

- Evaluer les fonctions cognitives générales avec le consentement du résident *tests utilisés : MMSE, Horloge et 5 mots de Dubois*)

Le médecin coordonnateur pré rédige le plan de soins sur le P.S.I.

ETAPE 2 :

L'infirmière veille à la mise à jour sur le P.S.I du plan de soin.

L'aide-soignante référente du résident complète et veille à la mise à jour des habitudes de vie du résident sur le P.S.I

L'animatrice complète sur le P.S.I les attentes du résident en termes de loisirs.

ETAPE 3 :

Réunion hebdomadaire et pluridisciplinaire d'une heure.

Personnel concerné : le médecin coordonnateur, l'aide-soignante référent, l'I.D. E et la psychologue.

Les points abordés lors de la réunion :

- Prise de connaissance du parcours de vie du résident
- Présentation du dossier médical et des recommandations soignantes
- Définition des objectifs et actions à mettre en place lors de la prise en charge médicale et psychosociale.

ETAPE 4 :

- Restitution du projet de vie rédigé sur le P.S.I, lors d'un entretien avec le résident et/ou son référent familial du projet de vie rédigé sur le P.S.I.
- Le résident et/ou son référent sera amené à consulter et signer une attestation de consultation du projet d'accompagnement. L'entretien sera conduit par le médecin coordonnateur ou le psychologue.
- Une copie papier du projet de vie est conservée dans un classeur dans le bureau du psychologue.
- Le contrat de séjour comportera l'information de la réalisation du projet de vie. Un bilan de tous les PAI est réalisé.

DETAIL DU PROJET DE VIE :

- Histoire de la personne
- Circonstances d'admission
- Lien social
- Lien familial
- Objectifs de la prise en charge
- Actions à réaliser

CALENDRIER :

Un calendrier fixé par le psychologue, coordonnateur des projets de vie, prévoit les dates de réunion (tableau de plannings), l'AS référent et le résident concerné. Il est affiché (dans la salle de soins à Jonquières et en salle de pause à Courthézon).

Perspectives :

- Continuer à mettre à jour les Projets de vie individualisé dans le cadre des réunions de synthèse ;
- S'assurer du suivi des projets de vie (réunion intermédiaire).
- Alimenter la réactualisation du projet d'établissement à partir des PAI

Etat des lieux

PROJET HOTELIER

L'établissement a comme mission première d'accueillir les résidents et de leur faciliter la vie quotidienne en leur épargnant les tâches répétitives et astreignantes. On peut s'interroger sur la notion d'hébergement à notre avis pas bien adaptée à la réalité du terrain dans la mesure où dans le langage courant « héberger » signifie à titre gratuit or ce n'est pas le cas. Le résident paie pour le service et le terme d'hôtellerie serait plus adapté. Cette réflexion nous amène à évoquer la dépendance croissante de la population accueillie et pour relever ce défi difficile, il nous faudra nous orienter vers une qualité de type hôtelier. Dans un EHPAD, le résident doit pouvoir bénéficier de services hôteliers dans un environnement sécurisé tout en bénéficiant d'une présence humaine permanente. Le projet hôtelier est simple à concevoir et doit proposer des prestations en rapport avec le prix facturé avec :

- Un mobilier confortable
- Une restauration "gourmande"
- Une conception et une décoration des chambres agréables et permettant le respect de l'intimité
- Un service hôtelier de qualité (entretien du linge/entretien des locaux et service du repas)
- Un personnel présent et courtois
- Une aide à la vie quotidienne
- Des activités adaptées et variées
- Les petits "plus" du quotidien...

Voici en quelques mots les orientations du projet hôtelier. Celui-ci va évoluer en fonction de la réflexion de tous.

I. LES VALEURS

La qualité d'écoute du Résident : nous avons trop souvent tendance à projeter nos propres attentes sur celles du Résident. La conséquence est une réponse inadaptée à ses besoins. L'écoute des Résidents est un devoir de chaque agent de notre Etablissement. D'une écoute de qualité, nous pourrions correctement identifier les attentes de chaque Résident et ne pas se tromper dans la prise en charge individualisée.

La priorité au Résident : trop souvent dans nos Etablissements il existe une confusion de statut entre le Résident et son entourage. Leurs attentes sont, dans certains cas, incompatibles. Notre mission est avant tout de satisfaire le Résident. Les agents doivent en permanence arbitrer selon les désirs du Résident, tout en communiquant avec l'entourage, afin ne pas se tromper sur les objectifs de leur mission.

La disponibilité pour le Résident : la priorité de notre mission concerne le bien-être de chaque Résident. Par conséquent, nous devons être disponibles physiquement et psychologiquement pour chacun d'entre eux, dans la mesure où cela ne pénalise pas la collectivité. La disponibilité physique, tout d'abord, pour pouvoir attester de notre présence auprès de lui, mais aussi la disponibilité psychologique, pour lui démontrer notre attention à son égard. La disponibilité est un facteur de sécurisation de nos Résidents. Dans les moments difficiles, il faut savoir « passer la main » pour éviter que nos malaises influent sur le bien-être du Résident.

La dignité du Résident : les Résidents ne sont pas des enfants. Les agents veilleront tout particulièrement à utiliser un langage qui soit en rapport avec leur âge et le respect qui leur est dû. Pas d'infantilisation ni dans le ton, ni dans le sens.

Le partage de la connaissance du Résident : la connaissance de chacun de nos Résidents est essentielle pour assurer une prise en charge de qualité, c'est notre matière première. Chaque agent doit partager cette connaissance afin que l'équipe puisse optimiser la prise en charge individualisée. Pour ce faire, des dispositifs écrits existent (dossier individualisé, notes de transmission...) mais également oraux (relèves, réunions mensuelles...).

La discrétion pour le Résident : la discrétion s'entend à deux niveaux. Tout d'abord, nous ne devons pas perturber la vie de l'Établissement et a fortiori celle des Résidents, par notre seule présence. Enfin, la discrétion doit aussi porter sur l'état de santé du Résident : ces informations ne doivent pas être divulguées.

Le respect de la compétence de chacun : chaque agent de l'Établissement a une mission spécifique qui lui est attribuée en fonction de ses compétences. Le respect de la compétence de chacun consiste, dans un premier temps, à comprendre et accepter le rôle de l'autre auprès du Résident, puis, dans un second temps, à respecter les consignes qui m'auront été données pour la prise en charge du Résident. De ce respect, naîtront la solidarité de l'équipe mais aussi la sécurisation du Résident.

L'épanouissement du Résident : le Résident a droit au bien être ! C'est ce qu'on nommera LA BIEN-TRAITANCE : "Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance". Ainsi, la démarche collective devra identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

La participation active au maintien de l'autonomie : au quotidien, chacun de nous doit mettre tout en œuvre pour "animer" le Résident. Toute stimulation respectueuse de la personne est indispensable. Mais, notre mission dépasse aussi nos murs car, en effet, au-delà de notre participation au maintien de l'autonomie au sein de la structure, notre activité, nos forces et nos moyens nous permettent de contribuer à l'action sociale dans notre environnement proche. Ainsi, nous serons de véritables acteurs du maintien de l'autonomie.

1. Projets spécifiques des 5 prochaines années

Le projet d'établissement 2021/2026

Les locaux, équipements et organisations de travail vont se voir modifier et avec eux l'adaptation inévitable des agents, **dans le respect et la vérification permanente d'une prise en charge adaptée** (bien-être, satisfaction du résident, réglementation) et d'une maîtrise parfaite des dépenses.

En ce qui concerne les prestations hôtelières, les grands enjeux vont être :

- La poursuite d'une unité de production en liaison froide et la professionnalisation du personnel de cuisine. Le développement du manger mains.
- La poursuite de la blanchisserie interne et la mise en place des nouveaux circuits dans le respect des normes RABC
- La professionnalisation des agents des services hospitaliers du pôle hôtellerie ménage
- L'amélioration de la transversalité soins/prestations hôtelières
- L'informatisation de la traçabilité des tâches réalisées par l'ensemble des agents des prestations hôtelières
- L'ouverture sur l'extérieur
- L'amélioration de l'image de l'établissement (création d'une charte graphique et du site internet)

2. Analyse du bilan actuel et actions de mise en œuvre

L'accueil

L'accueil du résident est une composante primordiale d'une bonne intégration puis de la qualité de vie en Ehpad. Par ailleurs, avoir une vision favorable de l'établissement augmente les chances de s'y sentir bien.

Ainsi, nous devons travailler non seulement sur la qualité de la prise en charge de la personne âgée, le confort des locaux et la diversité des prestations mais aussi et en tout premier lieu sur l'ouverture vers l'extérieur et la qualité de l'information.

Ouverture vers l'extérieur

Le projet architectural de la nouvelle maison de retraite est basé sur un complexe enveloppant garantissant la quiétude et la sécurité mais également, à travers les grandes baies vitrées et le grand portail, une ouverture sur la cité.

Par ailleurs, il sera intéressant d'organiser des journées « portes ouvertes » ou de visite collective permettant de découvrir les grandes lignes du projet d'établissement, les espaces de vie, les activités proposées.

De plus, les partenariats avec des « personnes ressources » seront développés ; en effet, il est indispensable de :

- Créer des conventions avec les mairies,
- Communiquer auprès des organismes sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé,
- Proposer des prestations de grande qualité car elles sont notre première publicité (repas des familles, portage de repas à domicile, animations, échanges...)

Enfin, des possibilités d'essai (participations aux repas ou aux activités) permettant d'établir des relations spécifiques avec les séniors du secteur seront développées.

Qualité de communication

La maison de retraite intercommunale n'a pas de charte graphique ni de site internet. Sa communication est actuellement basée sur une plaquette qui doit, elle aussi, être rafraîchie. Une communication ciblée et de qualité est indispensable pour se faire connaître.

Par ailleurs, l'ouverture de la nouvelle structure doit impérativement s'accompagner de la création d'un site internet et d'une charte graphique.

Aussi, ce projet d'établissement sera synonyme d'un investissement sur la communication.

Les premières journées de la vie en institution

En termes de prestations hôtelières, l'intégration d'un nouveau résident est, aujourd'hui, caractérisée par :

- La mise à blanc de la chambre du résident.
- La proposition de marquage des vêtements avant l'entrée du résident.
- Un geste de bienvenue accompagnée d'une carte de la direction
- L'inventaire des effets personnels du résident.

Ce moment important dans la vie du résident en Ehpad pourra être complété notamment par :

- La désignation d'un référent prenant en charge la vérification de la chambre, l'accompagnement éventuel du résident dans la décoration de son espace privé, la démonstration de la tablette d'information située dans chaque chambre, le transfert du linge non marqué vers la blanchisserie, la visite des locaux, l'information sur l'animation ou les repas... l'implication d'un autre résident pour certaines de ces tâches peut être envisagée.
- L'amélioration du geste de bienvenue : une corbeille (gâteaux mous ou fruits) ou un présent (savon, flacon de voyage...) et une bouteille d'eau.
- Un apéritif de bienvenue pour les nouveaux arrivants.
- Un affichage de bienvenue sur le panneau « prestations hôtelières » et sur les tablettes d'information.
- La présentation de la responsable hôtelière, l'animatrice, la diététicienne, la lingère.

L'environnement proche

La Maison de Retraite Intercommunale est située sur deux villages distants de 4 kms, ce qui complique la qualité de la prise en charge du résident.

Les locaux sont vétustes, les chambres ne font pas l'objet d'une classification homogène et sont équipées, à minima, d'un lavabo et d'un WC ; certaines ont également une douche. Le mobilier est mérité un rajeunissement.

Les bâtiments sur Jonquières sont situés sur 2 niveaux sectorisés et compte 62 lits dont En chambres doubles ; ceux de Courthézon investissent 3 niveaux difficilement accessibles, compte 55 lits dont ... en chambres doubles.

Chaque site est équipé d'une cuisine, d'une salle à manger, de salons TV et salles communes (activités), d'un salon de coiffure, un lieu œcuménique. Il y a également un jardin clos.

Sur Jonquières, ont été créés l'unité protégée et le PASA, y sont également concentrés les services techniques, les bureaux administratifs et la blanchisserie.

Dans la nouvelle structure, regroupant les deux établissements sur le site de Jonquières et dont les travaux débutent en octobre 2015, tout a été pensé pour améliorer la prise en charge du résident.

En effet, le confort en EHPAD résulte d'un compromis adapté entre la qualité de prise en charge et un environnement apaisant et chaleureux afin que le résident ne vive pas sa venue en EHPAD comme un événement négatif. De plus, ces structures doivent impérativement rester proches des lieux de vie pour prévenir le sentiment d'isolement des résidents.

Ainsi :

- **L'établissement se développera sur deux niveaux (RDC + 1) facilitant l'accessibilité.**
- **La sectorisation sera privilégiée** notamment par l'identification des différentes zones (couleurs, luminosité, odeurs...) et sécurisants pour les résidents pouvant être rapidement désorientés car ils sont facilement identifiables et repérables.

- **L'ouverture vers l'extérieur** est fortement prise en compte : L'accent a été sur l'ouverture sur la vie de quartier, l'aménagement des espaces intérieurs et extérieurs pour proposer un lieu de vie respectueux des attentes des personnes âgées et des besoins du personnel et des familles. La dimension humaine pensée au service des personnes qui y vivront fut un axe essentiel du projet.

Cette structure a été envisagée sous l'angle « d'une grande demeure » ouverte sur l'extérieur afin de favoriser les relations intergénérationnelles tout en préservant la sécurité et le confort des résidents.

- **La sécurisation interne des résidents.** En effet, tout l'établissement est pensé pour minimiser les risques :
 - Bâtiments accessibles au PMR
 - Bâtiments conformes aux normes de sécurité incendie
 - Barres d'appui dans les douches
 - Barres de maintien dans les WC
 - Mains courantes dans les couloirs
 - Zonages par secteur (voir plus haut)
 - Eclairage des couloirs par ligne bleue à led la nuit pour éviter les chutes dues à l'obscurité
 - Veilleuse dans les chambres à allumage automatique
 - Mobilier adapté à la personne âgée avec peu d'angles saillants
 - Circulation et accès sécurisés intérieur/extérieur
 - Accès règlementés aux zones et locaux : Le résident bénéficie en toute liberté de l'ensemble des locaux collectifs intérieurs et extérieurs. Par contre, l'accès aux locaux suivants est interdit, sauf avec l'accompagnement d'un membre du personnel :
 - Cuisine et offices
 - Blanchisserie
 - Locaux techniques
 - Locaux médicaux
 - Locaux administratifs
 - Salle Snoezelen

Par ailleurs, et pour les personnes accueillies et présentant les troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer, l'accès aux locaux sera adapté dans le projet de vie individualisé de chacun.

- **Une signalétique adaptée et lisible**

Des panneaux d'affichage pour informer sur la date du jour, l'éphéméride, la météo mais également les menus, les animations et les manifestations à venir ; la bienvenue à l'entrée d'un nouveau résident pourra également y être renseignée.

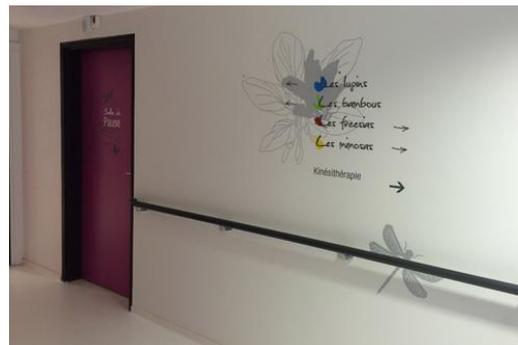
Une réflexion sur l'acquisition d'écrans tactiles dans toutes les chambres, avec la création d'un "canal interne", facilitera la communication auprès des résidents.

La signalétique sera différenciée par secteur.

Les unités de vie de l'EPHAD seront identifiées par noms de fleurs auxquelles feront référence les couleurs, les odeurs. Ces éléments seront une aide à l'identification des locaux et permettront ainsi aux résidents de se repérer plus facilement.

Toute forme de supports sera bannie au profit de stickers ou peinture murale (synonyme de légèreté) permettant de donner toute son importance à l'inscription elle-même. Tous les supports (murs, portes, sols, baies vitrées, meubles...) pouvant être utilisés, celle-ci pourra être placée dans les endroits les plus stratégiques, afin d'en faciliter la visibilité.

Par ailleurs, cette forme permet une entière liberté pour coller parfaitement aux thèmes choisis par la direction.



Des espaces accueillants et confortables :

En effet, nous avons travaillé cet aspect par l'apport de la lumière, le choix des matériaux, le cadrage des vues, la couleur ou encore la diversité des espaces. Cela se traduit aussi par une tentative prononcée de personnalisation des chambres des résidents pour leur permettre d'évoluer dans un cadre chaleureux et personnel. Sur cette opération, nous avons retravaillé l'espace des 104 chambres individuelles de 20m² en créant une entrée, faisant office d'espace d'accueil, et un espace de vie pour chaque chambre qui permette au résident de se sentir « chez soi ».

Nos locaux sont spacieux et adaptés à la prise en charge de personnes dépendantes, notamment en ce qui concerne les installations sanitaires. Les chambres disposent de zones personnalisables et des rangements qui permettent au résident de recréer le cadre de son domicile qui le reconforte et facilite l'appropriation de son espace privé. Nous avons apporté un soin particulier au choix du mobilier qui, tout en étant ergonomique, est constitué d'éléments aux coloris doux et chaleureux, variant selon l'orientation des chambres, qui constituent également des points de repère pour les résidents.

Le choix des couleurs, les zones identifiables par des odeurs agréables, les hauteurs des fenêtres permettant une vue sur l'extérieur même en position coucher, les terrasses, les espaces verts, les contrôles d'accès, la visiophonie, les lits médicalisés recouvert de bois chaleureux sont autant de choix qui optimiseront la qualité de l'accueil et de vie tout en préservant la sécurité et l'indépendance des résidents.

Dans la nouvelle structure, toutes les chambres répondent aux normes en matière d'accueil de personnes handicapées, elles sont équipées de salle d'eau avec une douche de sol, un WC suspendu (conforme PMR) et un lavabo avec mitigeur. Elles bénéficient de l'équipement suivant :

- Un lit médicalisé
- Une table de chambre
- Un fauteuil de repos et/ou chaise
- Un placard et/ou une commode bureau
- Une prise téléphonique et tv
- Un système de détection incendie
- Un système d'appel infirmière
- Une veilleuse de nuit d'intensités différentes.
- Un écran plat
- Un téléphone
- Un accès internet
- Des rideaux et volants roulants
- Un coffre

Le résident peut amener de petits meubles et bibelots sous réserve qu'ils ne soient pas trop importants et qu'ils soient compatibles avec les règles de sécurité, de nettoyage et d'hygiène de l'établissement et de vie en collectivité en général.

Le nouvel établissement multipliera les espaces de vie :

- Deux salles de restaurant pouvant accueillir 39 résidents chacune et un lieu de vie (salon/salle à manger) pouvant accueillir 14 résidents.
- Un secteur protégé accueillant 12 résidents offrant un lieu de vie d'environ 110m², un patio d'environ 130m² et une promenade.
- Deux salons TV pour être isolés des deux salles à manger.
- Six salons répartis sur toute la structure permettant aux familles de passer un moment agréable avec le résident sans pour autant aller dans sa chambre.
- Une salle d'animation
- Trois terrasses pour un total d'environ 260 m² cumulées
- Un jardin arboré d'une superficie totale de plus de 700m², aménagé d'une promenade avec barres d'appui et agrémenté de bancs.
- Un PASA pouvant accueillir 14 résidents entièrement équipé : lieu de vie, salle à manger, salon, salles d'activité, terrasse, jardin thérapeutique.
- Une salle de rééducation
- Un espace snoezelen
- Un lieu de culte neutre permettant la pratique de tous les cultes
- Un salon de coiffure
- Un espace de projection de films
- Un kiosque à journaux

- Un accueil ouvert de 9h à 17h moderne et lumineux

Enfin, la Direction affiche clairement la volonté de transformer un des secteurs en UHR. La disposition des locaux et les équipements actuels en faciliteraient aisément sa sectorisation.

La vie privée du résident et le respect de son intimité

L'agencement de l'espace privé

Il est certain que nous nous devons de reproduire, dans la chambre, une ambiance rappelant la vie de la personne accueillie.

Cependant, cela ne peut se faire au détriment des règles de sécurité incendie et des pratiques de l'ensemble des équipes. Rappelons, par ailleurs, que toutes les chambres sont entièrement équipées. Ainsi, nous déconseillons le mobilier personnel imposant.

Nous accompagnons tout de même le résident afin de lui faciliter la prise de possession des lieux (pose de tableaux décoratifs ...).

Le respect de son intimité

L'expérience démontre que le besoin de partager une certaine confidentialité de la part du résident s'effectue après une période de connaissance de la Maison et de ses personnels estimés à environ trois mois de présence.

De même, le respect du résident passe par le respect de sa liberté de posséder et se traduit, entre autre, dans l'attitude du personnel au sein des chambres et des placards. Ainsi, en fonction de la dépendance du résident, il sera important de respecter les règles suivantes :

- Sécuriser l'accès aux chambres : Le premier gage de possession individuelle réside dans la détention de la clé/code de sa chambre. Malheureusement, vu la dépendance importante de la population accueillie, nous ne pourrions respecter cet engagement que pour les personnes pouvant encore gérer l'appropriation de sa chambre
- Frapper systématiquement avant d'entrer
- Ne pas ouvrir un tiroir, un placard, sans la présence ou l'accord de l'utilisateur.
- Laisser ce dernier ranger toutes ses affaires comme bon lui semble et orienter plutôt qu'imposer la façon de ranger au résident.
- Être attentif à tout remettre dans le même ordre après son passage.
- Condamner les chambres des personnes hospitalisées jusqu'à leur retour

Le nécessaire de toilette

Le résident (ou son tuteur) à la charge de son trousseau de toilette. Cependant, il est fréquent de constater que le suivi de son renouvellement est parfois défaillant.

Ainsi, plusieurs pistes pourront être envisagées :

- La désignation d'un préposé universel et interne
- Le suivi des trousseaux par un même référent (animatrice, AS ou ASH)
- La mise en place d'une "boutique" permettant l'acquisition des produits de première nécessité au moyen de "chèques à usage interne"

La restauration

Pour la personne âgée le repas doit être un moment privilégié de détente et de plaisir. Nous sommes très attachés à ce qu'il soit un moment de convivialité avec le personnel. Celui-ci joue un rôle primordial pour le bien-être et l'épanouissement des résidents, en étant à leur écoute et en respectant leurs attentes.

Nous estimons que le côté plaisir doit l'emporter sur le côté médical privatif. Sans pour autant négliger d'adapter les menus aux régimes de certains, nous ne céderons pas à une application draconienne de ceux-ci. Le seul paramètre important à surveiller est la glycémie mais avec une souplesse plus grande.

Locaux inadaptés deviendront ... fonctionnels !

ont été choisis avec un assistant à maîtrise d'oeuvre et les chariots de distribution mixtes acquis en 2014 et 2015 garantissent une remise et un maintien en température avec une traçabilité intégrée.

Côté salles de restauration, les équipements sont adaptés :

- Salle lumineuse et aérée avec fontaine à eau réfrigérée
- Offices dédiés avec vaisselle, lave-vaisselle, machines petit déjeuner, chariots de distribution et de débarrassage...
- Tables à manger avec pied central de 140cm permettant aisance et équipées de roues pour en faciliter le déplacement
- Chaises confortables et avec une facilité de mobilisation
- Surfaces désinfectables
- Etc.

Des menus adaptés :

La dénutrition est fréquente chez les personnes âgées et leur appétit est variable d'un jour à l'autre.

Pour que les repas servis soient consommés et facilement digérés par les résidents, il est nécessaire de proposer des plats particulièrement appétissants et adaptés à leurs besoins en termes de composants et de texture. Nous avons souhaité une cuisine familiale et gourmande respectant toutefois l'équilibre alimentaire de la personne âgée (GEMRCN).

Le recrutement d'une diététicienne au début de l'année 2015 a permis de travailler sur des menus roulants sur 4 semaines respectant la saisonnalité (été/hiver) afin de fabriquer des plats privilégiant les produits de saison. Actuellement, les menus sont, en grande partie, basés sur des produits de IV et de V gammes ; une fois la nouvelle cuisine lancée, l'intégration de produits frais et locaux sera une de nos priorités.

Les déjeuners sont composés de :

- Un potage
- Une entrée
- Un plat principal
- Une garniture
- Un laitage
- Un dessert
- Du pain

La collation du soir :

- Un potage de légumes
- Un potage de vermicelles
- Un plat et une garniture
- Un laitage
- Un dessert
- Du pain

Par ailleurs, des repas à thème et animations culinaires autour de produits typiques et de saison sont déjà proposées tous les mois.

Nous accentuerons ces efforts notamment en termes de présentation des plats car le plaisir du repas ne passe pas seulement par le goût mais aussi par les yeux.

Nous porterons une attention particulière à la participation des résidents notamment dans des tâches telles que l'épluchage, la découpe de fruits et légumes, la préparation de tartes et gâteaux, la fabrication d'omelettes avec les œufs du poulailler...

Aujourd'hui, en termes de texture modifiée, les repas servis sont adaptés au résident. Il est cependant nécessaire d'améliorer la communication entre les équipes dans les mois à venir. Celle-ci passera par le développement de l'informatisation au sein de la structure.

Tout au long du projet d'établissement, la diététicienne travaillera sur l'adaptation des repas au résident en fonction de ses besoins et de ses attentes spécifiques (dénutrition/surpoids, carences, goûts/aversions...).

Enfin, aujourd'hui, un menu de substitution « basique » est proposé aux résidents qui en font la demande. Cette démarche mériterait d'être améliorée. Aussi, avec la nouvelle structure, nous étudierons la possibilité de choisir son repas via les tablettes de chambre.

Le petit déjeuner, quant à lui, est typiquement français. Il est, en effet, composé d'une boisson chaude, de pain/biscottes/pain de mie au choix, et confiture/miel, compote ou fromage blanc. Le dimanche, des viennoiseries remplacent le pain.

Au cours du prochain projet, sera étudiée l'intégration de nouveaux produits.

Des professionnels aux fourneaux

A la maison de retraite intercommunale, la restauration est entièrement assurée par le personnel de l'établissement.

Actuellement, la cuisine compte 3,60 ETP diplômés travaillant 7h30 par jour, 365 jours par an sur 2 sites.

Cette équipe est renforcée par des ASH pour la remise en température et le service du repas du soir.

Une nécessaire réorganisation (en termes de besoin en personnel, d'horaires, de pratiques professionnelles, de circuits) sera opérée avec la fermeture du site de Courthézon fin 2017 et la mise en place de la nouvelle cuisine.

En 2014, le manuel de qualité (PMS) a été actualisé (l'ensemble des procédures sont mises à jour, connues et mises à la disposition des agents sur les deux sites). Le PMS devra être revu avec l'intégration de la liaison froide dans les nouveaux locaux.

La professionnalisation des cuisiniers et la formation continue sont des composantes importantes pour la Direction.

Ainsi, en janvier 2015, une diététicienne diplômée a été recrutée à 0,20 ETP. Dès le 1^{er} octobre 2015, elle a renforcé l'équipe (passage à 0,50 ETP) avec pour mission complémentaire l'encadrement de la production :

- Vérifier la bonne application des procédures HACCP
- Mettre en place les organisations en accord avec la responsable hôtelière (liaison froide)
- Etre force de proposition
- Créer les fiches techniques de production et les menus roulants en respectant les équilibres alimentaires de la personne âgée
- Réaliser l'inventaire des stocks et les commandes aux fournisseurs
- Avoir une attitude responsable et citoyenne (bienveillance, gaspillage méthode PEPS, respect du budget...)
- Etre gourmand et gourmet

Les cuisiniers, quant à eux, ont une fiche de poste clairement définie depuis octobre 2015 et dont les grandes lignes sont :

- Connaître le plan de maîtrise sanitaire et appliquer les procédures HACCP
- Utiliser les fiches techniques de production
- Respecter les organisations mises en place (menus roulants...)
- Réceptionner les livraisons - contrôler à réception et rangement vérifier les bons de livraisons et transmettre les éventuels litiges au responsable hôtelier ou à la diététicienne
- Etre force de proposition d'animations culinaires (repas à thèmes, ateliers.....)
- Avoir une attitude responsable et citoyenne (bienveillance, gaspillage méthode PEPS, respect du budget...)
- Aimer cuisiner

Ils sont tous titulaires à minima d'un CAP en cuisine ou d'une validation des acquis, ont tous suivi la formation annuelle mise en place depuis 2014 et doivent s'emparer de la traçabilité systématique des couples temps/température en 2016.

Nous envisagerons la formation du personnel cuisinier à la cuisson basse température/cuisson sous vide afin que les valeurs nutritionnelles soient conservées.

Par ailleurs, tous les mois sont proposés des menus à thème et trois fois par an (début de l'été, pour les vendanges et à l'occasion des fêtes de fin d'année), un repas où l'ensemble des familles est convié afin de partager un grand moment convivial tous ensemble.

Vérification de la qualité

La qualité peut se mesurer par différents indicateurs :

- La satisfaction des résidents, à travers les différentes enquêtes de satisfaction réalisées chaque année.
 - L'instauration d'une commission de vie hôtelière depuis 2014 et les réunions des familles bi-annuelles.
 - L'optimisation de coûts par l'adhésion à l'APEF (groupement de commandes) qui permet de bénéficier de tarifs négociés, le contrôle systématique des factures et le suivi financier mensuel.
 - L'accompagnement par un conseil expert qui réalise 4 audits/an et une formation annuelle aux agents.
- Les objectifs de cette mission sont d'accompagner la MDRI dans la satisfaction de ses obligations légales en matière de qualité et de sécurité alimentaires au travers des thèmes suivants :
- Ergonomie au travail (analyses des pratiques, gestes techniques, refonte de la base documentaire...)
 - Formation continue du personnel
 - Conseil pour le maintien en conformité réglementaire de l'exploitation

Un service hôtelier de qualité

Les repas seront servis à des heures respectueuses du rythme du résident :

PETIT-DEJEUNER :	7h00 – 9h30
DEJEUNER :	12H00 – 13H30
GOÛTER :	15H30 – 16H00
DINER :	18H00/18H30 – 19H00

Une collation composée de gâteaux /compotes / sirops est proposée par les veilleurs de nuit pour les résidents qui ont peu mangé au diner ou pour ceux qui en font la demande.

Toutefois, une adaptation des horaires pourra être envisagée en concertation avec les équipes de soins en vue d'améliorer la prise en charge globale du résident.

Les repas sont des moments privilégiés d'échange et de convivialité. Aussi, depuis octobre 2015, les ASH se retrouvent dans les salles à manger pour servir les résidents.

La musique n'est pas systématique mais y est la bienvenue, toujours dans le respect des attentes des résidents.

Bien sûr, les résidents peuvent prendre leur repas en chambre (service en plateau). Cependant, afin de préserver l'autonomie du sénior ainsi que les bienfaits de la vie collective, cette initiative émane uniquement des services de soins.

Nous apportons une grande attention au placement des résidents dans la salle de restaurant. La liberté est la base du placement. Nous intervenons uniquement pour le conseil.

Nous possédons des tables de deux, quatre et six places de façon à permettre une répartition harmonieuse en fonction des affinités.

Les salles à manger sont ouvertes au public, les résidents peuvent recevoir des convives sur simple réservation auprès de l'hôtière. Dans ce cas, nous essayons d'isoler la table afin que les convives profitent pleinement de ce moment privilégié. Dans la future structure, cette démarche sera facilitée par des espaces privatifs (petits salons).

Les repas sont servis comme suit :

- Dressage de l'entrée et du dessert
- Distribution en chariot chauffant et service à l'assiette du plat de résistance
- Laitage en portion individuelle
- Pain coupé
- Boisson en carafe/pichet

Les nappes sont utilisées uniquement pour les repas festifs. Les serviettes/bavoirs sont lavables.

Les résidents qui le souhaitent, peuvent participer au dressage/débarrassage des tables ou au nettoyage après service. Leur aide encadrée est la bienvenue.

Le pôle hôtellerie ménage

La mise en place d'une organisation et la nécessité d'instaurer une traçabilité

A l'arrivée de la nouvelle direction, l'entretien des locaux était caractérisé par :

- 1,5 passage par semaine
- Une absence de fiche de poste
- Une nécessité de mise à jour des procédures de nettoyage
- Une absence de suivi de la traçabilité
- Un manque de formation des agents
- Une absence de diffusion des fiches sécurité
- Une absence de partenariat avec un prestataire choisi

L'évaluation externe a, par ailleurs, souligné la nécessité de travailler sur la périodicité des passages, la traçabilité, le suivi des ménages à fond/à blanc.

L'ensemble de ces dysfonctionnements ont été améliorés principalement depuis septembre 2014 :

- Création du "pôle hôtellerie ménage" regroupant l'ensemble des ASH
- Toutes les fiches de postes ont été rédigées (V2 10/2015)

- Les fiches de traçabilité ont été diffusées et sont systématiquement utilisées et archivées (support papier).
- La périodicité d'entretien des chambres est passée à 3 passages par semaine
- La périodicité du ménage à fond est d'environ 3 passages par an
- Les fiches sécurité des produits d'entretien sont disponibles sur les kiosques et une information à l'ensemble des agents a été réalisée en octobre 2015.
- Un contrat a été signé avec le prestataire permettant d'encadrer les tarifs et de proposer une formation continue aux ASH.
- L'établissement adhère au CCLIN du Vaucluse.

La création de ce pôle a pour objectifs :

- Homogénéité et continuité du service au résident
- Développement d'un véritable travail d'équipe
- Diversité des tâches effectuées (fin des clivages)
- Professionnalisation du personnel

Par ailleurs, en 2016, sera informatisée toute la traçabilité des tâches. La Responsable hôtelière a pour objectif de paramétrer l'ensemble des tâches qui lui incombent dans le logiciel, former l'ensemble des agents du pôle hôtellerie ménage et animation et en vérifier le bon fonctionnement.

De véritables maitresses de maison

La mission première d'un ASH, dans une structure d'hébergement médicalisé pour personnes âgées, est de participer aux prestations hôtelières et au bien-être du résident (voir fiche de fonction en annexe) ; De manière synthétique, au sein de notre établissement, l'ASH :

- Participe à la remise en température et à la distribution des repas
- Maintient la bonne propreté des locaux conformément à la démarche qualité et aux fiches techniques
- Assure le traitement et la distribution du linge
- Participe à la traçabilité de la restauration conformément à la méthode HACCP
- Contribue à la continuité dans le plan de nettoyage et de désinfection
- Anime le résident

Actuellement, les locaux des deux sites sont vétustes et accidentés et le mobilier y est très différencié, ce qui en complique l'entretien. En moyenne, une chambre simple est réalisée en 20min et une chambre double en 30min.

L'entretien des locaux est assuré par :

- Des ASH en poste de 7h30 en journée pour tous les espaces privatifs (chambres, bureaux...).

Les équipements utilisés par les ASH sont :

- Le balayage à l'aide de microfibras,
- Le nettoyage du sol avec des franges pour les petits espaces et à l'autolaveuse pour les grands espaces
- Les lavettes de couleurs pour l'entretien des surfaces
- Des produits industriels conformes aux normes d'hygiène et de sécurité, toutes les fiches sécurité sont disponibles sur Les postes kiosques.

Avec la nouvelle structure, les surfaces seront uniformes ; le carrelage a été privilégié pour permettre un nettoyage facile tant avec les franges qu'avec les autolaveuses. Par ailleurs, les salles de bains seront entièrement recouvertes d'une surface sans jointure. L'ensemble de ces mesures réduira le temps nécessaire par agent et nous nous rapprocherons des temps estimatifs suivants :

- Chambre : 8 min
- Salle de bain : 9 min
- Chambre à fond / à blanc : environ 2h
- Locaux administratifs : 8 min
- Toilettes publiques ou réservés : 6 min
- Grands espaces : fonction de la superficie et du mobilier

D'autre part, une étude sera menée afin de remplacer les produits utilisés actuellement par des produits aussi efficaces, à moindre coût et plus respectueux de l'environnement.

De plus, une réflexion est en cours sur le maintien des ASH de nuit à la réunification des sites et la généralisation de l'entretien des locaux sur la journée uniquement.

Plusieurs raisons à cela :

- La professionnalisation des équipes de nuit
- La quiétude des résidents pendant leur sommeil
- Une amélioration de la prestation par un contrôle plus régulier
- La nécessité de réduire les effectifs conformément à la réduction des espaces et du nombre de résidents.

Avec la restructuration de l'EHPAD sur un unique site, notre souhait est de généraliser un passage par jour dans tous les espaces privatifs (chambres/salle d'eau) de l'établissement.

Aujourd'hui, l'entretien des locaux est, d'ores et déjà, assuré par secteur (parfois un peu difficile à respecter compte tenu de l'architecture des sites). Cette organisation sera renforcée dans les futurs locaux et se présentera comme tel :

- 1 unité de 12 lits (secteur protégé) où il a y déjà un passage par jour dans les chambres
- 1 unité de 14 lits dont nous calquerons l'organisation sur le secteur protégé à compter de début 2017
- 2 unités de 39 lits, nous proposerons une organisation similaire autant que faire se peut (fonction des effectifs alloués par les tutelles).

De même, la périodicité des passages sera adaptée en fonction des spécificités des lieux ; ainsi, le nombre de passages pour une chambre ne sera pas le même que pour des toilettes publiques, etc.

Enfin, une concertation avec les équipes de soins devra être conduite pour la mise en place de l'organisation dans la nouvelle structure.

Un contrôle et l'évaluation des pratiques indispensables.

Ainsi, l'organigramme proposé par la responsable hôtelière prévoit, pour janvier 2017, la désignation d'une gouvernante dont les missions principales (**missions de contrôle en gras**) seront :

- Entretien des locaux
- **Contrôle quotidien du ménage dans les chambres**
- **Contrôle de la bonne connaissance et application des procédures par les agents**
- Commandes réapprovisionnement hebdomadaire et dotation aux agents
- **Contrôle de la qualité des équipements**
- Chambres à fond / chambres à blanc
- Utilisation exclusive de l'autolaveuse pour l'entretien des grands espaces (référente)
- Accueil des nouveaux résidents (contrôle chambres / corbeille fruits ou plante / eau / bienvenue Jour J, inventaire d'entrée et de sortie...).
- Aide à l'aménagement et la décoration de la chambre (lien avec l'agent technique)
- Aide au déménagement des effets personnels au moment du départ
- **mise à jour des procédures**
- **formation nouveaux agents**
- soutien à l'animatrice pour les repas à thème (1x par mois) poste A
- Planification des tâches en lien avec responsable hôtelier
- participation aux transmissions (RDC et 1er)

Les entretiens annuels des agents titulaires (et désormais contractuels) permettent de déceler les difficultés concernant les pratiques et d'indiquer les attentes en termes de formation des ASH.

Les partenariats (adhésion au CCLIN, formations par le fournisseur des produits d'entretien) permettent d'actualiser les supports et de revoir les pratiques.

La veille sur les différentes recommandations et réglementations nationales aide à la mise à jour des protocoles.

Enfin, la rédaction du DARI (chapitre II notamment) y participe également.

Le service de blanchisserie

Le constat

Le traitement du linge au sein de la Maison de Retraite Intercommunale fonctionne de la façon suivante :

La lingerie est située sur le site de Jonquières ; elle a pour objet de traiter le linge petit plat, les serviettes éponges et gants, les bavoirs, les vêtements en forme (blouses) et les vêtements des résidents. Elle assure aussi le marquage et la couture.

Sont sous-traités à un prestataire extérieur, le grand plat, les serviettes de table et les tabliers de cuisine.

En moyenne, 90 000 Kgs de linge sont traités par an (69 tonnes en interne et 21 tonnes en externe) et 310 000 pièces (hors linge du résident non comptabilisé, à ce jour) sont lavées.

Sur le plan organisationnel, ce service est composé de 3 agents (2.70 ETP)

Une nécessaire réorganisation...

Avec la reconstruction de l'Ehpad, la blanchisserie fera l'objet d'une construction entièrement neuve conformément à la norme RABC.

Les équipements seront récupérés pour la plupart :

- Sèche-linge
- Chariots de distribution à casiers
- Chariot de tri à fond remontant
- Rolls
- Table à repasser
- Tables de tri
- Balance

Concernant les lave-linges, une réflexion est en cours sur leur remplacement.

Le parc de chariots de tri en sortie de chambre a, quant à lui, été renouvelé pour moitié fin 2015.

Les fiches de poste, les circuits devront être repensés et les procédures adaptées aux nouveaux locaux.

Il sera envisagé de redéfinir la place des lingères au sein de la structure ; leurs missions feront l'objet d'une réflexion autour de :

- Traitement du linge
- Marquage du linge
- Repassage
- Retouches
- Récolte et distribution du linge
- Contrôles du tri à la source
- Suivi des indicateurs
- Rédaction/mise à jour des procédures en lien avec la gestion du linge
- Rédaction/mise à jour des éventuels affichages et signalétiques erronés sur l'ensemble de la structure
- Communication de diverses informations aux agents afin d'améliorer continuellement la démarche qualité en termes de gestion du linge
- Vérification des armoires et de l'état des trousseaux des résidents
- Accompagnement du résident dans le rangement de son armoire ou rangement/tri si nécessaire
- Organisation des armoires à linge de la structure (dotation, stock, propreté, rangement)
- Maintien de la bonne propreté des locaux conformément à la démarche qualité et aux fiches techniques
- Lien entre le résident, sa famille, les soignants, la lingerie, le prestataire et le responsable hôtelier

Optimisation des coûts

Ce projet d'établissement sera synonyme pour la blanchisserie d'optimisation des coûts :

- La relocalisation de la structure sur un seul site permettant de réduire les coûts de fonctionnement.
- La construction d'une blanchisserie neuve où l'utilisation d'équipements faiblement énergivores sera privilégiée.
- La redéfinition des articles traités en externe et une consultation pour le choix du prestataire extérieur a été opérée en juin 2023 avec négociation des prix : " Les laissez les Fers à Orange a été retenue.
- Une étude sur les produits lessiviels dont le marché arrive à son terme fin 2016 sera effectuée.
- Une étude pour l'acquisition d'un logiciel de marquage et de traçabilité du linge (code barre ?).

Maitrise des « process qualité » (hygiène, sécurité)

En 2014, la méthode RABC est en place (Risk Analysis and Biocontamination Control) mais seul un agent titulaire a suivi la formation dispensée par un organisme agréé. Il a la charge de réaliser un transfert de compétence auprès de ses collègues.

Nous nous engageons à ce que l'ensemble des agents du service soit formé par un organisme agréé.

De même, l'ensemble des procédures RABC ont été rédigées et sont disponibles en lingerie. Une actualisation des fiches sera opérée avec la prise de possession des nouveaux locaux.

Enfin, des prélèvements bactériologiques sont réalisés par la lingère tous les trois mois et par un organisme indépendant chez le prestataire.

Par ailleurs, l'informatisation de la traçabilité sera un des objectifs de la blanchisserie. En effet, le suivi des indicateurs est actuellement réalisé de façon manuscrite et la gestion des pertes ne demande qu'à être améliorée.

Vérification de la performance par :

- La redéfinition du poste de la lingère
- Le suivi des indicateurs réalisé au quotidien
- Des enquêtes satisfaction : une enquête annuelle est réalisée et des évaluations "flash" sont menées régulièrement.
- La création d'une commission de vie hôtelière qui se réunit 4 fois par an et dont l'objet est de traiter de la qualité de la prestation.
- L'évaluation externe réalisée en septembre 2014 a souligné comme action remarquable l'organisation et la maîtrise de ses process.

7) Les attentions au quotidien

Courrier porte

Les chambres auront une signalétique multiple, par numéro, par image, par couleur d'accès et chacune possèdera sa boîte aux lettres au niveau de la porte d'entrée. L'établissement réceptionne le courrier et c'est le personnel qui dépose le courrier dans les boîtes ce qui permet, pour les résidents de posséder une boîte à leurs noms... tout en "prenant soin" des correspondances administratives d'importance majeure.

Le départ du courrier est assuré quotidiennement au moyen d'une grande boîte aux lettres

"Courrier départ" qui sert aussi de boîte à suggestions.

Les timbres seront disponibles auprès de la boutique.

Pour les résidents dépendants nous pensons utiliser l'aide d'un bénévole pour lire ou écrire sous la dictée. La confidentialité sera un impératif à respecter.

Kiosque journal

L'établissement est abonné au journal local ; celui-ci est mis à la disposition des résidents dès le matin en salle de restauration. Avec la nouvelle structure, il sera envisagé de prendre un abonnement dématérialisé afin que les nouvelles locales soient accessibles aux résidents directement dans leur chambre.

Pour les résidents abonnés à des revues, celles-ci sont remises en même temps que le petit déjeuner.

L'établissement va s'abonner dès son transfert à diverses revues afin de maintenir le plaisir de lire.

Lieu œcuménique

Le respect des pratiques religieuses fait partie des droits fondamentaux de la personne âgée.

La génération actuellement accueillie en milieu rural est essentiellement de confession catholique.

L'établissement possède un lieu de culte pouvant accueillir environ 15 personnes. Actuellement, un office religieux (catholique) est célébré tous les mois. Il sera envisagé d'entrer en contact avec les autres communautés religieuses locales.

La retransmission télévisuelle dominicale est proposée à l'ensemble des résidents dans les salons TV et cette liberté deviendra encore plus grande avec l'installation de TV dans toutes les chambres de la nouvelle structure.

Bien être

Chaque établissement possède son salon de coiffure ; une ASH assure la prestation tous les mercredis.

Avec la nouvelle structure, un salon "bien-être" sera situé au rez de chaussée, en face de l'accueil. Il permettra le maintien de la coiffure mais également d'envisager des soins de beauté (maquillage, manucure...) et de bien-être (massages...).

Animal de compagnie

La question des animaux de compagnie est récurrente. Quitter son domicile pour entrer en institution est déjà traumatisant pour un résident et le sentiment d'abandon de son animal domestique ne fait qu'accentuer ce traumatisme.

Cependant, la vie au sein de l'institution et l'avenir de l'animal après le décès du résident doivent impérativement être pris en compte. Aussi, les animaux de compagnie ne sont pas acceptés dans l'établissement.

Nous mènerons toutefois une réflexion sur l'acquisition d'un chien et la responsabilisation d'un ou plusieurs résident(s).

Poulailler

Notre public fait encore partie de cette population qui cultivait son jardin et l'effet bénéfique d'un potager ou d'un poulailler n'est plus à démontrer.

Le PASA propose d'ores et déjà de cultiver quelques fleurs et plantes aromatiques.

Il sera souhaitable de pouvoir instaurer un poulailler au sein de la structure toujours dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité. Une réflexion sera menée.

Se détendre en terrasse

Malgré le mistral, notre région est dotée d'un climat très agréable. De plus, la reconstruction est entre autre, axée sur l'ouverture vers l'extérieur et prévoit de nombreuses terrasses protégées du vent. Il est donc indispensable de penser l'aménagement de ces différents lieux en espaces confortables et accueillants.

C'est ainsi, qu'au-delà des tables et chaises qui prolongeront le restaurant, les terrasses seront équipées de fauteuils d'extérieurs, de tables basses et de parasols/triangles, mais aussi, pour profiter des demi-saisons, de chauffages d'extérieur et de couvertures.

Service internet (libre-service)

L'établissement de Jonquières est entièrement équipé de wifi. Cependant, la connexion internet n'est malheureusement pas accessible pour les résidents.

Dans la future structure, l'ensemble des bâtiments sera équipé de wifi.

L'établissement va se doter de tablettes mises à la disposition des résidents avec l'aide de l'animatrice (facebook, adresse mails...)

De plus, une réflexion sera menée sur l'opportunité d'installer des tablettes multifonctions (télécommande, accès internet, communication interne...) dans chaque chambre.

Repas accompagnant

Les résidents peuvent recevoir leur famille à leur convenance. Ceux-ci peuvent également venir partager un moment autour d'un bon repas. Dans la mesure du possible, la table des convives est isolée afin de faciliter l'intimité du moment. La réservation se fait auprès de l'accueil.

Anniversaires

La Direction porte une attention particulière sur les anniversaires. Ceux-ci sont fêtés le jour même. A cette occasion, la cuisine prépare un gâteau pour toute la table et un cadeau est offert au résident. L'ensemble des agents est invité à lui faire passer une journée particulièrement agréable.

8) Et au départ du résident...

Mise à blanc de la chambre

Au départ du résident, la chambre est entièrement vidée et désinfectée. A ce jour, la mise à blanc existe et est systématique à chaque changement de résident. La mise à blanc d'une chambre fait l'objet d'une traçabilité non différenciée avec le ménage à fond. La rédaction d'une procédure et l'amélioration de sa traçabilité sera réalisée au cours du présent projet.

Etat des lieux (cf. procédure d'inventaire d'entrée et de sortie) et procédure de remise des objets personnels

A l'arrivée du résident, un état des lieux des biens personnels est dressé ; les items suivants sont concernés :

- TELEVISEUR CATODIQUE*
- ECRAN PLAT*
- LECTEUR DVD*
- MAGNETOSCOPE*
- POSTE RADIO*
- REFRIGERATEUR*
- LAMPE DE CHEVET
- LUNETTES
- DENTIER
- APPAREIL AUDITIF
- FAUTEUIL ROULANT*
- DEAMBULATEUR*
- CANNE*
- VALISE/SAC DE VOYAGE
- MEUBLES
- DECORATION
- DIVERS

Cet inventaire est conservé dans le dossier administratif du résident et est de nouveau réalisé à son départ. La gouvernante est chargée d'accompagner la famille dans l'état des lieux.

A l'ouverture de la nouvelle structure, nous envisagerons de compléter cette procédure par les équipements mis à disposition par l'établissement.

Bien qu'il puisse être induit par un transfert sur un autre établissement, le départ d'un résident est, le plus fréquemment synonyme de décès. Ainsi, il est prévu dans le contrat de séjour que les effets personnels soient récupérés par la famille dans les 48 heures

Cependant, dans ces moment-là, celle-ci est physiquement et psychologiquement peu disponible ce qui est difficilement compatible avec la réalité budgétaire d'un EHPAD.

Aussi, le personnel soignant ainsi que les agents d'entretien des locaux sont sollicités pour aider et/ou remplacer la famille pour regrouper les effets personnels.

Cette procédure pourra être précisée au cours du présent projet.

Le linge

Au départ du résident, le linge doit être récupéré par la famille ; ce point est précisé dans le contrat de séjour.

Toutefois, il est très fréquent que les familles souhaitent en faire don aux autres pensionnaires. Dans les faits, un tri est effectué par la lingère et tout ce qui est laissé par la famille est soit redistribué soit détruit.

Une procédure sera rédigée au cours du projet.

L'accompagnement des familles

Concernant les prestations hôtelières, l'accompagnement des familles en soin palliatifs ou suite au décès d'un parent peut se matérialiser de la façon suivante :

- Etre à l'écoute
- Recueillir les souhaits des proches sur la place qu'ils souhaitent avoir dans l'accompagnement des derniers moments : que souhaitent ils faire ? comment ? quand ? de quoi se sentent-ils capables ?
- Faciliter matériellement l'accompagnement du résident par les proches qui le souhaitent (possibilité de couchage sur place ? prise de repas...)
- Faire l'inventaire de sortie (voir point précédent)
- Proposer une aide pour déménager les effets personnels dans le délai prévu au contrat de séjour (voir point précédent)

La formation des agents (comportement/respect du corps/échange avec la psy...)

D'une manière générale, au sein de l'établissement, des actions sont mises en place pour accompagner les professionnels qui sont confrontés au travail de deuil, suite au décès d'une personne avec laquelle ils ont noué des relations affectives sur plusieurs mois, voire plusieurs années :

- Ainsi, le plan de formation prévoit des sessions sur l'"accompagnement en fin de vie" principalement orientées vers les soignants mais que la responsable des prestations hôtelières souhaiterait plus largement ouvrir aux ASH.
- La Direction affiche clairement le souhait de proposer aux agents des séances de discussion avec un psychologue. Cette démarche fait partie du projet social en cours.

9) L'accueil d'un nouvel agent

A chaque recrutement dans le pôle des prestations hôtelières, les nouveaux agents se voient informés sur :

- La transmission de la fiche de fonction
- Le contenu et la transmission de leur fiche de poste
- La nécessité de se rapprocher de la lingère pour le marquage et la mise à disposition de leur tenue professionnelle
- L'accès aux vestiaires
- La mise à disposition de chaussures professionnelles pour les agents titulaires
- La remise du livret d'accueil et du livret de sécurité par la GRH
- La prise de poste en doublon de formation avec un agent référent (à terme, la gouvernante)
- Le planning
- L'existence des procédures et du matériel EPI correspondant au poste.

3. Objectifs

La réflexion menée pour la rédaction du projet hôtelier se porte sur les objectifs suivants :

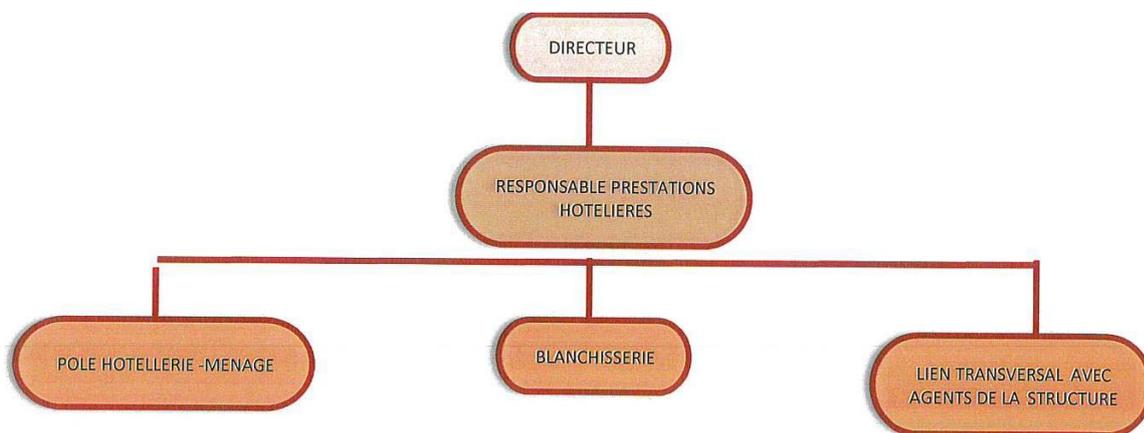
- Amélioration de la prise en charge globale des résidents et application des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM dans le cadre de la mise en œuvre de la "bienveillance" (culture inspirant les actions individuelles et les

relations collectives au sein d'un établissement. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance).

- Vérification de la satisfaction des résidents à travers les divers supports qui existent : réunions des familles, CVS et Commission de vie hôtelière, questionnaires de satisfaction, fiche de signalement, écoute et disponibilité des agents...
- Continuité et maintien des acquis : les agents doivent être des professionnels dans leur domaine : la qualité des recrutements, les entretiens d'évaluation annuelle ainsi que le plan de formation et les audits qualitatifs y participent.
- Efficience médico-économique : bien qu'établissement public, nos contraintes budgétaires (T2A) sont de plus en plus draconiennes. Il est donc indispensable d'être dans une dynamique de bonne gestion de coûts et ainsi, de contrôle des dépenses. Un suivi trimestriel avec le responsable budgétaire est ainsi organisé. La traçabilité des tâches (papier puis informatisée) permet également d'optimiser le besoin en ressources humaines.

4. Modalités de coordination des divers intervenants

L'objet du présent projet hôtelier sera de professionnaliser l'ensemble du pôle conformément à l'organigramme ci-après :



Le responsable des prestations hôtelières est placé sous la hiérarchie du Directeur de l'établissement.

Enfin, des réunions de service sont régulièrement organisées avec les agents ; la responsable hôtelière se rend disponible à la demande et toutes les informations importantes sont communiquées au moyen de notes d'information ou notes de service sur les panneaux d'affichage.

5. Formations prévisionnelles du personnel

Chaque année la maison de retraite instruit un plan de formation en lien avec les projets institutionnels. Ainsi, au cours du projet, la responsable des prestations hôtelières proposera l'ensemble de ces agents à la formation « bientraitance » (ou similaire), la formation "gestes et postures" et l'analyse de leur poste (dans le cadre de la formation PRAPS) ainsi qu'à la sensibilisation à la sécurité incendie.

Dans le cadre du droit à la formation continue, les agents des prestations hôtelières bénéficieront d'une formation/rappel annuel aux :

- Bonnes pratiques et à l'actualisation de la réglementation en terme d'hygiène et de sécurité alimentaire (HACCP),
- Bactériologiques et respect des circuits dans le traitement du linge (RABC),
- Recommandations du CClin du Vaucluse et du prestataire de produits d'entretien pour l'entretien des locaux

Par ailleurs, afin de proposer une prise en charge de qualité, maintenir la professionnalisation des agents et en encourager leur investissement, il est indispensable que l'établissement propose des formations plus spécifiques qui seront identifiées lors des entretiens annuels individuels.

A ce titre, la responsable hôtelière s'est déjà entourée d'une diététicienne en charge de la restauration, une lingère ayant une longue expérience sur le poste qui bénéficiera d'une formation « base informatique / tableur » afin de pouvoir mettre en place et surveiller tous les indicateurs de suivi en blanchisserie, et proposera une ASH à la formation de gouvernante courant 2017.

De plus, un référent « nouvel agent » pourra être mis en place. Son rôle premier étant la visite et prise de connaissance des locaux et des équipements par le nouvel agent, la transmission des procédures et outils de traçabilité, la formation initiale « in-situ » et l'accompagnement au quotidien pour toute information en lien directe avec le poste.

Ainsi, seront désignés un référent :

- En hôtellerie
- A l'entretien des locaux
- En lingerie

Enfin, la responsable hôtelière proposera un partenariat à la cadre de santé, afin de sensibiliser régulièrement les soignants au respect des procédures d'hygiène et des circuits (désinfection des surfaces, circuits du linge...).

6. Indicateurs de suivi

Une prise en charge de qualité passe bien évidemment par le contrôle de cette qualité. Ainsi, un certain nombre d'indicateurs sont mis en place et devront être maintenus ou renforcés. D'autres devront être développés.

	Indicateurs qualitatifs	Indicateurs quantitatifs
Restauration	Audits internes Audits externes Questionnaire annuel de satisfaction Questionnaires "flash" Prélèvements/analyses bactériologiques Fiche de signalement Fiche d'évènement indésirable Traçabilités manuel qualité Nombre d'interventions/dépannages Réunions des familles Commission de vie hôtelière	Suivi des dépenses Unité de production Nombre de repas vendus Traçabilités PMS
Entretien des locaux	Audits internes Audits externes Questionnaire annuel de satisfaction Questionnaires "flash" Fiches techniques et de données sécurité Traçabilité Fiche de signalement Fiche d'évènement indésirable Nombre d'interventions/dépannages Réunions des familles Commission de vie hôtelière	Suivi des dépenses Nombre de chambres nettoyées Traçabilité diverse
Traitement du linge	Audits internes Audits externes Questionnaire annuel de satisfaction Questionnaires "flash"	Suivi des dépenses pds lessiviels Quantité de linge lavé Quantité de linge relavé Quantité de linge repassé

	Fiches techniques et de données sécurité Type de linge lavé Prélèvements/analyses bactériologiques Fiche de signalement Fiche d'évènement indésirable Nombre d'interventions/dépannages réunions des familles Commission de vie hôtelière	Taux de renouvellement du linge Couture Consommations énergétiques
Animation	Taux de participation active Questionnaires annuels de satisfaction Questionnaires "flash" Fiches d'évènement indésirable Réunions des familles Commission de vie hôtelière	Taux de présence Questionnaires satisfaction Questionnaires "flash" Nombre d'animations réalisées par type d'activité Suivi budgétaire

7. Annexe 1

FICHE DE FONCTION ASH	
<i>Mission - objectif principal du poste :</i>	
Poste d'ASH dans une structure d'hébergement médicalisé pour personnes âgées. L'ASH a pour mission de participer aux prestations hôtelières et au bien-être du résident.	
<i>Liste des activités, des tâches et des opérations afférentes au poste</i>	
ACTIVITES	TACHES ET OPERATIONS
PRESTATIONS HOTELIERES	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue de la salle à manger et des équipements - Préparation des chariots de distribution - Aide à l'installation des résidents à table - Installation, si besoin, des aides techniques aux repas - Information, démonstration, stimulation à l'emploi des aides techniques - Plonge et désinfection des surfaces
DISTRIBUTION DES REPAS	<ul style="list-style-type: none"> - Fabrication succincte de repas - Distribution des repas en salle à manger et en plateaux - Surveillance nutritionnelle et hydrique, choix du type de repas - Desserte des tables (adaptables si besoin) - Entretien de la salle à manger, du local plonge et des équipements (chariots, distributeurs de boissons...)
HYGIENE DES LOCAUX	<ul style="list-style-type: none"> - Réfection et change des lits - Entretien des chambres : <ul style="list-style-type: none"> • Journalier • A fond, mensuel selon calendrier • Nettoyage, désinfection des chambres et des literies lors de la sortie d'un pensionnaire - Entretien des espaces communs : <ul style="list-style-type: none"> • Salon, salle à manger, douches, couloirs, bureaux Tous les jours Mensuel selon calendrier
ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE	<ul style="list-style-type: none"> - Relation avec entourage : soutien, relation, aide de l'entourage
RELATION – COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissions en équipe, écrites, orales et traçabilité - Participation aux réunions hebdomadaires en lien avec leur domaine de compétence - Relations inter professionnelles - Contact visuel et téléphonique avec les familles
FONCTION ANIMATION ET BIEN ETRE DES RESIDENTS	<ul style="list-style-type: none"> - Tout au long de la journée (lors des repas, et du ménage), échanges permettant la stimulation - Participation à des activités occupationnelles diverses (spectacles, anniversaires, coiffure...) - Force de proposition
FONCTION LINGE	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du linge des résidents et rangement - Gestion du linge de l'établissement et rangement dans les services
FONCTION SECURITE GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> - Familiarisation avec le tableau d'alarme incendie - Acquisition des 1ers gestes d'urgence
FONCTION PORTAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation des malles de repas - Tournée de distribution

<p>POSTE DE NUIT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vaisselle - Désinfection des équipements et du véhicule - Transmission relation avec as à l'arrivée le soir - Aide à la gestion de l'incontinence : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Changes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levers, mises aux wc - Aide au nursing : hygiène et prévention d'escarres - Aide aux soins de confort et de posture - Aide à l'hydratation selon besoins - Rondes de surveillance générale avec as - Entretien des communs, salons - Préparation du petit déjeuner - Distribution du linge
<p>QUALITES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité - Bonne présentation / propreté - Sourire - Discrétion /secret professionnel - Esprit d'équipe - Force de proposition / prise d'initiative



Projet d'Animation

« Les Globe-Trotteurs »

2024



INTRODUCTION

L'animation au quotidien dans un EHPAD n'est pas seulement la mise en place d'occupations ponctuelles mais donner de la vie, une âme et du sens.

Les activités et animations proposées en EHPAD constituent un exutoire thérapeutique pour les résidents. Elles sont planifiées chaque semaine et présentées à l'équipe soignante et aux résidents.

L'animation fait partie intégrante du soin, c'est un élément important de la prise en charge de la personne.



LE PUBLIC

Notre public d'action :

Ce sont des personnes âgées dépendantes et pour la plupart avec des troubles neurocognitifs, troubles mentaux et ou avec des capacités physique réduites puisque beaucoup de ces personnes se trouvent en fauteuil roulant.

Notre savoir-faire doit être adapté à ces troubles.

C'est pour cela qu'avant de proposer une animation quelle qu'elle soit nous étudions notre public grâce à plusieurs outils ; la communication, Net. Soins...

LES MOYENS

Moyens matériels :

Les locaux :

Nous disposons d'une petite salle d'animation, située au 1er étage.

A proximité de la salle à manger, qui nous sert également d'espace supplémentaire pour faire nos animations, ce qui nous facilite dans l'accompagnement des résidents après les animations.

Une autre salle à manger au rez-de-chaussée, cette salle ouvre directement sur l'extérieur ce qui permet aux résidents un accès aisé au moment des beaux jours.

La borne Mélo : Nous sommes en possession de deux borne Mélo, qui se trouvent sur chaque grand secteur, Pecoulette et Beaugard.

Utilisé au quotidien pour écouter de la musique, cette borne est un vrai outil de travail pour nous, les animateurs. Elle nous permet de partager de nombreux moments conviviaux, avec un large répertoire musical, jusqu'à 4000 titres et d'un milliers d'activités ludiques adaptées au public âgé.

La chapelle :

Se situe également rez-de-chaussée où se déroule les messes et les futures séances vidéo projecteur.

Quant aux petits secteurs, les animations sont proposées par les AS et les psychologues. Ils ont une salle Balnéothérapie, qui dispose d'une baignoire-spa, dotée de jets d'air qui apportent un confort apprécié des résidents. La possibilité d'ajouter de la musique et d'utiliser les lumières de couleurs diverses, participent au ressenti de bien-être et de détente.

Sur chaque secteur il est aménagé des petits salons, où le résident peut regarder la télé et se détendre.

Le salon de coiffure : situé au rez-de-chaussée du bâtiment est aménagé comme un salon de ville, ce qui permet aux résidents de retrouver un contexte connu.

Une voiture utilitaire qui permet d'accompagner les résidents les moins dépendants pour divers déplacements, et un minibus aménagé pour assurer le transport des résidents en fauteuil roulant.

Moyens humains :

L'équipe d'animation :

Nous sommes deux animatrices titulaire d'un BPJEPS Animation social option médiation. Nous intervenons chaque jour de la semaine de 10h00 à 17h30. Notre rôle est de favoriser et de maintenir les liens sociaux, relationnels et culturels entre résident/famille/animateur et l'équipe, stimuler les fonctions sensorielles et cognitives, maintenir l'autonomie en tenant compte des besoins, des désirs et des souhaits, et des centres d'intérêts des résidents.

Nous travaillons en équipe ce qui permet de tenir compte des dimensions sociales, relationnelles, affectives, psychologiques afin d'élaborer ensemble le projet de vie individuel des résidents.

Les soignantes :

Autant que les plannings le permettent, les soignants peuvent être amenés selon les activités planifiées à rejoindre l'équipe d'animation. Ces agents seront dégagés pour des activités particulières comme, les sorties. Cette organisation implique une collaboration étroite entre équipe soignante et équipe d'animation. Nous constatons que cela permet une meilleure connaissance du résident, de contribuer et d'assurer au résident un contexte de vie rassurant. Ce travail en binôme permet également aux deux parties de développer des compétences au profit des résidents.

Le PASA : Deux Assistante de soin en gérontologie, accueillent durant la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Le PASA est un espace à part avec un projet architectural spécifique. Il a son espace spécifique au sein de l'Ehpad avec un aménagement architectural singulier.

Les Psychologues : Elles accompagnent les personnes âgées tout au long de leur parcours au sein de l'institution (entretiens de soutien), et elles sont amenées à intervenir auprès des résidents lors de situation plus spécifique. Elles sont également impliquées dans une dynamique de travail pluridisciplinaire avec l'équipe d'animation. Elles apportent des concepts théoriques pour développer la réflexion sur les pratiques et adapter la prise l'accompagnement.

Les Associations :

Siel Bleu, Aïma, l'Agasse. Elles sont régies par la loi 1901, à but non lucratif.

Elles ont pour but d'apporter différentes animations avec d'autres moyens. Ce sont des acteurs supplémentaires qui répondent aux objectifs du projet d'animation.

Intervenants extérieurs :

De nombreux intervenants sont sollicités au cours de l'année au sein de l'établissement pour compléter et diversifier les animations régulières. C'est nous les animatrices qui évalueront les besoins et planifieront les interventions. Ces interventions concernent, la musique, le cirque, la danse...

Les familles :

Elles restent des partenaires de soin et d'animation, en participant et/ou en s'intéressant à la vie quotidienne de leur proche. Les visites des familles rassurent et stimulent le résident, il est néanmoins important que la personne âgée conserve un espace de liberté, qui lui permette de profiter au maximum des activités planifiées. Cela sous-entend qu'une relation de confiance soit instaurée entre famille, équipe et résident.

Moyens financier :

Un budget pour le service animation est établi par la direction pour chaque début d'année.

1. MISSIONS DES ANIMATEURS

Proposer et adapter des activités d'animation en prenant compte de la personne âgée selon :

- La spécificité du public accueilli au regard des aptitudes physiques mentales et intellectuelles des souhaits et des vœux des résidents.
- Le vécu individuel de chaque résident
- L'environnement interne et externe, de manière à créer du lien à l'intérieur de la structure et également avec les ressources extérieures.
- Les données financières et les contraintes financières.

2. ACTIVITES PRINCIPALES

- Assurer une proposition d'activités diversifiées et adaptées aux personnes âgées de manière à maintenir, voire à améliorer les capacités des personnes en tenant compte des possibilités et des troubles de chacune d'entre elles et en élaborant un projet de vie individualisé ainsi, organiser des animations journalières.
- Entretenir un échange quotidien avec tous, la visite aux personnes avec des troubles neurocognitifs, à mobilité réduite ou plus isolé, la diffusion des informations (affichage planning, communication des informations à l'équipe pluridisciplinaire...)
- L'accueil du nouveau résident
- Permettre aux résidents d'établir des liens avec l'extérieur (faire venir des intervenants extérieurs).
- Favoriser les échanges intergénérationnels
- Travailler en partenariat avec les acteurs locaux ou d'autres communes (écoles, crèches, EHPAD...)
- Assurer à la mise en place des activités
- Rendre le lieu de vie des résidents le plus accueillant possible
- Décorer l'établissement en fonction des saisons, des fêtes
- Evaluer régulièrement la qualité des animations (questionnement...) et proposer des solutions correctives et assurer une permanence dans la dynamique
- Tenir à jour des fichiers (planning, présence...)

3. RELATIONS FONCTIONNELLES

Animatrice / Direction

Soumettre le projet d'animation pour validation
Prendre en compte les données financières
Faire part des difficultés, des solutions à proposer

Animatrice / Cadre

Assurer la transmission des informations à porter administrative (liaison courrier, démarche administrative)
Diffusion le planning des activités

Animatrice / Equipe

Renseigner l'équipe sur les activités et la dynamique à développer

Faire participer les membres de l'équipe à la soutenance des projets d'activités, à la motivation et à l'implication des résidents

4. COMPETENCES

Etre capable de :

- Organiser, planifier et encadrer des activités
- Prendre de la distance à l'égard des événements et de proposer des solutions innovantes
- Insuffler de la dynamique et de la motivation à l'égard des résidents
- Gérer la dynamique de groupe
- Travailler seul et en équipe
- Gérer un budget

Savoir Faire / Savoir être

- Connaissance de la personne âgée, du vieillissement
- Connaissance de l'outil informatique
- Maîtrise des activités occupationnelles spécifiques à la personne âgée

- Diffuser les savoir techniques de l'animation
- Encadrer un groupe
- Réaliser des activités d'animation
- Travailler en équipe
- Sens relationnel et de communication
- Capacité d'écoute et d'observation
- Disponibilité
- Encadrement des stagiaires
- Sens des initiatives et de l'organisation
- Avoir des notions musicales
- Permis de conduire nécessaire

5. OBJECTIFS DES ACTIVITES EN ANIMATION

L'animation est généralement dotée de plusieurs objectifs :

- Le plaisir offert aux participants (es)
 - Apprendre et réapprendre, manipuler, créer, écouter, dialoguer, être considéré et valorisé...
 - L'accroissement de la confiance en soi
 - Se rendre compte que l'on sait faire des choses que l'on avait oubliées.

- L'amélioration de la sociabilité
 - Les activités communes permettent de découvrir les autres en ayant besoin d'eux et en les aidant.

- Ce qui est spécifique à l'animation en cours
 - Améliorer ou maintenir la mémoire
 - Améliorer la fluidité verbale
 - Se ré-entraîner à l'écriture

- Le but principal est de stimuler les personnes âgées par des activités spécifiques.

Les personnes âgées seules et isolées ont un nombre de stimuli considérablement réduits. Par exemple certaines n'ont plus à penser aux repas, au ménage qui sera fait par le personnel...

Si rien n'est fait pour avoir des stimulations de bonne qualité comme un sourire, un compliment, un geste d'affection, une conversation équilibrée...

L'individu ira chercher d'autres stimuli de moins bonne qualité, comme des disputes, des désaccords avec autrui...

Le rôle de l'animatrice sera donc de créer des stimulations par le dialogue et l'animation, ce qui pourra permettre aux

personnes âgées d'avoir des échanges de bonne qualité.

Les comportements les plus observés sont :

- Le repli sur soi et l'isolement
- Les rituels, les plaintes (j'ai mal dormi, j'ai mal là, la nourriture n'est pas bonne, quel jour sommes-nous...)

Réponses à ces comportements :

- Les activités et les ateliers (Mémoire, bricolages, poésie, lecture, écriture...)
- L'intimité (soins esthétiques, la relaxation, la gymnastique douce, la relaxation...)
- Les jeux (jeux de société, scrabble, loto, belote...)

Toutes les animations proposées répondent à des besoins spécifiques pour favoriser le bien être des résidents dans leur nouvelle vie au sein de l'établissement.

Un bilan sera effectué et informatisé pour chaque participant en fin d'année

NOS ANIMATIONS

1. OBJECTIFS GENEREAUX

Notre mission en tant qu'animateur, consiste à favoriser le bien-être de tous les pensionnaires de l'Ehpad, en établissant un projet d'animation qui répond aux besoins de tous. Et pour cela nous, nous fixons des objectifs d'animation évaluables en fin de séance. Ce qui va nous permettre d'ajuster au mieux nos animations, afin de répondre au plus près aux attentes des résidents.

En premier lieu nous nous appuyons sur les objectifs généraux établi par la Haute Autorité de Santé et l'établissement, qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie du résident.

- Rompre l'isolement
- Préserver l'autonomie
- Conserver les aptitudes physiques, psychiques et cognitives
- Reprendre ou garder confiance en soi après un événement physique ou psychologique difficile.

Pour répondre à ces objectifs généraux nous allons proposer différentes animations où découleront des objectifs opérationnels.

2. THEME

Cette année 2024 nous proposons un projet d'animation qui a pour thème les « Globe-trotteurs », autour des régions de France et des continents afin de faire découvrir des lieux qui peuvent faire appel à la mémoire et susciter la curiosité à travers différentes activités proposées. Et ainsi atteindre les objectifs opérationnels durant les animations.

Objectifs opérationnels :

- Découvrir les régions de France et les continents
- Favoriser la dextérité (découper, coller, peindre, colorier...)
- Favoriser la motricité (danse, jeux d'adresses...)

- Entretenir la mémoire et les souvenirs (avec des chansons liées au thème, des photos de paysages...)
- Favoriser les échanges (entre les résidents et le personnel)

Afin de rester dans le thème tout au long de l'année nous avons mis en place avec le cuisinier des repas en lien avec notre projet « Globe-trotteurs » en proposant chaque mois un repas à thème, voici le planning ;

Janvier : l'Alsace
Février : Bourgogne-franche-comté
Mars : Nouvel an asiatique
Avril : Pâques
Mai : Créole
Juin : Barbecue
Juillet : Olympiades Paris 2024
Août : Mexicain
Septembre : Basque
Octobre : Haut de France
Novembre : Grand est
Décembre : repas de Noël

Toutes ces activités proposées vont permettre aux résidents d'être divertis, de sortir de l'isolement et du quotidien à travers les échanges, les rencontres et ainsi conserver une certaine autonomie.

3. LES ANIMATIONS HEBDOMADAIRES

En plus des animations de notre projet nous mettons en place des activités hebdomadaires, menées par nous mais aussi par des intervenants extérieurs, notamment des associations (Siel bleu, Aïma, l'Agasse...) qui rencontrent un grand succès auprès de notre public, comme :

Le loto :

Objectifs :

Favoriser le lien social, la concentration et l'écoute
Stimuler la mémoire
Répondre au besoin de se divertir

Encadrement :

Animatrice, Aide-Soignante, ASH

Public :

Toutes les personnes intéressées, groupe ouvert

Contenus :

Accueil et explication des règles du jeu

Supports :

Mise en place du matériel : Roue, boules numérotées, cartons. Les règles du jeu sont définies en début de partie. Celui ou celle qui réalise le premier un quine, une double quine (2 lignes) ou un carton plein, est gagnant d'un lot.
Le silence est demandé pour une bonne écoute et une bonne concentration

Durée : 3 heures environ (suivant support)

Les jeux de sociétés :

Objectifs :

Se faire plaisir, jeux d'équipe...
Le sens du dépassement de soi, en incluant la « compétition » dans le jeu.
Stimulation cognitive
Continuité des activités antérieures (à domicile)

Encadrement :

Animatrice, Aide-soignante, ASH

Public :

Groupe ouvert

Contenus :

Accueil et explication des règles du jeu

Supports :

Dominos, lotos, jeux de cartes, puzzle, jeux de motricité...

Durée : 2 heures environ (suivant le support)

Les anniversaires :

Objectifs :

Se repérer dans le temps, s'accorder un moment festif et de plaisir

Encadrant :

Animatrice, Aide-Soignante, ASH

Publics :

Les résidents concernés par cet évènement

Contenus :

A la date anniversaire, au début du repas, annonce à l'ensemble des résidents en chanson et un cadeau est offert.

Supports :

Liste d'anniversaire et cadeaux

Durée : à 12h00

En chaque fin de mois nous animons les anniversaires en regroupant toutes les personnes naît durant le mois concerné, avec un gâteau d'anniversaire préparé par Nicolas le cuisinier.

Les soins esthétiques :

Objectifs :

Favorise « l'estime de soi » et la dignité.

Sensibiliser à la communication tactile.

S'accorder un moment de détente, se sentir mieux dans son corps et prendre soin de soi.

Encadrant :

Animatrice, Aide-Soignante

Contenu :

Épilation visage, manucure et coiffure.

Durée : Uniquement le matin de 10h00 à 11h00.

Public :

Par petit groupe, attention, souhait implicite et explicite à prendre en compte

Les sorties :

Objectifs :

Garder un lien social, prendre du plaisir, découvrir ou redécouvrir...

Encadrant :

Animatrice, Aide-Soignante, Infirmière, ASH, Psychologue

Public :

Groupe ouvert (selon possibilité physique et psychique)

Contenus :

→ Invitation dans d'autre établissement (Ehpad, école...)

→ Plage / Mer

→ Grandes surfaces

→ Restaurant

→ Musée

→ Zoo

→ Espace nature

Supports : 2 Véhicules (dont un équipé pour fauteuil roulant)

Durée : Variable

Les Ateliers cuisine thérapeutiques :

Objectifs : Plaisir, revalorisation de soi, fait appel aux souvenirs et à la mémoire procédurale.

Encadrant : Animatrices

Contenus : Epluchage de légumes et fruits, confection du repas et consommation du repas.

Atelier frite et repas réalisé une fois par mois, les résidents se chargent de toute la préparation.

Les repas à thème :

Objectifs :

Entretenir les liens familiaux.

Favoriser les échanges.

Encadrant : équipe pluridisciplinaire

Cet évènement se prépare chaque année avec les membres du Conseil d'Administration, la Direction le personnel, les résidents. Ce repas partagé avec les familles est suivi d'une animation musicale.

Les résidents participent à la décoration de la salle en lien avec les activités bricolage effectuées auparavant, participent à la mise en place des tables, au pliage des serviettes, à la réalisation des plaquettes de menu (collage, écriture...).

La Médiation animale :

Objectifs :

Créer ou maintenir le lien social

Favoriser la valorisation de soi

Stimuler la mémoire et la gestuelle

Permettre l'expression individuelle et collective

Encadrant :

Intervenant extérieur avec l'animatrice

Publics : Les résidents qui le désirent

Contenus :

Présentation des participants et de la date

L'atelier débute par la présentation des animaux : exercice de mémoire sur le nom, la race...

Chaque résident est invité à pratiquer des exercices : caresser, brosser et promener les animaux

Certains s'y aventurent volontiers, d'autres les récompensent ou prennent l'animal sur leurs genoux.

Supports : Animaux d'espèces variées

Durée : 1 heure

L'accompagnement individuel :

Objectifs : Garder un lien social, instaurer une relation de confiance

Encadrant : Animatrice, Aide-Soignante, IDE, psychologue

Public : Tous les résidents

Contenus : Echanges et conversations

Supports : Observation, écoute, stimulation à la lecture et à l'écriture

Durée : Variable

Les rencontres intergénérationnelles :

Objectifs : Briser l'image sur le vieillissement, créer du lien social, prendre plaisir et transmettre leur savoir (place d'acteur pour les résidents)

Encadrant : Animatrice, intervenants de l'extérieur

Public : Groupe ouvert

Contenus : variable selon les rencontres (rencontre avec les écoles, la crèche, centre de loisirs...)

Supports : Musique, chant, dessin, objets....

4. ANIMATIONS DU WEEK-END

Comme depuis peu la direction a mis en place de nouveaux plannings pour le service animation, il y a donc chaque week-end une animatrice en poste pour occuper les résidents.

Nous tenons à présenter aux résidents des animations plus festives et qui marque la fin de semaine. En proposant des thés dansant, des animations musicales à thème, des jeux sportifs ou des spectacles de marionnettes.

(Un projet d'activité qui est en cours de développement, puisque nous voulons proposer un spectacle de Marionnette dans les petits secteurs, avec pour public les enfants de l'école de Causans)

Ces animations permettent à ce que les résidents de différents secteurs se retrouvent pour passer un bon moment. Elles ont généralement lieu les samedis puisque les dimanches c'est officiellement le jour du LOTO.

5. ACTIVITES MOTRICE

Le Bricolage :

Mise en place d'ateliers collectifs d'art plastique et de peinture

Objectifs :

→ Expérimenter par la peinture et les arts plastiques ce qu'on ne peut exprimer par la parole et se faire plaisir en jouant avec les matières.

→ Travailler autour de différents thèmes choisis en groupe, tout en apportant sa touche individuelle, en expérimentant et en découvrant des matières et des techniques nouvelles

→ Mettre les résidents en situation d'acteurs et non en situation de spectateur, et partager de bons moments autour d'une activité commune

→ Permettre à chaque résident de prendre conscience de ses capacités propres et de se découvrir personnellement des talents parfois cachés, de trouver ou retrouver confiance et estime en lui par le biais de l'art, et de permettre d'être fier de lui, de sa réussite et de son travail

Public : Tous les résidents

Encadrement : Animatrice

Support : Tableaux, peinture, bois, affiches....

Le Jardinage :

Objectifs :

Retrouver l'envie de semer, de planter des aromates, des fleurs, des légumes...

Arrosage

Apprécier le moment de récolte. Prendre plaisir

Valorisation de la personne, de l'estime de soi.

Encadrant : Animatrice, Aide-Soignante, ASH

Support : Jardinières, Balconnières,

Durée : 2 heures

Public : Groupe ouvert

La Gym douce :

Objectifs :

Maintenir une image positive de soi, garder une certaine tonicité musculaire grâce à des exercices.

Encadrant :

Intervenant de l'extérieur avec l'animatrice

Contenus :

Initiation aux techniques douces et d'apaisement : étirements, relaxation, automassages, techniques respiratoires....

Maintien de la souplesse : renforcement musculaire et équilibre.

Support :

Ballons, balles, cerceaux...

Tous les mardis après-midi de 14h30 à 15h00

Public : 7 à 8 personnes

6. CELEBRATION RELIGIEUSE

De nombreux résidents sont très attachés à leur foi ainsi qu'à la pratique religieuse. Les horaires, les difficultés de déplacement, les empêchent de participer aux célébrations de la paroisse de la commune.

Il s'agit donc de permettre aux résidents, qui le désirent de participer aux offices religieuses organisées dans l'établissement.

Le prêtre de la commune se déplace le jeudi après-midi, 1 fois par mois. Les gens du voisinage se joignent parfois à la cérémonie. Cette cérémonie est réalisée dans une salle dédiée, que l'établissement met à disposition.

Le fait de pouvoir pratiquer en communauté leur religion apporte aux résidents une certaine sérénité.

Cela permet aux résidents de pratiquer leur religion, de vivre leur foi, d'entretenir leurs valeurs spirituelles et de maintenir le lien social.

EVALUATION :

L'observation durant nos animations est primordiale afin de mener à bien notre évaluation de séance, nous avons pour outil le logiciel Net. Soin commun à tous les employés de l'Ehpad, Il nous permet d'avoir une visibilité sur tout ce qui concerne le résident (santé, soins, activités, habitudes de vie etc.) et d'entrer sur les plannings de chacun, les activités journalières puis procéder à son évaluation en laissant un commentaire et une note sous forme de smiley (content ou moins content).

Nous participons également aux relèves améliorer avec le personnel soignant et aux réunions de Projet d'activité individualisé, ce qui facilite une fois de plus nos évaluations d'animation.

Tous ses outils vont nous permettre en fin d'année de réaliser des statistiques en récoltant tous les résultats permanents.

Une enquête de satisfaction concernant tous les secteurs de l'Ehpad est également distribuée aux résidents en fin d'année ce qui contribue aussi à la réalisation de notre rapport d'activité annuel.

Grâce à ces évaluations permanentes et celles faites en fin d'année nous pouvons ajuster notre savoir-faire, notre savoir être et nos objectifs d'animation.

CONCLUSION :

Pour les familles le service Animation reflète la vie de leur proche dans l'institution.

Les activités doivent être créées et mises en œuvre en cohérence avec les valeurs Humaines.

Tous les projets d'animation doivent converger vers un seul objectif : faire de l'EHPAD un lieu de vie et un lieu d'envie jusqu'au bout.

L'animation en Ehpad est indispensable au bien être des résidents et c'est ce travail d'équipe pluridisciplinaire qui contribuera à la réalisation de tous les objectifs fixés pour 2024.

PROJET SECURITE

I-LA SECURITE ACTUELLE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

L'Établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité et ce, pour une durée de 3 ans.

Les registres de sécurité recensent toutes les formations effectuées, les visites de contrôles, en annexe, les contrats de prestation pour les maintenances et les vérifications obligatoires et périodiques. Les consignes de sécurité ainsi que les plans d'évacuation sont affichés dans l'ensemble de l'établissement. L'établissement a fait le choix d'interdire de fumer dans les locaux toutefois, des espaces fumeurs ont été aménagés dans les espaces extérieurs.

La maintenance des bâtiments, du jardin ainsi que le transport du linge entre les deux structures sont assurée par le service technique composé de 2.5 ETP tous formés SSIAP1 au minimum.

Des prélèvements sont régulièrement assurés dans le cadre de la lutte contre la légionnelle ainsi qu'en cuisine. La cuisine étant confectionnée sur place, le personnel respecte la méthode HACCP. Les locaux sont nettoyés dans le respect des procédures pour lutter contre les infections nosocomiales et le circuit du linge respect la marche en avant ainsi que la méthode RABC (circuit du linge sale et du linge propre).

1. Un personnel diplômé, formé et informé

La sécurité est un élément majeur pour la structure et ses occupants c'est pour cela que l'établissement forme régulièrement ses agents. Actuellement, sur l'ensemble de l'établissement, on dénombre :

- 1 agent SSIAP3
- 4 agents de nuit AS/ASH SSIAP1
- Les 3 agents du S.T formés SSIAP1 au minimum.

Sécurité des Accès :

La sécurité d'accès aux deux structures est respectée

Toutes les chambres de Jonquières disposent d'un système d'appel malade qui est régulièrement contrôlé.

Chaque chambre dispose d'un cylindre unique respectant un organigramme, et dont la clé est remise au résident s'il la souhaite et avec accord de la cadre de santé.

Toutes les chambres sur Jonquières disposent d'un coffre-fort à code.

Le secteur Protégé Malijay :

Le secteur protégé est implanté au cœur de l'établissement de Jonquières. L'accès est régulé via deux portes codées à l'intérieur et une porte codée pour l'accès extérieur ce qui permet de favoriser une déambulation sécurisée à l'intérieur et à l'extérieur des locaux pour les résidents. L'ensemble de ce dispositif est relié au système de sécurité incendie.

L'unité de vie protégée comporte 12 chambres individuelles avec salle d'eau, équipées d'appels malade, pour les espaces privés, et plusieurs locaux collectifs :

- Une salle à manger dédiée également aux activités collectives
- Un petit salon TV comme lieu de repos
- Un cabinet de toilette commun
- Une Cuisine Thérapeutique

Des locaux techniques sont également présents :

- Un local ménage fermer
- Un local technique fermé

L'unité dispose également d'une cour intérieure

2. Les moyens actuels mis en place dans le respect de la réglementation.

Les moyens actuels mis en place dans le respect de la réglementation sont les suivants :

- Système de sécurité incendie de catégorie A
- Moyens d'extinctions
- 6 agents formés SSIAP1
- 1 agent formé SSIAP1/2/3.
- Le personnel est formé très régulièrement en interne, à l'utilisation du système incendie, à la mise en sécurité des occupants et à l'utilisation des moyens d'extinctions.
- Tous les agents reçoivent un livret de sécurité dès leur arrivée.

- CHSCT chaque trimestre.
- H.A.C.C.P et R.A.B.C
- Le Document Unique est réactualisé chaque année.
- Plan bleu chaque année.
- DARI (document d'analyse des risques infectieux).
- Analyse de potabilité de l'eau.
- DARDE (Document d'analyse des risques de défaillances électriques)
- Les visites périodiques sont effectuées par un bureau de contrôle agréé.
- Les travaux de sécurité sont effectués sans délai après les visites de contrôles périodiques.
- Des kiosques ont été mis en place sur chaque site permettant, entre autre, une mise à disposition des fiches techniques et données de sécurité des produits utilisés et de s'informer.
- Notes de service, d'information, pictogramme

3. L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite

La commission d'accessibilité a validé notre projet dans son intégralité. Nous demanderons, lors de la réception, la présence de cette même commission.

II- LES PROJETS DANS LE CADRE DE LA SECURITE

1. Permettre une pérennisation de la Sécurité

À maintenir :

Une mise à jour régulière des :

- Registre de Sécurité
- Plan de Maitrise Sanitaire
- Document Unique
- Maintenir le respect de la réglementation

Pour le Personnel :

- Formation, information et sensibilisation
- CHSCT
- Utiliser les E.P.I (équipement de protections individuel) mis à dispositions.
- Permis feu pour les entreprises extérieures.
- Livret de sécurité

Rapidité d'exécution des travaux de mise en sécurité

Le service d'astreinte à maintenir.

2. Nouveautés

Contrôle d'Accès

Le système de contrôle d'accès permettra la gestion et la sécurisation :

- Des portes d'entrée principales,
- D'une partie des portes d'issues de secours,
- Les portes intérieures du personnel,
- Des portails et Portillons électriques extérieurs.

Les cylindre lecteurs de badges permettront les commandes d'ouverture des différents accès sécurisés (porte des locaux personnel), et ce, en fonction des autorisations propres à chaque badge.

DECT

Les futures bornes DECT seront reliées au PABX de l'établissement et seront dédiées au personnel. Ce service sera compatible au réseau d'appel malade. Le CMSI devra également communiquer avec les postes DECT.

Système de Vidéosurveillance

Le système de vidéosurveillance permettra :

- Une surveillance temps réel des abords du site.
- L'authentification aux points de sortie dans le bâtiment et levées de doute.
- L'accès en temps réel aux images depuis n'importe quel poste informatique (selon Accès autorisé).
- L'accès en temps réel aux images depuis n'importe quel poste informatique depuis une connexion internet (selon accès autorisé).
- D'accéder aux enregistrements

Appel malade :

L'installation d'Appel Malade sera réalisée dans l'ensemble du bâtiment. Le système D'appel malade existant sera déposé y compris dans le bâtiment extension de 2004.

Ce système assurera une traçabilité complète et un suivi de l'ensemble des évènements.

De plus, plateforme IPDECT permettant aux soignants de recevoir les appels sur leurs mobiles avec en plus pour le personnel de nuit la fonction PTI.

L'installation d'appel malade déconnectable sera prévue au niveau de chaque chambre.

Les sanitaires communs (WC et salles de bains) sont aussi équipés de blocs d'appel à tirette.

Dans le cabinet de toilette de la chambre :

- Une unité d'appel, un cordon de tirage équipé d'une protection contre l'arrachement sera mise en place.
- Dans la circulation, au niveau des portes côte à côté de chambres à signaler :
- Un hublot lumineux double avec une led rouge pour signaler les appels normaux, une led orange pour les appels sanitaires et une led verte pour les présences.

Dans la circulation, au niveau des portes de chambres simples à signaler :

- Un hublot lumineux simple avec une led rouge pour signaler les appels normaux,
- Une led orange pour les appels sanitaires et une led verte pour les présences.

Equipements salle de bain / Sanitaire – locaux communs :

- Une unité d'appel avec led de tranquillisation, un cordon de tirage équipé d'une Protection contre l'arrachement sera mise en place.

Equipement des locaux de soins :

- Un module afficheur graphique.

Enfin, Pour offrir l'assurance, à tout instant, du parfait état de l'appel infirmières et des équipements techniques de l'établissement, le système devra signaler, quel que soit l'origine ou la nature, tout défaut ou anomalie de fonctionnement au personnel technique qui a en charge l'entretien de l'établissement, son bon fonctionnement et sa sécurité.

Les chambres :

- Chacune équipée d'une détection incendie, il sera donc demandé à tous les résidents de ne pas fumer. Il est donc prévu des espaces fumeurs.
- Egalement pour des raisons de sécurité, les chambres seront meublées, toutefois il sera autorisé quelques décorations personnelles de types cadres, photos...

Projet du secteur protégé « Malijay »

La particularité des besoins et comportements des résidents souffrants de la pathologie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (notamment la déambulation) induit un risque fort de chutes ou de fugues et nécessite l'utilisation d'un outil de travail adapté c'est pourquoi actuellement au sein du secteur, la déambulation est rendue possible, à l'intérieur et l'extérieur, dans des espaces sécurisés (revêtements adaptés, sécurité d'entrée et sortie pour le risque de fugue...) et permet de limiter le recours à la contention physique.

Toutefois, à la lecture des rapports d'accessibilités, il serait nécessaire d'effectuer certaines modifications :

- L'installation de bandes rugueuses au sol pour réguler l'accès à certaines zones ;
- Des pictogrammes évocateurs pour identifier certains locaux communs (ex : le cabinet de toilette).
- Sécuriser les ouvertures des fenêtres à l'aide de poignées sécurisées ou autres.

3. Également

- La mise en place d'un transformateur H.T, les habilitations électriques du personnel du S.T doivent être modifiées.
- La Sécurité inclut, également, les règles d'hygiène (H.A.C.C.P et R.A.B.C),
- Une diffusion plus approfondie sur les Kiosques, des éléments de sécurité tels que Document unique, PV commission, compte rendu CHSCT, DARI, Plan bleu...

PROJET SOCIAL ET MANAGERIAL

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications.

« Garant de la cohésion et de la dynamique des Ressources Humaines, le projet social est négocié par le Directeur avec toutes les organisations syndicales représentatives de l'établissement ».

Il a pour objectif principal de donner un signe fort au personnel de la volonté de l'établissement, à travers des actions ciblées, à conduire une politique de recrutement, de fidélisation, de formation et de promotion, de préparation au changement, ainsi que de prise en compte des conditions de travail.

Le projet managérial définit les principes de gouvernance et la politique de délégation, de responsabilisation.

La mise en œuvre du projet sera accompagnée par un Comité de Suivi, issu du groupe de travail. Un compte-rendu sera fait régulièrement en Comité Social d'Établissement (CSE).

Après la réalisation d'un bilan, ce projet se présentera sous forme de 7 grands axes :

- Qualité de vie au travail - santé et sécurité au travail
- La politique managériale et l'accompagnement des mutations
- Entretien d'Évaluation, Notation et Formation professionnelle
- Poursuite de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)
- Accueil des nouveaux arrivants
- Les besoins en effectif
- Le Dialogue social

I-BILAN

Les résultats du bilan social rénové **permettent, au travers d'indicateurs nationaux**, l'exploitation des données sur les taux d'absentéisme et de rotation des personnels, sur la masse salariale, d'approfondir certains domaines comme les causes d'accident et d'arrêt de travail et d'objectiver plusieurs thématiques transversales.

• EVOLUTION DES EFFECTIFS ET LA MASSE SALARIALE

1.1- Indicateur n°1 : effectifs en ETPR

- En données brutes en distinguant prévu et réalisé ;

RÉCAPITULATIFS DES ETP

	ETP 2023	ETP 2022
Administration	5,00	5,25
Service Généraux	6,50	8,47
Animation	1,50	1,07
Psychologue	0,90	0,99
Dietétique	0,80	1,00
Divers Soins /		

Psychomot	2,20	1,14
Médecin	0,70	0,20
AS / AMP	28,60	28,42
AS FF	1,00	0,68
ASG	8,00	7,12
ASHQ	22,40	18,22
IDE	8,70	7,59
CUI	0,18	1,34
Apprenti	1,00	0,25
TOTAL (Hors CUI & Apprenti)	86,30	80,15
Total	87,48	80,42

- Les effectifs rémunérés nous informent d'un équilibre entre l'autorisé et le rémunéré.
- Le ratio encadrement pour 104 lits est de 0.84

L'établissement a mis en place son nouveau tableau des effectifs dans le cadre de la nouvelle capacité qui a été réduite à 104 lits. Cela a induit de repenser les organisations et de préparer la nouvelle « voilure en ressources humaines » avec les retentissements sociaux induits.

Ainsi, les effectifs ont intégré l'exigence de qualité qu'impose la prise en charge de résidents âgés, très dépendants et souffrants de poly pathologies complexes. Pour assurer une prise en charge du résident optimale les effectifs de l'EHPAD ont été augmentés de 4 ETP et dans les secteurs UVP/UHR de 2 ETP.

Les troubles neuro cognitifs augmentent chez les résidents accueillis à la MDRI de jonquieres Courthezon.

Ainsi, l'ARS et le Conseil Départemental nous ont donné l'autorisation de créer un UHR de 12 lits.

Les postes qui seront créés sont : 4 ETP ASG (avec 1 ASG coordinatrice), 1 IDE, et 0.5 ETP de psychomotricien et 0.2 ETP d'ergothérapeute. Ce dispositif renforcera les actions menées et servira d'amortisseur à la réduction de lits.

Par ailleurs, la file active des demandes d'hébergement de résidents présentant des troubles de l'orientation avec des troubles du comportement augmente chaque année. Conformément aux orientations du CPOM, L'EHPAD de jonquieres Courthezon à **transformer l'Unité de Causan de 14 lits en Unité de Vie Protégé.**

Les troubles cognitifs élevés des résidents accueillis identifiés par des NPIES et MMS très défavorables dans les autres secteurs de l'EHPAD. Cela a conduit à déposer un dossier de PASA de nuit qui n'a malheureusement pas été retenu par l'ARS.

- Les effectifs rémunérés nous informent d'un équilibre entre l'autorisé et le rémunéré.
- Le ratio encadrement pour 104 lits est de 0.84

L'établissement a mis en place son nouveau tableau des effectifs dans le cadre de la nouvelle capacité qui a été réduite à 104 lits. Cela a induit de repenser les organisations et de préparer la nouvelle « voilure en ressources humaines » avec les retentissements sociaux induits.

Ainsi, les effectifs ont intégré l'exigence de qualité qu'impose la prise en charge de résidents âgés, très dépendants et souffrants de poly pathologies complexes. Pour assurer une prise en charge du résident optimale les effectifs de l'EHPAD ont été augmentés de 4 ETP et dans les secteurs UVP/UHR de 2 ETP.

Les troubles neuro cognitifs augmentent chez les résidents accueillis à la MDRI de jonquieres Courthezon.

Ainsi, l'ARS et le Conseil Départemental nous ont donné l'autorisation de créer un UHR de 12 lits.

Les postes qui seront créés sont : 4 ETP ASG (avec 1 ASG coordinatrice), 1 IDE, et 0.5 ETP de psychomotricien et 0.2 ETP d'ergothérapeute. Ce dispositif renforcera les actions menées et servira d'amortisseur à la réduction de lits.

Par ailleurs, la file active des demandes d'hébergement de résidents présentant des troubles de l'orientation avec des troubles du comportement augmente chaque année. Conformément aux orientations du CPOM, L'EHPAD de jonquieres Courthezon à **transformer l'Unité de Causan de 14 lits en Unité de Vie Protégé.**

Les troubles cognitifs élevés des résidents accueillis identifiés par des NPIES et MMS très défavorables dans les autres secteurs de l'EHPAD. Cela a conduit à déposer un dossier de PASA de nuit qui n'a malheureusement pas été retenu par l'ARS.

- **Les effectifs rémunérés nous informent d'un équilibre entre l'autorisé et le rémunéré.**
- **Le ratio encadrement pour 104 lits est de 0.84**

L'établissement a mis en place son nouveau tableau des effectifs dans le cadre de la nouvelle capacité qui a été réduite à 104 lits. Cela a induit de repenser les organisations et de préparer la nouvelle « voilure en ressources humaines » avec les retentissements sociaux induits.

Ainsi, les effectifs ont intégré l'exigence de qualité qu'impose la prise en charge de résidents âgés, très dépendants et souffrants de poly pathologies complexes. Pour assurer une prise en charge du résident optimale les effectifs de l'EHPAD ont été augmentés de 4 ETP et dans les secteurs UVP/UHR de 2 ETP.

Les troubles neuro cognitifs augmentent chez les résidents accueillis à la MDRI de jonquieres Courthezon.

Ainsi, l'ARS et le Conseil Départemental nous ont donné l'autorisation de créer un UHR de 12 lits.

Les postes qui seront créés sont : 4 ETP ASG (avec 1 ASG coordinatrice), 1 IDE, et 0.5 ETP de psychomotricien et 0.2 ETP d'ergothérapeute. Ce dispositif renforcera les actions menées et servira d'amortisseur à la réduction de lits.

Par ailleurs, la file active des demandes d'hébergement de résidents présentant des troubles de l'orientation avec des troubles du comportement augmente chaque année. Conformément aux orientations du CPOM, L'EHPAD de jonquieres Courthezon à **transformer l'Unité de Causan de 14 lits en Unité de Vie Protégé.**

Les troubles cognitifs élevés des résidents accueillis identifiés par des NPIES et MMS très défavorables dans les autres secteurs de l'EHPAD. Cela a conduit à déposer un dossier de PASA de nuit qui n'a malheureusement pas été retenu par l'ARS.

La progression des dépenses sur les charges (**taxes et sécurité sociale**) **continue**. Cette pression provenant de l'extérieur a pour conséquence une augmentation des couts moyens des agents. L'EHPAD n'a aucun moyen pour limiter ces surcouts.

De plus, les mesures gouvernementales (indices, revalorisation carrières, PGA) légitimes pour les agents ont pour incidence d'augmenter le cout moyen des ETP. La valeur du point indiciaire a été augmentée de 1.5%, la majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour le travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif durant l'année, la prime inflation, a impacté la masse salariale.

Ces éléments sont exogènes à la gestion de l'établissement.

Année	Montant de la masse salariale
2020	3 634 794,13 €
2021	3 996 117,34 €
2022	4 162 296.81€
2023	4 572 700,16 €

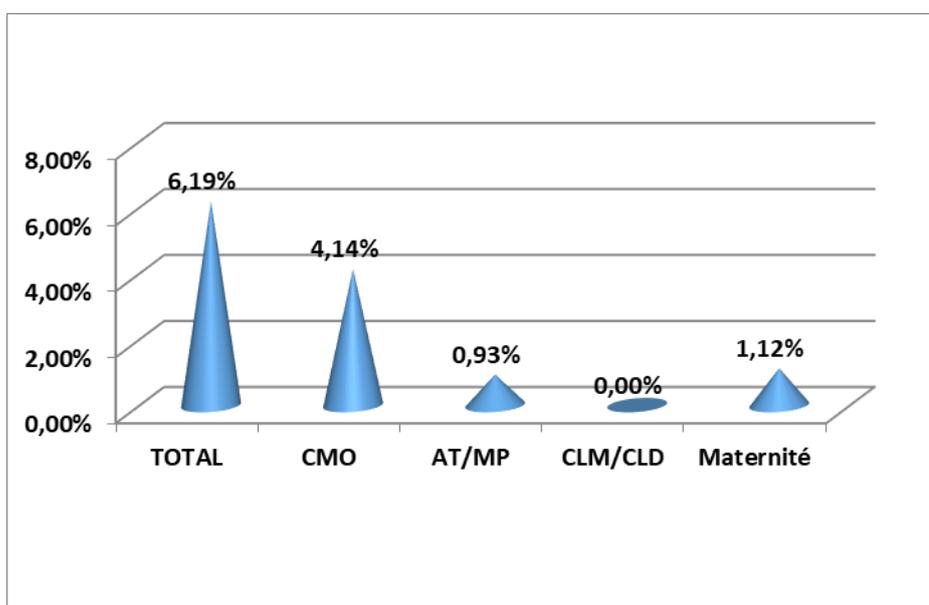
	ETP 2023	ETP Annuel
Administration	5,00	5,22
Coût Total		412 891,04
Coût Moyen		79 136
Service Généraux	6,50	10,91
Coût Total		513 388,29
Coût Moyen		47 038
Animation	1,50	1,79
Coût Total		84 885,22
Coût Moyen		47 502
Psychologue	0,90	1,31
Coût Total		78 614,86
Coût Moyen		59 813
Dietétique	0,80	1,05
Coût Total		52 171,44
Coût Moyen		49 456
Divers Soins / Psychomot	2,20	1,47
Coût Total		73 533,36
Coût Moyen		50 064
Médecin	0,70	0,15
Coût Total		19 611,85
Coût Moyen		130 746
AS / AMP	29,60	31,32
Coût Total		1 661 018,05
Coût Moyen		53 040
AS FF		1,02
Coût Total		44 243,98
Coût Moyen		43 176
ASG	8,00	7,13
Coût Total		389 882,50
Coût Moyen		54 710
ASHQ	22,40	15,83
Coût Total		711 026,44
Coût Moyen		44 927
IDE	8,70	8,04
Coût Total		515 439,23
Coût Moyen		64 079
CUI		0,18
Coût Total		4 369,67
Coût Moyen		24 807
Apprenti		1,00
Coût Total		11 624,23
Coût Moyen		11 624
		-
Total ETP	86,30	86,42
Total Coût		4 572 700,16
Coût Moyen		52 912

- Soit une augmentation de 410 403.35 euros
- 1.2 – Indicateur n° 2 bis : Les heures supplémentaires

Année	Montant HS
2020	36 239,60 €
2021	58 261,55 €
2022	82 727,42 €
2023	42 662,98 €

- Une nette diminution du montant des heures supplémentaires dont la raison principale est due à la fin de la crise COVID 19 et la majoration exceptionnelle par décret appliquée sur les périodes du 1^{er} mars 2022 au 30 avril 2022, et du 1^{er} juin 2022 au 15 septembre 2022 n'a pas été reconduite.
- **Taux d'absentéisme pour motif médical et non médical**
- **Taux 6.19%**. En dehors de la formation et de la décharge syndicale.
- Cela a représenté **5.30 ETP absents en continue sur l'année soit 283 447 euros en dépenses** de remplacement.
- **1.3- Indicateur n°3 : Absentéisme Total**

TOTAL	CMO	AT/MP	CLM/CLD	Maternité
6,19%	4,14%	0,93%	0,00%	1,12%



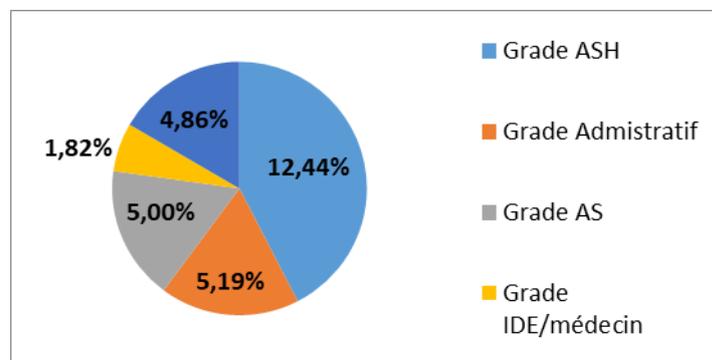
- Le taux d'absentéisme total de la MDRI Jonquieres Courthézon **est de 6.19%**. Ce taux est très correct et en nette diminution vs N-1 soit -2.93 points.
- Notons que le taux d'absence pour formation n'est pas intégré.
- L'absentéisme doit être regardé avec une vision prospective. En effet le vieillissement des agents combiné à une prévention réduite, depuis plusieurs années, sur les risques professionnels (notamment les TMS) va sûrement conduire à des arrêts en maladies professionnelles. Ce constat a induit L'établissement à mener une politique volontariste de prévention des risques professionnelles avec la CARSAT (Contrat de prévention signé début 2016), le CHSCT et les organismes de formation (animateur HAPA et formation PRAPS).
- **1.4- Indicateur n°4 : répartition de l'Absentéisme Total**
- La répartition de l'Absentéisme Total indique une **prédominance des arrêts** en CMO (4.14%) suivi des AT/MP (0.93) ; **Le taux en AT/MP a considérablement diminué vs N-1 dû au départ à la retraite d'un agent qui était en AT durant l'année 2022.**
- Cependant il est important de poursuivre la prévention des maladies professionnelles à venir, compte tenu

de l'âge et des années de travail des agents

TOTAL	CMO	AT/MP	CLM/CLD	Maternité
6,19%	4,14%	0,93%	0,00%	1,12%

1.5 Indicateur n°5 : répartition de l'Absentéisme en fonction des grades

Grade ASH	12,44%
Grade Administratif	5,19%
Grade AS	5,00%
Grade IDE/médecin	1,82%
Grade OPQ	4,86%



- La répartition totale de l'absentéisme par grade indique une prédominance **du grade ASH suivi d'un agent administratif et AS**. Le taux de congé maternité a légèrement augmenté

Précisons que l'établissement a mis en place :

- Une politique formalisée de lutte contre l'absentéisme ;
- Une politique de prévention contre les risques professionnels
- Des réorganisations internes ;
- Une évolution de l'activité de l'établissement ;
- Un climat social serein ;
- Une politique de remplacement du personnel absent grâce aux CNR de l'ARS.

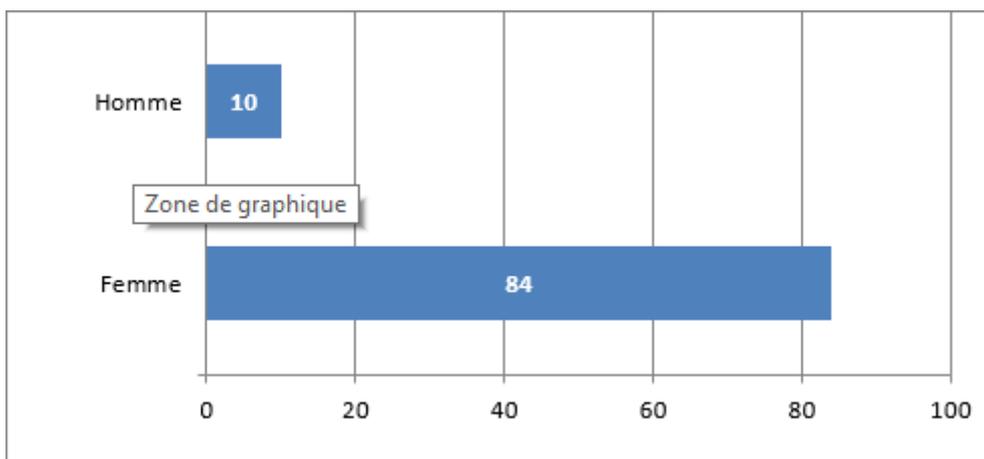
2 REPARTITION HOMMES FEMMES

1.6- indicateur n° 6 répartition globale Homme/femme

La répartition du genre montre une prédominance d'agents du sexe féminin pour les grades AS, IDE, et ASH.

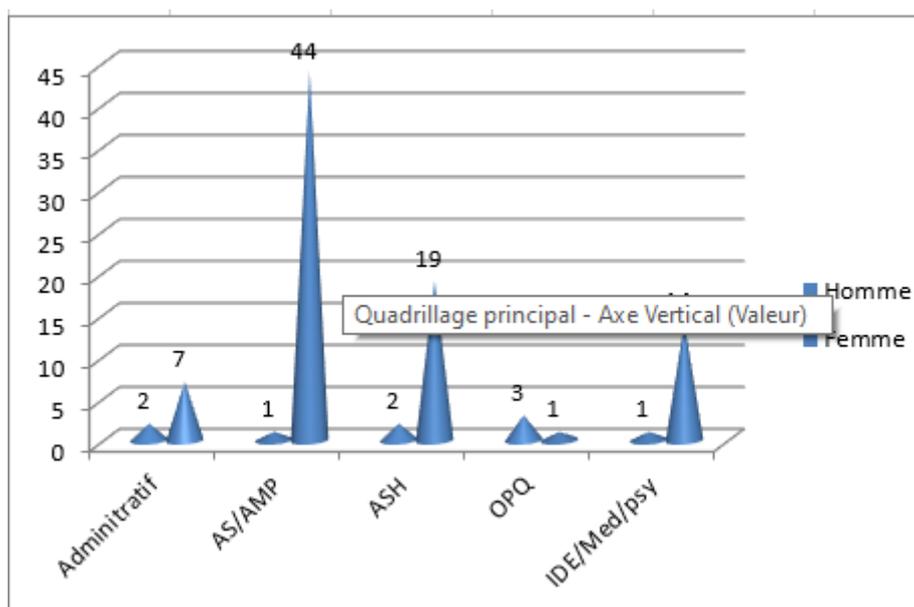
Sur la structure, Nous avons une prédominance d'agents de sexe féminin **en personnes physiques**.

Femme	84
Homme	10



1.7 indicateur n° 7 : répartition homme femme par grade

	Administratif	AS/AMP	ASH	OPQ	IDE/Med/psy
Homme	2	1	2	3	1
Femme	7	44	19	1	14



Les grades les plus féminisés sont les AS, ASH et IDE

Répartition par Age et grade

Grades	Tranches d'âge					Total
	20/30	30/40	40/50	50/60	60 et +	
Administratifs		1	1	5	1	8
AS	9	13	12	10	0	44
ASH	2	3	5	6	3	19
IDE/MED/PSY	3	4	3	5		15
OPQ	2	1	1	2	2	8
Total	16	22	22	28	6	94

1.8. indicateur 8 : répartition globale par âge

36.17% des agents ont plus de 50 ans.

Notons qu'une partie des agents (56) ont un âge supérieur à 40 ans.

34 des agents de la structure ont plus de 50 ans.

Cela constitue une richesse pour l'établissement notamment par la plus-value de l'expérience mais aussi une fragilité liée au vieillissement des organismes. Des lors, des actions doivent être entreprises en matière de lutte contre les TMS.

Une nouvelle convention avec la CARSAT a été signée notamment pour la formation PRAPS, et a permis de mettre en place les chariots motorisés.

1.9. indicateur 9 : répartition par âge et grade

- La majorité des plus de 40 ans se retrouvent sur le grade des AS soit 25, ce grade est également celui où il y a le plus de 20/30 ans, grâce aux nouvelles recrues durant l'année
- Suivi du grade des ASH avec 12
- En proportion des plus de 40 ans, le grade des techniques est très fort.
- Cela constitue une richesse pour l'établissement notamment par la plus-value de l'expérience mais aussi une fragilité liée au vieillissement des organismes. Des lors, des actions doivent être entreprises en matière de lutte contre les TMS
- Une politique de recrutement doit se concrétiser par le recrutement d'aides-soignants plus jeunes en favorisant le recrutement extérieurs mais aussi la promotion d'agents sur le grade d'ASH vers le grade d'aides-soignants. VAE, Formation, apprentissage

II. AT et maladies professionnelles

➤ 2.1. indicateur 10 : nombre et répartition par grade

- Total 28

Étiquettes de lignes	Nombre de Grade
AS	18
ASH	3
IDE	2
OPQ	4
APA	1
Total général	28

➤ Principalement AS

➤ 2.2- indicateur 11 : par lieu

Étiquettes de lignes	Nombre de Lieu
CHAMBRE	7
CUISINE	2
COULOIR	4
SALLE A MANGER	7
BLANCHISSERIE	1
TRAJET	1
WC COMMUN	1
LINGERIE	1
GARAGE	1
DEPLACEMENT	1
WC PERSONNEL	1
JARDIN	1
Total général	28

➤

➤ Principalement dans les chambres et en deuxième temps la salle à manger

➤ **2.3- indicateur 12 : par raison**

Étiquettes de lignes	Nombre de Comment ?
AGRESSION DU RESIDENT	5
DOULEUR EN MANIPULANT LE SAC	1
EN DECHARGENT LA PALETTE	1
ACCOMPAGNEMENT AU COUCHER	1
MANIPULATION RESIDENTS	1
EN INSTALLANT SUR LE FAUTEUIL	1
EN EVITANT LA CHUTE D'UN RESIDENT	2
EN RAMASSANT DES MORCEAUX DE VERRE	1
TRANSFERT LIT/FAUTEUIL	1
EN VIDANT LA MARMITTE DE SOUPE	1
EN REMONTANT UNE RESIDENTE SUR SON FAUTEUIL	1
EN GLISSANT SUR SOL MOUILLE	3
S'EST COGNE LE GEENOUX AU LAVE VAISSELLE	1
EN METTANT DECORATION DERRIERE ARMOIRE	1
LE PRODUIT A COULE SUR LA CHAUSSURE	1
EN AIDANT UN RESIDENT EN CRISE AU SOL	1
A GLISSE SUR UN ALIMENT AU SOL	1
EN DEPLACANT UN CHARIOT DE SOIN	1
FENETRE OUVERTE A HAUTEUR DU VISAGE	1
TREBUCHER	1
UN VEHICULE LA PERCUTAIT EN DOUBLANT	1
Total général	28

➤ La majorité est due à l'agressivité du résident

➤ **2.4- indicateur 13 : nature des lésions**

Étiquettes de lignes	Nombre de Nature des lésions
BRULURE	2
CONTUSION	1
COUPURE	1
DOULEUR	17
MORSURE	1
TORSION	1
GRIFFURE	3
PLAIE OUVERTE	1
ENTORSE	1
Total général	28

➤ **Principalement les douleurs**

ANALYSE

Nous pouvons constater que sur 28 accidents de travail bénins déclarés, 5 ont fait l'objet d'arrêt de travail soit 296 jours (17.85%)

Dans les déclarations nous pouvons observer que la cause la plus importante est « l'agression du résident ». En effet, à la suite d'un placement de résident agressif en secteur protégé a causé régulièrement des agressions sur les agents. Nous

devons être très vigilant lors du placement, s'assurer de la stabilité du résident auprès des services médicaux.

A noter :

- Un agent est en arrêt de travail durant la moitié de l'année suite à un accident de travail en 2020 soit 113 jours (38.17% du total des jours d'AT).
- Un agent en arrêt de travail dû à un accident de trajet soit 75 jours (25.33% du total des jours d'AT).
- Un agent en arrêt de travail suite à une manipulation de transfert de produit lessiviel soit 87 jours (29.39% du total des jours d'AT).
- Les efforts doivent être toujours important en terme de formation (PRAPS) et de matériel, le nombre d'AT réel durant l'année demeurent en nette diminution.

L'Age et les anciennes séquelles ainsi que le non-respect des procédures et d'utilisation du matériel explique en partie ce nombre.

Nous devons poursuivre nos efforts de pédagogie et renforcer la formation.

2.5- indicateur 14 : par nombre de jours d'absence

Notons que sur les 670 jours d'absence, nous **avons 2 arrêts longs** qui cumulent 613 jours (1 AS et 1 OPQ).

2.6-indicateur 15 : Rapport médecine du travail

Annexe 1

2.7- indicateur 16 : FIPH

Annexe 2

2.8- indicateur 17 : Contribution 0 euro

III - Dialogue social, DU

3.1- indicateur n°18 : Nombre d'heures (PNM) de grève au cours de l'année

0 jour

3.2- indicateur 19 : repas personnel

Oui. 3.30 euros

3.3 – indicateur 20 : rencontres avec le personnel

- Réunion de services présentes
- Relève d'équipes
- CSE
- Rencontre avec les délégués du personnel
- Plan de continuité d'activité

IV - FORMATION

4.1- indicateur 21 : par heures, grade et cout formation

GRADE	Somme des heures	Montant formation
AS	616	6 172,26 €
IDE	49	1 391,44 €
Animatrice	42	600,00 €
Adjoint des Cadres	126	1 027,00 €
Psychologue	35	341,10 €
ASH	63	1 186,00 €
Agent de Maitrise	91	1 852,53 €
TH	70	34 960,00 €
OPQ	7	240,00 €
Total Général	1099	47 770,33 €

- **1099 heures** de formation auquel il convient de rajouter les heures de formation sécurité incendie, formation en internes réalisés par les agents non inclus
- Le grade AS a **principalement bénéficié de formation**
- Le cout des formations (**frais pédagogiques a été de 47 770.33 euros**)
- **4.2- indicateur 22 : thème des formations et couts salariaux des formations**

Formation	Somme des heures	Somme montant des salaires
CERTIFICAT D'APTITUDES AUX FONCTION D'ASG	224	4840,64
BIENTRAITANCE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	63	1361,43
LE MANGER MAIN	70	1512,7
RESPONSABLE QUALITE EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL	56	1210,16
L'APPROCHE SNOEZELLEN	42	907,62
FORMATION DE VERIFICATEURS D'EXTINCTEURS SELON LE CODE DU TRAVAIL	21	453,81
LA MALADIE D'ALZHEIMER ET TOUBLES ASSOCIES	42	907,62
APPROCHE ET MISE EN OEUVRE DE LA METHODE MONTESSORI	63	1361,43

GESTION DE L'AGRESSIVITE DES PERSONNES AGEES	42	907,62
ANIMATIONS FLASH EN EHPAD	28	605,08
PREVENIR ET GERER LA DENUTRITION	42	907,62
L'AGRESSIVITE CHEZ LA PERSONNE AGEE	14	302,54
LA GESTION DU STRESS	14	302,54
LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES	42	907,62
PREVENTIEUX DU RISQUE INFECTIEUX	14	302,54
FORMATION A L'EVALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARISEE	14	302,54
PREPARATION AUX EPREUVES DE SELECTION POUR ENTREE EN IFSI	49	1058,89
ACCOMPAGNER LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT	70	1512,7
EGALITE PROFESSIONNELLE ET LUTTE CONTRE LES STEREOTYPES DE GENRE ET LES DISCRIMINATIONS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	14	302,54
PROFESSIONNALISATION RH	63	1361,43
DIGITALISATION DE LA FORMATION	7	151,27
TOTAL GÉNÉRAL	994	21480,34

➤ **Un cout des rémunérations de 21 480.34 euros**

Formations diplômantes :

1- Formation IDE

<i>Formation</i>	<i>Somme des heures</i>	<i>somme Montant Salaire</i>
DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER 2 Agents en 3 ^{ème} Année	1661.01	35 894.43

2- Formation Aide-Soignante

<i>Formation</i>	<i>Somme des heures</i>	<i>somme Montant Salaire</i>
DIPLOME D'ETAT D'AIDE SOIGNANT	948.67	20 500.76

3- Apprentie Psychomotricienne

<i>Formation</i>	<i>Somme des heures</i>	<i>somme Montant Salaire</i>
DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN	1400.55	10 702.14

4- Formation IPA

<i>Formation</i>	<i>Somme des heures</i>	<i>somme Montant Salaire</i>
DIPLOME D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	263.77	5 700.00

Coût total formation et formations diplômantes : 94 277.67€

Au total l'établissement aura consacré un montant de 94 277.67 euros pour les formations en 2023.

3. La présence de Document Unique des Risques Professionnels

L'établissement dispose d'un DU réactualisé en janvier 2023 validé par les instances. L'ensemble des actions de prévention sont efficaces et réactualisées.

L'établissement dispose d'une convention avec la CARSAT afin d'améliorer les conditions de travail.

4. MAINTENIR LES AGENTS DANS L'EMPLOI, PREVENIR LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES, ENTRETENIR UNE BONNE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

L'existence de pathologies générant des inaptitudes partielles ou totales, l'allongement du temps de travail, la lourdeur du travail, (GMP et PMP croissant) sont autant de risques générant des difficultés pour exercer les fonctions.

Ces difficultés entraînent les situations suivantes :

- Risques d'Accident du Travail et de maladies professionnelles
- Difficultés organisationnelles dans les services pour intégrer des agents en restriction de capacité
- Difficulté de réintégrer un poste de travail après un arrêt long

Une dynamique doit être inventée pour :

- Promouvoir une réelle politique de prévention des risques professionnels
- Répondre aux besoins des agents réellement en difficulté
- Réévaluer la situation de ces agents pour les réintégrer dans leur fonction globale
- Prévenir les situations de rupture

1. Trouver une solution professionnelle adaptée aux agents présentant des difficultés d'adaptation ou d'aptitude aux postes de travail

Il s'agit pour la structure de mettre en adéquation aptitudes résiduelles et postes de travail. Cet axe de travail concerne les agents pour lesquels :

- ✓ Une inaptitude à la fiche de poste est prononcée
- ✓ La recherche d'un poste aménagé est demandée

Un travail sur le département serait souhaitable avec de l'aide de l'ARS afin d'élargir le « champ des possibles » car la taille de l'établissement permet peu de reclassements ou de postes aménagés.

La réalisation de cet axe de progression comprend plusieurs actions **qui devront être inscrites dans un CLACT et être validées par l'ARS.**

✓ **Action 1 : Identifier des postes et /ou tâches pouvant être confiés aux agents présentant des restrictions**

Les postes de l'établissement permettant des allègements de contraintes pour une même fonction, qu'elles soient d'ordre physique, physiologique ou psychologique, feront l'objet d'un recensement.

✓ **Action 2 : Rechercher des solutions ergonomiques dans la réalisation des tâches**

Des inaptitudes partielles sont générées par l'incapacité à réaliser certaines tâches rendues impossibles pour cause de restriction physique. L'étude de solutions ergonomiques apportant une solution sera privilégiée pour adapter les tâches à la difficulté physique.

✓ **Action 3 : Aide à la reprise après une longue période d'absence**

Une reprise de travail après une absence de très longue durée, même sans restriction, est un évènement qui peut être traumatisant et se traduire par une nouvelle absence.

Ainsi les modalités de retour de l'agent devront être précisées (mi-temps thérapeutique, accueil etc.).

Une procédure sera élaborée avec les représentants du personnel.

✓ **Action 4 : Un travail sur le département**

Un travail avec la délégation de l'ARS du Vaucluse, les représentants du personnel de l'établissement et du département, le comité de réforme devra être mené afin de proposer des postes adaptés sur l'ensemble des établissements du département car les possibilités de la structure sont extrêmement limitées.

En effet tout fonctionnaire a le droit de bénéficier de possibilités de reclassement (si elles existent) quel que soit la taille de l'établissement. Par conséquent une réflexion départementale apparaît opportune.

2. Assurer le suivi des agents avec restriction totale ou partielle

Les agents positionnés sur des postes aménagés ou allégés n'ont pas vocation à y rester jusqu'à la fin de leur carrière, soit du fait d'une amélioration qui permet une réaffectation sur un poste correspondant à la fonction, soit d'une aggravation qui nécessite un nouvel examen des adéquations entre état de santé et poste de travail.

✓ **Action : Recensement des agents qui ont des restrictions et de ceux qui sont sur postes aménagés**

Un travail de recensement sera élaboré avec la médecine préventive et la connaissance des agents par les cadres, afin d'obtenir une liste exhaustive des agents ayant, à un moment de leur vie professionnelle, nécessité des aménagements de postes, lesquels n'ont pas toujours été réévalués.

3. Prévenir les risques d'inaptitude et d'inadaptation

On ne peut prévenir l'inadaptation qu'en s'attachant à régler le plus en amont possible les causes de dysfonctionnement et de mauvaise adaptation d'un agent à son milieu.

✓ **Action : Mettre en place des indicateurs d'alerte**

Ils doivent être partagés par tous, simples, faciles à identifier et représentatifs d'une situation qui se dégrade.

4. Prévenir les troubles musculo-squelettiques

La prévalence des TMS dans les arrêts de travail, l'identification récente par la CARSAT de ces risques comme majeurs en EHPAD, les risques professionnels décrits dans le document unique, démontrent l'importance d'une politique volontariste en ce domaine.

Cet axe, fort et incontournable, du projet social se déclinera avec les actions suivantes :

✓ **Action 1 : La commission de prévention**

Une commission de prévention sera créée. Les missions de cette commission sont arrêtées comme suit :

- Etude des difficultés rencontrées par les agents
- Propositions de solutions adaptées
- Suivi des propositions
- Réévaluation de la situation des agents

Cette commission réunira des représentants de la DRH, de l'animateur HAPA, des organisations syndicales, de la médecine du travail, de l'encadrement de proximité.

✓ **Action 2 : Suivre le Document Unique des Risques Professionnels et Psycho-sociaux**

Cartographie des postes de travail : Existence d'une cartographie des postes de travail mesurant pour chacun leur charge en physique, physiologique et psychologique permettra l'adéquation des agents et des postes :

- Identification des risques
- Identification de la gravité
- Elaboration des priorisations
- Actions à mener

✓ **Action 3 : Formation HAPA :**

AP - HAPA : 1 Animateur Prévention du secteur de l'Hébergement et de l'Aide à la Personne Agée sera formé et 12 agents seront formés aux **PRAPS**. Ces derniers seront les relais de l'animateur et formuleront des actions d'amélioration.

✓ **Action 4 : Solliciter des aides financières :**

- **Le FIPHFP**

Le fonds peut accompagner par des aides financières le maintien dans l'emploi des personnes handicapées ou inaptes au sens de la réglementation de la fonction publique hospitalière.

- **L'ANFH**

Par son financement possible des congés de formation professionnelle, c'est un outil utile à la réalisation de reconversion.

- Contrat de prévention avec **la CARSAT**

- Contrat **avec l'ARS** sur la gestion des risques professionnels

✓ **Action 5 : Assurer une manutention des malades et des charges lourdes correcte**

Afin d'enrichir les apports en ce domaine, les actions seront ciblées sur le professionnel dans son environnement afin d'obtenir une meilleure adéquation entre acquisition des compétences et mise en pratique.

Evaluation et recensement des gestes pratiqués dans les services ciblés. Il s'agit de faire un audit dans le service sur les pratiques professionnelles et les matériels utilisés afin d'établir un plan de formation adapté au service.

Formation théorique et pratique :

- Une formation adaptée sera mise en œuvre alliant théorie et mise en pratique dans les unités de travail.
- Analyse des situations de travail sous l'angle de la prévention des risques
- Une évaluation des agents formés sera réalisée dans le délai d'un mois pour analyser l'impact réel de la formation.

✓ **Action 6 : Inscrire l'ergonomie dans la politique d'investissement de l'établissement**

L'aménagement des locaux, les équipements utilisés dans la sphère de l'exercice professionnel ont des conséquences certaines sur les apparitions des TMS. Le bon geste ne peut s'effectuer que sur le bon matériel.

✓ **Action 7 : Associer l'ergonomie aux opérations de travaux et d'équipement**

L'ergonomie des locaux sera étudiée lors des opérations immobilières.

Cela concernera :

- **Les équipements inscrits dans les plans de travaux** (hauteur des plans de travail, position des points de lavage des mains...).
- **Ainsi l'établissement sera doté de rails de transfert dans toutes les chambres et dans les baignoires thérapeutiques.**
- **Des lits médicalisés à hauteur variable équipés de position fauteuil seront acquis.**
- **Des moto-laveuses, chaises douches motorisées, équipements de la cuisine, de la lingerie,** des services d'entretien seront retenus, équipements des chariots pour les soignants, des bureaux des administratifs seront acquis avec un axe ergonomique.
- **Lors du choix des équipements,** l'axe ergonomique sera intégré à la grille d'analyse des achats.
- Poursuivre les acquisitions de matériels permettant la prévention des TMS celui-ci.

✓ **Action 8 : Le CHSCT**

Compétent en la matière, il évaluera régulièrement la politique ergonomique de l'établissement.

III- VALORISER LE POSITIONNEMENT ET LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE

Toute organisation qui veut obtenir de ses agents un niveau de performance au travail et leur fidélisation doit veiller d'abord à ce qu'ils soient reconnus dans leurs compétences, acteurs dans leur travail, donc autonomes.

Ce critère d'autonomie au sens large inclut également la participation aux décisions.

Il s'agit donc de permettre à chacun de se développer au travail et d'y prendre du plaisir. (Annexe à l'instruction DGOS/RH3 du 31 juillet 2012-définition des risques psycho-sociaux).

Le mal être au travail est générateur d'absentéisme ou de démobilité.

Chaque agent doit se sentir comme indispensable au bon fonctionnement de l'EPHAD. La reconnaissance professionnelle de chacun par tous est un objectif fort du projet social.

1. Privilégier le dialogue et la communication

L'expression des professionnels sera recherchée. Il sera nécessaire de créer de nouveaux espaces de concertation et de communication.

Mettre en place des réunions de service : Elles permettront à chacun d'être informé sur les évolutions de l'institution et les évolutions du service. Elles aideront chacun à faire connaître son avis sur les dossiers en cours. Elles seront animées par le responsable du secteur ou le directeur.

Mettre en place des séances de travail pluridisciplinaires dans les services de soins. Outil indispensable à la vie d'un service de soins, ces séances de travail ont pour objet de définir les trajectoires des résidents avec un prisme pluridisciplinaire et de permettre à chacun, en fonction de la compétence qui est la sienne, de participer à cette définition ou tout du moins d'en avoir connaissance. Elles seront animées par le cadre de santé, le médecin-coordonnateur et le cas échéant la psychologue.

2. Anticiper les situations génératrices de difficultés professionnelles

Qu'elles concernent la totalité d'une équipe, ou un seul agent, les situations doivent être repérées ou prévenues.

Mettre en place des supervisions dans les services. Le domaine de la santé des personnes âgées est par excellence celui où valeurs individuelles et valeurs professionnelles peuvent être en conflit (conflit d'éthique). De plus et de façon plus ponctuelle, les professionnels peuvent être amenés à s'interroger sur leur façon d'être au travail. Le travail de supervision, lorsque les règles sont acceptées par tous, est un outil qui permet l'expression et l'analyse du vécu individuel lors de certaines situations.

Un (e) psychologue extérieur sera sollicité(e) pour animer ces réunions.

Repérer les agents en difficulté professionnelle : L'entretien d'évaluation doit permettre au moins une fois par an de repérer les agents qui se trouvent en difficulté. Indépendamment de cette étape annuelle, les cadres doivent repérer, accompagner ou signaler à leur hiérarchie les agents rencontrant des difficultés.

Accompagner les situations de crises : Une situation de crise est celle où une équipe de travail se retrouve devant différents faits générateurs qui l'empêchent de travailler sereinement. Il s'agit de les identifier et d'agir rapidement. Le schéma suivant devra être mis en œuvre par l'encadrement du service aidé si besoin par la direction de l'établissement. Créer et utiliser une fiche d'évènement indésirable grave de fonctionnement collectif de service.

Organiser rapidement une réunion de service avec des médiateurs représentants diverses composantes de la hiérarchie

Déterminer rapidement des actions d'amélioration et suivre leur mise en œuvre en réunions de service.

IV- UN MANAGEMENT PARTICIPATIF ET PAR PROJET

1. Organisation administrative et Direction

L'administration de l'EHPAD est faite de manière collégiale pour mieux répondre aux attentes des professionnels et des usagers. Dirigée par un Directeur, la conduite de notre établissement s'appuie sur les actions et les avis croisés du Conseil d'administration, du Conseil de vie sociale et du Comité technique d'établissement.

Le Conseil d'administration :

Le Conseil de Surveillance est présidé par Mr Louis Biscarrat, maire de la Ville de Jonquières et son vice-président Mr Nicolas Paget, maire de la ville de Courthézon.

Il est composé de 13 membres (élus locaux, médecins hospitaliers, personnels non médicaux, représentants des usagers), le conseil se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion de l'hôpital.

Le Directeur :

Il dispose de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'il exerce après concertation avec le CA. Il est assisté d'une équipe de direction pour le management des personnels et la conduite des dossiers fonctionnels.

Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Instance consultative, le CSE est une instance qui associe les personnels hospitaliers à la gestion de l'établissement. Il est composé de représentants du personnel non médical. Il est consulté et donne des avis sur les dossiers stratégiques de l'établissement.

Le Comité Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT)

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a compétence générale en matière de surveillance de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement pour les professionnels.

Dans ces missions de prévention, d'étude et de contrôle, il contribue à assurer la protection de la santé et de la sécurité des salariés ; veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et étudier les incidences des nouvelles technologies sur les conditions de travail des agents de l'établissement.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Instance importante dans les structures pour personnes âgées, le Conseil de la Vie Sociale est consulté sur le projet d'établissement ; il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement. Outre la composition classique des instances, participent au CVS des représentants des personnes accueillies et des familles de patients.

La commission de vie hôtelière

Les conseils de services

Les staffs soignant

La commission de coordination gériatrique

L'organigramme

Action 1 :

- ✓ *Ordre du jour et convocation des membres*
- ✓ *Compte rendu de réunion*
- ✓ *Suivi des commissions dans le cadre du rapport annuel « vie institutionnelle ».*

2. Un management par projet

Le management par projet permet d'optimiser les compétences dans l'institution et de lui faire retrouver une démarche créative face à un avenir de plus en plus difficile à cerner et donc générateur d'insécurité pour tous ses acteurs. L'enjeu du fonctionnement en mode projet est de faire coexister non seulement le travail au quotidien, indispensable à la pérennité de la structure, la réalisation de nouveaux projets mais aussi la remise à plat des organisations dans une recherche d'efficacité permettant d'optimiser les ressources dans un contexte de nécessaire décroissance des charges.

Les résultats attendus sont d'une part le développement de la culture de la réussite et du résultat et une meilleure satisfaction des usagers d'autre part un décloisonnement de l'organisation ainsi qu'un plus grand professionnalisme dans le pilotage des projets, la tenue des résultats et des coûts.

Des outils d'analyse, de priorisation et de suivi seront construits.

Ces indicateurs de performance devront être partagés par tous.

L'objectif que poursuivra l'EPHAD dans les années 2021-2026 sera de continuer à améliorer ses indicateurs financiers afin de soutenir une politique d'investissement très ambitieuse.

L'objectif recherché est d'impliquer plus fortement les cadres de proximité dans la recherche de nouveaux gisements d'économies et de chasser les gaspillages. Les feuilles d'objectifs annuels serviront de support à la fixation de cibles précises en matière d'économies. Les tableaux de bord déjà disponibles sur le serveur partagé de la structure permettront de mesurer les efforts réalisés par chaque service.

Nous devons progresser dans la mise en place et le suivi régulier d'indicateurs de performance pour mesurer le résultat des actions évoquées dans l'ensemble des domaines décrits dans ce présent Projet d'Etablissement et la qualité. Ces indicateurs de performance doivent être partagés par tous et pour certains diffusés en externe auprès du grand public.

3. La création des pôles

Des pôles sont créés avec un cadre responsable

Cette gouvernance vise ainsi à établir un partage des responsabilités et à favoriser la responsabilisation des différents acteurs. Elle poursuit un ensemble d'objectifs à savoir :

- Adapter les organisations pour une prise en charge de qualité
- Garantir la continuité de la prise en charge transversale
- Développer une même logique de gestion soignant-administrative
- Accroître la gestion de proximité
- Responsabiliser les acteurs
- Tendre vers une déconcentration de la gestion
- Optimiser les compétences et les ressources

Elle généralise par ailleurs la contractualisation interne et développe la délégation de gestion.

Le projet de pôle. Il est élaboré par le responsable de pôle, qui associe dans sa préparation les agents de son secteur et des référents des autres pôles. C'est un document pluriannuel. Il définit l'activité actuelle du pôle et ses développements futurs, les modalités d'organisation interne...

Un contrat de pôle assorti de délégation : négocié entre le directeur et le responsable du pôle d'autre part. Le contrat de pôle définit les objectifs d'activité de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs du suivi du pôle.

Cette nouvelle structuration devrait « *permettre le décloisonnement, la déconcentration de la gestion, l'amélioration de la prise en charge des résidents ainsi que le travail pluridisciplinaire.*

4. Des cadres

Des cadres sont nommés afin de décliner la politique générale et de piloter les ressources matérielles, les ressources humaines, les projets, la maîtrise économique, la satisfaction des résidents, la gestion de la qualité et de la sécurité dans son domaine de compétence de chaque pôle.

Chaque cadre disposera d'une fiche qui a pour but de délimiter ses responsabilités et ses prérogatives.

Des indicateurs seront mis en place et intégrés annuellement au bilan d'activité.

Action 1 : Nomination des responsables de pôle

Action 2 : Elaboration des fiches de poste des responsables de pôle

Action 3 : Définition de délégations de gestion

Action 4 : Définition des indicateurs

5. Un COPIL

Un **COPIL piloté** par le directeur permettra de suivre l'atteinte des objectifs financiers, des ressources affectées, de la politique de la gestion de la satisfaction des résidents et de la qualité, de l'avancée des projets (PE, CT, PASA, Réorganisation, évaluation ...), de la gestion des ressources humaines (quantitatifs et qualitatifs) et de la sécurité.

Action 1 : Création du COPIL et suivi de l'instance

[Des réunions de services pilotées par le cadre](#)

[Réunions institutionnelles](#)

[Réunions de familles](#)

[Communication](#)

V- DES MUTATIONS QUI SERONT A ACCOMPAGNER

La MDRI de Jonquières Courthézon est en pleine mutation. Cette mutation est générée par plusieurs évolutions :

- Nouvelle construction avec nouvelle capacité
- Modification rapide des modes de prise en charge des résidents, charge en soins et en dépendance plus importante (séjours plus courts), et augmentation des résidents souffrants de la maladie d'Alzheimer ou apparentés.
- Modification des contours du métier
- Redimensionnement des services
- Modification des organisations de travail
- Naissance de la culture d'évaluation

Le bilan des modifications récentes de services et d'organisation de travail pourra servir de base à certaines actions.

1. Préparer les changements connus (avec les instances et le personnel)

Les évolutions de services, ainsi que les incidences de la mise en fonctionnement de la nouvelle construction doivent être préparées le plus en amont possible avec les agents.

Lorsque cela sera possible, les pré-requis seront définis à l'avance, étudiés par les instances représentatives du personnel et communiqués. Il peut s'agir :

- Du projet du service concerné
- Du dimensionnement théorique de l'équipe
- Des fiches de postes de l'équipe à venir
- Des compétences ou expériences requises
- Des nouvelles contraintes lorsqu'elles existent....

Une grande importance sera apportée à la communication au travers de réunions d'informations plénières ou thématiques. Des communications individuelles seront régulières au travers de notes d'informations distribuées en même temps que le bulletin de paie.

2. Mettre en œuvre les formations nécessaires aux évolutions de prises en charge

Le plan de formation priorisera les actions de formations nécessaires à l'adaptation du personnel aux nouvelles organisations ou aux nouveaux métiers :

- Formation soins palliatifs
- Formation à la bientraitance
- Formation à la douleur
- Techniques non médicamenteuses
- Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentés
- Formation Montessori
- Formation ASG
- Formation sur le rôle de l'animation chez les aides-soignants
- La prise en charge individualisée et la sectorisation
- L'information du dossier résidents et du circuit du médicament
- La formation incendie
- La prévention des risques professionnels

3. Définir les projets

Chaque responsable de pôle déterminera le projet. Ce point fait l'objet d'un développement dans les chapitres suivants du projet d'établissement.

Des unités à dimension humaine (secteur de 12 à 14 lits), la bientraitance, une humanisation forte des locaux, des prises en charge individualisées, l'accompagnement par des techniques non médicamenteuses, des conventions avec les professionnels libéraux de santé, les établissements de santé et médico-sociaux voisins, la vie des villages, un suivi des objectifs (quantitatifs et qualitatifs) sont les axes forts des projets spécifiques.

Définir les Unités de fonctionnement

4. Définir les effectifs

L'effectif nécessaire aux fonctionnements sera défini d'une part en fonction du groupe 2 de dépenses validé par les autorités de tutelles et d'autre part des objectifs institutionnels.

Les projets des pôles dans ce document définiront les besoins et les possibilités.

VI- ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS

1. Une démarche fondatrice

L'accueil d'un nouveau salarié est l'occasion de lui donner une place dans l'équipe, en lui transmettant des informations et points de repères et en le mettant en relation avec les autres salariés de la structure. Ceci lui permettra de s'appuyer sur ses connaissances et expériences, pour les inscrire ensuite concrètement dans le contexte du projet et des pratiques de la structure.

Le livret d'accueil EST écrit pour le salarié, afin de répondre aux questions qu'il peut se poser et de faciliter la prise de poste.

Une présentation des droits et devoirs ainsi que des informations sur le fonctionnement de l'établissement.

Faciliter l'intégration au sein de l'équipe de travail afin de remplir au mieux la mission qui est la nôtre : assurer les soins, la sécurité et le bien-être des personnes qui nous sont confiées.

- L'établissement a mis en place un livret d'accueil pour les salariés. Il devra poursuivre sa réactualisation.
- L'établissement a mis en place un livret d'accueil pour les stagiaires. Il devra poursuivre sa réactualisation.

2. Action à mener :

L'établissement établira la fiche de suivi (remise des clés, blouses etc...) en lien entre RH et responsables.

VII- POURSUITE DE LA GPMC

1. Une mission importante

Les fonctions des Ressources Humaines ne sont pas exclusivement tournées sur la production d'éléments de paie, de carrière ou recrutement, elles sont tout autant orientées vers l'analyse, la mise à disposition de soutiens internes aux équipes de terrain.

C'est un vecteur non négligeable de dialogue social constructif, de partage de valeurs, du sens et de fait, d'une mobilisation interne au service d'une amélioration de la qualité de vie au travail. Savoir pourquoi on agit, avec des outils appropriés et le partager entre professionnels, acteurs d'un même projet d'établissement.

« Pouvoir positionner un agent au bon endroit, au bon moment, telle pourrait être la devise sous-jacente de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) »

Parler gestion prévisionnelle, c'est se raccrocher à la mission première dévolue à la DRH : la maîtrise des effectifs et donc du budget.

L'anticipation c'est agir, prévoir c'est se protéger des aléas, prévoir c'est anticiper les changements.

Communément réalisée sous prétexte de suivi de la masse salariale, la gestion prévisionnelle des effectifs, a une vocation quantitative. À l'instar de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), la GPMC intègre une autre dimension qui est celle de la prévision de l'évolution des compétences requises pour chaque métier. L'objectif est d'éviter à tout prix, la rupture de recrutement, ou l'affectation en sur numéraire.

De fait, le niveau des compétences collectives doit se traduire par la formalisation individuelle de la valeur professionnelle. Sur ce champ, on ne peut pas dire que la fonction publique soit des plus innovantes. Elle est fidèle à la lettre du statut, qui dicte la prédominance de l'ancienneté pour caractériser la reconnaissance. Pour autant, elle ne permet pas plus, alors quid du professionnel, « au-dessus du lot » ? *Quid* de celui chez qui on détecte un potentiel ? Ou encore de l'agent qui a su se positionner en amont de l'évolution de sa carrière, et qui à ce jour, en anticipant des prises de responsabilité, peut se trouver en situation paradoxale de légitimité de terrain sans légitimité statutaire ?

D'ailleurs, instaurer un langage métier-compétences, c'est avoir la volonté aussi de battre en brèche, les notions hautement symboliques comme celle « d'agent » au profit de professionnel ou celle de « cadre » au profit de manager. Sans en être forcément à ce stade, un certain nombre d'établissements, mettant en place la démarche de GPMC, en profitent pour se référer au répertoire des métiers et renvoient les intitulés de leurs organigrammes. La notion de métier interroge les compétences et les missions associées. Pour aboutir à la valorisation professionnelle, la reconnaissance de la

notion de rattachement à une cartographie des métiers est incontournable et suppose un travail partagé, collectif entre cadres soignants et non soignants, entre DRH, direction des soins et direction technique ou logistique.

Le partage et la recherche de consensus, représente aussi l'enjeu de cette recherche de critères de valorisation professionnelle. C'est la pierre angulaire de la réussite de la démarche. La DRH ne doit pas agir seule, mais doit bien au contraire se donner les moyens de piloter un collectif de travail. Ce sera à la fois la force qui sera donnée aux productions qui aboutiront, mais aussi, la garantie d'un suivi sérieux et régulier.

2. Actions à mener :

- Elaborer une cartographie des métiers spécifique à l'établissement validé par le comité de pilotage et faisant apparaître notamment les métiers dits cibles, soit sujet à restructuration, soit unique dans l'établissement, ou encore métier à forte valeur ajoutée et en connaissant de fait des tensions sur le marché du recrutement, afin d'y travailler les compétences spécifiques
- Rédiger les fiches métiers « aux couleurs locales » de l'établissement, en y associant une grille des compétences, sur la base des discussions en groupe pluridisciplinaire, permettant partage et appropriation des supports
- Etablir les fiches de postes et de tâches
- Définir les besoins en effectifs et en qualification par jour et à l'année
- Revoir de manière pluridisciplinaire, les outils existants d'évaluation et de recueil des besoins de formation
- Elaborer un plan de communication à destination de l'ensemble de l'établissement, qui, via des sessions de sensibilisation et des sessions de formation des cadres, permet de faire partager, avant le lancement de la campagne annuelle, les éléments sur lesquels, évaluateurs et évalués auront à réfléchir. Ces sessions sont des moments forts d'échanges, de clarification des définitions et des enjeux de la GPMC. C'est aussi un bon auditoire pour l'explication du guide écrit retraçant les modalités d'entretien et de remplissage
- Lancer la campagne d'évaluation annuelle, le plus tôt possible, et tenter d'apporter du plus, notamment, en terme de délais... et faciliter l'accès aux supports : support individuel écrit diffusé par pôle, version électronique sur l'intranet reprenant les présentations des sessions de sensibilisation, mise en ligne de la cartographie de l'établissement et du répertoire national des métiers
- Etablir la pyramide des âges en fonction des métiers
- Prévoir les départs et les changements
- Etre vigilant aux métiers sensibles (prévoir les remplacements en amont)
- Répertorier les compétences émergentes (ASG, douleur, soins palliatifs ...) et adapter le personnel à leur poste de travail
- Adapter toujours les besoins avec les financements

VIII- L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION ET LA NOTATION

On peut conduire l'entretien professionnel et l'entretien annuel d'évaluation au cours du même entretien. Il faut simplement avoir une politique claire en matière d'entretien professionnel, ceci parce que les objectifs de ces deux entretiens sont très différents :

L'entretien d'évaluation est centré sur l'emploi et le résultat opérationnel ; il concerne l'apport du salarié à son entreprise. L'entretien professionnel est centré sur les besoins de formation et les attentes professionnelles ; il concerne l'apport de l'entreprise au salarié.

En pratique, la MDRI conduira un seul entretien en ajoutant les thèmes de l'entretien d'évaluation et ceux de l'entretien professionnel.

Objectifs :

- Développer les performances du collaborateur
- Clarifier rôles et responsabilités

- Motiver les collaborateurs
- Contribuer à préparer les décisions en matière d'évolution professionnelle, de formation, d'évolution salariale, de recrutement
- Avoir une idée précise de ce que l'EHPAD attend de l'agent et lui permettre de mieux connaître ses missions, responsabilités, objectifs
- Connaître les critères de l'évaluation et l'avis du N+1 sur son travail
- Définir les moyens nécessaires à l'amélioration de sa performance
- Permettre au salarié de participer activement à son évolution professionnelle. Il peut contribuer à la définition de parcours individuel de formation répondant tant aux besoins de l'entreprise qu'à ceux du salarié
- Elaborer le projet professionnel du salarié à partir de ses souhaits d'évolution dans l'entreprise, de ses aptitudes et en fonction de la situation de l'entreprise
- Formuler des propositions en matière d'actions de formation susceptibles d'être annexées, avec l'accord du salarié, à son passeport formation

Thèmes abordés :

- Le **bilan de l'année écoulée** en termes d'activités, de compétences et de performance obtenue (mesure de l'atteinte des objectifs de l'année écoulée)
- La **préparation de l'année à venir** en termes d'**objectifs** professionnels à atteindre (performance et développement de compétences)
- La formation et l'évolution dans l'entreprise à court terme
- Bilan des souhaits d'évolution de carrière du salarié pour l'orienter au mieux des intérêts convergents de l'entreprise
- L'identification des **objectifs de professionnalisation** qui pourraient être définis au bénéfice du salarié pour lui permettre **d'améliorer ses compétences** ou renforcer sa qualification
- L'identification du ou des dispositifs de **formation** auxquels il pourrait être fait appel en fonction des objectifs retenus
- Les moyens d'accès à l'information sur les dispositifs relatifs à l'orientation et à la formation des salariés
- Les souhaits du salarié pour l'utilisation de formation et les engagements réciproques

Actions à mener :

- Etablir des fiches de compétences (pour chaque pôle)
- Réaliser la procédure d'évaluation et les protocoles

IX- LA FORMATION

La formation professionnelle est le processus d'apprentissage qui permet à une personne d'acquérir le savoir et les savoir-faire (compétences et expérience) nécessaires à l'exercice d'un métier ou d'une activité professionnelle.

1. Structuration de la formation professionnelle continue

L'article 1er décrit les objectifs généraux de la formation professionnelle des agents hospitaliers et énumère la nouvelle typologie des actions de la formation tout au long de la vie fondée désormais sur leurs finalités. Les actions sont classées en 8 catégories dont les actions de formation professionnelle initiale théorique et pratique.

Ces actions sont destinées à faciliter l'intégration de personnes nouvellement recrutées qui accèdent à un emploi. Elles concernent les formations de base, orientées vers la connaissance de l'institution hospitalière et les principes à respecter au plan de l'hygiène ainsi que les conditions pratiques d'exercice en milieu hospitalier. Le champ couvert par ces actions s'étend également aux formations d'adaptation à l'emploi (FAE), y compris statutaires, lesquelles concernent aussi des primo-recrutés.

Les actions de formation continue qui ont pour objectif de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et les compétences en vue d'assurer :

- L'adaptation immédiate au poste de travail (a),
- L'adaptation à l'évolution prévisible des emplois (b),
- Le développement et l'acquisition de connaissances ou compétences (c).

2. Les actions d'adaptation immédiate au poste de travail

Elles visent à :

- Faciliter l'exercice de nouvelles fonctions après une mutation ou après une promotion (stage d'adaptation au poste, stage avant une prise de poste, ...). Il s'agit des formations qui interviennent dans le cadre de la prise de fonctions et qui permettent à l'agent d'être rapidement opérationnel. Elles se distinguent, le cas échéant, des formations statutaires en ce qu'elles ne sont pas prévues dans les statuts particuliers du ou des corps des agents concernés, mais sont organisées à l'initiative de l'employeur.
- Adapter l'agent aux évolutions de son poste de travail en lien avec l'environnement professionnel direct, en raison par exemple d'une réforme ayant déjà un caractère opérationnel (structures, organisation du travail, réglementation) ou bien de la mise en place d'un nouveau système d'information ...

3. Les actions d'adaptation à l'évolution prévisible des emplois

Elles ont pour but d'approfondir les connaissances de l'agent afin de le maintenir au niveau d'exigence requis pour l'évolution prévisible de son emploi et anticiper ses évolutions. Cette action peut être reliée à un projet de réforme ou de réorganisation précis ou bien à la nécessité pour les agents d'actualiser régulièrement leurs savoir-faire professionnels dans un environnement évolutif.

4. Les actions de développement et d'acquisition de connaissances ou compétences

Elles ont notamment pour objectif :

- L'approfondissement de la culture professionnelle ou du niveau d'expertise pour élargir les compétences d'un agent
- La construction d'un parcours de professionnalisation individualisé avec la perspective d'acquérir les connaissances utiles pour une évolution. Ces actions permettent à ceux qui les suivent de bénéficier, par exemple, d'actions de remise à niveau

5. Plan de formation des établissements

La notion de plan de formation est modifiée par ce nouveau décret. Les innovations majeures concernent le contenu du plan de formation, la typologie des actions de formation qui y sont inscrites et la possibilité de réaliser des actions en dehors du temps de travail.

L'article 6 définit le contenu du plan de formation : le nouveau texte précise qu'il détermine et finance, dans la limite des crédits disponibles dévolus au plan de financement, les actions de formation initiale et continue organisées par l'employeur ou à l'initiative de l'agent avec l'accord de l'employeur, relevant des 1°, 2°, 3°, 4° et 5° et 8° de l'article 1er et de l'article 28 du décret.

Il comporte également des informations relatives au congé de formation professionnelle, au bilan de compétences, aux actions de validation des acquis de l'expérience, au droit individuel à la formation et aux périodes de professionnalisation. Ces informations doivent être quantitatives et qualitatives afin d'être utiles aux agents et aux représentants du personnel. Elles peuvent être de plusieurs natures, en fonction du type d'action ou du dispositif décrit, par exemple : objectifs poursuivis, nombre d'actions financées, montant des crédits consacrés, conditions d'accès à ces actions, publics prioritaires, autres conditions.

6. Des actions de formation mutualisées

La MDRI de Jonquières Courthézon adhérente à l'ADPESS mutualise ses formations avec l'ensemble des EHPAD du Vaucluse. Ce dispositif permet non seulement une optimisation financière mais aussi des échanges entre les agents des différents établissements.

Adhérente à l'ANFH, la MDRI participera aux formations régionales dès lors que ces dernières seront en lien avec le plan de l'établissement.

7. Un plan de formation issu de deux principes

Le plan de formation de la MDRI sera le fruit des besoins de l'institution en termes d'adaptation à l'emploi et des besoins individuels exprimés par les agents.

Issues des entretiens d'évaluations et des objectifs stratégiques, les actions de formation alimenteront le plan annuel.

Ce plan sera présenté pour avis au CSE.

Ce dernier sera présenté avec les coûts.

X- LE MANAGEMENT DE LA MALTRAITANCE

1. Définition de la maltraitance retenue par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987 :

Toute violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.* »

Le terme maltraitance désigne dans cette recommandation, l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par un ou des professionnels envers un ou plusieurs usagers mais non par les usagers envers les professionnels, qui seront, eux, qualifiés de « violences ».

Les risques de maltraitance concernent l'ensemble des professionnels y compris les bénévoles et les intervenants libéraux

2. Mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance

Développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance

- ✓ Conscience et connaissance des risques par l'équipe d'encadrement
- ✓ Conscience et connaissance des risques par les professionnels
- ✓ Conscience et connaissance des risques de maltraitance par les usagers et leurs proches
- ✓ Creation d'une commission reflexive
- ✓ Nomination d'un référent

13.22 Actions

- ✓ Démarche institutionnelle de prévention
- ✓ Nommé un référent « maltraitance/Bientraitance » formé et diplômé
- ✓ Des outils à l'appui de la démarche de prévention : document de prévention des risques
- ✓ Un accompagnement qui met en valeur les ressources des professionnels
- ✓ Un encadrement présent et engagé
- ✓ Un traitement adapté à la gravité des faits
- ✓ Communiquer autour des faits de maltraitance avérés
- ✓ Suivi et pédagogie auprès des professionnels

PROJET QUALITE

1. Présentation générale

Le service est chargée de recueillir et exploiter les informations terrain (internes / externes) et mettre en œuvre les actions adéquates dans le domaine de la qualité et la gestion des risques en cohérence avec la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement.

1.1 Les missions du service

- Établissement / actualisation, organisation et mise en œuvre de processus, procédures, protocoles, consignes, spécifiques dans un EHPAD
- Préparation, coordination et suivi des auto-évaluations et de l'Évaluation
- Suivi de la gestion des risques
- Organisation et description des processus spécifiques à son domaine, traitement des dysfonctionnements (fiches d'évènements indésirables).
- Gestion documentaire dans le domaine d'activité
- Formation de personnes aux techniques et procédures de son domaine, et à leur application
- Suivi de la réalisation des travaux, de la résolution des problèmes spécifiques à son domaine d'activité

Veille spécifique à son domaine d'activité

1.2 Les effectifs

Au 31 décembre 2023, la qualité est composée de :

- 0,40 ETP responsable qualité soit 2 journées par semaine

Formations :

- Management niveau 2
- Formation certifiante Référent Qualité en ESSMS au CNEH

1.3 La politique qualité

L'EHPAD s'engage à :

- Comprendre les besoins et les attentes des résidents et s'assurer qu'ils sont bien perçus et satisfaits à chaque fois que possible.
- Prouver la qualité des soins et de l'hébergement, qui est légitimement due au résident et promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la prévention des risques.
- Respecter les obligations légales et administratives.
- Sensibiliser et former le personnel à la qualité et à la gestion des risques
- Impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche participative et promouvoir la reconnaissance des compétences.

Les objectifs :

- La mise en œuvre du principe de chartes et conventions
- La mise en œuvre d'une politique d'évaluation des prestations fournies au résident
- Le déploiement de la culture qualité
- La pérennisation des évaluations internes et externes

- Le développement de la culture de prévention et de gestion des risques par la systématisation des signalements des événements indésirables et d'une organisation de la gestion de crise (pandémie, canicule, absentéisme, ...)
- L'assurance de la sécurité au sein de l'établissement tant pour les résidents, les familles que pour les professionnels.
- L'élaboration et le suivi du plan d'amélioration de la qualité de l'établissement
- L'inscription de l'établissement dans une logique de développement durable.

Le pilotage

Le COPIL est composé du Directeur, du cadre de santé et responsable qualité (diplômée certifiée AFNOR), du médecin Coordonnateur, du responsable pôle hôtelier, de l'animatrice et du psychologue, il se réunit une fois par trimestre afin d'accompagner les groupes et de valider le plan d'actions. Tous les agents ont participé à son élaboration et ont répondu à chaque recommandation des bonnes pratiques professionnelles en apportant une cotation commune.

Ce COPIL a pour mission de définir les priorités en termes de gestion des risques et de coordonner les différentes ressources impliquées dans la prévention et la gestion des risques :

- Risques patients (Événements Indésirables Graves, Porteur de risques et liés aux soins)
- Risques établissements (liés aux équipements, à l'infrastructure...)
- Risques professionnels (mise en place d'un Document unique réévalué tous les ans et en fonction des accidents se produisant dans l'établissement)

La politique Qualité et Gestion des Risques s'intègre au projet d'établissement. En effet, la réussite des objectifs fixés dans le cadre de ce projet passe par l'amélioration de la Qualité du service offert aux résidents. L'EHPAD poursuit sa démarche d'amélioration de la Qualité, dans l'objectif de mettre en place une véritable culture Qualité basée sur les attentes des « clients » (résidents, familles, personnel, tutelle, partenaires et environnement...)

L'impact attendu de cette dynamique sur l'image de marque devra permettre d'augmenter la qualité du service rendu aux résidents et leurs familles. Dans cet ordre d'idées, la politique qualité et de gestion des risques "ciblera" plus particulièrement : l'évaluation des prestations fournies aux résidents, l'évaluation des pratiques professionnelles et la réalisation des enquêtes de satisfaction maintiendront le niveau de qualité et de sécurité de l'accompagnement dont la maison de retraite intercommunale de Jonquieres Courthezon fait preuve.

Les priorités définies par le COPIL :

- Coordonner les vigilances en matière prise en charge des risques inhérents à la santé (chutes, douleur, dénutrition, escarres, infectieux et hygiène, troubles du comportement, urgences)
- Renforcer le rôle des chefs de pôle à travers le soutien méthodologique du responsable qualité
- Harmoniser la gestion des événements indésirables : évaluation de la criticité, analyse des causes.
- Définir les indicateurs : tableau de bord et suivi des indicateurs ;
- Sécuriser le circuit du médicament
- Mise en place d'un logiciel de soins adaptés à notre vigilance assurant traçabilité des soins.

A - Organiser, piloter et coordonner le système de management de la Qualité et de la gestion des risques en s'appuyant sur un management par les procédures, Il s'agit notamment de coordonner les vigilances et de suivre les événements indésirables, une fiche d'observations des résidents et de leur famille a été mise en place de façon à associer les usagers à ses démarches. Dans ce cadre, les personnes ressources ont été sollicitées par thématique en fonction de leurs compétences dans les domaines liés aux thèmes retenus. Sur le terrain, des groupes de travail pluri-professionnels ponctuels ont été mis en place pour des actions spécifiques telles que le document unique, une cartographie des risques a été différenciée (un agent a été formé en qualité d'animateur de DURPC). Le changement de logiciel de soins a été mené après une évaluation de l'ancien, un recours d'appel d'offres à des sociétés informatiques a été conduit par le COPIL, afin d'acquérir un logiciel performant sur la traçabilité et la sécurisation du circuit du médicament.

La coordination est assurée par le Cadre Supérieur de santé en charge de la Qualité et de la gestion des risques qui délivre les informations aux différents responsables de pôle hôtelier et technique, en cohérence avec le programme qualité et gestion des risques.

Le management de la Qualité a pour objectif d'améliorer :

- ✓ Le service médical rendu au résident,
- ✓ La sécurité des personnes,
- ✓ La satisfaction des résidents et autres clients,
- ✓ L'efficacité (rapport résultats obtenus/moyens utilisés) de l'établissement.

Pour cela, la mise en place d'un « système Qualité » solide était indispensable.

Celui-ci consiste, aujourd'hui en un ensemble cohérent de processus qui permet :

- ✓ De prendre en compte les changements des nouvelles exigences (Prévoir)
- ✓ De stabiliser, dans une période donnée, les savoirs faire et les résultats (Déployer)
- ✓ De vérifier les résultats en termes de conformité et de satisfaction (Contrôler)
- ✓ De gérer les actions d'améliorations (Améliorer)

Ce système est généralement représenté sous la forme de la Roue de Deming (PDCA)

B - Compléter la Gestion documentaire : le responsable qualité déploie la démarche auprès des professionnels de terrain concernant la mise place de nouveaux protocoles et procédures, le système de gestion documentaire et réévalué en comité et tenu à jour. La rédaction et l'actualisation des procédures est mise en place au regard des référentiels de bonnes pratiques, des analyses de cause des événements indésirables, des demandes des professionnels (chef de pôles et agents de l'établissement sur d'éventuels manquements) et des réponses apportées par les instances comme le CCLIN. Dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, la gestion documentaire représente « la cale » de la Roue de Deming

C - Communiquer et gérer l'information : faire en sorte que l'appropriation de la démarche qualité soit générale et concerne chaque professionnel, mise en place de poste kiosque où tous les agents ont accès à la gestion documentaire, mise en place de réunions trimestrielles avec les différents agents des pôles concernés sur l'appropriation des nouveaux processus.

D - Poursuivre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles La maison de retraite intercommunale intègre sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles dans sa politique qualité et gestion des risques. Elle est également prise en compte dans le projet de soins et projet hôtelier.

E - Elaborer, conduire et suivre le programme annuel d'amélioration de la qualité au travers d'une politique d'efficience fondée sur les tableaux de bord.

Ainsi, l'établissement s'engage à réaliser une évaluation interne tous les 5 ans et une externe tous les 7 ans.

Début 2020, l'établissement a acquis un logiciel de gestion documentaire « QUALITEVAL ».

Il permet la création et le stockage des documents qualité de type procédures et protocoles sous forme de texte, de logigramme et d'importation de document existant, de manière centralisée et unifiée (cartouche, nomenclature), pour les rendre accessibles à l'ensemble du personnel. Il permet aussi l'intégration des documents associés, la création automatique d'une nomenclature.

Le processus suit la logique des normes qualité avec rédacteur, vérificateur et approbateur.

 L'établissement a choisi d'enregistrer ces documents de la manière suivante :

1^{er} type de document :

- Procédure = PRC
- Protocole = PRT
- Document associé = DOC
- Enregistrement = ENR

2^{ème} nom du service :

- Administration = ADM
- Pôle prestations soins – EHPAD = EHP
- Pôle prestations PASA/UHR/UVP = ALZ
- Animation = ANI
- Pôle technique = TEC
- Service cuisine = CUI
- Pôle prestations hôtelières = HOM
- Lingerie = LIN

3^{ème} référence aux Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnels. (Mise à jour du guide prévu en 2022) - Par exemple : MRI : concerne l'axe principal lié à la prévention des risques liés à la santé inhérente à la vulnérabilité des résidents.

4^{ème} la numérotation des documents : 01

5^{ème} Acronyme de l'établissement : ES

DOCUMENTS

Diffusés	A valider	DERNIERS DIFFUSÉS <ul style="list-style-type: none"> REFERENCE 5 DOULEURS ET SOINS PALLIATIFS REFERENCE 4 HYGIENE REFERENCE 3 NUTRITION ET ESCARRES
237	0	

Depuis l'installation de ce logiciel, le service qualité a enregistré et diffusé 237 documents qualité.

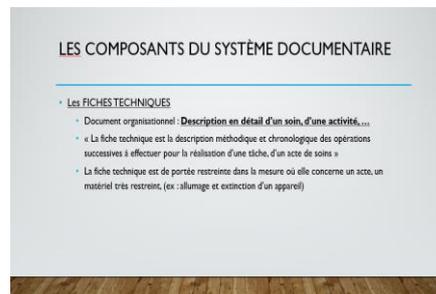
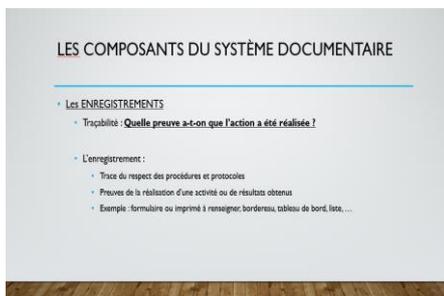
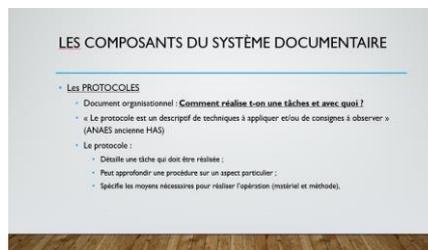
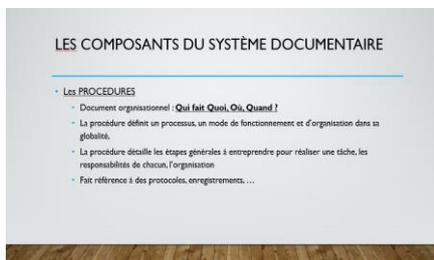
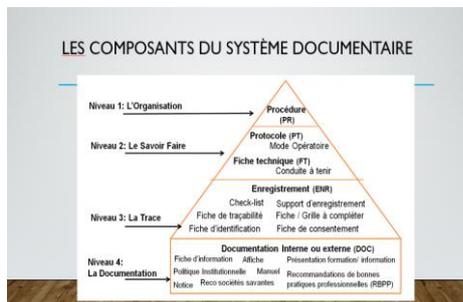
Le service qualité est associé systématiquement dès la création ou la mise à jour d'un document.

Il accompagne les utilisateurs dans la rédaction des documents.

Tous les responsables ont accès à l'outil QUALITEVAL. Ils peuvent valider, consulter, imprimer les documents.

Ces documents sont aussi accessibles pour l'ensemble des agents sur les KIOSQUES en format pdf.

Présentation du système documentaire



LES COMPOSANTS DU SYSTÈME DOCUMENTAIRE

• Les DOCUMENTS

- Documents complémentaires
- Tous les documents internes ou externes nécessaires à la bonne organisation de l'EHPAD :
 - Recommandations de Bonne Pratiques Professionnelles,
 - Politiques institutionnelles
 - Plannings,
 - Fiches d'information
 - Recommandations des sociétés saines...
- Documents annexes à des procédures, protocoles ou fiches techniques qui nécessitent une intégration dans le système de gestion documentaire.

LE CYCLE DE VIE DES DOCUMENTS

• Le contenu du document

- Tous les documents doivent contenir les chapitres suivants :
 - Titre : il doit être précis
 - Services destinataires : Déntrer le personnel (grade, secteur...)
 - Principaux objectifs : Etablir clairement et de façon concise la raison du document et les circonstances pour lesquelles le document s'applique
 - L'organisation : une description détaillée du document. Il est possible d'intégrer un logigramme, des schémas, des photos...
 - Recommandations particulières : permettant d'appuyer sur des éléments importants
 - Références documentaires en annexe :
 - peuvent être des normes de loi, des RPP, des guides, des livres, des référentiels, utilisés pour la rédaction du document.
 - Peuvent être des documents du système qualité (codifiés et intégrés dans le système documentaire du logiciel) référencés dans le texte du document. Par exemple : formulaires, fiches techniques, enregistrement...

LE CYCLE DE VIE DES DOCUMENTS

• Archivage et conservation

- Avec la mise en place de QUALITEVAL, l'ensemble des documents est archivé et conservé électroniquement. Les anciennes versions seront aussi archivées.

- Le lieu de stockage est le module « DOCUMENTS » dans QUALITEVAL



LE CYCLE DE VIE DES DOCUMENTS

• Approbation et diffusion

- S'agissant de documents internes, les documents doivent être approuvés dans leur forme définitive par les personnes responsables (Approuvateur et Emetteur) avant même la diffusion.
- En ce qui concerne la diffusion proprement dite, l'EHPAD peut faire le choix de diffuser les documents à l'ensemble des personnels ou aux seules personnes concernées par les dts documents.
- Pour l'EHPAD de Jonquières, nous avons fait le choix de diffuser :
 - Support papier : par l'intermédiaire du responsable du pôle ou service
 - Support informatique :
 - Enregistrement et diffusion à l'ensemble des responsables de pôle par le biais du logiciel QUALITEVAL
 - Diffusion à l'ensemble du personnel par le biais des RISOQUES : dossier documents à consulter

1.4. Préparation à la Démarche Qualité

L'établissement a décidé de se faire accompagner, par le Cabinet APHILIA, sur la mise en place d'une Démarche Qualité mutualisée avec l'EHPAD de Sarriens, afin de se préparer à l'EVALUATION.

Définition : La démarche Qualité est un processus d'amélioration continue et structuré qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge, la satisfaction des personnes accueillies et la performance globale de toute l'organisation.

Rappel :

La Loi n°2019-774 du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a confié à la Haute Autorité de Santé (HAS) la mission de refondre le dispositif d'évaluation des ESSMS (référentiel et méthode d'évaluation). Pour rappel, l'Article 75 de la Loi du n° 2019-774 du 24 Juillet 2019 avait acté la réforme du dispositif d'évaluation des ESSMS pour une mise en œuvre au 1er Janvier 2021.

Aujourd'hui, la réforme, introduite par l'Article 75 de la Loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoit donc de fusionner évaluation interne et évaluation externe en une procédure unique.

Ce qui change...

- ▶ Evaluation interne remplacée par l'auto-évaluation
- ▶ Evaluation externe remplacée par l'Evaluation
- ▶ Evaluation tous les 5 ans

La Haute Autorité de Santé « HAS » a également reçu la mission d'élaborer un référentiel pour l'ensemble de la procédure et des ESSMS, comprenant un tronc commun et des volets spécifiques aux différentes catégories d'établissements ou de services.

La réforme des évaluations entraîne donc une modification dans la pratique.

Pour préparer cette évaluation unique, les établissements doivent mettre en place une Démarche Qualité en s'appuyant sur le nouveau référentiel édité par la Haute Autorité de Santé.

Les enjeux :

- ▶ Permettre à la personne d'être actrice de son parcours
- ▶ Renforcer la dynamique qualité dans les ESSMS
- ▶ Promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels

Les valeurs fondamentales portées par le nouveau référentiel :

- ▶ Le pouvoir d’agir de la personne
- ▶ Le respect des droits fondamentaux
- ▶ L’approche inclusive des accompagnants
- ▶ La réflexion éthique des professionnels

1.5 Préparation de l’Autoévaluation par le Cabinet APHILIA pour les EHPAD de Jonquières et de Sarrians

- Analyse documentaire - mise à disposition de documents comme :
 - Projet d’Etablissement
 - Règlement de fonctionnement
 - Livret d’accueil
 - Contrat de séjour
 - Comptes rendus CVS
 - Documents relatifs à l’hygiène et à la sécurité
 - Les précédentes évaluations
 - ...
- Travail sur site :
 - 3 groupes de travail seront constitués, faisant référence aux thématiques des trois chapitres du nouveau référentiel :
 - Groupe de travail 1 : Membres du CVS et les responsables → **Chapitre 1 – la personne.**
 - Groupe de travail 2 : Tous les responsables, tous les référents soins, cuisine, lingerie, ménage, l’animation, les psychologues, la diététicienne et la psychomotricienne → **Chapitre 2 – les professionnels.**

Groupe de travail 3 : Direction et les responsables de service → **Chapitre 3 – l’Etablissement**

- Cet accompagnement s’est déroulé du lundi 23/01/2023 au vendredi 27/01/2023, comme suit :
 - Lundi 23/01 après-midi : visite des 2 établissements et échanges avec la Direction et les responsables des 2 EHPAD.
 - Mardi 24/01 matin EHPAD de Jonquières- Courthézon : Groupe 1
 - Mardi 24/01 après-midi EHPAD de Sarrians : Groupe 1
 - Mercredi 25/01 matin EHPAD de Jonquières- Courthézon : Groupe 2
 - Mercredi 25/01 après-midi EHPAD de Sarrians : Groupe 2
 - Jeudi 26/01 matin EHPAD de Jonquières- Courthézon : Groupe 3
 - Jeudi 26/01 après-midi EHPAD de Sarrians : Groupe 3
 - Vendredi 27/01 matin : Bilan avec la Direction et les responsables des 2 EHPAD
- Retour de la démarche et plan d’actions – courant février 2023

	Cotation				*	NR	NI	TOTAL
	1	2	3	4				
Chapitre 1	0	0	2	66	0	0	0	68
Chapitre 2	0	1	4	30	0	3	0	38
Chapitre 3	0	0	0	45	5	1	0	51
TOTAL	0	1	6	141	5	4	0	157

Nous pouvons affirmer que les résultats et le diagnostic sont positifs.

Plan d'actions proposé par le Cabinet APHILIA

Critère	Cotation	Préconisation
Chapitre 1 : La personne		
1.2.1 - La personne accompagnée et son entourage sont informés du rôle des professionnels et autres intervenants et peuvent les identifier.	3	Création d'un trombinoscope permettant aux familles et aux résidents d'identifier les professionnels de l'établissement
1.2.4 - La personne a accès aux informations relatives à son accompagnement.	3	Formaliser une procédure « consultation du dossier résident » à remettre à l'ensemble des résidents lors de leur intégration dans l'EHPAD
1.5.3 - Les professionnels facilitent l'accès à la traçabilité des échanges et réponses apportées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation.	3	Rendre visible les comptes-rendus des commissions et des CVS sur un tableau d'affichage
1.10.2 - La personne avec son entourage et les professionnels en équipe coconstruisent le projet d'accompagnement.	4	Mettre à jour la procédure de construction du projet d'accompagnement : • 1 ^{ère} ébauche du projet par les psychologues • 2 ^{ème} ébauche avec le résident et la famille
1.17.4 - Les professionnels participent aux réunions de coordinations (médico-psycho-sociales) nécessaires à l'accompagnement de la personne.	4	Pour la traçabilité : inscrire les temps de réunions dans les agendas / dans les plannings / ou faire une synthèse des réunions
Chapitre 2 : Les professionnels		
2.1.3 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique.	2	Mise en place d'ateliers sur le questionnement éthique (rendre les ateliers obligatoires) Mise en place de formations
2.2.1 - Les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée.	4	Protocole anti-fugue : à vérifier Règlement de fonctionnement : Partie "visite et sortie" : préciser qu'en fonction du traitement ou de la pathologie du résident, celui-ci peut être dans un secteur protégé
2.2.6 - L'ESSMS favorise l'exercice des droits et libertés de la personne accompagnée.	3	Numéro d'appel maltraitance : à afficher (3977)
2.4.2 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques liés aux addictions et conduites à risques auxquels la personne est confrontée.	4	Exposer une affiche informative sur l'addiction pour sensibiliser les résidents Mettre en place une procédure liée au repérage des addiction
2.8.3 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée.	3	Mettre en place des formations liées au repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée
2.10.1 - Les professionnels partagent entre eux les informations nécessaires à l'accompagnement de la personne.	4	Faire intervenir les ASH et les animatrices sur certaines relèves Donner un accès aux ASH sur Net Soins
2.10.2 - Les professionnels respectent les règles de sécurisation des données, des dossiers et des accès.	4	Mise à jour de la charte informatique
Chapitre 3 : L'établissement		
3.8.2 - L'ESSMS met en œuvre un processus d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et intervenants.	4	Sur le livret d'accueil du nouveau salarié : intégrer une partie sur la bienveillance
3.13.4 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des événements indésirables.	4	Formations à mettre en place sur la gestion des événements indésirables

Sur le tableau ci-dessus, nous pouvons voir que les préconisations portent davantage sur de la sensibilisation ou encore de la formation. Parmi les préconisations relevées, un certain nombre sont en cours de préparation ou de mise en place. C'est le cas notamment pour les formations sur les événements indésirables, pour la mise en place de la charte informatique, pour l'accès des ASH sur Net Soins ou encore pour la mise en place d'ateliers sur le questionnement éthique.

Concernant le Chapitre 1 et 2, toutes les préconisations du plan d'actions ont été menées sur l'année 2023, celles du Chapitre 3 seront finalisées en 2024.

1.6 Indicateurs du service qualité 2023

- Nombre de FEI : 16
- Nombre d'EIG : 2
- Nombre de RETEX : 0
- Nombre de CREX : 1

2 Projet 2024

- Poursuivre l'uniformisation et la diffusion des documents qualité.
- Poursuivre l'accompagnement à la mise en place d'une arborescence « gestion documentaire » par secteurs.
- Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Poursuivre le plan d'actions de l'auto-évaluation de 2023.
- Préparation à l'Evaluation 2025 de l'ensemble des professionnels, des résidents, de l'entourage et du Conseil de Vie Social.
- Mise en place de formation en interne sur la gestion des Evènements Indésirables.
- Mise en place du circuit du recueil et de l'analyse des évènements indésirables :
 - La fiche de signalement d'évènement indésirable
 - Le circuit de la fiche de signalement
 - Les modalités d'analyse et de suivi des évènements indésirables
 - Le décret du 21 décembre 2016 portant déclaration obligatoire des EIG
 - Communiquer et faire le bilan des fiches
 - Analyser les évènements indésirables graves
 - Retour des évènements en CREX ou RETEX

Afin de rester dans cette démarche de qualité continue et performante, les indicateurs suivants seront pris en compte au quotidien :

Axe 1 : Droits et libertés de l'usager

Individuel : Taux de contention passive

Collectives : Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Taux fiches d'observations mise en place pour les usagers et leurs familles

Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérente à la vulnérabilité des résidents :

Prévention et prise en charge de la douleur :

Taux de résidents ayant évaluation de la douleur

Prévention et prise en charge des escarres :

Taux d'escarres acquises dans EHPAD

Taux d'escarre lié a une hospitalisation

Prévention et prise en charge de la dénutrition :

Taux de résidents pesés une fois par mois

Prévention des troubles de l'humeur et du comportement :

Taux évaluation troubles du comportement

Taux d'hospitalisation en urgence

Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides

Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations

Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations

Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement

Taux de projets personnalisés réalisés

Taux de personnes ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement

Taux de résidents satisfaits des activités collectives ou personnalisées proposées

Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie

Taux de demande d'accompagnement de l'équipe mobile de soins palliatif face à un résident en fin de vie

Taux appel de groupe de paroles effectuées au soutien des proches et des professionnels

Taux de recueil des directives anticipées

Ces indicateurs issus des recommandations de l'ANESM, seront identifiés dans le rapport d'activité annuel de l'établissement

3.CONCLUSION

Dans une trajectoire cohérente du Projet d'établissement (2016-2020) et avec la présence d'un secteur UHR et d'un PASA, la MDRI entend poursuivre un développement lui permettant de devenir un véritable pôle de référence (ou tout moins de s'en rapprocher) tout particulièrement sur sa zone de proximité et de manière plus générale sur son territoire de santé.

Cette ambition clairement exprimée (et partagée) offre un indéniable sens à l'action collective et constitue sans aucun doute un véritable moteur à la motivation des professionnels intervenants au sein de la MDRI. Cette finalité constituant elle-même la source essentielle à la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie d'une part, et à la promotion de la Bienveillance de l'institution, d'autre part.

LA METHODE
DU PE / PS 2021/2026

MDRI JONQUIERES
COURTHEZON

Un outil institutionnel de positionnement, de négociation, de management de communication auprès des personnes accompagnées, du personnel et de l'extérieur.

Préambule :

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

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

Les trois dimensions du projet sont descriptives, projectives et stratégiques (conduite de projet).

1- Mise en place d'un comité de pilotage

Objectifs

- Analyser les enjeux propres à la structure (Projet institutionnel)
- Organiser les processus
- Proposer un échéancier
- Choisir les thématiques à approfondir et valider l'évolution des étapes
- Mobiliser les différents acteurs
- Suivre l'ensemble de la démarche et assurer une transversalité des réflexions et des écrits
- Utiliser les RBBP
- Valider la rédaction et la diffusion des groupes de travail (thématiques)
- Assurer la mise en œuvre, le suivi, et la réactualisation du Projet d'établissement et du projet de soins.

Composition

- **Pilote :** le Directeur
- **Composition du COPIL :** Médecin Coordonnateur, Cadre de Santé, Responsable Administratif Responsable des prestations Hôtelières, Psychologue, et Responsable de la Sécurité des biens et des personnes.

Calendrier

- 10 réunions répartis entre 2015 et 2016

2- Réaliser les travaux préparatoires

- Recueillir les données disponibles
- Réaliser les analyses documentaires
- Analyser les données disponibles
- Réaliser des entretiens
- Ecouter, échanger
- Recueil des avis, souhaits et attentes et des usagers (CVS, commissions hôtelières, réunions des familles).
- Elaboration du Diagnostic, et de l'écriture du projet institutionnel
- Définition des valeurs de l'Institution
- Recueil des avis du personnel (Réunions de services, CSE et CA)
- Recueil des avis de l'ARS et du Conseil Départemental

3- Mettre en place des groupes de travail.

Composition des groupes

A partir du diagnostic institutionnel et de son projet, ainsi que des valeurs validées par le Conseil d'Administration, Création de 6 groupes de travail avec un pilote.

Groupe 1 : Projet hôtelier et animation.

Groupe 2 : Projet de soins et de bien-être.

Groupe 4 : Projet de sécurité des biens et des personnes :

Groupe 5 : Projet supports : managérial, ressources humaines, qualité, communication et financier.

Méthodes

- Choisir les thèmes de débat
- Organiser la composition du ou des groupes (transversale : les métiers doivent être associées) dans chaque thématique
- Formaliser la commande à l'égard du ou des groupes
- Organiser l'animation des groupes
- Recueillir les données disponibles
- Réaliser les analyses documentaires
- Analyser les données disponibles
- Réaliser des entretiens
- Ecouter, échanger
- Définir les valeurs
- Utiliser les RBBP
- Réaliser les écrits avec les objectifs, actions, l'évaluation et les indicateurs
- Organiser la diffusion des productions
- Recueil des avis, souhaits et attentes et des usagers (CVS, commissions hôtelières, réunions des familles).
- Recueil des avis de l'ARS et du Conseil Départemental

4. Rédiger le projet

- Choisir le rédacteur pour le projet d'établissement (Direction)
- Intégrer les résultats des évaluations internes et externe, les RAMA, les Bilans sociaux, le PRS, Le SDOMS etc.
- Intégrer les productions des groupes
- Ecrire les fiches actions
- Intégrer les tableaux de bord
- Organiser une navette avec le comité de pilotage/groupe(s) de travail

5. Valider le projet

- Organiser la présentation au CVS, CSE et CA
- Organiser la vérification technique par le comité de pilotage
- Organiser la validation par les instances dirigeantes
- Organiser l'envoi à l'ARS et Conseil départemental
- Présentation aux familles
- Présentation à l'ensemble du personnel du projet d'établissement avec les RBBP (10 réunions de 2h) par les membres du COPIL.

6. Faire vivre le projet

- Editer le projet avec ses annexes
- Editer une synthèse
- Editer des synoptiques
- Présenter le projet aux (nouveaux) intervenants
- Mettre en place le comité de suivi du projet (COPIL)
- Réviser le projet, au moins à mi-parcours
- Actualiser le projet au moins tous les 5 ans (bilan-évaluation, nouveaux objectifs)
- Ecrire les fiches action

7. La mise en forme du document

Au-delà de la rédaction proprement dite, il peut être utile de disposer de mises en forme différenciées du document, en fonction des usages prévisibles ou souhaités. Il est recommandé de réaliser deux documents :

- ✓ Un document principal, d'une centaine de pages, les annexes étant en plus et séparées physiquement de ce document
- ✓ Une synthèse d'une trentaine de pages, qui pourra reprendre les éléments principaux, notamment les objectifs d'évolution.
- ✓ Des synoptiques intégrés au livret d'accueil du salarié, du résident et sur le site de la structure
- ✓ Mettre en lien avec les RBBP, les procédures et protocoles de la structure
- ✓ Diffuser sur les kiosques d'informations du personnel

8. Le Projet d'établissement et ses références ...

Le projet d'établissement s'appuie sur :

- Les documents de positionnement institutionnel
- Les outils de la loi 2002-2 concernant les usagers
- Les outils de pilotage opérationnel (l'organigramme les budgets les référentiels relatifs à la démarche qualité les procédures formalisées les outils de management (fiches de poste ...).
- Les documents qui jalonnent la vie de la structure : les rapports d'activité les rapports de synthèse d'évaluation les différents questionnaires adressés par l'administration.
- Le public et son entourage : Les enjeux pour l'établissement ou le service
- La nature de l'offre de service et son organisation : La nature de l'offre de service, L'organisation interne de l'offre de service
- L'ancrage des activités dans le territoire : partenariats, ouverture, les textes relatifs à la catégorisation de l'établissement ou du service (CASF), les schémas régionaux ou départementaux, les arrêtés d'autorisation / agréments / habilitations
- Les conventions
- Les RBBP définies par l'ANESM.

Le projet d'établissement ou de service s'articule avec les évaluations interne et externe

- Le PE-PS nourrit l'évaluation
- L'évaluation est une base du PE-PS et de son actualisation

Le projet d'établissement ou de service intègre les évolutions majeures du secteur

- L'évolution de la place des usagers
- L'impact des nouveaux modes de coopération et de gouvernance
- L'ouverture de la structure sur l'environnement
- De nouveaux modes d'encadrement

Le projet d'établissement ou de service est élaboré avec la participation active des parties prenantes

- L'engagement des dirigeants
- La participation des professionnels
- La participation des usagers
- La participation des partenaires, des bénévoles et des stagiaires
- Les formes de participation

Outre la participation à des groupes de travail, les formes de contribution suivantes ont été repérées, de façon non exhaustive :

- ✓ Des recherches documentaires, portant sur les écrits déjà produits par la structure ou l'organisme gestionnaire ;
- ✓ Des recueils de données pour catégoriser les besoins du public accueilli ;
- ✓ La construction de tableaux de bord ;
- ✓ La réalisation d'entretiens auprès des usagers ;
- ✓ Sollicitations des avis et besoins des usagers et des familles au travers de réunions, CVS
- ✓ Sollicitations des membres du conseil d'administration.
- ✓ Le dépouillement d'une enquête de satisfaction ;
- ✓ La réalisation d'entretiens avec des partenaires sur les coopérations existantes ou souhaitables ;

85- Projet établissement et RBBP

Programme 1 : les fondamentaux

Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)

Programme 2 : l'expression et la participation

Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)

Programme 3 : les points de vigilance et la prévention des risques

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)

Programme 4 : le soutien aux professionnels

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS (avril 2012)

L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012)

L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012)

Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)

La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)

Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)

Programme 5 : les relations avec l'environnement

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)

Programme 7 : la qualité de vie

Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (Volet Ehpad) (Juillet 2016)

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (Mars 2015)

Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (Mai 2014)

Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012)

Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012)

Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)

Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)

L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009)

Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)

Programme 7 : la qualité de vie

L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et en Unité d'hébergement renforcée (UHR)

Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées

Accompagner la fin de vie des personnes âgées au domicile ou en établissement médico-social