Association Anne Boivent / départements Ille-et-Vilaine et Mayenne

MAISON SAINT JOSEPH DE CHAUDEBŒUF

EHPAD – FV - FAM

Projet d'établissement 2017–2022

EHPAD

Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf – EHPAD – FV – FAM
35133 Saint Sauveur des Landes - ☎ 02 99 98 80 03 • 🖷 02 99 98 89 18 • ✉ chaudeboeuf@anneboivent.fr
Siège Social : Association Anne Boivent – 8 bd de la Chesnadière – 35300 FOUGERES ☎ 02 99 94 95 70 • 🖷 02 99 94 54 17

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1.1 FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2

1.2 METHODOLOGIE 4

POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1. HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION 9

2.2. ORGANISATION DU SIEGE DE L'ASSOCIATION 9

2.2.1. Conseil d'Administration, missions du siège 10

2.2. L'ORGANIGRAMME DU SIEGE 13

2.3. LES VALEURS DE L'ASSOCIATION 15

2.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES 16

2.5. LA DEMARCHE QUALITE 17

2.5.1. Schéma 18

2.5.2. Piliers 19

2.5.3. Commission de bientraitance 20

2.5.4. Gestion des risques 21

POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

3.1. LA SITUATION DE L'ETABLISSEMENT 24

3.1.1. L'historique 24

3.1.2. Raison sociale 25

3.1.3. Capacité d'accueil 25

3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité 25

3.1.5. Les tarifs 26

3.1.6. La mission 27

3.1.7. Le service rendu 27

3.2. LES VALEURS DE L'ETABLISSEMENT 28

3.3. LES RECOMMANDATIONS ET TEXTES DE REFERENCE 28

3.3.1. Les chartes 28

3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM 28

3.4. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE 29

3.5. L'INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT 29

3.5.1. Les orientations régionales et départementales 29

3.5.2. L'inscription dans le réseau médico-social et sanitaire 33

3.6. LA POPULATION ACCUEILLIE.....35
3.6.1. Origine et attentes 35
3.6.2. Les départements et communes d'origine.....36
3.6.3. Caractéristiques de la population d'Ille et Vilaine.....37
3.6.4. Caractéristiques de la population de l'établissement 40

LE PROJET DE VIE
4.1. BILAN DU PROJET DE VIE 42
4.2. LES PREADMISSIONS.....42
4.3. UN ACCUEIL ADAPTE, INDIVIDUALISE ET DE QUALITE 44
4.4. UN HEBERGEMENT CONVIVIAL.....45
4.5. UNE RESTAURATION DE QUALITE, SOURCE DE PLAISIR.....46
4.6. LA POSSIBILITE D'AVOIR UNE VIE SOCIALE ET DE PARTICIPER A DES ANIMATIONS 47
4.7. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE.....48
4.7.1. Le recueil et observation des besoins et habitudes 48
4.7.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille 48
4.7.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident 49
4.7.4. Le départ provisoire ou définitif du résident.....49
4.8. UNE CULTURE DE BIENTRAITANCE ET UNE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE.....50
4.8.1. Une culture de bientraitance 50
4.8.2. Une prévention des risques de maltraitance.....50
4.8.3. La situation de l'établissement.....53

LE PROJET DE SOINS
5.1. LA PREVENTION ET GESTION DES RISQUES.....54
5.2. L'ACCES AUX SOINS, CONTINUITE DES SOINS ET URGENCE MEDICALE..64
5.3. L'ORGANISATION DES SOINS 66
5.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical 66
5.3.2. Les médicaments et les diverses dépenses de santé.....66
5.3.3. L'accompagnement psychologique 68
5.4. DEPENDANCE ET CHARGE EN SOINS.....69
5.5. RAPPORT D'ACTIVITES MEDICALES.....69

PROJET D'ANIMATION

6.1. LES ACTIVITES PROPOSEES.....70
6.2. BILAN DU PROJET D'ANIMATION AU REGARD DU PROJET D'ANIMATION 72

LES ANIMATIONS FESTIVES

PROJET ARCHITECTURAL

7.1. L'ORGANISATION ARCHITECTURALE.....74
7.2. LA SECURITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.....78
7.3. LES PROJETS EN COURS 78

LE PROJET SOCIAL

8.1. L'ORGANIGRAMME 83
8.2. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET DES TRANSMISSIONS ENTRE EQUIPES 85
8.3. LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX PERSONNELS....87
8.4. LA GESTION DES REMPLACEMENTS.....87
8.5. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES.....87
8.6. FORMATIONS.....88
8.7. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....88
8.8. LA COMMUNICATION EN INTERNE.....89
8.9 FICHES DE POSTE 91
8.10 ENTRETIENS PROFESSIONNELS ET D'EVALUATION 91
8.11 L'ANALYSE DE PRATIQUES.....91

LA DEMARCHE QUALITE

9.1. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE..... 93
9.1.1. Copil, mise en place de procédures.....93
9.1.2. L'autoévaluation 94
9.1.3. La gestion des évènements indésirables et des plaintes.....95
9.1.4. La communication avec les familles et les résidents 95

LE SYSTEME D'INFORMATION

10. Le système d'information 99

LES FICHES ACTIONS
11.1 Etat d'avancement par rapport à la convention tripartite.....101
11.2 Principaux points forts et points faibles.....113
11.3 Les fiches actions.....114

GLOSSAIRE.....133

Introduction

1.1 FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

C'est au début du 19è siècle que le château de Chaudeboeuf, donné par ses propriétaires à la communauté des sœurs de Rillé, est devenu un hospice, accueillant des déshérités, vieillards, malades, handicapés mentaux puis aussi des enfants malades.
Au fil des années, forte de son histoire, la Maison de Chaudeboeuf a évolué et propose aujourd'hui, un accueil diversifié, adapté à notre époque et aux besoins de notre société.

- Foyer de Vie
- Foyer d'accueil médicalisé
- Accueil de personnes âgées et de personne handicapées vieillissantes en EHPAD, avec accueil permanent et accueil temporaire

Géré par l'Association Anne Boivent, la Maison de Chaudeboeuf est porteuse de ses valeurs et suis ses indications pour l'avenir, en respect et adéquation avec les besoins recensés, notamment des préconisations de l'ARS et du Conseil Départemental d'Ille et Vilaine.

Le projet d'établissement se décline en une partie commune et trois parties distinctes, liées aux trois établissements en mutation, forts de leur présent et audacieux pour leur avenir. Il s'appuie sur LE PROJET MANAGERIAL dont le choix du Responsable d'Etablissements est de :

- développer la participation des professionnels par des groupes de travail sur des thématiques définies.
- prendre en compte l'histoire du site de la maison de Chaudeboeuf à St Sauveur des Landes.
- tenir compte de la spécificité de chaque établissement.
- répondre aux axes et recommandations précises de l'ARS et du Département faisant suite à l'Evaluation Externe ainsi qu'au rapport de l'ARS faisant suite à l'inspection du 23 octobre 2017.
- prendre en compte des évolutions du secteur

La Maison de Chaudeboeuf est en ordre de marche et a déjà entamé une évolution axée sur :

- l'ouverture du site à l'externe/interne, partenariat/partage.
- la mise en place de formations spécifiques aux évolutions et besoins (Trouble de la Sphère Autistique, Vieillissement des personnes en situation de handicap).
- la professionnalisation, (départ en retraite/évolution de postes, pérenniser des Emplois d'Avenir).

- la diversification des métiers sur le site (nouvelles professions) venant appuyer la qualité de l'accompagnement.
- la démarche Projet Architectural.

Pour les cinq années à venir, notre volonté est de faire progresser tous ces axes.
Notre but est de poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et le service rendu aux personnes accueillies et de favoriser l'épanouissement et l'évolution professionnels du personnel.

1.2 METHODOLOGIE

Le dernier projet datant de 1989, il est évident que le contexte a fortement évolué depuis 27 ans tant sur le plan réglementaire, que sur la démarche qualité (gestion des risques..) ainsi qu'au niveau de la prise en charge et d'accompagnement.

Les enjeux définis sont les suivants :

- ✓ Donner du sens à l'action de chacun, qu'elle soit adaptée et coordonnée
- ✓ Mettre en place une organisation structurée
- ✓ Créer une réelle dynamique professionnelle
- ✓ Renforcer le professionnalisme

L'élaboration du projet d'établissement s'est déroulée en deux phases :

- ✓ De Juin 2013 à Janvier 2014, avec la participation de différents groupes :

  - Le comité stratégique : composé du Président de l'Association Anne Boivent, du Directeur Général, du Responsable des Ressources Humaines et de membre du Conseil d'Administration. Son rôle était de donner les orientations stratégiques puis de valider ou d'amender les propositions effectuées par les groupes de travail et le comité de pilotage. Ce comité s'est réuni les 11 et 26 juin et le 16 décembre 2013.

  - Pour l'élaboration des projets de service, trois groupes de travail ont été constitués : 1 pour l'EHPAD, 1 pour le Foyer d'Accueil Médicalisé et 1 pour le Foyer de Vie. Les différentes catégories professionnelles étaient représentées dans chacun des groupes. Cela a permis de mettre l'accent sur les dysfonctionnements repérés, sur les motifs d'insatisfaction susceptibles d'altérer la qualité des prestations et aussi identifier des axes d'amélioration.

Les groupes se sont réunis aux dates suivantes :

- EHPAD : 27 septembre, les 4 et 17 octobre 2013
- FAM : 26 septembre, les 3 et 18 octobre 2013
- FV : les 22 et 31 octobre, 14 novembre 2013

  - Le comité de pilotage, intégrant les services supports, les représentants du personnel et du CHSCT. Ce groupe, représentatif de l'ensemble de l'établissement, a largement contribué, par ses propositions pertinentes à l'enrichissement du projet. Celui-ci s'est réuni les 20-27 novembre et le 4 décembre 2013.

Malgré ces temps de réunion, le projet d'établissement n'a pas été finalisé dans son ensemble.

L'arrivée de la nouvelle direction en 2015 a été l'occasion de reprendre les travaux initiés et d'engager parallèlement une réflexion concernant l'architecture du site avec pour objectifs de :

- Répondre aux normes d'accessibilité handicap
- Avoir une logique d'unité par structure
- Améliorer la qualité et la sécurité des lieux de vie
- Faciliter la logistique et la communication inter-services

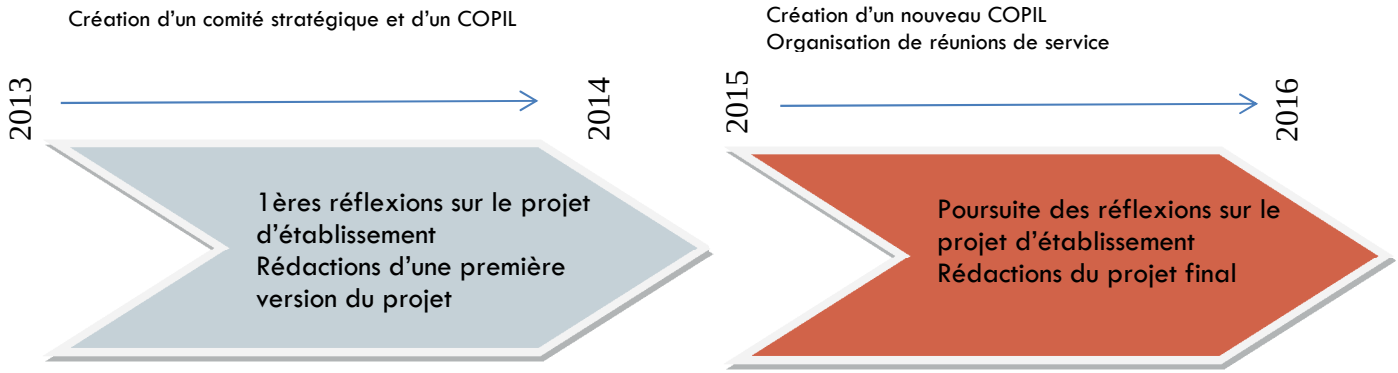
Un COPIL a été créé en 2016, constitué de représentants de salariés :

Chefs de service : Bernadette Bayer Emilie Chiron Sylvie Mardelé Gilles Raffray *Infirmière :* Maryline Montembault *Agent de maintenance :* Nicolas Deboire *Psychologue :* Angélique Le François	*Animation :* Sandra Boscher Stéphanie Burban *Atelier :* Armelle Prime *Agent de liaison :* Pascal Reniero *Cuisine :* Mikaël Gonnet *Accueil :* Joëlle Froc

Il s'est réuni à 4 reprises :

- 31/03/2016
- 20/04/2016
- 10/05/2016
- 31/05/2016

Entre deux réunions du groupe de travail, des réunions « retour projet » ont été assurées auprès de chaque service par les chefs de service. Ces temps d'échange ont été l'occasion d'informer les professionnels de l'état d'avancement du projet et donner l'occasion à ces derniers de formuler des propositions et observations.



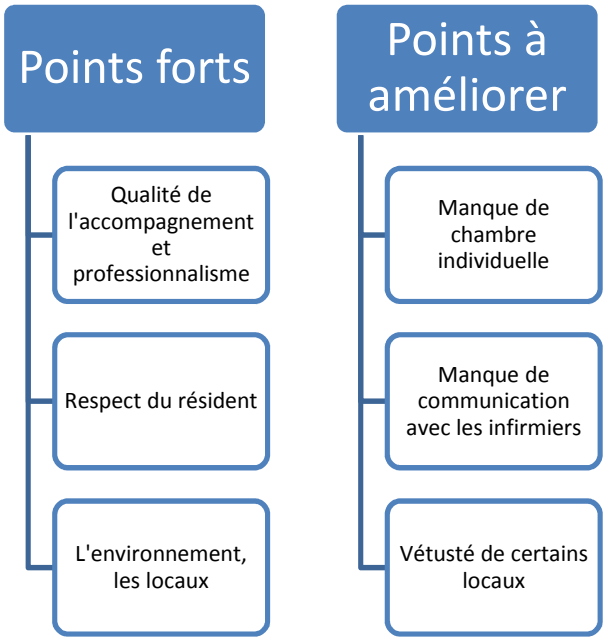
Prise en compte des observations et remarques des usagers, des familles et partenaires

Parallèlement, l'établissement a souhaité prendre en considération les observations et suggestions des familles et partenaires. Dans ce cadre, deux questionnaires de satisfaction leur ont été adressés.

1) <u>Questionnaire famille</u> :

Le questionnaire famille réalisée en novembre 2015 témoigne de :

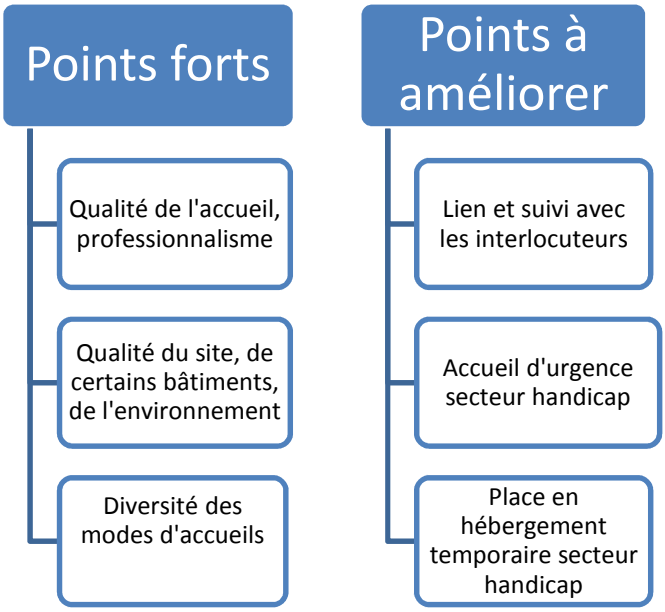
- ✓ la qualité des prestations et services rendus aux résidents. L'environnement et le professionnalisme de la structure semblent être des atouts indissociables à ce résultat. Dans l'ensemble, la structure a une bonne image (accueil, accompagnement, animation…), avec de nombreux points forts mais aussi des axes d'amélioration ::



Le projet a également été présenté à plusieurs reprises en CVS et lors d'une réunion spécifique de présentation du projet architectural le 1er décembre 2016.

2) ***Questionnaire partenaires :***

Les partenaires de l'établissement ont été sollicités par le biais de questionnaires en décembre 2015. Le retour est globalement positif avec :



Enfin, les orientations du projet d'établissement et du projet architectural ont été présentées aux organismes de tutelle à l'occasion de 2 réunions le 27 octobre 2015 et le 20 septembre 2016.

Le projet d'établissement a été validé en juin 2017 après consultation du CVS et du Conseil d'Administration le 26 juin 2017. Il fera l'objet d'une diffusion aux professionnels ainsi qu'aux partenaires.

Le positionnement de l'organisme gestionnaire

2.1. HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

L'Association Anne Boivent est née du regroupement des établissements médico-sociaux créés à l'origine par la Congrégation des sœurs de Rillé.

Elle est composée de représentants de la Congrégation et de personnes extérieures convaincues de l'importance de préserver l'esprit originel de l'œuvre fondée par les Sœurs depuis 1827.

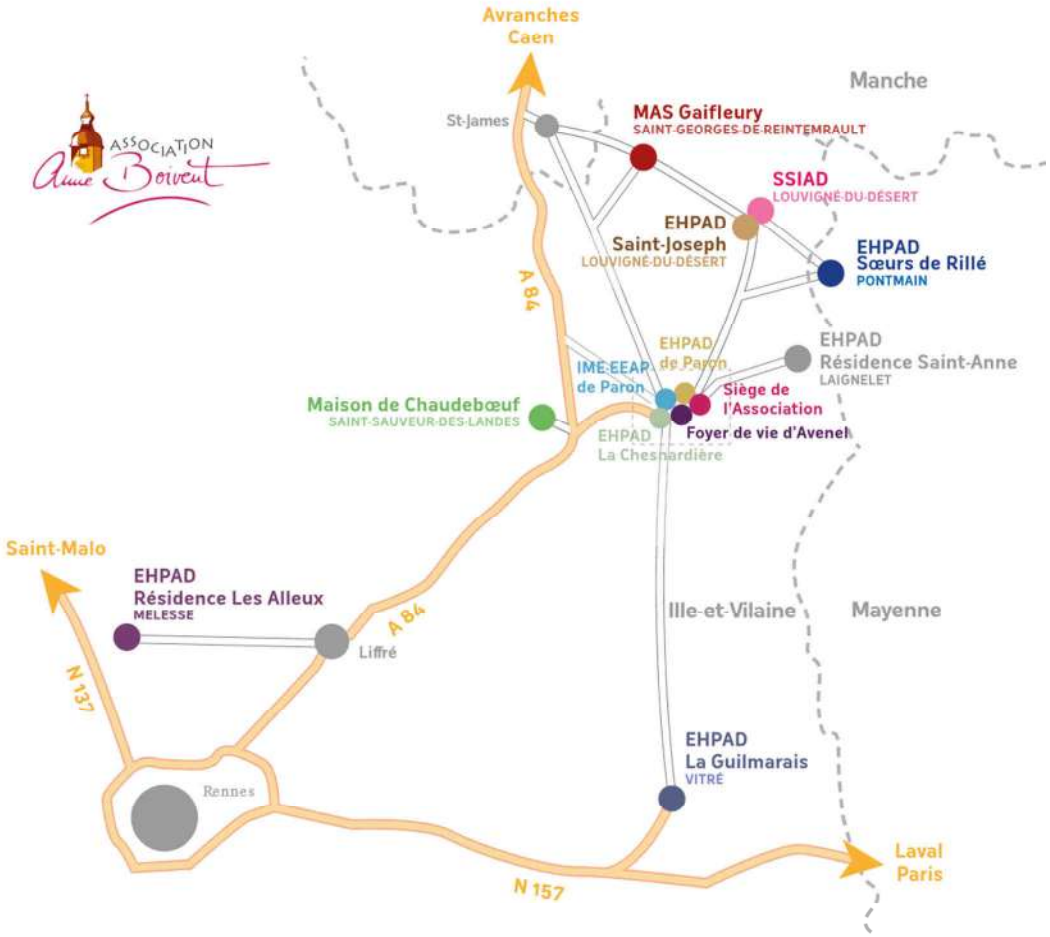
L'association accueille des *enfants et des adultes en situation de handicap, des personnes âgées et plus généralement toutes personnes en situation de fragilité*. Elle a pour but de les accompagner, les aider à vivre, en tenant compte de leur histoire et de leur environnement.

2.2. ORGANISATION DU SIEGE DE L'ASSOCIATION

LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS

L'association Anne Boivent gère la Maison Saint-Joseph de Chaudeboeuf (Saint Sauveur des Landes) mais aussi d'autres établissements :

- ✓ L'EHPAD La Chesnardière (Fougères)
- ✓ L'EHPAD de Paron (Fougères)
- ✓ L'EHPAD St Anne (Laignelet)
- ✓ L'EHPAD La Guilmarais (Vitré)
- ✓ L'EHPAD des Alleux (Melesse)
- ✓ L'EHPAD « Les Sœurs de Rillé » (Pontmain)
- ✓ L'EHPAD et le SSIAD Saint Joseph (Louvigné du Désert)
- ✓ Le Foyer de Vie d'Avenel (Fougères)
- ✓ IME EEAP Paron (Fougères)
- ✓ MAS Gaifleury (Saint Georges de Reintembault)



2.2.1. Conseil d'Administration, missions du siège

Conformément aux objectifs de son projet associatif, la structuration du siège et le développement des services communs aux structures s'est développé sur la période 2010/2016. L'effectif est aussi passé de 2 à 16 personnes sur cette même période.

Les fonctions du siège se sont élargies sur la base d'un nouvel ensemble de processus dont la responsabilité est assurée par le Directeur Général.

Les activités du siège sont réparties par pôle avec des attributions distinctes et des objectifs partagés. Le siège se doit d'être un « Siège Expert » au service des directions d'établissements.

Le siège gère ainsi les processus suivants :

Le Processus « Financier et Comptable »

Le siège au travers de son pôle comptable assure les fonctions suivantes :

- Etablissement des comptes administratifs
- Etablissement des budgets prévisionnels
- Elaboration du contrôle budgétaire et tableau de bord
- Consolidation des comptes annuels
- Animation des réunions et formation continue des comptables des établissements
- Relation avec le commissaire aux comptes
- Normalisation des comptabilités et contrôles internes

Le Processus « Gestion des Ressources Humaines »

Ce service est encadré par le Directeur des Ressources Humaines. L'ensemble des paies des établissements sont établies au siège de l'Association (15 600 en 2015).
Toutes les problématiques associées (contrat de travail pour les CDI, traitement des salaires et des charges sociales et veille juridique) sont mises en œuvre au siège.

De 2012 à 2015, la centralisation de la gestion des ressources humaines a permis à l'Association de redéfinir les bases de sa gestion des ressources humaines (fiabilisation des processus de paie, des procédures RH, sécurisation des pratiques, mise en place d'un CCE)

Le Processus « Gestion des projets des travaux et de la politique de sécurité »

Avec une recommandation de l'évaluateur externe, une analyse et une réflexion des enjeux, une nouvelle fonction de Responsable de Projets des Travaux et de la politique de sécurité du groupe a été intégrée dans l'organisation du siège en mars 2015.

Les missions qui sont dès à présent mises en œuvre dans le cadre de ce nouveau processus :

- une assistance à maitrise d'ouvrage auprès des responsables d'établissement,
- un état des lieux du patrimoine immobilier (en lien avec la Congrégation de Rillé propriétaire d'une partie des sites), et une gestion du parc immobilier,
- une gestion documentaire,
- le suivi de la mise en œuvre des avis de la commission de sécurité,
- le suivi de la gestion financière des opérations.

Les études de faisabilité, Plans Pluriannuels d'investissements (PPI), sont mis en œuvre par le Directeur Général.
Il en est de même pour l'analyse du contrôle budgétaire des opérations de construction et réhabilitation et les formalités administratives liées à ces opérations (demande d'agrément PLS, conventions DALO, livraisons à soit même et formalités TVA etc).

Le Processus « Management et Stratégie »

Le Directeur Général tient du Président une large délégation dont les seules limites sont :

- la capacité d'ester en justice,
- la capacité de signer les actes notariés, procès verbaux d'assemblée générale, de conseil d'administration et de bureau,
- le recrutement de cadre du siège, de directeur ou directeur adjoint,
- le déroulement de carrière et décision de rupture du contrat de travail d'un salarié cadre,

Les 7 domaines de délégation

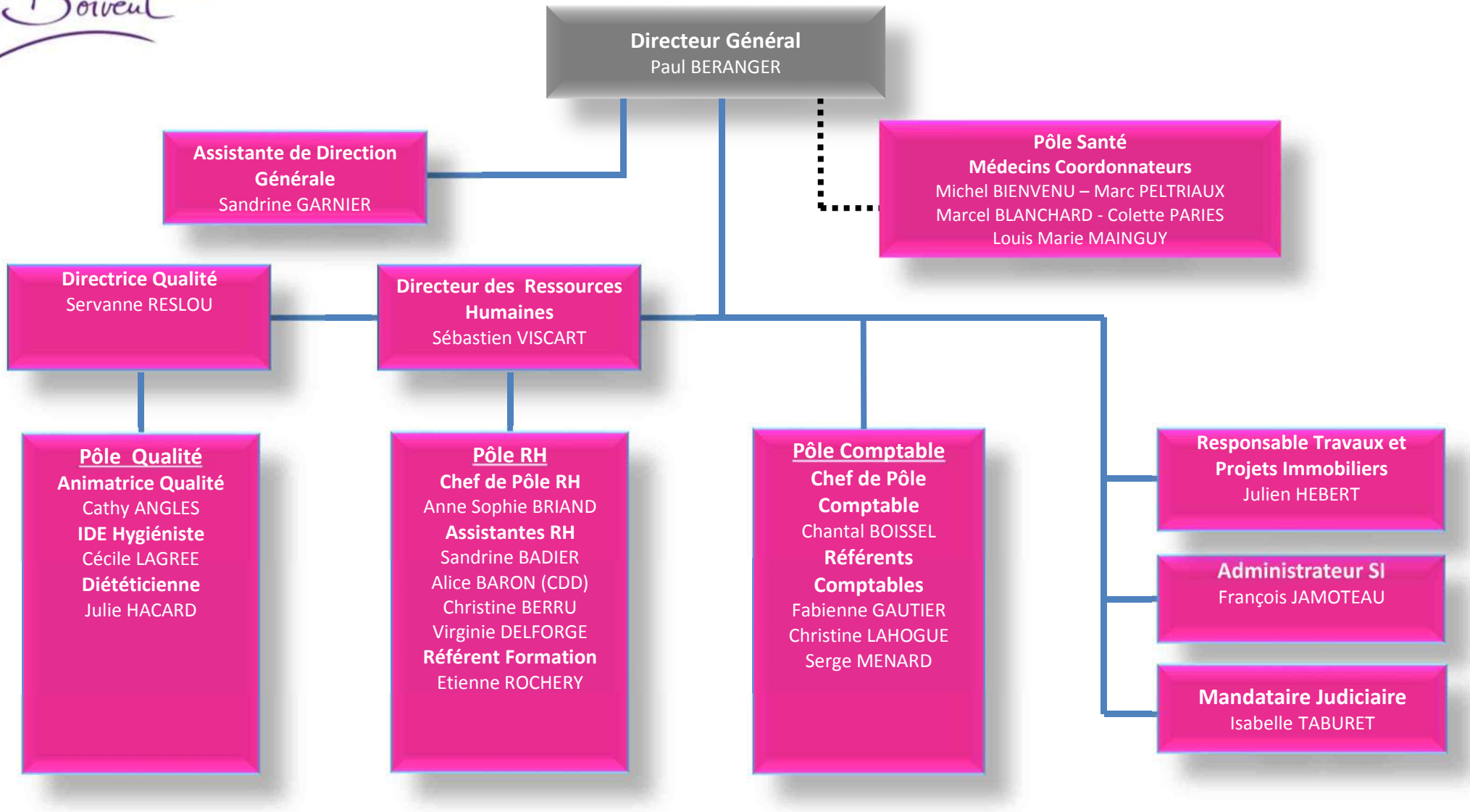
- la légalisation du travail et des accords d'entreprises,
- le respect les règles d'hygiène et de sécurité,
- la représentation de l'employeur dans le cadre des réunions avec les représentants de salariés,
- la gestion des rémunérations dans le cadre des budgets,
- le respect des dispositions des CCN, gérer les rémunérations suivant ces dispositions et assurer les obligations au niveau des déclarations sociales,
- l'actualisation des connaissances concernant la réglementation économique, fiscale et sociale et engager l'association dans le respect de cette réglementation,
- le respect de la réglementation liée à l'action sociale

Le Directeur Général préside le comité central d'entreprise (CCE) mis en place en décembre 2012.

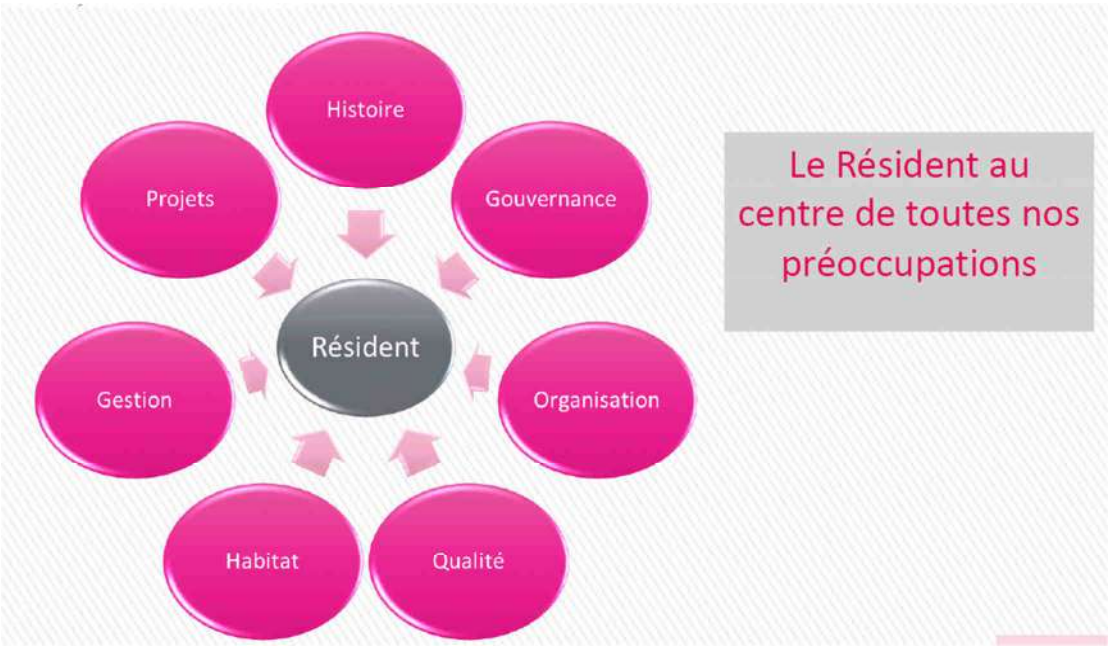
2.2.1. Organigramme du siège

Siège de l'association :
Nom : Association Anne Boivent
Adresse : 8 Boulevard de la Chesnardière
CP Ville : 35300 Fougères
N° téléphone : 02-99-94-95-70
Numéro FINESS : 35004 3915
Nature juridique : Association loi 1901 à but non lucratif
Siege@anneboivent.fr

Organigramme au 31.12.2016



2.3. LES VALEURS DE L'ASSOCIATION



2.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

- La contractualisation : l'Association est prête à s'engager dans une démarche de contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens.

- L'organisation par pôle : une nouvelle évolution est récemment mise en place avec une organisation par Pôle :

  - Un Pôle Personnes Agées
  - Un Pôle Personnes Handicapées

  Le passage d'une organisation horizontale à une organisation verticale permettra de positionner deux Responsables métiers qui seront des liens directs avec les Responsables d'Etablissement.

- La mise en place d'une politique de communication notamment par la définition d'une charte graphique, la publication d'un bulletin d'information, l'organisation d'une manifestation associative…

- La veille par rapport à la politique du territoire par le suivi des actions et de la politique du territoire (partenariats, appels à candidatures…)

- Une évolution du système d'information avec le recrutement d'un administrateur réseau et la ré-internalisation de l'équipement informatique.

- La centralisation des travaux comptables au niveau du siège

- La poursuite de la démarche qualité et gestion des risques avec le suivi des évaluations internes et externes, la mise en place d'une culture de gestion du risque, une harmonisation des pratiques de la démarche qualité au sein des différents établissements…

- La centralisation de l'ingénierie de formation avec la définition d'une politique globale de formation en fonction d'axes stratégiques arrêtés annuellement.

- Le déploiement du nouvel accord relatif au temps de travail

2.5. LA DEMARCHE QUALITE

Une nouvelle dynamique a été lancée au début de l'année 2016 avec la réorganisation du processus qualité afin de structurer la démarche. Dans ce cadre, une Directrice Qualité Groupe et une Technicienne Qualité ont été nommées.

Parallèlement, un groupe de référents qualité pluri-établissement et pluridisciplinaire a été constitué. Au sein de la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf, deux référents qualité ont été nommés après appel à candidature associatif.

Les objectifs de cette nouvelle démarche sont notamment de :

- faire fonctionner les COPIL Qualité et d'assurer le suivi de l'état d'avancement de la DACQ,
- mettre en place des réunions CREX et PRAP trimestrielles,
- de former le personnel à l'utilisation du logiciel qualité Kalit'expert
- d'aider les établissements à mettre en place la gestion documentaire
- réaliser un Document Unique des Risques Professionnels
- réaliser des enquêtes de satisfaction
- organiser des audits inter-établissements
- mettre en place des guides qui permettront de répertorier la législation et des recommandations sur un thème déterminé afin de faciliter le travail d'élaboration des procédures.

2.5.1. Schéma

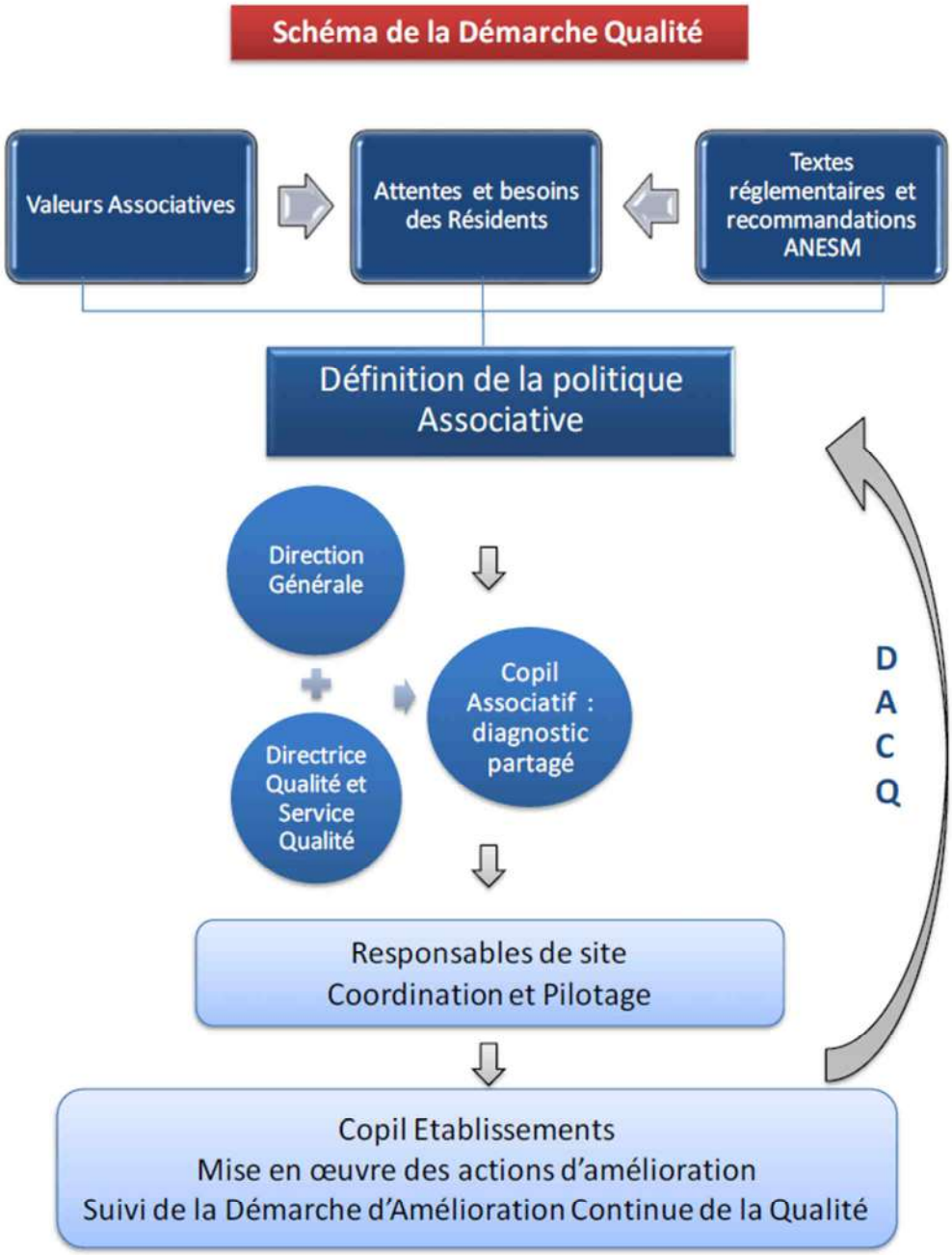


Schéma de la Démarche Qualité
Valeurs Associatives
Attentes et besoins des Résidents
Textes réglementaires et recommandations ANESM
Définition de la politique Associative
Direction Générale
Directrice Qualité et Service Qualité
Copil Associatif : diagnostic partagé
D A C Q
Responsables de site
Coordination et Pilotage
Copil Etablissements
Mise en œuvre des actions d'amélioration
Suivi de la Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité

2.5.2. Piliers

Les 5 Piliers Associatifs

Pilier1	Pilier 2	Pilier 3	Pilier 4	Pilier 5
Culture du groupe	**Accompagnement**	**Sécurisation des organisations**	**Bientraitance**	**Créativité, Innovation et Ouverture**
•Définition du Pilier •Développer l'association et la culture du groupe au travers de la richesse des forces individuelles •Objectifs du Pilier •Pérenniser l'association et répondre aux exigences budgétaires •Mutualiser et formaliser les bonnes pratiques •Communiquer entre nous et faire parler de nous •Utiliser l'inter disciplinarité en levier de progression •Poursuivre le décloisonnement entre les structures gérées	•Définition du Pilier •Proposer dans un environnement institutionnel un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie •Objectifs du Pilier •Développer et suivre l'implémentation des projets (d'établissement, de vie des résidents) •Adapter l'environnement architectural aux besoins des résidents •Recueillir et traiter les attentes et les insatisfactions des résidents et des familles.	•Définition du Pilier •Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers •Objectifs du Pilier •Développer la culture qualité •Développer la culture de gestion du risque •Répondre aux exigences réglementaires •Professionnaliser les équipes •Suivre nos fournisseurs et nos sous-traitants	•Définition du Pilier •Maintenir la bientraitance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques •Objectifs du Pilier •Sensibiliser les salariés à la bientraitance •Développer les analyses des pratiques •Analyser et suivre la maltraitance	•Définition du Pilier •Favoriser la créativité et l'innovation •Objectifs du Pilier •Avoir la capacité de répondre aux appels à projet •Répondre aux évolutions de la demande •Développer l'offre de service •Favoriser le travail en réseau, la logique de partenariat et la coopération entre établissements d'un même territoire

2.5.3. Commission de bientraitance

Une Commission Bientraitance a été mise en place au sein de l'Association et s'est réunie la première fois le vendredi 11 décembre 2015. Son premier objectif a été de valider une charte associative sur la bientraitance, affichée dans tous les établissements de l'Association.

Ses missions :

- ✓ Assurer le rôle d'une commission éthique
- ✓ Garantir la pluralité des regards
- ✓ Avoir un rôle de tiers garant du cadre
- ✓ Apporter une compétence relationnelle et technique
- ✓ Promouvoir le concept de bientraitance
- ✓ Proposer une écoute, un accompagnement aux professionnels en difficulté.

Dans l'accomplissement de ces objectifs, l'intérêt sera de :

- ✓ Promouvoir la parole de tous les professionnels : échanger autour des observations de proximité, les sensibiliser régulièrement sur le sens de leur mission, favoriser le partage et l'enrichissement de compétences autour des observations quotidiennes, formaliser des supports d'information adaptés,
- ✓ Accompagner et encourager la prise de recul : donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers que le professionnel accompagne, soutenir les professionnels par une réflexion régulière, inscrire les échanges dans la DACQ (Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité), mettre en place un accompagnement ponctuel en cas d'évènement très difficile, encourager la réflexion éthique,

Sa composition :

- ✓ Le Président de l'Association
- ✓ Un psychologue
- ✓ Deux Responsables d'établissement PA/PH
- ✓ Deux administrateurs
- ✓ Un médecin
- ✓ Le technicien qualité
- ✓ Une secrétaire
- ✓ Deux personnes extérieures qualifiées
- ✓ Des membres invités

2.5.4. Gestion des risques

La cartographie des risques

Ces travaux ont été initiés à la demande des Administrateurs lors de la réunion du bureau du 15 janvier 2015. Le Président de l'Association a exprimé sa volonté d'engager sur l'année 2015 une réflexion sur la Gestion des Risques. Cet engagement a été renouvelé au niveau de la présentation des perspectives 2015 dans le rapport d'activité lors de l'Assemblée Générale du 28 mai de l'année dernière.
Cinq domaines de risques ont ainsi été définis :

- Risques liés à l'environnement.
- Risques managériaux.
- Risques opérationnels.
- Risques concernant les usagers.
- Risques professionnels.

Avec des équipes constituées de Pilotes et de Participants, la démarche a consisté à :

- Identifier les risques susceptibles de causer des dommages aux usagers, aux professionnels, aux biens de l'association et aux visiteurs.
- Evaluer la criticité de chaque risque identifié.
- Déterminer nos points forts et nos points faibles.
- Définir un plan d'actions d'amélioration (objectifs, responsabilités, acteurs, moyens, délais, résultats attendus).

La synthèse ci-dessous fait ressortir les éléments suivants :

- 7 risques sont classés dans la catégorie « Risques graves devant être corrigés ». Ceux-ci entraineront donc une planification d'actions à un an. Ces risques ont été présentés aux administrateurs.
- 78 « risques Modérés » devront faire l'objet d'un suivi et entraineront une planification d'actions à deux ans.
- Enfin, 98 risques classés « Risques Maitrisés » n'entrainent pas d'actions particulières.

En outre, dans le cadre de la prévention des risques, l'Association a établi un Plan bleu décliné au sein de chaque établissement. Le document prévoit les démarches et moyens à mettre en œuvre pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel quelque soit sa nature. Dans ce cadre, différentes procédures ont été élaborées afin de préciser les conduites à tenir dans les situations suivantes :

- Canicule
- Infections associées aux soins
- Interruption alimentation électrique
- Rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine
- Légionnelles, etc.

POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

3.1. LA SITUATION DE L'ETABLISSEMENT

3.1.1. L'historique

- *Chaudeboeuf hier…*

Le château de Chaudeboeuf appartenant à Mme la Comtesse Henri de la Haye St Hilaire dite Mme de Chaudeboeuf, fut légué le 6 juillet 1863 à la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur.

Alors devenu hospice, le château fut sous la protection de St-Joseph, un asile pour les pauvres, les déshérités de la région fougeraise.

Chaudeboeuf reçu également une autre catégorie de déshérités : ceux dont « l'intelligence devait rester bornée ou dont les facultés mentales anormales ne pouvaient leur permettre de gagner leur vie ».

Chaudeboeuf eut aussi son pavillon d'enfants (accueil d'enfants chétifs ou orphelins) dès 1875.

3.1.2. Capacité d'accueil

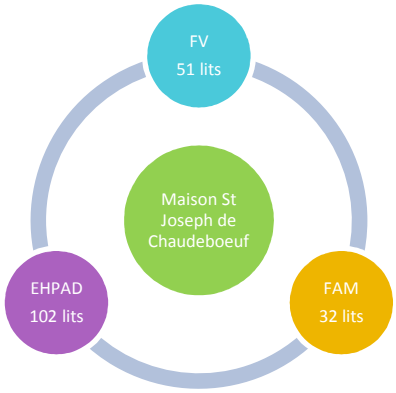
Raison sociale de l'établissement	**Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf**
SIRET	**43447329400057**
Code finess	**EHPAD : 350006409** **FV : 350039772** **FAM : 350039533**
Adresse	**35133 Saint Sauveur des Landes**
Téléphone/Fax/Mail/Site internet	**Tel : 02 99 98 80 03** **Fax : 02 99 98 89 18** **Mail : chaudeboeuf@anneboivent.fr** **Site internet : www.anneboivent.com**
Nature juridique de l'établissement	**Associatif loi 1901**

3.1.3. Capacité d'accueil

Depuis 1998, Chaudeboeuf est devenu un établissement médico-social privé et rattaché à l'Association Anne Boivent (loi 1901).

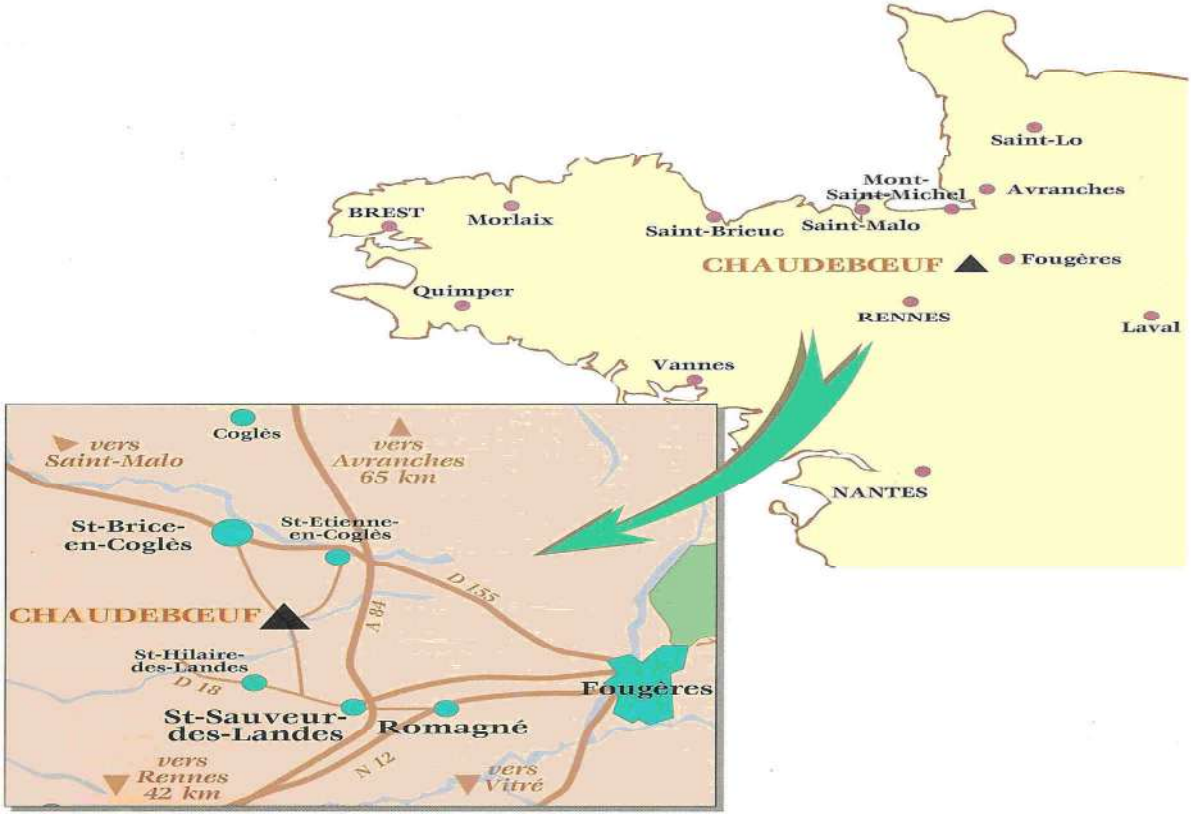
La Maison St Joseph de Chaudeboeuf accueille sur le site 3 structures administratives distinctes :

- ✓ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) regroupe : 102 places
  - La Maison de Retraite (MR) 40 places (dont 2 en hébergement temporaire)
  - La Maison de Retraite Spécialisée (MRS) 62 places accueillent des personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Le Foyer de Vie (FV) 51 places
- ✓ Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) 32 places



3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité

La Maison Saint-Joseph de Chaudeboeuf, localisée sur la commune de St Sauveur des Landes dans le département d'Ille-et-Vilaine à proximité de l'autoroute A84 (axe Rennes-Caen) jouit d'un cadre de verdure qui donne à l'établissement un caractère spécifique.



3.1.4. Les tarifs

Année		Tarif hébergement	Tarif dépendance
2016	MR	50,59 €	6, 71€
	MRS	82,19 €	6,79 €

3.1.5. La mission

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.
L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des prestations proposées, à aider et accompagner les résidents dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacement, alimentation) sans se substituer à eux.

3.1.6. Le service rendu

Les prestations sont proposées en respectant le libre choix du résident, en recherchant systématiquement son consentement éclairé, en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation des conditions et conséquences de son accompagnement, et en veillant à sa compréhension.
Le résident peut désigner une personne de confiance (art L 1111-6 du code de la santé publique). Elle sera consultée au cas où ce dernier ne pourrait plus exprimer sa volonté et recevoir toute information nécessaire.

Prestation d'hébergement :

- ✓ Prestation d'accueil hôtelier (location d'une chambre, ameublement, utilisation de locaux communs, chauffage, éclairage, fourniture et entretien du linge hôtelier).
- ✓ Prestation de restauration (3 repas quotidiens et une collation. Application des régimes prescrits par le médecin) et intervention de la diététicienne.
- ✓ Prestation d'entretien (nettoyage et entretien des locaux privatifs et collectifs, entretien du linge personnel).
- ✓ Prestation d'animation et de vie sociale (animations, accès au téléviseur commun).
- ✓ Repas des familles avec un tarif semaine et WE/jours fériés.

Prestation dépendance :

- ✓ Prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins (interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale : aide à la prise des repas, à l'habillage, aux déplacements,…).

Prestation de soins :

- ✓ Distribution des médicaments.
- ✓ Suivi de l'état de santé et soins courants
- ✓ Suivi individuel et personnalisé (réunion « Projet de Vie Individualisé »).
- ✓ Prévention et analyse des risques et application des différentes recommandations de bonnes pratiques

3.2. LES VALEURS DE L'ETABLISSEMENT

Les établissements et services de l'Association agissent pour promouvoir et traduire en actions des valeurs partagées :

- ✓ La primauté de la vie, l'intégrité de la personne
- ✓ Le respect de la dignité de la personne et de l'expression de sa volonté quelque soit son degré de dépendance et d'autonomie
- ✓ La prise en compte de la fragilité de la personne humaine
- ✓ L'écoute, l'attention à l'autre, l'intérêt pour ce qu'il est, en l'accueillant avec ses richesses, ses faiblesses, son histoire, sa religion et ses convictions
- ✓ L'échange, l'esprit de solidarité

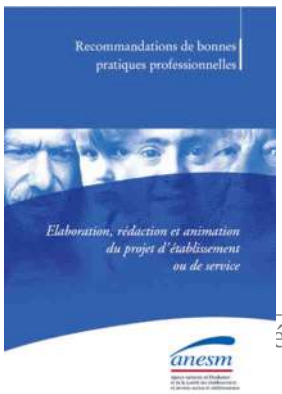
3.3. LES RECOMMANDATIONS ET TEXTES DE REFERENCE

3.3.1. Les chartes

L'établissement est attaché à deux chartes, celle des droits et liberté de la personne accueillie et celle des droits et liberté de la personne âgée dépendante.
Les documents sont expliqués et signés par le résident et/ou la famille et si besoin, utilisés comme outil de référence lorsque les exigences des familles sont contraires aux droits et liberté de leur parent ou des autres résidents.

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

Quelques unes des recommandations prises en compte dans le projet d'établissement :



- ✓ «L'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service» figurait au programme de travail 2009 de l'Anesm, au titre du soutien aux professionnels. Elle se réfère à l'ensemble des recommandations publiées par l'Agence, et plus particulièrement à :
- ✓ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (juin 2008) ;
- ✓ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008) ;
- ✓ « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » (décembre 2008);

- ✓ « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code l'Action sociale et des familles » (avril 2009).
- ✓ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- ✓ Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses (2016)

3.4. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

La convention tripartite et pluriannuelle signée le 1er février 2010, fixe les conditions de fonctionnement sur le plan financier, et celles de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins prodigués. Elle fixe également les actions prioritaires à conduire jusqu'en 2015. À ce jour la convention n'a pas été renouvelée.

3.5. L'INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT

3.5.1. Les orientations régionales et départementales

Pour l'élaboration de son projet d'établissement, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf a pris en considération les orientations des différents schémas régionaux, départementaux, notamment :

Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap – CD 35 – 2015/2019

Page 95

« Le vieillissement se traduit souvent par des déficiences liées à l'âge qui viennent s'ajouter à celles qui sont à l'origine de leur handicap, voire qui aggravent ces dernières. Ce phénomène génère fréquemment une fatigabilité accentuée, le besoin d'une adaptation des lieux de vie et d'activité, parfois l'orientation vers une solution institutionnelle différente plus lourde ».

Page 181

« Au 31 décembre 2014, l'Ille et Vilaine compte 12 279 places d'hébergement permanent, soit 798 places de plus qu'en 2005.

Le département d'Ille et Vilaine ayant été considéré comme un département plus doté que la moyenne nationale en termes de places d'hébergement pour personnes âgées et les modalités de création des places nouvelles ayant été revues, l'offre d'accueil a réussi à croître mais à une moindre hauteur que ce qui était escompté.
Par conséquent, l'augmentation de la capacité d'accueil a été moins rapide que l'augmentation du nombre de personnes de 75 ans et plus dans le département (+2,9% par an sur la période 2005-2013).
Le taux d'équipement rapporté à cette population s'est donc dégradé, passant de 167 places pour 1000 personnes en 2005 à 140 places en 2014 ».

Page 225
« Certains EHPAD ont mis en place des unités dédiées à l'accueil de personnes qui, avant leur admission, étaient reconnues en situation de handicap. Ils leur proposent ainsi des activités adaptées à leurs rythmes, à leurs capacités et à leurs centres d'intérêt. Un EHPAD a obtenu la reconnaissance de son projet d'accompagnement spécifique auprès des personnes handicapées vieillissantes.
Trois maisons de retraite dites spécialisées, accueillent égaiement des personnes qui, avant leur entrée, étaient reconnues en situation de handicap ».

Page 289
« Il ressort de l'analyse de cette enquête que les structures, faute de pouvoir proposer un accompagnement adapté à ces personnes, refusent parfois, voire souvent, leur admission et sont démunies pour accompagner ces personnes une fois qu'elles sont admises.
Un défaut de formation des professionnels au sein des EHPAD ressort clairement des résultats. Par ailleurs, les structures déplorent un manque de suivi des résidents concernés de la part des services de psychiatrie ».

Page 304
« Améliorer le parcours des personnes

- *Promouvoir l'inclusion des enfants et adultes avec TED*
- *Anticiper les passages vers l'aval en créant des passerelles entre les différents modes d'accompagnement.*

Rechercher la signature de conventions de partenariat entre les différents types d'établissements médico-sociaux et sanitaires (EHPA/EHPAD/FAM/Foyer de Vie/Centre Hospitalier/psychiatrie) afin d'améliorer l'articulation avec le milieu hospitalier et la psychiatrie et ainsi éviter les ruptures de parcours et améliorer l'interconnaissance des acteurs ».

Page 306
« Action : renforcer la présence de professionnels dans les établissements pour personnes âgées.
La création au sein des EHPAD sur le modèle des PASA, des unités dédiées à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ».

Schéma régional organisation médico-sociale ARS Bretagne

Pathologies psychiatriques dans les EHPAD :

Le diagnostic souligne :

« *Un nécessaire développement de la démarche qualité et du management en établissements et services : l'enjeu du vieillissement de la population est important et nécessite, au-delà du développement du nombre de places en Établissements et Services Médico-sociaux (ESMS), un accompagnement à la professionnalisation des équipes pour une recherche permanente de qualité de service* » p.400

« *Un accompagnement mieux coordonné des personnes âgées dans leurs parcours de vie : l'accroissement de la dépendance et les besoins en soins des personnes âgées conduisent à faire appel aux services relevant du médico-social, aux soins en ambulatoire mais aussi souvent à des prises en charge hospitalières. La construction de filières de soins gériatriques et le développement des réseaux pour personnes âgées ont pour objet de mieux organiser ces parcours de vie en coordonnant les interventions des professionnels autour de la personne âgée. Cependant, cette coordination pourrait être améliorée* ».p.400

« *Le vieillissement de la population handicapée : cette population présente un vieillissement précoce, lié à plusieurs motifs : la prise prolongée de médicaments et leur iatrogénie, les conditions et les rythmes de travail exigés en ESAT, l'alimentation difficile ou déséquilibrée, une activité physique insuffisante, l'évolution propre du handicap etc. Le vieillissement psychopathologique est une autre caractéristique de l'avancée en âge des adultes handicapés.*

En 2006, une enquête de la DRASS révélait que la moyenne d'âge en ESMS pour personnes handicapées en Bretagne était de près de 40 ans. Quelques Conseils Généraux ont, dans leurs schémas Handicap, souligné ce problème et engagent les gestionnaires d'établissements à envisager de nouveaux types d'accueil pour cette population. Néanmoins, les solutions sont peu nombreuses en Bretagne, les personnes handicapées vieillissantes restant alors en ESAT, en Foyer de vie ou en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Une réflexion plus active sur ce sujet, en partenariat avec les Conseils Généraux, mérite d'être menée ce qui permettra aussi de faciliter la fluidité des parcours ». p.401

"Le Handicap et le vieillissement" est l'un des 5 thèmes identifiés comme stratégiques par le niveau national » p.442

Le diagnostic du Schéma Régional d'Organisation médico-sociale de l'ARS précise que le vieillissement des personnes handicapées demande « *une évolution des pratiques professionnelles (besoin de formation notamment) et impacte les organisations professionnelles (adaptation nécessaire du bâti, adaptabilité des projets de service aux projets de vie…). Les établissement et services à travers leur projet institutionnel doivent intégrer les éléments liés au vieillissement. Cela peut se concrétiser par de l'acquisition de matériel adapté à la dépendance, un renforcement des compétences mobilisables (notamment médicales), le développement des coopérations structurées entre le médico-social et le sanitaire* ». p.445

« Il a été noté que dans le processus du vieillissement, le bruit est un élément important de souffrance des personnes handicapées vieillissantes au sein des établissements qui accueillent un public de toute tranche d'âge. Afin de prévenir ce problème et permettre à la personne de continuer à vivre le plus longtemps possible dans son lieu de vie, il serait souhaitable, voire recommandé, de prévoir les adaptations architecturales nécessaires (création d'unité spécifique, signalétique, insonorisation…) dans le cadre de constructions nouvelles et/ou de restructurations »p.446

Le schéma établit un constat similaire à celui de l'établissement, à savoir « *qu'il peut y avoir, dans les structures pour personnes âgées, une incompatibilité avec les résidants « traditionnels » d'une maison de retraite (personnes dépendantes dont la moyenne d'âge se situe entre 85 et 90 ans), liée souvent à des comportements bruyants des personnes handicapées et une situation d'isolement pour la personne handicapée liée à la différence d'âge et de dépendance* ». p.446

3.5.2. L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire

L'établissement travaille en lien avec de nombreux partenaires. Toutefois, certains partenariats sont insuffisamment formalisés et évalués. En outre, l'établissement doit poursuivre son ouverture vers l'extérieur en communiquant encore davantage sur les prestations et les orientations à venir (ESAT, FV, EHPAD…)

Le réseau se compose de personnes, d'institutions ou des organismes sur lesquels l'établissement peut s'appuyer.
Le partenariat permet une amélioration de la qualité de prise en charge, l'établissement a signé plusieurs partenariats.

- ✓ L'établissement a une convention avec la pharmacie de Saint Aubin du Cormier qui assure la préparation des médicaments sous forme d'escargots. Les infirmières faxent les ordonnances puis la pharmacie prépare et livre les escargots contenant le traitement.

- ✓ Médecin : Les résidents sont libres de choisir leur médecin traitant. Un médecin salarié intervient tous les mardis matin au sein de la structure.

- ✓ L'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Fougères : La convention a été signée en 2009 et permet une prise en charge complémentaire pour les résidents en situation de soins palliatifs.

- ✓ Médecin psychiatre et infirmier du Centre Hospitalier Guillaume Regnier de Rennes : Trois ou quatre fois par an, le Médecin-Psychiatre se rend au Centre de Soins de l'établissement rencontrer les résidents qui le souhaitent ou le nécessitent. Ils interviennent après une demande conjointe du personnel d'accompagnement des unités et des infirmières. Depuis le mois de novembre 2016, les interventions des infirmiers psychiatriques au sein de la structure se sont accentuées, à raison d'une permanence hebdomadaire.
  Une convention doit être signée avec le CHS Guillaume Régnier pour pérenniser cette coopération très appréciée des professionnels.

- ✓ L'HAD

- ✓ Les kinésithérapeutes : plusieurs kinésithérapeutes interviennent au sein de l'établissement sur prescription médicale. Le choix de ces praticiens est laissé au résident lui-même ou à sa famille.

- ✓ La pédicure-podologue : Une pédicure-podologue libérale intervient toutes les 4 semaines dans l'établissement à la demande du résident lui-même ou à celle du Personnel d'accompagnement des unités d'hébergement.

- ✓ Les amis de Chaudeboeuf : il s'agit d'une association de bénévoles au sein de l'établissement. Ces personnes interviennent principalement au niveau des animations collectives.
- ✓ CH Fougères
- ✓ Appui Santé
- ✓ URIOPSS Bretagne
- ✓ CLIC
- ✓ CREAI
- ✓ MPDH, ARS, CD35
- ✓ Centres de formation notamment IFSI et Askoria
- ✓ Médecins spécialistes : neurologues, psychiatres…
- ✓ Réseau soigner ensemble
- ✓ Le SCA Service Commun d'Achat

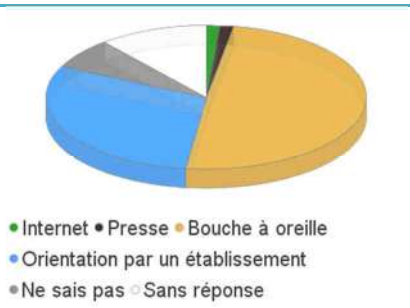
3.6. LA POPULATION ACCUEILLIE

3.6.1. Origine et attentes

Le questionnaire de satisfaction adressé en 2015 aux familles abordait les raisons ayant motivé le choix de l'établissement.
50% des répondants ont connu la structure par le bouche à oreille. Pour 33% d'entre eux, il s'agissait d'un choix contre 42%.

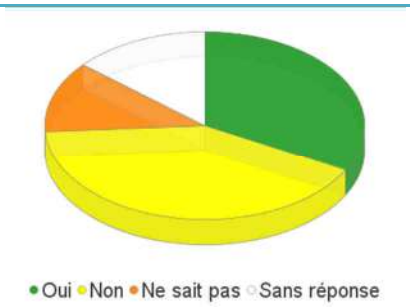
Connaissances de l'établissement :

Internet	**1%**
Presse	1%
Bouche à oreille	50%
Orientation par un établissement	31%
Ne sais pas	6%
Sans réponse	11%



Choix de l'établissement :

Oui	**33%**
Non	42%
Ne sait pas	12%
Sans réponse	13%



Les principales attentes des résidents et des familles concernent :

- La qualité de l'accompagnement et le professionnalisme
- Le Respect du résident
- L'environnement, les locaux
- Les activités proposées
- La qualité des soins prodigués.

3.6.2. Les départements et communes d'origine

Dept	Communes	Nbre de résidents MR
35	Baille	2
35	Chasne sur illet	1
35	Chateaugiron	1
35	Fougeres	5
35	Javene	1
35	La chapelle janson	1
35	La Chapelle St Aubert	1
95	La Frette-sur-Seine (95)	2
35	Le Chatellier	1
35	Le loroux	1
35	Liffre	1
35	Louvigne du desert	1
35	Montours	2
35	Parce	1
53	Parne S/ Roc (53)	1
35	Romagne	1
35	Saint brice en cogles	2
35	Saint etienne en cogles	1
35	Saint germain en cogles	2
35	Saint hilaire des landes	7
35	Saint ouen des alleux	2
35	Saint sauveur des landes	1
35	Vendel	1

Dept	Communes	Nbre de résidents MR
35	Amanlis	2
18	Aubingé	1
35	Bazouges la Pérouse	1
35	Cancale	1
35	Cardroc	1
29	Carhaix Plouguer (29)	1
35	Cesson Sévigné	1
35	Chasné sur Ilet	1
35	Chevaigné	1
35	Cogles	1
35	Dol de Bretagne	2
35	Dompierre du Chemin	1
35	Epiniac	1
35	Fougères	6
35	Gosné	1
35	Guichen	1
35	Irodouer	1
35	Javené	1
35	La Chapelle Erbrée	1
35	La Chapelle St Aubert	1
35	La Gouesnière	1
35	Landavran	1
35	Le Crouais	1
35	Lécousse	3
35	Louvigné du Désert	1
35	Luitré	1
35	Melesse	1
35	Mellé	1
35	Montgermont	1
35	Parigné	2
35	Rennes	7
35	Romagné	1
35	Saint Malo	1
35	Sens de Bretagne	2
35	St Aubin d'Aubigné	1
35	St Brice en Cogles	1
35	St Etienne en Cogles	1
35	St Germain en Cogles	2
35	St Marc sur Couesnon	1
35	Tremblay	2
35	Val d'Izé	1
35	Vergeal	1

3.6.3. Caractéristiques de la population d'Ille et Vilaine

Données issues du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap -2015/2019

1.3 Les données relatives aux personnes âgées

A retenir

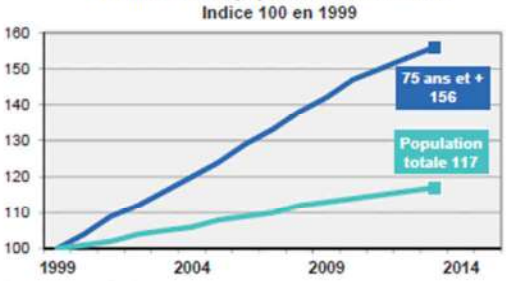
- Le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté **trois fois plus vite** que la population totale en Ille-et-Vilaine entre 1999 et 2013 (56% de croissance pour les 75 ans et plus contre 17% pour la population totale).
- La **population de 80 à 84 ans a été multipliée par deux** en Ille-et-Vilaine entre 1999 et 2013.
- En 2013, l'Ille-et-Vilaine est **le département breton qui a connu la plus forte augmentation du nombre de personnes de 75 ans** et plus depuis le recensement de 1999 (plus de 30 000 personnes supplémentaires).
- Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 8,3% en Ille-et-Vilaine entre 2015 et 2020 soit l'équivalent de **1 700 personnes dépendantes en plus**.

A) Les personnes de 75 ans et plus

La population des 75 ans et plus estimée par l'Insee au 1er janvier 2013, totalise 85 915 **personnes en Ille-et-Vilaine**, soit 8,4% de la **population totale.**

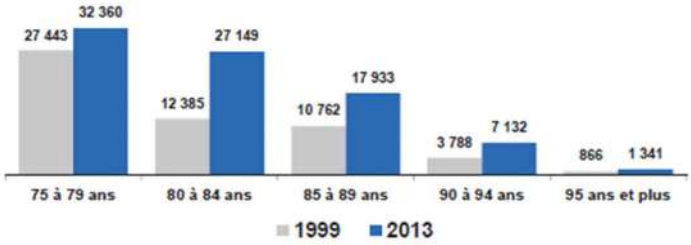
L'effectif de cette classe d'âge a progressé de 3,2% par an depuis le recensement de la population de 1999, soit un taux de croissance presque trois fois plus élevé que celui de la population totale (1,1% par an). Le nombre de personnes de 75 ans et plus a ainsi augmenté en moyenne de près de 2 200 personnes chaque année.

Evolution de la population d'Ille-et-Vilaine
Indice 100 en 1999



Source : Insee, ELP.

Evolution des 75 ans et plus par classe d'âge quinquennale
en Ille-et-Vilaine 1999-2013



22

La population de 75 ans et plus par CODEM

La répartition de la population de 75 ans et plus par CODEM est calculée à partir des chiffres du recensement de la population de 2011.

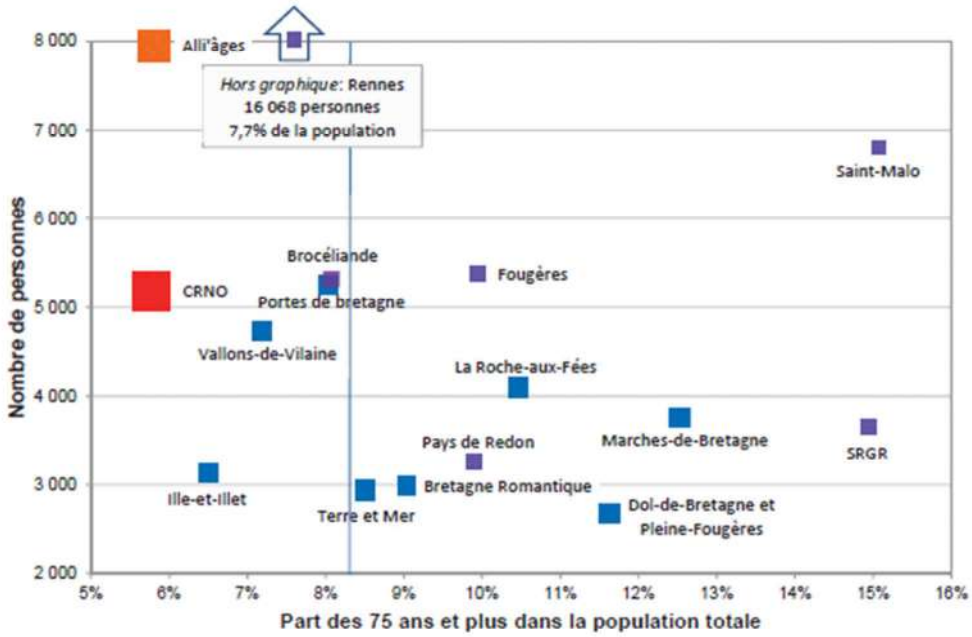
En 2011, la population de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine présente les caractéristiques suivantes :

83 176 personnes de 75 ans et plus

8,3% de la population totale

+ 52,9% d'augmentation entre 1999 et 2011

Répartition et évolution de la population de 75 ans et plus par CODEM



Légende :

Taux de croissance de la population de 75 ans et plus entre les recensements de 1999 et 2011 :

119% | 96% | >= 52% (moyenne dpt) et < 59% | < 47%

24

La population de 75 ans et plus à l'horizon 2025

Evolution de la population de 75-84 ans par CODEM 2020-2025

Population de 75-84 ans	Nombre de personnes en 2025	Evolution 2020-2025	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	6 121	25,9%	1 587
Alli'âges	9 015	25,1%	2 267
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	6 303	25,1%	1 581
Pays de Redon	3 037	22,0%	667
Ille et Illet	2 663	21,9%	583
Brocéliande	4 959	21,3%	1 055
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	4 326	19,3%	835
Saint-Malo	5 091	18,6%	945
Pays des Vallons-de-Vilaine	3 610	17,9%	647
Rennes	11 834	15,8%	1 875
Portes de Bretagne	4 017	15,4%	620
Fougères + Marches-de-Bretagne	6 415	15,2%	972
La Roche-aux-Fées	2 833	13,3%	378
Ille-et-Vilaine	**70 224**	**20,0%**	**14 012**

Source : Insee Bretagne.

Evolution de la population de 85 ans et plus par CODEM 2020-2025

Population de 85 ans et plus	Nombre de personnes en 2025	Evolution 2015-2020	
		%	Effectifs
Couronne Rennaise Nord-Ouest	2 478	25,1%	497
Alli'âges	3 679	16,0%	508
Ille et Illet	1 162	9,0%	96
Brocéliande	2 653	8,6%	209
Pays des Vallons-de-Vilaine	1 639	6,3%	97
Secteur Rive Gauche de la Rance + Terre-et-Mer	2 880	5,3%	146
Portes de Bretagne	2 335	5,3%	117
Saint-Malo	2 927	5,0%	139
Rennes	6 445	3,7%	227
La Roche-aux-Fées	1 662	2,8%	46
Dol-de-B^{gne} et P. Fougères + B^{gne} Romantique	2 166	2,1%	44
Fougères + Marches-de-Bretagne	3 242	1,8%	56
Pays de Redon	1 292	-1,1%	-15
Ille-et-Vilaine	**34 560**	**6,7%**	**2 167**

En rouge : évolution négative

Source : Insee Bretagne.

3.6.4. Caractéristiques de la population de l'établissement

L'EHPAD accueille 100 résidents en hébergement permanent et 2 en hébergement temporaire.

La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD est de 77 ans en 2016 et le GMP de 641,20 (validation par le Conseil Départemental le 05/11/2015)

L'établissement comptabilise 10 nouvelles personnes en 2014 et 10 en 2015, 18 en 2016

	Entrées		Nombre de résidents au 31/12		Moyenne d'âge au 31/12		Taux d'occupation moyen (dans l'année)
	Domicile	**Hôpital**	**Hommes**	**Femmes**	**Homme**	**Femme**	
2014	6	2	39	62			98,35%
2015	7	3	38	61	69,57	81 ,77	99,04%
2016	6	4	10	8	74	80	98,90%

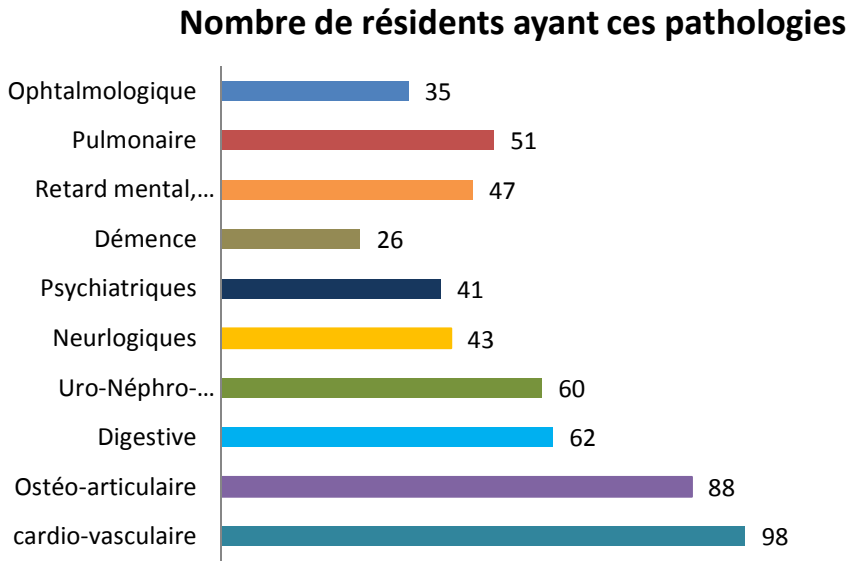
Degré de dépendance des résidents

GIR	Nombre au 31/12/14	Nombre au 31/12/15	Nombre au 31/12/16
GIR 1	10	10	9
GIR 2	26	26	26
GIR 3	11	18	13
GIR 4	44	41	40
GIR 5	8	3	5
GIR 6	2	1	3
GMP	589,61	631,86	641,20

Départ et durée des séjours / Hospitalisation / Retour à domicile / Décès

	Sorties					
	Retour domicile	**Autres**	**Décès**	**Dont Hôpital**	**EHPAD**	**Total**
2014	0	0	13			13
2015	0	1	11			12
2016	0	0	18	4	14	18

Pathologies les plus représentées



Evolutions constatées ces dernières années

Le maintien à domicile de la population âgée, très privilégiée en zone rurale amène de plus en plus à accueillir des personnes très âgées et très dépendantes. Cette évolution se traduit par une sollicitation plus importante des professionnels dans le domaine du soin et de l'accompagnement de fin de vie.
En outre, les professionnels se sentent parfois démunis et insuffisamment formés pour répondre de manière adaptée à certaines situations concernant particulièrement les troubles du comportement.

De plus, la cohabitation des personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées du milieu ordinaire s'avère parfois compliquée. Lors des visites d'admission, ces derniers font souvent part de leur appréhension quant au public handicapé accueilli. L'histoire de l'établissement, l'expérience des professionnels et les orientations régionales amènent l'établissement à se positionner en tant qu'EHPAD spécialisé dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

LE PROJET DE VIE

4.1. BILAN DU PROJET DE VIE

Les projets de vie sont mis en œuvre pour chaque résident, dans le respect de ses besoins, attentes et souhaits. Ils ont pour objectif :

- ✓ D'accompagner le résident dans tous les actes essentiels de la vie
- ✓ D'assurer un hébergement de qualité
- ✓ D'assurer le suivi de santé et de soins de qualité
- ✓ D'insérer le résident dans la vie relationnelle et sociale
- ✓ De promouvoir et maintenir l'autonomie, à quelque niveau qu'elle puisse être
- ✓ De vivre dans un climat chaleureux
- ✓ De mettre en œuvre un projet d'accompagnement personnalisé qui permettra de développer les potentialités des résidents
- ✓ De promouvoir le résident comme acteur de son projet, quelles que soient ses capacités
- ✓ D'accompagner les familles et aidants familiaux

4.2. LES PREADMISSIONS

Cette étape essentielle pour l'instauration d'une relation de confiance doit être caractérisée par l'écoute, la disponibilité et l'attention de toute l'équipe.

Le 1er contact avec la structure s'effectue auprès de la secrétaire référente résidents/familles.

<u>1) Si demande de renseignements</u>

Il est remis un dossier d'inscription incluant :

- Une fiche de renseignement administrative
- Une fiche médicale de demande d'admission à faire remplir par le médecin traitant
- Un livret d'accueil (en cours de réalisation)
- Une fiche tarifaire (incluant le prix journée + les aides au financement possibles).
- Une liste des documents à fournir

2) Si demande avec dossier constitué :

La secrétaire s'assure de la remise du dossier dûment complété.

Elle remet ensuite une lettre à signer par le résident (ou la famille si incapacité du résident) validant à la date du jour l'inscription temporaire et/ou permanente.
Ce courrier informe également le résident et/ou sa famille des modalités d'admission : les dossiers sont examinés en commission d'admission composée :

- Du psychologue
- De l'infirmier coordinateur
- Du Médecin Coordonnateur
- Du Responsable d'établissement

La commission d'admission doit s'assurer que l'équipe soignante de l'EHPAD est en mesure de dispenser des soins continus et de qualité en fonction des pathologies présentes, et de la charge effective de travail à l'instant de cette décision, avec validation finale par le Médecin coordonnateur et la Direction de l'établissement.

Le médecin ou l'infirmier coordinateur contacte le résident et/ ou sa famille pour les tenir informés de l'analyse faite au cours de la commission d'admission afin d'éclairer/aider les résidents et leur famille dans le choix et prise de décision.

L'infirmier coordinateur propose une rencontre avec le résident et/ou la famille :

- A chaque fois que cela est possible une visite préalable de l'établissement ainsi que celle d'une chambre (si cette dernière est libre) est organisée. A noter, l'importance de cette visite quant à l'aménagement personnalisé de la chambre, la présentation de l'équipe d'hébergement et l'équipe IDE.
- Si la personne est en impossibilité de se déplacer : une rencontre à domicile ou en milieu hospitalier est réalisée. (Médecin Coordonnateur + IDE Coordinatrice ou Psychologue + un membre du personnel d'hébergement).

  Dans tous les cas, l'objectif est d'assurer une continuité des soins avec les équipes soignantes et médicales des établissements de santé ou du domicile du résident.
  Les supports de présentation de l'établissement sont en cours d'élaboration (livret d'accueil famille, livret facile à lire et à comprendre...). D'autres supports de communication pourraient être envisagés (photos, vidéos…)

En cas d'admission définitive, un contrat de séjour est signé entre l'établissement et le résident ou le représentant légal. Il définit les objectifs généraux et la nature de l'accompagnement. Le règlement de fonctionnement ainsi que le livret d'accueil sont expliqués et remis à la famille.

4.3. UN ACCUEIL ADAPTE, INDIVIDUALISE ET DE QUALITE

L'accueil en établissement est un moment difficile car il s'agit d'une rupture, l'entrée dans un lieu de vie qui sera probablement le dernier, une renonciation souvent. L'établissement doit donc veiller à limiter l'angoisse que suscite ce moment par un accueil adapté, individualisé et de qualité.
Les entrées se font du lundi au vendredi à 14 heures sauf exception.

Pour cela, l'établissement met en place les actions suivantes:

Préparation de la chambre avant l'entrée:

- ✓ Réfection peinture et tapisserie si besoin
- ✓ Nettoyage

⬇

Possibilité de personnaliser la chambre.

La famille et le résident peuvent venir la personnaliser et installer du mobilier et des effets personnels avec l'aide du technicien durant la semaine.
Il est proposé aux familles de débuter l'aménagement de la chambre le week-end précédent l'admission.

⬇

Annonce de l'arrivée du résident.

L'arrivée du résident est annoncée dans les bulletins d'informations hebdomadaires ainsi qu'aux résidents de l'unité concernée. La signalétique est changée en conséquence (accueil, porte…)

⬇

Accompagnement de la personne dans sa chambre et complément d'information.

Réalisé par l'équipe de l'unité, l'IDE et l'infirmer coordinateur

⬇

Nomination d'un professionnel hébergement référent et d'un professionnel de santé référent pour permettre l'individualisation de la prise en soins et compléter les fiches d'habitudes de vie

Les conditions d'annonces aux résidents doivent toutefois être clarifiées, la procédure d'admission et d'accueil, non formalisée à ce jour, intégrera notamment les modalités d'annonce.

4.4. UN HEBERGEMENT CONVIVIAL, CHALEUREUX, INTIME

L'établissement a en charge les besoins essentiels de la personne âgée : soins, nursing, hôtellerie, restauration, blanchisserie… Ces besoins doivent être comblés dans un environnement confortable, sécurisé, chaleureux, adapté et respectueux des valeurs énoncées précédemment.

Pour cela, l'établissement met en œuvre les prestations ou actions suivantes :

- ✓ Possibilité de **transfert de la ligne téléphonique du domicile du résident vers sa nouvelle adresse.**

- ✓ **La télévision** : un écran est situé au niveau du salon ou de la salle à manger de l'unité et la chambre est munie d'une prise d'antenne ou un téléviseur personnel peut être banché.

- ✓ **Le linge** : le linge personnel, le nécessaire de toilette (brosse à dents, verre, produits d'hygiène), sont apportés par le résident. L'ensemble est marqué par l'établissement que le séjour soit en temporaire ou en permanent.

- ✓ **L'entretien** est réalisé pour les locaux communs et les chambres par le service maintenance.

- ✓ **Le courrier** est distribué tous les jours de la semaine aux unités et peut partir de la structure quand il est affranchi par leur soin. L'établissement ne met pas à disposition des boîtes aux lettres individuelles.

- ✓ **Un coffre** est proposé pour déposer les objets de valeur, bijoux et argent.

- ✓ **Le culte :** une messe est célébrée une fois par semaine et la visite d'un ministre d'un autre culte peut être demandée. Une aumônière est présente dans l'établissement et se rend régulièrement disponible pour les résidents qui le souhaitent ou pour l'organisation de journées/activités à thèmes. Un oratoire est accessible aux résidents pour des temps de prière.

- ✓ **Internet :** L'accès à internet n'est pas favorisé (difficulté de connexion, absence d'ordinateur à disposition…) mais est toutefois envisageable en chambre par le biais d'une BOX.

4.5. UNE RESTAURATION DE QUALITE, SOURCE DE PLAISIR

Une équipe de cuisine, conseillée par une diététicienne de l'Association, réalise sur place les quatre repas par jour servis aux résidents.

- ✓ **Le petit déjeuner** est servi au choix du résident, en chambre ou en salle à manger à partir de 7h30.
- ✓ **Le déjeuner** et le **dîner** sont servis à partir de 12h et de 18h30 dans la salle à manger de l'unité. Ils peuvent être pris exceptionnellement en chambre.
- ✓ **Un goûter** est proposé à 15h30.

Intervention de la diététicienne

La qualité de la restauration est fondamentale car elle a des implications sur la santé du résident, ainsi que sur son bien être général et son plaisir.

Les repas sont préparés directement sur place selon un choix de menus en corrélation avec les saisons, sous le contrôle d'une diététicienne qui veille à l'équilibre alimentaire et à la qualité des produits utilisés. Il est envisagé de travailler sur l'environnement du repas afin d'apporter une attention particulière au contenu de l'assiette mais également à sa présentation. L'ambiance du lieu du repas (nappe, couleur des assiettes, décor de la table le dimanche et les jours de fête) doit également être prise en compte.

La mise en place du « manger mains » est un projet pour répondre aux besoins des résidents atteints de démence et présentant des troubles de la praxie ou en refus d'alimentation.

Les menus de la semaine sont affichés au sein des unités.

Les plans de table respectent les choix des résidents dans la mesure du possible.

Un espace de restauration est mis à disposition des familles et des proches qui souhaiteraient partager un temps de repas avec le résident.
Des **repas à thèmes** sont organisés, en lien avec l'animatrice et les équipes d'hébergement.

4.6. LA POSSIBILITE D'AVOIR UNE VIE SOCIALE ET DE PARTICIPER A DES ANIMATIONS

L'animation est pilotée par une animatrice, en lien avec les équipes hébergement.
L'animation n'envisage ses actions qu'en prenant source au cœur des demandes et des souhaits de personnes accueillies.

Au travers d'échanges formels (les projets d'accompagnement personnalisé) ou informels (visite de l'animatrice, échange avec le personnel d'accompagnement), les demandes sont exprimées puis recensées. Des temps de commission d'animation sont aussi proposés chaque trimestre afin que les résidents puissent exprimer leurs remarques et les demandes.
Elles sont le point de départ de toutes les propositions d'animation, que celles-ci soient individuelles ou collectives.

L'animation au sein d'un EHPAD doit permettre de créer un climat agréable et favorable aux échanges entre les personnes, qu'elles soient résident, famille, personnel, bénévole …
Les temps d'animation ne peuvent être « enfermés dans des horaires précis puisque chacun peut être animateur à son tour que l'on soit, professionnel, résident ou bénévole. Chacun peut être force de proposition».

4.7. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE

Le projet de vie individualisé répond aux attentes, besoins, en fonction des capacités de la personne accueillie, avec néanmoins comme limite les impératifs du collectif et de l'organisation structurelle.
Le projet individualisé a pour but de conserver les habitudes du résident, de respecter ses désirs et ses particularités. L'ensemble des professionnels de l'établissement est mobilisé autour de cette démarche. Le résident dans cette optique est acteur de son projet dans la mesure du possible. Il doit ainsi être associé à toutes décisions le concernant.

4.7.1. Le recueil et observation des besoins et habitudes

Le recueil des besoins et des habitudes de vie se réalise lors de la pré-admission, il est complété durant la phase d'accueil. Le recueil fait l'objet de modifications et ajouts tout au long de l'accompagnement.

4.7.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille

L'animation des projets de vie est réalisée, au minimum une fois par an, par la psychologue, en lien avec le référent hébergement et l'infirmier référent.

Les outils utilisés lors de cette rencontre visant à définir les axes prioritaires du **projet de vie individualisé (PVI)** initial sont :

- Le dossier médical pour collecter des données relatives aux pathologies et antécédents médicaux de la personne.
- Un recueil de données auprès du résident et de la famille.
- Le dossier administratif

Le projet de vie individualisé est alors écrit en fixant les objectifs spécifiques, les actions à mettre en œuvre pour répondre aux attentes du résident (les observations du personnel soignant sont évidemment prises en compte).

Une fiche avec les objectifs fixés est établie puis signée par tous. Elle est ensuite enregistrée dans le dossier informatisé du résident et le classeur PVI.
Le projet de vie individualisé est effectué maximum dans les 6 mois suivant l'admission et réévalué tous les ans ou suite à tout changement de situation.

Un groupe de travail « PVI » a été constitué au sein de l'établissement afin de clarifier les rôles et missions des référents, la procédure d'élaboration des PVI et de réfléchir à une trame de PVI commune.

4.7.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident

Pour une prise en charge globale, le travail pluridisciplinaire est nécessaire lors de :

- ✓ L'accueil
- ✓ L'élaboration du PVI
- ✓ Le repas/alimentation
- ✓ La surveillance médicale et paramédicale
- ✓ L'animation ciblée
- ✓ L'entretien des locaux/hygiène/sécurité (Par exemple l'information sur les bactéries multi-résistante)
- ✓ La rééducation
- ✓ Le suivi administratif

La coordination et le travail pluridisciplinaire sont donc indispensables « Tout le temps, sur tous les champs et dans tous les domaines (collecte d'informations…) ».
Pour faciliter ce partage dans l'établissement, des temps de réunion et transmissions ont été institués. Le logiciel Medic'or est actuellement le logiciel de soins utilisés notamment pour les transmissions. Une étude est en cours pour changer de logiciel et faciliter l'interdisciplinarité du travail. Une démarche de sensibilisation sera à effectuer auprès des équipes afin de favoriser l'utilisation de ce nouvel outil.

4.7.4. Le départ provisoire ou définitif du résident

- ✓ Pour tous les déplacements extérieurs (visite, hospitalisation), il existe une fiche de liaison sous enveloppe avec des informations médicales afin de permettre la transmissions sécurisées des informations utiles à la continuité des soins.
- ✓ En cas d'orientation dans un autre EHPAD : Les dernières transmissions sont communiquées.
- ✓ En cas de décès, il existe un protocole spécifique disponible dans les classeurs qualité, précisant la conduite à tenir.
- ✓ La fugue : une procédure associative en cours d'élaboration précise la conduit à tenir.

4.8. UNE CULTURE DE BIENTRAITANCE ET UNE PREVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE

4.8.1. Une culture de bientraitance

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministre chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la bientraitance et le 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
- Des recommandations de l'ANESM.

La prévention de la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des démarches d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance et le développement de la formation des professionnels à la bientraitance.

4.8.2. Une prévention des risques de maltraitance

Ce qui est fait en matière de prévention de maltraitance :

- Formation bientraitance pour le personnel
- Charte bientraitance donnée et signée à chaque embauche en CDI et CDD long (créée et distribuée à l'ensemble des salariés en 2016)
- Travail au niveau de la prise en charge du résident tout au long de son parcours
- Intervention de l'HAD et de l'équipe mobile de soins palliatifs
- Respect des souhaits des résidents
- Attitude professionnelle et calme
- Fiches d'évènements indésirables
- Mise en place de CREX
- Audit bientraitance en 2015

4.8.3. La situation de l'établissement

En outre, des CREX (Comités de Retours d'Expérience) sont organisés en interne dès lors qu'une difficulté est identifiée dans l'établissement (exemple : situation d'agressivité ou de violence de la part d'un résident).

Des formations sur la gestion des situations d'agressivité et de violence sont régulièrement planifiées (30 professionnels formés). Ces formations, incluent des temps d'analyse de pratiques, permettant ainsi de prévenir les situations de maltraitance.

Des formations bientraitance sont organisées sur le secteur EHPAD.

- ✓ *Spécialiser l'établissement dans l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.*

Afin de répondre aux besoins constatés sur le territoire, l'établissement souhaite se spécialiser dans l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.
Le diagnostic du Schéma Régional d'Organisation médico-sociale de l'ARS Bretagne précise que « les demandes d'entrée en EHPAD par des personnes présentant ce type de pathologies sont de plus en plus fréquentes et nécessitent de la part des EHPAD un travail important d'adaptation de leur fonctionnement, faute de quoi, ils ne peuvent accueillir ces populations ». Cela passera par :

- ✓ Une adaptation des locaux dans le cadre du projet architectural en cours
- ✓ L'acquisition de matériel adapté à la dépendance
- ✓ Le développement des coopérations structurées
- ✓ La formation des professionnels
- ✓ La création sur le modèle des PASA, des unités dédiées à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques
- ✓ Une communication sur l'offre proposée par l'établissement

- ✓ *Regrouper les unités EHPAD sur un même bâtiment*

- ✓ *Travailler sur la « prestation restauration »*

- ✓ *Mener une réflexion sur la constitution homogène des équipes,* que ce soit en termes de qualification, du nombre d'effectifs et de clarification des missions de chacun.

- ✓ *Etablir un projet d'animation* qui permette une vision à plus ou moins long terme, cohérente sur l'établissement. Le projet d'animation devra en outre intégrer les modalités d'implication des équipes hébergement à l'animation.

- ✓ *Poursuivre la démarche « bientraitance »,* par la biais notamment de formations, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre de la démarche qualité.

- ✓ *Poursuivre la réflexion sur les modalités de mise en œuvre du PVI.*

LE PROJET DE SOINS

LE PROJET DE SOINS

Le projet de soins est un document, élaboré en équipe, auquel adhèrent tous les acteurs du soin de l'établissement. Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident. Il rejoint et complète le projet de vie. Il est réévalué régulièrement et modifié en conséquence.
La personne est prise en charge dans sa globalité. Elle doit bénéficier d'un soin de qualité au sein même de son lieu de vie dans le respect de la dignité, de la confidentialité, de l'individualité. La démarche de soins est ainsi personnalisée et elle fait l'objet d'une information au résident et à sa famille.

Le projet de soin doit prendre en compte :

- ✓ Les besoins relatifs à l'état de santé
- ✓ Les besoins relatifs à l'état de dépendance (physique, mentale, sociale)
- ✓ Le potentiel que peut apporter l'ensemble des services de l'établissement

5.1. LA PREVENTION ET GESTION DES RISQUES

CHUTES

Le risque de chute augmente avec l'âge ainsi que les complications potentiellement graves : plaies, fractures, peur de remarcher avec risque de grabatisation, décès. Chaque chute est signalée et renseignée via le logiciel Medic'or (fiche de chutes).
Constat : l'information des chutes n'est pas transmise ou mal renseignée en temps réel au médecin coordonnateur pour analyse. Une réflexion doit être menée pour permettre cette information et une analyse hebdomadaire des chutes.
A ce jour, sur l'EHPAD, il n'y a pas de temps effectif ergothérapeute.

Objectifs

Une procédure chute doit être élaborée afin de repréciser les modalités de saisie de la fiche chute informatisée. (Toute chute doit être déclarée et analysée).
Après analyse, une action corrective doit être mise en place et formalisée.
Des démarches pour la prévention des chutes devront être également formalisées (bilan kinésithérapie, ergothérapeute, réorganisation de l'installation de la chambre et du mobilier, optimiser la nutrition, accessibilité, parcours santé…). Le projet architectural peut être moteur d'un projet de pôle locomoteur.
Le Médecin coordonnateur propose d'être présent et actif aux réunions de transmissions pluridisciplinaires hebdomadaires (temps à programmer chaque semaine).
Un rapport annuel statistique doit être réalisé.

PREVENTION DES ESCARRES

Il est constaté un faible taux d'escarre au sein de l'établissement (1/102 en 2016).
L'évaluation du stade d'escarre est réalisée par l'IDE en lien avec les équipes hébergement qui mettent en place le matériel et les soins adaptés.
Le dépistage, la prévention et le traitement des escarres font aujourd'hui l'objet de nombreuses recommandations professionnelles déployées par les équipes soignantes.
Des actions de prévention personnalisées et adaptées sont définies à ce jour et mises en place tels que le matériel (l'Etablissement dispose de système de matelas à mémoire de forme puis suivant l'évolution de matelas avec système air), la nutrition (Mise en place d'enrichissement de l'alimentation si personne à risque ou altération de l'état cutané), changements de positionnements (tracés par le plan de soins informatisé)
En cas d'absence d'évolution favorable de la plaie, une photo est prise et communiquée aux médecins spécialistes et infirmiers spécialistes du CHU.

Objectifs

<u>Du côté du préventif :</u>

- ✓ mettre en place un outil non utilisé actuellement l'Echelle de Braden identifiant les personnes à risques (formalisé et tracé l'utilisation de l'outil).
- ✓ Permettre une sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques (verticalité, effleurages…) soit de par la formation dans le cadre du plan de formation soit en mettant en place des réunions à thèmes menées par le Médecin Coordonnateur en collaboration avec l'infirmière Coordinatrice permettant une réactualisation régulière des pratiques.

<u>Du côté du curatif :</u>

- ✓ Afin de mieux évaluer encore l'évolution vers la cicatrisation, des photographies pourraient être prises au début et de manière hebdomadaire, avec mesures de l'escarre.

- ✓ Une procédure formalisera la conduite à tenir et l'indication des personnes ressources au sein de l'établissement (IDE référente plaies et cicatrisation) et à l'extérieur.

LA DOULEUR

La loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé indique : art L. 1110-5 : « … Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à leur décès. »
Selon l'HAS, plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente.

A ce jour les équipes évaluent la douleur avec les outils suivants :

- ✓ l'échelle Algoplus est actuellement la seule échelle utilisée auprès de nos résidents. La douleur est évaluée sur demande de l'IDE dès qu'un changement de comportement est observé ; cette échelle est également utilisée à différents moments de PEC pour évaluer l'efficacité du traitement antalgique instauré facilitant ainsi son réajustement.

- ✓ Des prises en charge médicamenteuses sont mises en place en lien avec les médecins traitants (traitements de fond, traitements en si besoin ou avant chaque acte douloureux).

L'Etablissement dispose de structures ressources tels que l'EMAPS (équipe mobile de soins palliatifs) ainsi que l'HAD.

Objectifs

Paramétrer l'échelle Algoplus sur le logiciel Médical Medic'or car seul le support papier est utilisé.
Sensibiliser davantage les professionnels d'hébergement à l'identification et l'évaluation de la douleur. (De part des réunions à thèmes et /ou formations).
Afin d'améliorer l'efficacité de la PEC de la douleur, un bilan douleur systématique pourrait être réalisé à l'admission du résident.
Face à la population accueillie au sein de la structure, rechercher des formations adaptées à la prise en charge de la douleur des personnes communicantes et non communicantes.
Rechercher des prises en charge non médicamenteuses telle que l'hypnose….

LA FIN DE VIE

Les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée et digne jusqu'à leur fin de vie. L'accompagnement de fin de vie implique une approche globale respectueuse de la volonté de la personne.

Un groupe de travail a été constitué en avril 2016 afin de :

- Etablir une procédure en cas de décès
- Réaliser un questionnaire obsèques/décès
- Aménager la chambre mortuaire (dimension humaine, respect de l'intimité de la famille et des proches).
- Former les personnels d'hébergements et IDE à l'accompagnement de fin de vie et prise en charge de la douleur mené par l'équipe EMAPS.

Les valeurs d'humanisme, de bienveillance et de respect sont au cœur de tout accompagnement en fin de vie.
Ainsi, l'établissement sollicite l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Fougères - Vitré qui intervient en partenariat avec l'équipe de l'établissement et les médecins traitants en :

- ✓ Prodiguant des conseils sur des prises en charges thérapeutiques.
- ✓ Organisant des visites de soutien aux résidents et aux familles.
- ✓ Participant au soutien des équipes soignantes.

Le partenariat avec l'HAD permet par ailleurs de disposer de moyens hospitaliers (matériels et thérapeutiques) qui ont diminué le nombre d'hospitalisations des résidents en fin de vie.
Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Son objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du résident et de son entourage.
L'Etablissement affirme sa volonté d'accompagner la vie jusqu'à la mort. L'ensemble des professionnels sont impliqués dans cette démarche.

Objectifs

Prendre connaissance des volontés de la personne accueillie (souhaits de fin de vie, personne de confiance, directives anticipées).
Un travail au niveau associatif doit être mis en place à ce sujet.

Mais aussi tracer les refus d'expression des souhaits de fin de vie du résident ou à défaut de ses proches.
Développer le dialogue avec les proches.
Continuer le plan formations « fin de vie » débuté en 2016 pour étendre cette formation à l'ensemble des professionnels.
Proposer à la famille l'accompagnement du deuil (service aumônerie, psychologue…)
Formaliser pour les résidents des temps d'écoute et d'échange avec la psychologue.
Formaliser des temps d'analyse de pratiques pour les professionnels.
Continuer le projet d'amélioration de l'espace funéraire (salon des familles, salon de présentation du défunt …) projet 2017.

LA CONTENTION

Définition (rapport ANAES) : « la contention physique dite passive se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements, qui empêche ou limite les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ».

Il existe une très grande diversité de moyens et de techniques de contention physique :

- Gilet et ceinture de maintien
- Attaches de poignets et chevilles
- Sièges gériatriques avec adaptables fixés
- Barrières de lit
- Sécuridraps ….

Au sein de l'Etablissement, nous préservons la liberté d'aller et venir et limitons au maximum toute forme de contention. Toute contention fait l'objet d'une concertation en équipe, d'une recherche d'alternatives (lit Alzheimer, matelas au sol, lit au plus bas, demi-barrière…). Toute contention fait l'objet d'une prescription médicale soumise à révision quotidienne par le personnel soignant.

La réévaluation actuelle de la contention par prescription médicale est réalisée au moment du renouvellement d'ordonnance (entre 28 jours à 84 jours) par le médecin traitant.
L' HAS recommande : « une réévaluation toutes les 24 heures est nécessaire et une prescription médicale doit la confirmer ».

Objectifs

Afin de limiter la mise sous contention, une information par le médecin Coordonnateur sur les risques, limites, alternatives et la législation sera faite au personnel soignant.
Mettre en place une surveillance quotidienne des contentions par le personnel soignant et une prescription médicale au moins mensuelle (prescription écrite).
Il convient également de s'assurer de l'intégration de l'évaluation de la contention dans les plans de soins informatisés.
Tendre vers « zéro contention ».

L'HYGIENE BUCCO DENTAIRE

Est un réel enjeu de santé publique.
Une mauvaise santé bucco-dentaire a des retentissements importants sur la qualité de la vie au quotidien : perte de goût, dénutrition, douleurs, baisse de l'estime de soi, repli social. En France, 85% des personnes âgées en EHPAD ont été identifiées comme ayant besoin d'une consultation dentaire. 40% ont une dent cariée. 80 % d'entre eux n'ont pas eu de consultations dentaires dans les 5 ans.
Quant aux personnes en situation de handicap, elles souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et /ou parodontales : 37 % souffrent de caries sur dent permanente.

Objectifs

Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco dentaire des résidents.
(Faire venir le cabinet au sein de la structure).
Faire un bilan bucco dentaire systématique à l'entrée du résident soit par le dentiste habituel ou selon le souhait du résident par le dentiste référent établissement.
Compléter ou faire acquérir au personnel d'hébergement des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire (Formation des professionnels en interne avec un intervenant chirurgien dentiste).

Permettre le nettoyage adéquat des prothèses dentaires : pistes de réflexion (intervention société CONCEPTYS ou investissement dans un appareil permettant l'entretien de ces prothèses).

LA DENUTRITION

La dénutrition est le principal facteur de co-morbidité. La dénutrition peut entraîner une perte d'autonomie, accélère la perte de la masse musculaire ce qui favorise les chutes et le risque de fractures.

Les actions entreprises au sein de l'établissement sont :

- ✓ Surveillance mensuelle du poids, mesure de la taille et calcul de l'IMC.
- ✓ Réalisation d'une pré-albuminémie, d'une CRP (élimination d'une cause inflammatoire) à l'entrée des résidents en l'EHPAD et au cours du séjour si nécessaire.
- ✓ Intervention d'une diététicienne.
- ✓ Recueil des goûts des résidents dès leur entrée.
- ✓ Travail en collaboration avec les équipes cuisine.
- ✓ Réalisation d'un plan alimentaire par la diététicienne.
- ✓ Le jeûne nocturne est supérieur à 12 h mais une collation peut être proposée la nuit.

Objectifs

Réaliser des bilans de déglutition avec une orthophoniste pour diminuer les repas mixés et semi-mixés
Améliorer la présentation des mixés et travailler sur le « manger-main »
Incorporer des produits laitiers dans la plupart des plats pour un apport supplémentaire en protéines
Introduire un régime riche en fibres naturelles pour diminuer l'emploi des laxatifs et leur mauvaise tolérance.
Sur la mise en place de repas thérapeutiques (qui, comment, à quel rythme ?)

LA DESHYDRATATION

La déshydratation est une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées et constitue un des dix diagnostics les plus fréquents d'hospitalisation.
La déshydratation est aussi associée à différentes morbidités, telle une cognition altérée ou une confusion aigüe, chutes, constipation.

Les actions entreprises au sein de l'établissement sont :

- ✓ Offrir des boissons régulièrement tout au long de la journée.
- ✓ Rendre les boissons faciles d'accès (au chevet, sur l'adaptable, accès aux fontaines à eau, sur les tables en salle à manger…)
- ✓ Renforcer les apports en cas de forte chaleur.
- ✓ Encourager la consommation des boissons avec les médicaments.
- ✓ Privilégier les boissons préférées.
- ✓ Une liste de personnes à risque de déshydratation a été réalisée, elle définit les personnes qui boivent peu malgré les sollicitations, ainsi que les risques liés aux traitements entre autre diurétiques et psychotropes.
- ✓ Une vigilance et surveillance est réalisée en cas de symptômes aigus telles que diarrhées, vomissements, sueurs importantes, fièvres….

- ✓ Prescription protocole d'action type perfusion sous cutanée, rédigée par le médecin traitant en cas de risque accru.

Objectifs

S'inscrire dans la continuité du schéma de prévention mis en place.
Former le personnel à savoir reconnaître précocement les premiers symptômes de la déshydratation de part des réunions à thèmes.

L INSOMNIE

Le sommeil ne diminue pas avec l'âge mais il se distribue autrement sur le nycthémère.
Les réactions d'éveil augmentent avec l'âge.
L'insomnie n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement mais elle est plus liée à des facteurs environnementaux et médicamenteux qui peuvent être contrôlés.
L'insomnie se traite par une action sur les facteurs prédisposant et précipitants et non par des traitements systématiques.

Les actions entreprises au sein de l'établissement :

- Mise en place de fiches de surveillance du sommeil au besoin ainsi que pour toute évaluation de traitement par hypnotique.
- Lecture et analyse des fiches de sommeil réalisées par l'équipe IDE + médecins traitants.
- Réadaptation thérapeutique si nécessaire sur prescription médicale.
- Jeûne nocturne supérieur à 12h => proposition systématique (si veille suit le réveil nocturne du résident) d'une boisson et collation.
- Respect du sommeil effectué par les veilleuses (changes pour l'incontinence adaptés…..)

Objectifs

Mettre en place un système de dépistage de l'insomnie (histoire du trouble, habitudes d'endormissement, conséquence sur la vigilance diurne, depuis quand ?, recherche facteur psychologique, environnemental, médicamenteux, pathologique (apnée du sommeil, impatience membres inférieurs)
Savoir reconnaître l'insomnie aigue de l'insomnie chronique.
Former et mettre à disposition du personnel des méthodes non médicamenteuses (Activité physique dans la journée, améliorer l'environnement de la nuit, diminuer le bruit, la lumière, la température, le respect des horaires de chacun, formation sur l'hypnose).

1) La vue

Le vieillissement normal de l'œil peut entrainer un handicap dont la négligence implique une rapide dégradation de la vie du résident et un retentissement psychosomatique (repli sur soi troubles du comportement, chutes, grabatisation, dépression…). Ceci implique des mesures préventives et curatives :

Objectifs

Examen OPH annuel, dépistage, à l'intérieur de l'établissement, de l' installation d'une cécité…(bilan chute, changement des habitudes de vie, troubles de la lecture, écrans; repli sur soi…)
Rééducation orthoptique si besoin avec intervention sur site d'un spécialiste extérieur.

L'audition

Le vieillissement biologique de l'oreille entraine une baisse de l'acuité auditive et surtout une très forte diminution de la perception des sons aigus.
L'intégration cognitive fait appel à l'audition, et la perte de l'audition peut altérer le raisonnement.

Objectifs

Le dépistage passe par l'observation du comportement (Augmentation du volume sonore de la TV ou de la radio, téléphone avec haut-parleur, difficulté à entendre dans un groupe).
Bilan ORL à réaliser 1 fois par an avec audiométrie.
Pour les personnes équipées d'appareillage, programmer un nettoyage au minimum 2 fois par an (recherche de spécialiste intervenant au sein de la structure).

2) Le goût- l'odorat

La sensibilité gustative diminue au cours du vieillissement avec un seuil de détection augmenté pour les substances salées ou amères et donc diminué pour les substances sucrées.
La capacité olfactive diminue également avec l'âge ce qui entraîne une difficulté à différencier les odeurs.
Ces deux déficits ont pour conséquence une baisse de l'appétence et un risque de dénutrition à plus ou moins long terme.

Objectifs

Dépistage (ateliers gustatifs et olfactifs ; adaptation et changement des habitudes alimentaires).
Recherche de l'étiologie (effet iatrogène, recherche d'une atteinte de la muqueuse buccale, recherche de pathologies).

VIEILLISSEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Une personne âgée est reconnue autonome quand elle peut accomplir physiquement et psychologiquement les actes habituels de la vie avec bien sur les limites dues à son âge ; elle est considérée comme handicapée quand la maladie l'en empêche.
Chez la personne handicapée, le handicap s'aggrave avec l'âge surtout avec l'augmentation des déficiences motrices, sensorielles, mentales.
L'avancée en âge des personnes handicapées peut rendre nécessaire des changements de lieu de vie, d'activité, d'accompagnement, de soin….Elle les expose à des risques de rupture familiales, amoureuses, amicales, sociales…Il est donc indispensable de préparer les évolutions et les transitions nécessaires en tenant compte du fait que certaines pathologies précipitent le vieillissement et ses effets.
L'institution doit prendre en compte cette aggravation et adapter la stimulation que l'on peut proposer au résident, adapter l'environnement matériel pour éviter les risques de chutes ou de blessures, adapter la prise en charge psychologique pour réduire la souffrance morale engendrée par la prise de conscience de la diminution de l'autonomie/liberté/dépendance….
Le vieillissement des personnes en situation de handicap intervient plus précocement que le reste de la population.

Objectifs

Anticiper l'avancée en âge des personnes en situation de handicap afin d'éviter au maximum des ruptures dans leur parcours de vie et/ou des réorientations brutales en prenant en considération leurs aspirations dans tous les aspects de leur vie.
Garantir le plus large choix possible.
Permettre une approche progressive d'entrée en EHPAD en développant l'accueil en temporaire ou une journée d'intégration des personnes provenant du domicile.

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Les personnes en situation de handicap revendiquent l'accès à une vie affective et sexuelle comme facteur indispensable d'épanouissement et d'équilibre.
Cette revendication peut parfois se heurter à des résistances, voire des tabous dans les institutions ou familles où elle a souvent été mise de côté.

Pour les personnes âgées, l'idée que la fonction sexuelle s'arrête à la ménopause (fin de la possibilité de reproduction) et qu'elle diminue fortement chez l'homme âgé est désormais démentie. De nombreuses enquêtes et témoignages démontrent l'inverse.

Il n'existe pas de droit opposable à la sexualité, mais en revanche, les textes de droit fondamentaux sont particulièrement offensifs dans leur affirmation des droits de l'homme.
La loi qui garantit à tout individu le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité réclame une attention constante au sein des institutions, autour de ces prérequis de base autorisant l'accès à une vie affective et sexuelle.

Les institutions doivent donc inscrire, dans leur démarche d'accompagnement, le droit à la vie affective et sexuelle des personnes accueillies.
Une question se pose cependant :

- Entre devoir de protection et mission d'accompagnement, comment garantir la sécurité de la personne sans ingérence dans sa vie privée et sans limitation de ses droits ?

Au-delà du contexte institutionnel, la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap constitue une dimension essentielle de la santé physique et mentale qu'il convient de penser.

Cette prise en compte nécessite l'engagement de l'ensemble des acteurs (résidents, professionnels, entourage et familles) afin de contribuer à faire changer le regard et les représentations, de développer, soutenir et accompagner les réflexions et actions favorisant l'épanouissement et le respect de la vie intime, affective et sexuelle des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Cet engagement doit se faire de façon volontaire et soutenu par une formation spécifique
.
La création d'un groupe de travail avec des professionnels extérieurs, tel que le Centre de Planification, et la mise en place d'un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle sont en cours de mise en oeuvre au Foyer de Vie avec une unité d'hébergement.

Objectifs

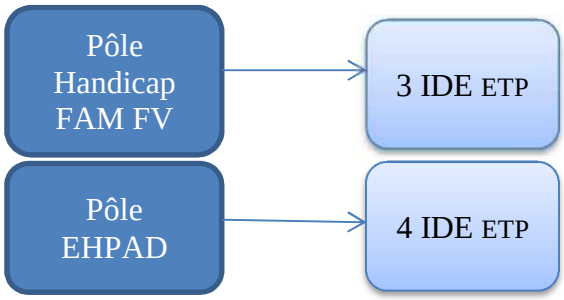
Respecter l'intimité de la personne accueillie.
Elaborer un projet pédagogique : proposer un panorama de moyens et de pistes favorisant le bien-être et l'épanouissement affectif, relationnel et sexuel des personnes accueillies.
Veiller au suivi médical gynécologique annuel.

5.2. L'ACCES AUX SOINS, CONTINUITE DES SOINS ET URGENCE MEDICALE

Pour chaque résident, les soins ont pour finalité la meilleure qualité de vie possible. Ils s'inscrivent dans une continuité pour un accompagnement des résidents à toutes les étapes de leur vie.

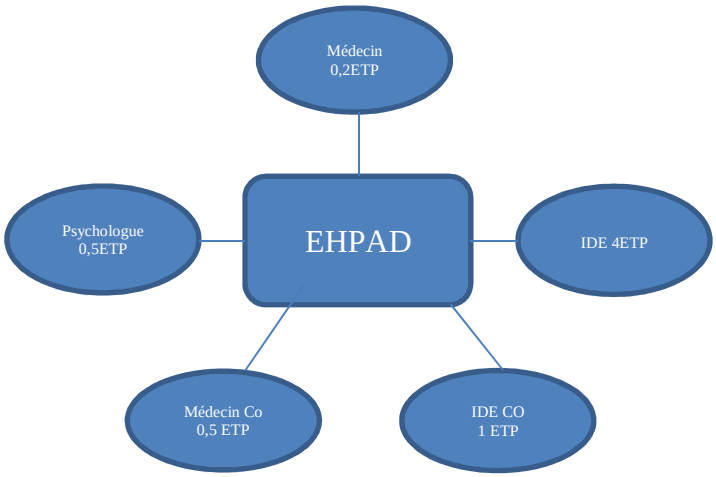
Nos moyens humains :

La complexité du site en 3 structures administratives : FAM, FV et EHPAD, nous a amenés à repenser l'organisation du pôle infirmier qui existait depuis 2003.
Depuis octobre 2016, 2 pôles de soins existent, ils se composent :

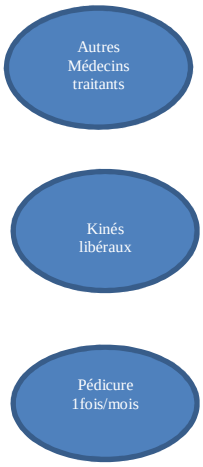


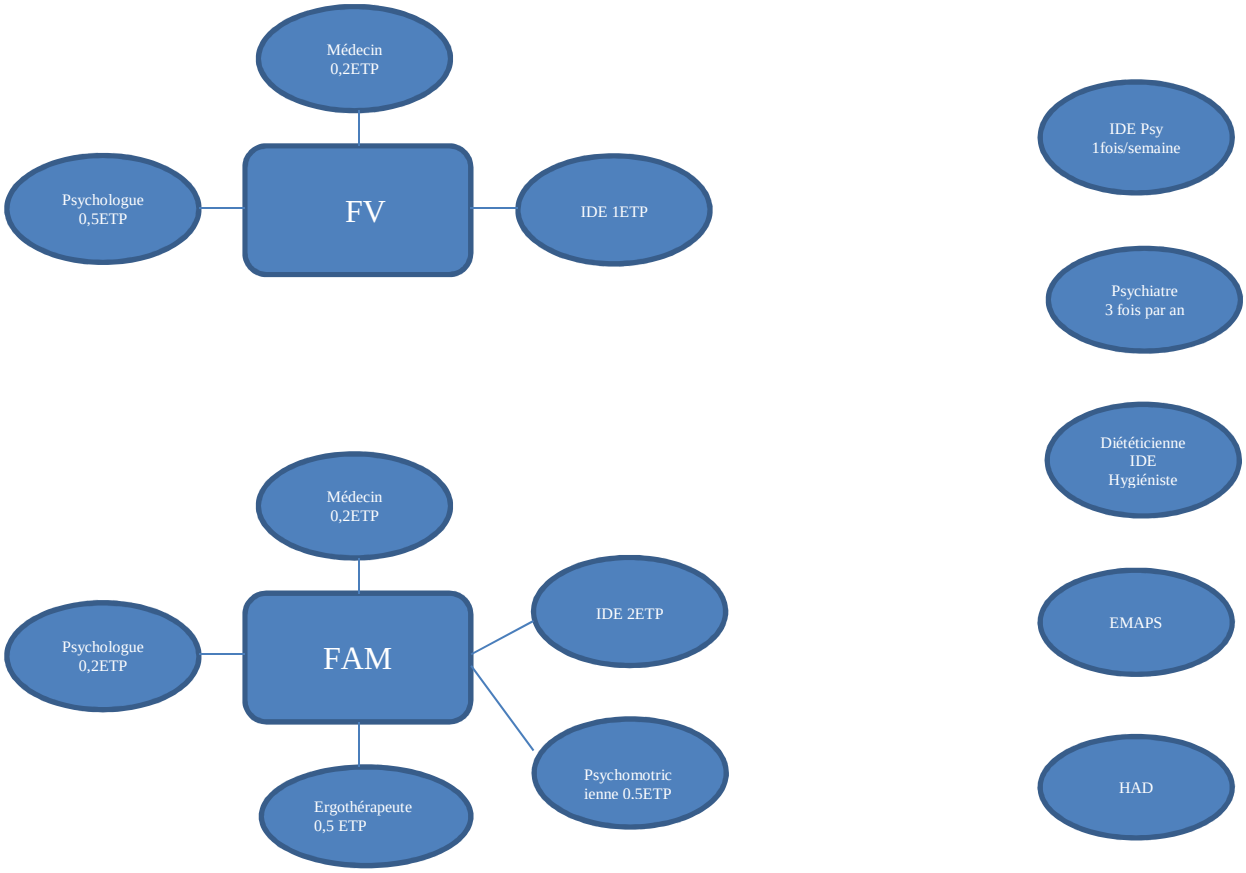
Les soins sont assurés 7 jours/7 par les infirmiers de 6h45 à 21h15 du lundi au vendredi et de 6h45 à 20h30 le week-end. Ils sont en lien avec les équipes d'hébergement et l'ensemble des intervenants auprès du résident. Passé 21h en semaine ou 20h30 le week-end, les professionnels d'hébergement contactent le 15 en cas d'urgences.

Voici l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux qui composent l'équipe pluridisciplinaire.



Intervenants extérieurs
Pour l'ensemble de l'établissement





C'est par un travail de collaboration étroite entre ces différents professionnels (salariés des 3 établissements et intervenants extérieurs) que peut se mettre en place une organisation des soins efficiente.
Afin d'optimiser la continuité des soins, chaque IDE EHPAD est référente de l'ensemble d'une unité, un membre du personnel d'hébergement est « référent hébergement» de résidents.

Nos outils :

Transmissions : les transmissions écrites sont réalisées sur le logiciel « Médic'Or », les transmissions orales sont effectuées à chaque changement d'équipe :

- 6h45 : équipe de nuit- équipe de jour
- Entre équipe jour matin – après-midi
- 21h : équipe de nuit – équipe de jour

Rencontres pluri-professionnelles :
- Les PVI (Projets de Vie Individualisés)
- les temps de transmissions
- les réunions d'équipe

Objectifs

Développer des conventions avec des structures ressources
Développer une organisation efficace en cas d'urgence médicale (formation du personnel, dispositif permanences de soins en ambulatoire)
Développer des réunions type « conférences à thèmes » pour informer en continu les professionnels et adapter les pratiques.

5.3. L'ORGANISATION DES SOINS

5.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical

Le logiciel « Médic'Or » est utilisé concernant les informations médicales de chaque résident, ce dernier permet de centraliser et sécuriser les informations administratives et médicales.
Au sein de ces dossiers se trouve « le plan de soins individuel (PSI) » qui permet à chacun l'uniformisation et la traçabilité des pratiques auprès du résident.
Les plans de soins IDE et hébergement ont récemment été renseignés sur le logiciel.
Les difficultés de connexion internet, l'ergonomie du logiciel et le peu de culture informatique de l'établissement, n'incitent pas les professionnels à compléter le logiciel de manière exhaustive. En outre, Medic'Or intègre essentiellement les données médicales au détriment des données sociales, éducatives et d'animation.
Il est prévu en 2017 de réfléchir à la mise en place d'un nouveau logiciel.

Des dossiers « papier » existe au sein des unités et du centre de soins. Une procédure « architecture du dossier » est en cours d'élaboration au niveau de l'association.

5.3.2. Les médicaments et les diverses dépenses de santé

Le circuit du médicament est un processus composé d'une série d'étapes successives :

1) La prescription (acte médical) : actuellement les prescriptions de traitements dits de « pathologies chroniques » sont effectuées sur Médic'Or et signées par le médecin le jour de la consultation.
   Les prescriptions de traitements dits de « pathologies aigues » sont soit rédigées par le médecin au moment de son passage sur l'établissement ou réalisées par téléphone mais faxées dans l'immédiat.
   A chaque modification de prescription, une fiche traitement est éditée en trois exemplaires : le dossier médical, la salle de préparation, chaque chariot à médicaments de chaque unité.

2) La dispensation (acte pharmaceutique) : chaque prescription est faxée à une pharmacie de ville.
   Cette dernière procède à une mise en sachets des comprimés secs sous forme d'escargot (1 sachet par prise, préparé sur 1 semaine).
   Tout ce qui est hors escargot est livré mensuellement, les IDE gèrent le stock de médicaments et préparent les semainiers de ces médicaments.

3) L'administration (acte IDE) : est réalisée par les équipes d'hébergement et tracé via le plan de soins.

Les stupéfiants sont prescrits via des ordonnances sécurisées, elles sont faxées également à la pharmacie qui trace le stock livré, chaque sortie de stupéfiant est tracée via un cahier de suivi avec une comptabilisation des stocks restants.
Si changement de traitement, posologie ou décès d'un résident : le stock non utilisé est redonné à la pharmacie et tracé.

Objectifs

Formaliser les différentes étapes du circuit du médicament.
Formaliser une liste de médicaments stock tampon.
Définir le livret thérapeutique.
Lutter contre la Poly-médication.
Limiter la prise de psychotropes.
S'assurer du nettoyage/désinfection et du dégivrage régulier du réfrigérateur de stockage des médicaments.
Améliorer la préparation des buvables au plus près de la prise.

5.3.3. L'accompagnement psychologique

Troubles déficitaires

<u>Troubles psychologiques</u>

Le retrait
L'apathie
L'adynamie
L'indifférence à l'environnement et à soi même pouvant mener à une dépression

Troubles productifs

<u>Troubles psychotiques</u>

Troubles dérangeants pour l'environnement humain et matériel
Agitation
Déambulation
Agressivité
Cris
Hallucinations
Idées délirantes

<u>Objectifs :</u>

<u>Déjà réalisés</u> : Continuer le partenariat avec le CHGR (visite hebdomadaire d'un IDE du CHGR sur site + visite psychiatre une demi-journée tous les 4 mois)
Formalisation d'une procédure en cas d'agitation
Formalisation d'une procédure violence destinée aux professionnels soignants
Suivi personnalisé par la psychologue de l'établissement

<u>Axes d'amélioration</u> :
Renforcer la traçabilité des suivis psychologues de l'établissement (utilisation de l'échelle NPI)
Mettre en place la PEC du soutien psychologique auprès des aidants et familles.
Réaliser une procédure en cas de fugue en lien avec la gendarmerie
Continuer la formation et l'information professionnelle (gestion agitation, violence, savoir reconnaître les signes annonciateurs….)
Développer les approches non médicamenteuses :
Une formation SNOEZELEN a été réalisée en 2016, un réel projet d'interventions multi-sensorielles au sein de l'établissement est en cours d'élaboration
Formations musicothérapie, luminothérapie, aromathérapies
Développer le soutien psychologique en collaboration avec la psychologue auprès des professionnels soignants (analyses de pratiques , recherche de réseau soutien)

Dans le cadre de leur mission, la psychologue assure un travail d'accueil, d'accompagnement clinique et de soutien psychologique des résidents, de leurs familles et apporte un éclairage ponctuel aux équipes soignantes.
La psychologue effectue les différents tests nécessaires à une meilleure connaissance du résident (MMS, NPI, etc..), elle organise et participe aux PVI (projet de vie individuel) elle voit chaque résident entrant puis à chaque demande du personnel.

5.5. DEPENDANCE ET CHARGE EN SOINS

- ✓ Dépendance : AGGIR

Outil d'évaluation de la dépendance, incontournable pour les demandes d'APA (Allocation Personnalisée Autonomie).
Le GMP est calculé tous les 3 mois. La grille AGGIR est faite dans la semaine suivant l'entrée avec l'équipe hébergement et un infirmier.

- ✓ Charge en soins : PATHOS

Ce modèle évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médicaux, paramédicaux et techniques nécessaires pour prendre en charge toutes les pathologies d'une population de personnes âgées un jour donnée.

5.6. RAPPORT D'ACTIVITES MEDICALES

Le rapport d'activités médicales est rédigé par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante tous les ans.
Ce rapport contient les parties suivantes :

- ✓ L'architecture médicale
- ✓ Le personnel humain
- ✓ Les résidents
- ✓ L'activité médicale

PROJET D'ANIMATION

6.1. LES ACTIVITES PROPOSEES DANS LA RESIDENCE

Un programme d'animation hebdomadaire est affiché et distribué afin que chacun puisse être tenu au courant des propositions faites.
Celles-ci sont « classées » en différents types d'animation :

- les propositions individuelles : recueillies lors de l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé en collaboration avec le résident, la famille et l'équipe pluridisciplinaire.

- les propositions régulières : qui visent à créer du lien, des échanges entre les personnes accueillies, les familles, le personnel et des partenaires extérieurs à l'établissement.

  - Thé dansant
  - Loto
  - Pique-nique inter-établissements
  - cinéma « séance sénior »
  - animation de temps forts du calendrier
  - animation musicales sur site : chorales, chanteurs, musiciens…
  - sortie bord de mer
  - sortie au restaurant …

- les propositions « passe temps » ou récréatives :
  Ces temps sont proposés par les professionnels de l'accompagnement en lien avec l'animatrice. Ils ont pour objectifs de répondre aux demandes de loisirs des résidents selon leur degré de dépendance : jeux de société, balade, atelier tricot, cuisine, chorale, séance de réveil musculaire, projection de films et documentaires…

Toutes les propositions visent un objectif commun et primordial : le bien être de la personne accueillie. Dans le respect des choix, de l'autonomie de l'état de santé de chaque résident.

Les objectifs de l'animation au sein de l'EHPAD de Chaudeboeuf

- Objectifs généraux :
  L'objectif central de l'animation et de la vie sociale au sein de l'EHPAD est la recherche d'une certaine qualité d'accueil des personnes en veillant à recueillir les souhaits ou les observations. Celles-ci orienteront les actions menées auprès des personnes accueillies :

  - valoriser la parole et l'expression de tous
  - développer et préserver l'écoute de chacun
  - respecter le libre arbitre de chacun et sa possibilité de dire non
  - conserver et préserver des repères

- provoquer des moments de plaisir, de convivialité
- construire un climat favorisant le mieux vivre ensemble au regard de la diversité des personnes accueillies
- renforcer le sentiment « d'être utile » et encore « capable de »
- favoriser les activités physiques et intellectuelles pour préserver l'autonomie

- La population de l'EHPAD se compose de profils divers de personnes âgées et de personnes handicapées vieillissantes qui ne recherchent pas toujours les mêmes activités ni les même temps partagés. Les professionnels investis dans l'animation et la vie sociale doivent sans cesse être vigilants aux besoins spécifiques des uns et des autres.

- Toute proposition d'animation prend en compte cette dimension spécifique qui découle d'une observation de la personne, du recueil des choix de celle-ci, des temps de réflexion et d'échange afin que chaque personne puisse se sentir écoutée et considérée comme singulière dans ses demandes.

<u>Les moyens :</u>

- Les moyens humains :

Un personnel à temps plein est chargé de l'animation et de la vie sociale sur l'ensemble de l'EHPAD, mais les piliers essentiels sont les professionnels des unités de vie qui sont au plus prêt des résidents.

- Les moyens matériels :
  - une salle polyvalente équipée et climatisée
  - du matériel pédagogique et ludique
  - des véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite
  - un espace animation au RDC du pavillon Anne Boivent
  - une salle de motricité en utilisation partagée
  - un bureau
  - un ordinateur portable
  - des chariots de jeux

- les moyens financiers :
- un budget d'animation
- un budget destiné aux sorties et séjour « vacances »

Les résidents accueillis sont majoritairement d'origine rurale, les nombreux espaces verts de l'EHPAD sont pour eux la possibilité de garder un contact avec la nature.
A ce titre, l'EHPAD a pensé l'aménagement d'un espace jardin avec des animaux en accès direct avec le pavillon principal : « espace contact Guy Lelièvre », afin que chacun puisse profiter au mieux de présence sur le site d'animaux tels que des chèvres et des poules, médiateurs et supports d'animation variées en extérieur.

L'information concernant l'animation :

- **Le programme hebdomadaire :**

  Chaque animation est proposée par le biais du programme hebdomadaire qui est distribué chaque vendredi pour la semaine suivante.

- **les affichages :**

  Les inscriptions aux sorties se font auprès du personnel d'accompagnement et/ou de l'animatrice qui rédigent par la suite une feuille résumant les informations concernant la sortie : horaires, résidents concernés, véhicule, destination …..

Des temps d'animation organisés en partenariat avec l'association de bénévoles « Les Amis de Chaudeboeuf » se font à raison d'une fois par mois (hors période d'été) : loto, thé dansant, prestataires divers. Ces animations sont publiées à l'avance par voie d'affichage .Les bénévoles, adhérents de l'association, viennent proposer leur aide lors de ces animations et rendent des visites régulières aux résidents les plus isolés socialement.

6.2. BILAN DU PROJET D'ANIMATION AU REGARD DU PROJET D'ANIMATION

Projet d'animation : il n'existe pas a proprement parlé de projet d'animation. L'animatrice du FAM et de l'EHPAD ont suivi en 2016 une formation qualifiante BPJEPS. Il s'agit d'un objectif pour les années à venir.
En outre, les animatrices expriment parfois leur solitude et un sentiment de manque de cohésion, de complicité ou de travail en commun avec l'ensemble de l'équipe autour du projet d'animation. Il n'existe pas de programme commun par manque de lien. Si le projet d'animation doit répondre aux objectifs de préservation de l'autonomie, de bien être, de convivialité et de partage entre les résidents, il est nécessaire que cette vie sociale soit partagée par tous les salariés. L'animation se réalise durant toute la journée et dans les moindres gestes de la vie courante.

LES ANIMATIONS FESTIVES

Comme chaque année, un programme de festivités est organisé et respecté dans les traditions :

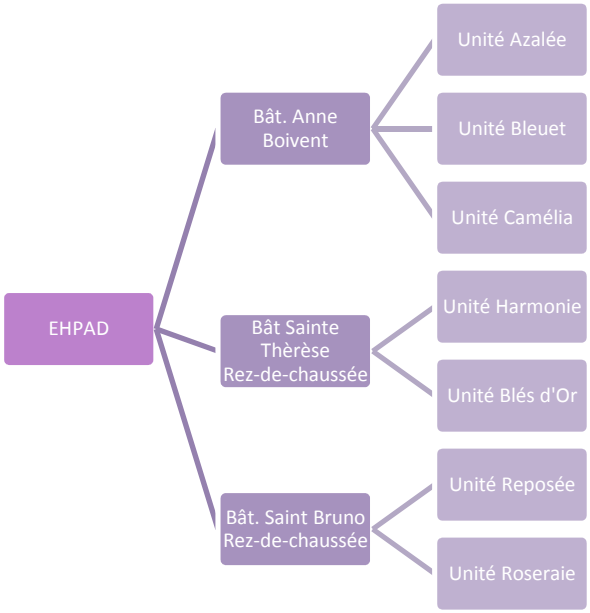
- Mardi gras : certains résidents se déguisent et une animation danse est organisée à la salle polyvalente. Des crêpes accompagnent le café au moment du goûter.
- Fête de la St Joseph : le 19 mars. Un repas amélioré est prévu et le personnel non accompagnant (secrétaires, cuisiniers, tutelle, lingères…) est invité à prendre le repas sur les différents groupes après avoir partagés un temps spirituel à la salle polyvalente et un apéritif dans le hall d'entrée du pavillon Anne Boivent.
- Fête de la musique : une animation est organisée avec des ateliers musique où les résidents peuvent faire une démonstration de leur talent.
- Fête de Noël : Noël est une grande fête qui est organisée la semaine d'avant le 25 décembre afin que les professionnels et les résidents puissent en profiter avant de partir en congés. (CP et vacances en famille).
- Journée des « Classes » : les résidents et professionnels concernés sont ceux qui sont nés dont la date de naissance termine par le même chiffre que l'année en cours. Ainsi les personnes qui ont dans l'année 20, 30, 40, 50 ans …..se réunissent pour fêter leur « Classes ». La journée débute le plus souvent par une célébration dans la salle polyvalente, suit un repas à la cafétéria et se termine par une animation selon le choix du groupe concerné. En amont une équipe de professionnels et de résidents préparent cette journée en collaboration avec les cuisines et Chefs de service quant au budget pour la composition du menu et la décoration.
- Expo vente : Le Foyer de Vie, en collaboration avec l'Association de bénévoles « Les Amis de Chaudeboeuf », présente lors d'une journée expo-vente les productions des résidents réalisées au sein des Ateliers des Talents. Cette journée est programmée chaque année le 2nd dimanche du mois d'octobre. Loin de nous situer dans une logique de « production », cette journée est l'occasion de fête, un temps de convivialité, de rencontre avec les familles, amis et voisins. Elle s'appuie sur les réalisations faites sur toute une année qui sont exposées dans la salle polyvalente de l'établissement. Chaque résident peut ainsi voir son travail valorisé par le visiteur et se projeter pour l'année suivante avec un imaginaire créatif individuel ou collectif même si sa participation effective est réduite.

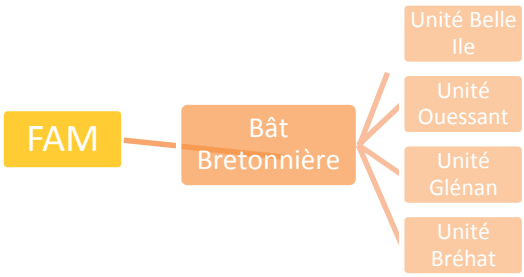
PROJET ARCHITECTURAL

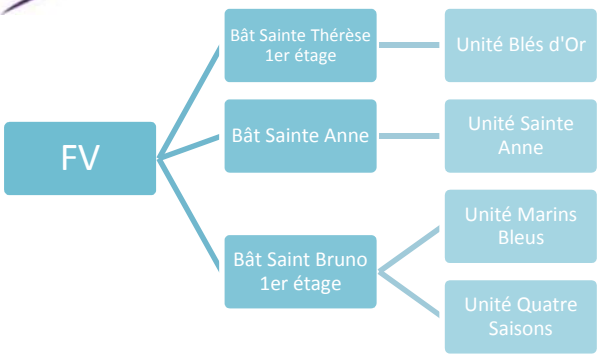
7.1. L'ORGANISATION ARCHITECTURALE

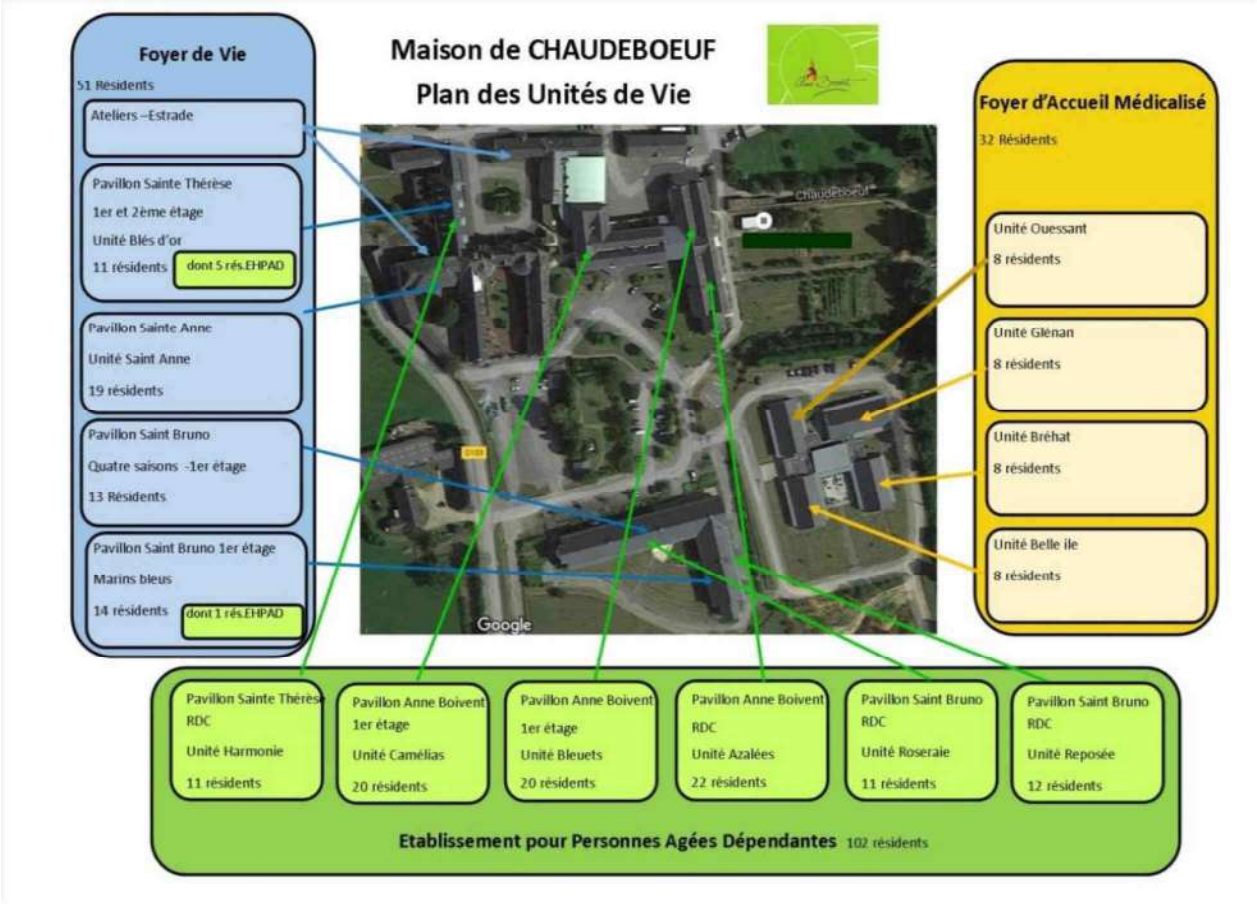
La Maison St Joseph de Chaudeboeuf dispose de bâtiments pour l'hébergement des résidents, de centres de soins, de locaux d'activités et de locaux dédiés aux services généraux : comptabilité, accueil, buanderie, cuisine, ateliers de maintenance. Ces locaux sont répartis à plusieurs endroits du site. Ce dernier représente une superficie totale de 5 ha 22 a 19 ca bénéficiant d'espaces verts et d'un cimetière.
Le château de Chaudeboeuf comprend une partie des locaux administratifs et des logements indépendants pour la communauté religieuse.

Chaque établissement (FV, EHPAD, FAM) est constitué de plusieurs unités, eux-mêmes répartis sur plusieurs bâtiments









Sur ce schéma, on peut remarquer que les résidents de l'EHPAD et du Foyer de Vie ne sont pas accueillis au sein d'un bâtiment qui leur est propre. Le site Saint Bruno accueille des résidents de l'EHPAD (rez de chaussée) et du Foyer de Vie (1er étage). Le site de Sainte Thérèse accueille également des résidents des deux secteurs. Par ailleurs, le site de Sainte Anne (bâtiment sur 3 niveaux) regroupe quant à lui des résidents du Foyer de Vie mais est éloigné de Saint Bruno.

L'éclatement géographique et l'absence de véritable bâtiment « accueil » ne favorisent pas le repérage dans l'établissement, que ce soit auprès des professionnels, visiteurs et résidents.

Les aires de parking et de circulation des piétons, vélos et véhicules sont communes présentant un risque d'accident (appréhension des résidents de l'EHPAD face aux résidents du FV à vélo).

Le projet architectural en cours tend à apporter des réponses aux difficultés constatées.

LA MAISON DE RETRAITE

La Maison de Retraite est située au sein du pavillon Anne Boivent.
La structure accueille des personnes de plus de 60 ans venant du milieu ordinaire. Elle compte 40 chambres individuelles de 22 m² dont 2 sont dédiées à l'hébergement temporaire sur l'unité Azalée.

LA MAISON DE RETRAITE SPECIALISEE

La Maison de Retraite Spécialisée est située au sein de plusieurs unités dans les pavillons Anne Boivent, Ste Thérèse et St Bruno.
Elle compte 56 chambres individuelles d'environ 22 m² et 3 chambres doubles

Elle accueille les personnes de plus de 60 ans en situation de handicap qui demandent un accompagnement spécifique. Ces dernières sont majoritairement issues du foyer de vie de la Maison St Joseph de Chaudeboeuf.
Dans le cadre de son orientation d'accueil des personnages handicapées vieillissantes, l'établissement devra davantage communiquer sur ses missions et offrir une large ouverture sur l'extérieure.

Pavillon Anne Boivent

Ce pavillon Anne Boivent est mis en service en 1994 et est réparti sur 2 niveaux :

- Un rez-de-chaussée – Un bureau ouvert d'accueil, un bureau de secrétaire, le bureau du chef de service, une salle polyvalente, une grande salle à manger, un salon de coiffure, un oratoire, un pôle soin (bureau infirmier, cabinet de consultation et une salle de préparation des médicaments), un bureau pour l'animatrice, « l'unité Azalée ».
- A l'étage – « l'unité Bleuet» et «l'unité camélia»

Chaque unité comprend :

- Des chambres simples
- Un coin salon
- Une petite salle à manger
- Un office
- Des locaux de service

Pavillon St Bruno

Au RDC, il accueille un groupe de 23 résidents. A part, 3 chambres doubles, les résidents bénéficient de chambres individuelles qui ne sont pas équipées d'appel personne. Les parties communes se composent d'une salle à manger avec un coin kitchenette équipé d'un téléviseur, d'une salle de bains avec baignoire, d'une pièce esthétique et d'un bureau servant aux transmissions et réunions d'équipe.

Pavillon Ste Thérèse

Ce bâtiment est situé sur 2 étages :

Au RDC, l'unité Harmonie accueille 11 résidents qui bénéficient de chambre individuelle équipée d'une salle de bain. Une grande salle à manger avec un coin salon permet à ce petit groupe de sentir comme à la maison.

A l'étage secteur Blés d'or, 6 résidents partagent cet espace avec des résidents du foyer de vie.

Le bâtiment Ste Thérèse ne correspond plus aux normes requises en termes d'accessibilité et de sécurité. Il n'existe pas d'appel personne sur cette unité. Le projet architectural prévoit de rassembler ces 17 résidents dans un seul et même bâtiment. Les résidents du pavillon Saint Bruno sont également concernés par ce regroupement au sein d'un même bâtiment EHPAD.

7.2. LA SECURITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement est classé ERP de type J, 4eme catégorie.
Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés et ont reçu la visite de la commission départementale de sécurité qui a rendu un avis favorable à l'exploitation. La dernière visite a eu lieu le 17 décembre 2014 (Bretonnière, Sainte Anne et Sainte Thérèse) et le 14 avril 2016 pour le bâtiment Anne Boivent et Saint Bruno.
Des exercices et formations du personnel contre l'incendie ont été organisés en 2016. Ils sont à généraliser et systématiser dans les années à venir notamment pour les professionnels de nuit.
A l'occasion de la dernière formation incendie, il a été constaté des erreurs de paramétrage sur les adresses des armoires incendie. Un audit associatif est en cours afin de reparamétrer les armoires SSI.

Le registre de sécurité recense toutes les formations effectuées et les visites contrôles. 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 l'établissement. Des espaces fumeurs ont été identifiés sur le site.
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 la circulation du linge respecte la marche en avant (circuit du linge sale et du linge propre).

7.3. LES PROJETS EN COURS

Parallèlement à l'écriture du nouveau projet d'établissement, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf a engagé en 2016 une réflexion concernant l'architecture du site avec pour objectifs de :

- Répondre aux normes accessibilité handicap
- Avoir une logique d'unité par structure (regroupements de résidents par type d'accompagnement)
- Améliorer la qualité et la sécurité des lieux de vie
- Faciliter la logistique et la communication inter-services

Dans ce cadre, l'Association a décidé de se faire accompagner du cabinet conseil d'ingénierie A2MO afin d'aider à la mise en place du projet, en lien avec les professionnels.
Un groupe de travail, constitué de représentants de salariés, s'est réuni à plusieurs reprises de mars à juin, en présence d'A2MO qui a piloté le groupe.
Entre deux réunions du groupe de travail, des réunions « retours projets » ont été mises en œuvre auprès de chaque unité par les chefs de service. Ces temps d'échange étaient l'occasion d'informer les professionnels de l'état d'avancement du projet et donner l'occasion à ces derniers de formuler des propositions/observations.

Les objectifs fixés pour ce projet architectural sont les suivants :

Sur le secteur EHPAD :

- ✓ Accueil des personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Création d'un pôle activité PHV
- ✓ Amélioration conditions d'hébergement (suppression des chambres les plus vétustes et des chambres doubles)
- ✓ Regroupement des unités sur un même bâtiment
- ✓ Création d'unités de 25 lits en moyenne avec petite salle à manger et salon
- ✓ Création d'une salle à manger commune (accueil 50x2 résidents)

Sur le secteur FV :

- ✓ Regroupement des unités FV sur le même bâtiment
- ✓ Mise aux normes hébergement (accessibilité handicap, amélioration des conditions d'hébergement…)
- ✓ Mise aux normes ateliers en termes de sécurité incendie et amélioration des conditions d'accueil : création d'un accueil, d'espaces d'activité dédiés accessibles depuis un couloir…(absence de pièces en enfilade tel qu'aujourd'hui)
- ✓ Identification lieux FV

Sur le secteur FAM :

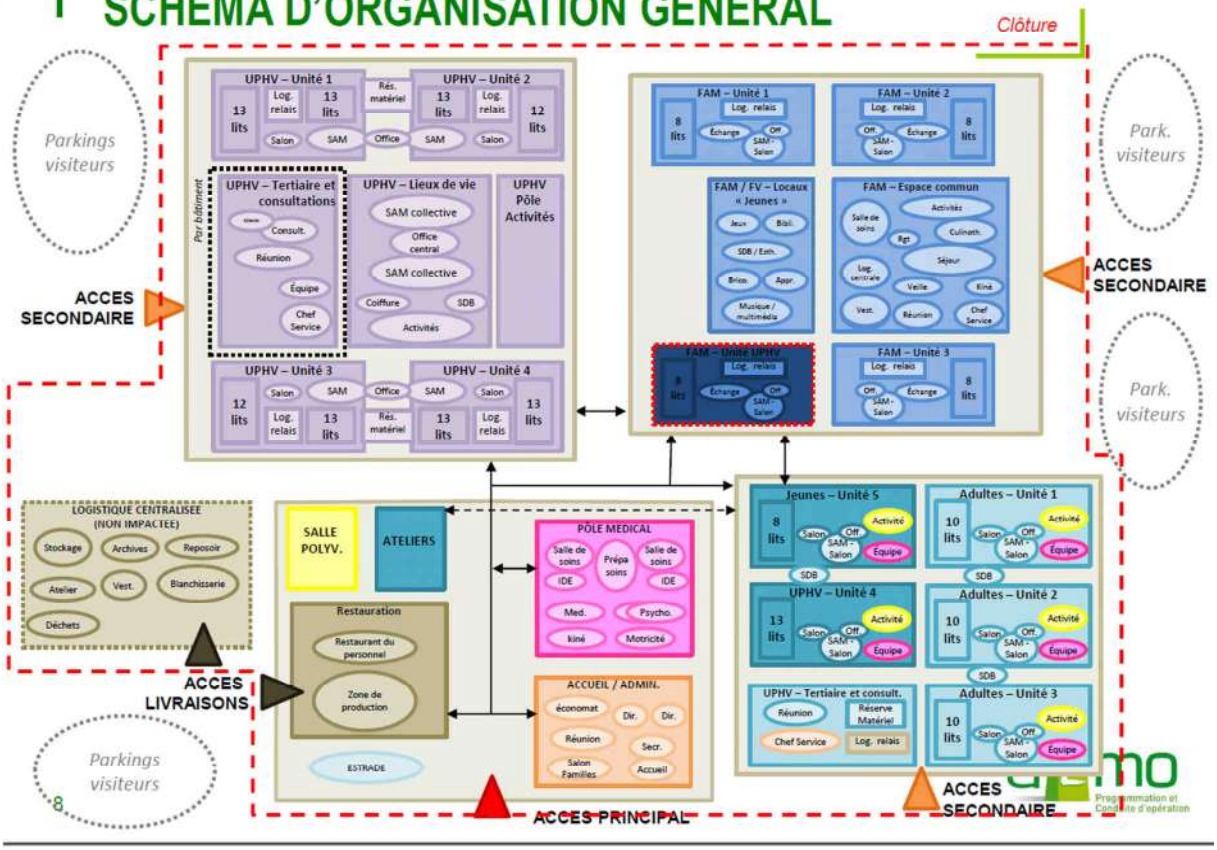
- ✓ Création d'une unité UPHV
- ✓ Création d'une unité éducative renforcée – pôle activités passerelles, plus accessible pour les résidents du FAM
- ✓ Suppression chambres doubles

D'un point de vue architectural :

- ✓ Avoir une unité de lieu pour les différentes prises en charge et des locaux adaptés
- ✓ Réaliser un cœur d'établissement avec fonctions communes (accueil, pôle paramédical, lieux de rencontre et d'échange, salle à manger du personnel)
- ✓ Sécuriser les flux de circulation sur le site

A l'issue des différentes réunions du groupe de travail, le schéma d'organisation général est le suivant :

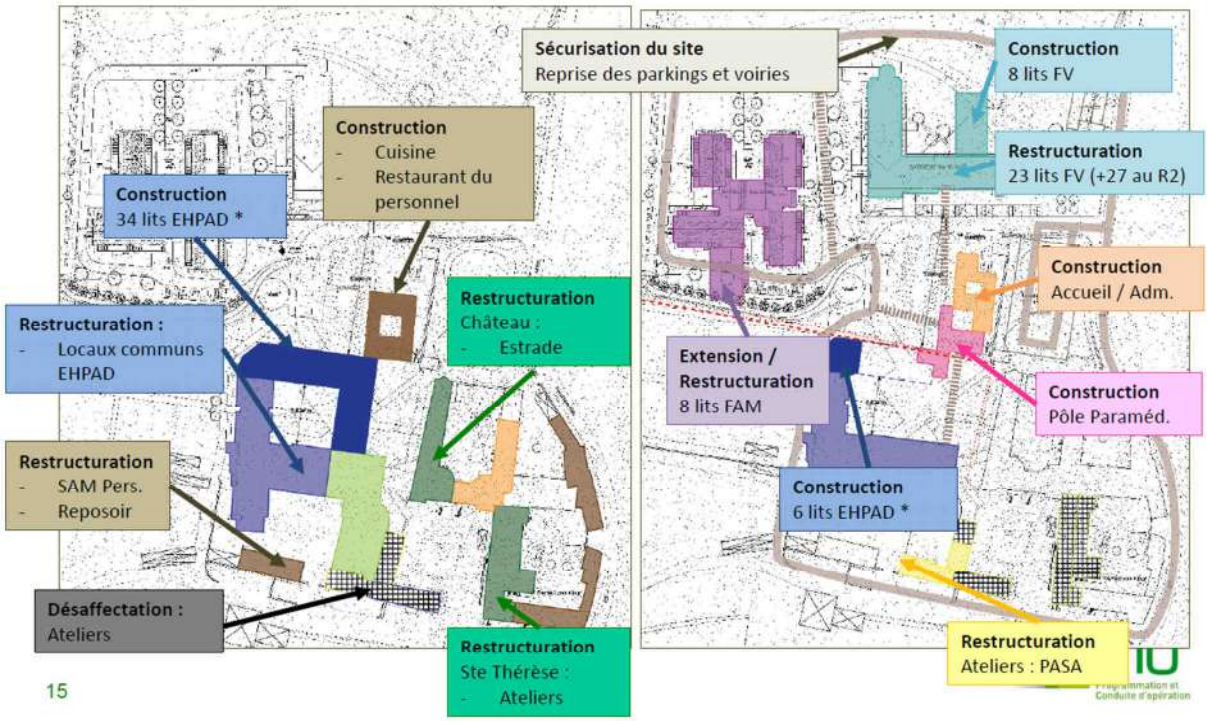
SCHEMA D'ORGANISATION GENERAL



SCENARIO 1 : Organisation finale

RJ/RDC (cotes NGF 99 à 104.7, hors 104.5)

R+1 et R+2 (cotes NGF 104.5, 108 et 111.2)



Au regard du scénario proposé, le projet impacte l'ensemble des trois établissements.

Du point de vue général et transversal :

- ✓ Création d'un lieu d'accueil directement accessible depuis l'entrée du site (en face du parking actuel)
- ✓ Création d'un espace administratif au sein de ce nouveau bâtiment
- ✓ Création d'un pôle médical et paramédical regroupant les professionnels du secteur tout en prévoyant des « circuits de passage » des résidents en fonction de leur secteur : handicap ou EHPAD
- ✓ Déménagement de la cuisine centrale et création d'une grande salle à manger principalement à destination des résidents EHPAD et d'une salle à manger du personnel
- ✓ Amélioration des flux de circulation sur le site et sécurisation

Du point de vue de l'EHPAD :

- ✓ Regroupement des unités de l'EHPAD au sein d'un même bâtiment(Anne Boivent) par une extension du bâtiment qui rejoindra l'espace accueil et paramédical
- ✓ Création d'unités de 25 à 30 lits
- ✓ Création de deux grandes salles à manger d'une capacité de 50 personnes séparées par un office afin notamment de créer une « prestation hôtelière » avec service à table
- ✓ Création d'un espace d'animation
- ✓ Création d'une unité type PASA pour les personnes handicapées vieillissantes au sein de l'actuel espace dédié aux ateliers

Du point de vue du FV :

- ✓ Regroupement des unités du FV au sein d'un même bâtiment (Saint Bruno) par une extension du bâtiment
- ✓ Création de plus petites unités (en moyenne 10 lits) avec chambres individuelles comprenant des sanitaires
- ✓ Réaménagement des espaces collectifs (coin salon/salle à manger) et création de nouveaux espaces (espace multimédia, salle d'activités)
- ✓ Déménagement des ateliers au sein de l'actuel bâtiment Sainte Thérèse afin de créer un lieu d'accueil et des espaces d'activité dédiés en dehors du secteur hébergement afin de :
    - o Assurer une plus grande sécurité en termes incendie
    - o D'éviter les passages et temps d'attente des résidents FV sur le site EHPAD
    - o De faciliter la compréhension des activités par des espaces dédiés qui ne soient pas en enfilade

Du point de vue du FAM :

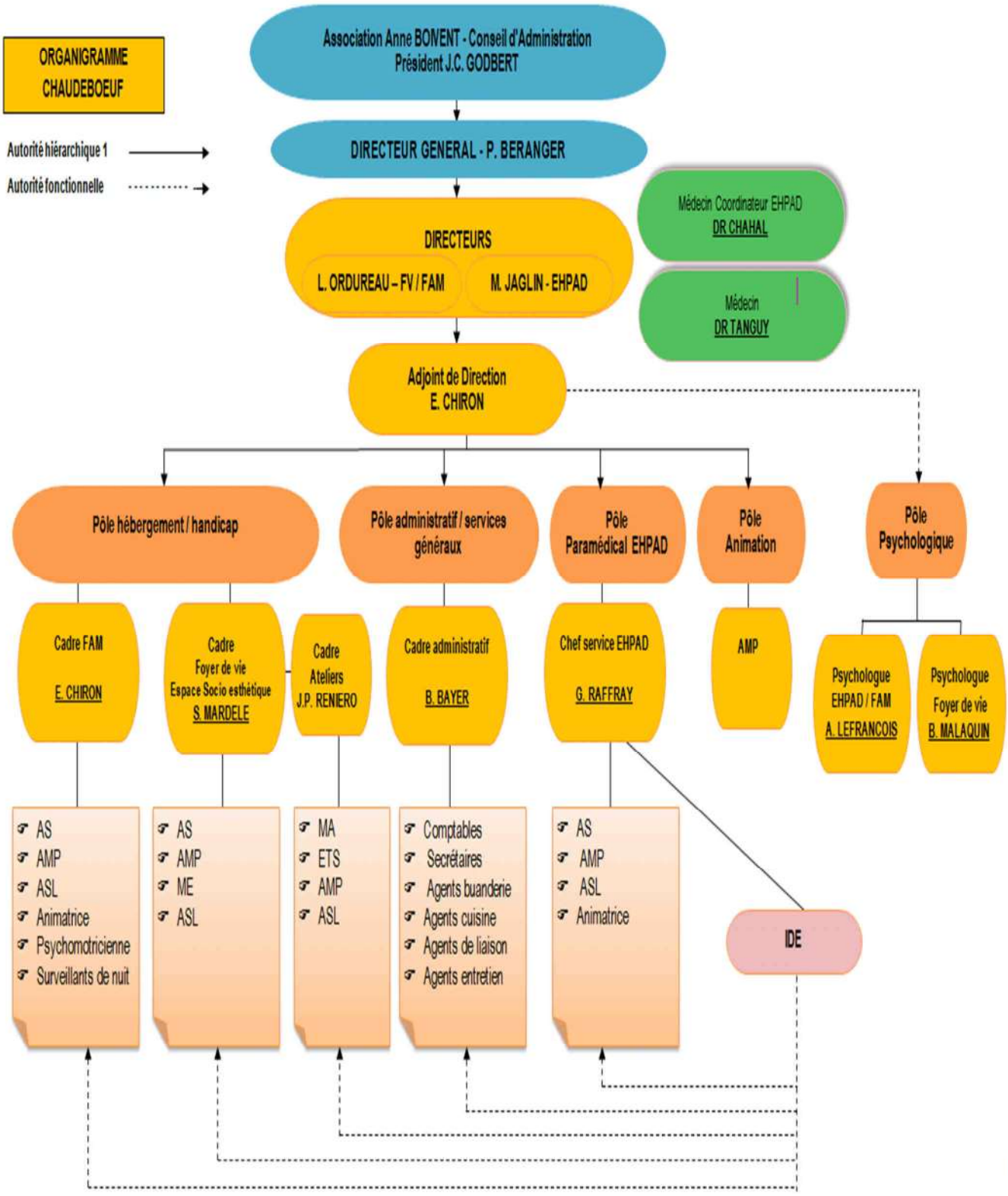
- ✓ Création d'une unité pour les personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Créations d'espaces d'activité davantage accessibles pour les résidents du FAM ne pouvant ou n'ayant pas la capacité de se rendre aux ateliers
- ✓ Suppression des chambres doubles

Le projet a été présenté aux organismes de tutelles à l'occasion de deux réunions en 2015 et 2016 et a reçu un avis plutôt favorable quant à la pertinence du projet.
A l'heure d'écriture du projet d'établissement, un plan de financement doit être établi en lien avec le siège de l'Association afin de prioriser les actions à mener.

LE PROJET SOCIAL

8.1. L'ORGANIGRAMME

ORGANIGRAMME au 31.12.2016



8.2. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET DES TRANSMISSIONS ENTRE EQUIPES

Type	Périodicité	Profs. concernés	Objet
PAP (Projets d'Accompagnement Personnalisés) pilote psychologue	1 à 2 fois par semaine	Psychologue + IDE Référente + Personnel Hébergement Référent + présence famille et résident (si possible) Possibilité présence MED CO +IDE CO	Respect des souhaits des résidents Uniformisation des pratiques professionnelles le concernant Faire du lien avec la famille
Points hebdomadaires EHPAD	1fois/semaine	1 Prof hébergement de chaque unité EHPAD, chef de service, animatrice, MED CO	Information des personnels Echange sur les besoins, difficultés rencontrées, pistes d'amélioration afin de veiller au bon fonctionnement de l'équipe. Apporter des éléments formateurs, partage d'idées sur la programmation de temps forts/Co animation
Réunion d'équipes /IDE référente de l'unité/Chef de service	1 fois / mois	Prof d'hébergement de l'unité/IDE Référente/ chef de service	Réunion de fonctionnement /échanges des pratiques/Evaluation Girrages résidents
Réunion d'équipe IDE EHPAD /MED CO/IDE CO	1 fois / 15 jours	Equipe IDE /MED CO/IDE CO	Réunion de fonctionnement / échange et uniformisation des pratiques
Commission d'animation	3 fois /an	Animatrice/Résidents/Professionnels d'hébergement	Recueil des souhaits et attentes des résidents/animation et vie sociale, bilan de l'année

8.3. LE RECRUTEMENT ET L'INTEGRATION DES NOUVEAUX PERSONNELS

Le recrutement des emplois cadres CDI est géré en lien avec le siège.
Le recrutement des emplois en CDD est géré par le Responsable d'établissement et le chef de service.
Des offres d'emploi sont régulièrement diffusées par le Siège de l'Association, permettant éventuellement la mobilité de professionnels entre établissements.
Le dispositif de mobilité interne, précédemment mis en place, a été dénoncé en 2014. Toutefois, les salariés peuvent faire part de leur souhait de mobilité sur un autre service à l'occasion des entretiens annuels ou lors des ouvertures de poste.
La politique d'intégration des nouveaux salariés est à améliorer et formaliser (révision du livret d'accueil, organisation d'une journée d'intégration…).

8.4. LA GESTION DES REMPLACEMENTS

La gestion des remplacements va être modifiée à compter d'avril 2017. A partir de cette date, les remplacements seront gérés par un organisme d'intérim solidaire « Medicoop » né de la coopération de 77 établissements médico-sociaux du territoire.

8.5. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES

Chaque année, l'établissement accueille des stagiaires pour différentes formations, leur permettant de bénéficier ainsi de notre terrain professionnel pour découvrir ou se former à un métier du secteur sanitaire, social ou médico-social.
Un référent professionnel est nommé par le Chef de Service parmi l'équipe en recherchant l'adéquation entre sa qualification et la formation effectuée par le stagiaire. Le référent a un rôle important d'observation, de conseil, de guide, de suivi des actions mises en place et menées par le stagiaire pendant la totalité de son stage.
Suivant ses objectifs et les impératifs liés à sa formation, le stagiaire est mis en situation d'apprentissage. Il est encadré par les professionnels qui se rendent disponibles pour répondre à ses interrogations quant aux pratiques professionnelles et aux pathologies rencontrées. Il est invité à participer à l'ensemble des activités et animations proposées, ainsi qu'aux différentes réunions d'équipe. Il a accès aux documents de travail (synthèses, PVI,…) sans pour autant les sortir de l'établissement, ainsi qu'aux transmissions sous réserve de respecter le devoir de discrétion qui est imposé à tout professionnel.

La démarche concernant l'accueil des stagiaires doit toutefois être davantage structurée. Les demandes de stage sont réceptionnées par la secrétaire qui centralise les demandes et informe les chefs de service.

L'accueil des stagiaires demande une réorganisation. Par unités, il serait pertinent de définir par catégories professionnelles, le nombre de stagiaires pouvant être encadrés d'une manière correcte, en même temps et sur l'année.
La procédure d'accueil et les documents à communiquer nécessitent également d'être revus.

8.6. FORMATIONS

L'établissement a réalisé un effort important en termes de propositions de formations. L'augmentation significative du nombre de demandes de formations par les salariés depuis deux ans témoigne de la dynamique mise en place.

Les formations sont inscrites dans le plan de formation par le Responsable d'établissement au regard des projets de service, des orientations de l'établissement et des actions obligatoires à mettre en place.

Chaque année, en juin, les salariés sont invités à communiquer une fiche de demande de formation à leurs chefs de service.
La direction et les délégués référents du personnel échangent dans le courant du mois de septembre sur les formations individuelles et collectives.

Le choix des formations est fonction :

- ✓ pour les formations collectives : des orientations et du projet d'établissement et de certaines formations obligatoires à mettre en place (exemple : sécurité incendie)
- ✓ pour les formations individuelles : de l'avis du responsable, des priorités de formation définies, de l'intérêt du programme de formation, du coût et des formations déjà suivies par le salarié.

Le Responsable d'établissement élabore ensuite un plan de formation annuel, en lien avec le référent formation du siège, qu'elle soumet aux membres délégués du personnel.
Les formations sont organisées en intra, inter-services, voire en inter-établissements. L'établissement favorise aussi la participation des professionnels à des conférences et journées à thèmes.
L'arrivée d'un responsable formation au niveau du siège facilite le recueil de données, la mutualisation des formations et les échanges entre salariés de différents établissements de l'association.

8.7. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Une évaluation des risques professionnels auxquels sont exposés les salariés de l'établissement a été réalisée et centralisée dans le document unique des risques professionnels. Ce document comprend des actions de préventions des risques professionnels, d'information, de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.
Le DURP ayant été finalisé en 2016, il n'a pas fait l'objet d'évaluation. Il est prévu de réviser le document unique au moins une fois par an, dans le cadre du CHSCT.
L'analyse des accidents du travail est réalisée à l'occasion des réunions du CHSCT, une fois par trimestre, sur la base du registre des accidents de travail.

L'employeur organise également les visites médicales d'embauche, de reprise et périodique pour l'ensemble des salariés.
Six professionnels ont suivi la formation PRAP depuis 2014. L'objectif de ces formations PRAP est de permettre de dégager des pistes d'amélioration dans les domaines organisationnels, techniques et humains aux situations de travail établies (ou à venir) nécessitant de la

manutention manuelle, des déplacements avec ou sans port de charges, des gestes répétitifs, des postures contraignantes…

Une commission PRAP vient d'être constitué en novembre 2016.La démarche mérite encore d'être développée.
L'établissement bénéficie des visites et conseils réguliers d'un préventeur de la Médecine du travail. Des aménagements de poste ont été mis en place avec son appui : centre de soins, poste chef de service, bureau restauration.
Du matériel adapté a été mis à disposition des équipes en lien avec l'ergothérapeute : nouveaux lève personne, rails plafonniers…

Gestion des situations d'agressivité et de violence

Les différents temps de rencontre (réunions de service, réunions institutionnelles…) permettent à chacun de s'exprimer, d'être écouté, d'échanger, voire d'apporter une réponse aux difficultés rencontrées. Toutefois, il convient de préciser davantage l'objet et la périodicité des différentes réunions.

En outre, la mise en place de groupes d'analyse de pratiques et/ou de supervision sur le secteur EHPAD et FAM contribuerait à aider et soutenir les professionnels dans leurs différentes missions.
Une réflexion est actuellement en cours pour la mise en place d'un temps d'analyse des pratiques une fois par trimestre.

Des formations sur la gestion des situations de violence et d'agressivité ont été remises en place et une procédure est en cours de validation. En outre une étude est actuellement menée pour l'achat de PTI programmables.

Des réunions « retour de situation » peuvent être mises en place à la demande des salariés d'hébergement ou chefs de service.

8.8. LA COMMUNICATION EN INTERNE

L'évaluation externe réalisée en 2014 a préconisé « d'apaiser les tensions entre les professionnels pour faciliter l'information transversale et permettre la coordination d'équipe au service du résident ».

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat :

- L'absence de temps de transmissions formalisé entre différentes catégories professionnelles, notamment entre les IDE et les équipes hébergement (jusqu'en octobre 2016)
- L'absence de régularité et d'objet des différentes réunions organisées par les chefs de service
- La disparité d'informations entre services
- Le centre de soins, regroupé sur le bâtiment Anne Boivent, ne facilite pas les échanges entre les IDE et les équipes hébergement des autres bâtiments (jusqu'en octobre 2016)

- L'absence de pôle paramédical : les bureaux des psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciennes, IDE, médecin coordonnateur sont éloignés les uns des autres
- Les divergences de point de vue concernant l'accompagnement et le rôle attribué à chacun, notamment entre les équipes hébergement et les équipes de soins
- La sous utilisation du logiciel Medic'or et l'absence de dossier spécifique à l'éducatif, au social et à l'animation au sein du logiciel
- La culture parfois différente entre le secteur handicap et le secteur personnes âgées

Compte tenu de ces éléments, l'établissement a engagé une démarche visant à travailler sur la communication intra et inter-services.
Les professionnels de la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf ont été sollicités en mars 2016 afin de répondre à un questionnaire, de façon anonyme, sur la communication au sein de l'établissement. Malgré un faible taux de participation, les réponses et suggestions données sont intéressantes en termes d'analyse.

Pour 57% des professionnels, la communication est peu satisfaisante.

Les suggestions en termes d'amélioration sont les suivantes :

- Clarifier l'objet et la fréquence des réunions par site
- Prévoir des formations sur l 'informatique
- Faciliter les transmissions : meilleure utilisation du logiciel Medic'or ou investissement dans un nouveau logiciel?
- Proposer des temps d'analyse de pratiques
- Faciliter la communication inter-services (IDE, hébergement, animation, ateliers…) et inter-unités
- Réaliser des notes d'information institutionnelles et prévoir la participation régulière de la direction aux réunions de service
- Avoir des retours réguliers par rapport aux projets proposés
- Ouvrir l'institution vers l'extérieur
- Revoir la procédure et les informations indispensables à l'accueil

Plusieurs axes d'amélioration sont en cours de mise en place :

- Elaboration des plans de soins sur le secteur hébergement
- Constitution d'un fichier excel de partage entre chefs de service afin d'identifier les points à aborder en réunion de service de manière homogène
- Mise en place d'une formation « faciliter la cohésion et la communication entre équipe »
- La sectorisation du pôle soins, jusque là centralisé sur le bâtiment Anne Boivent, quelque soit le secteur. Depuis octobre 2016, un secteur IDE handicap et un secteur IDE EHPAD a été mis en place afin de faciliter les échanges d'information.
- La mise en place de temps de transmissions et de temps de réunions de service, formalisés et périodiques.
- Déploiement de l'outil outlook.
- Présentation des vœux par le Directeur Général et la Direction.

8.9 FICHES DE POSTE

L'intégralité des fiches de poste n'a pas été réalisée. Les inventaires des fiches à réaliser et à actualiser doit être réalisé en amont. Elles seront ensuite soumises pour avis aux DUP puis transmises de manière systématique aux salariés.

8.10 ENTRETIENS PROFESSIONNELS ET D'EVALUATION

L'entretien d'évaluation est mené par le responsable hiérarchique direct du salarié. Les entretiens d'évaluation concernent les salariés en CDI et éventuellement les CDD longs, il s'agit d'un bilan.
En cas de désaccord ou conflit, le Responsable peut être sollicité à la demande du salarié ou du responsable hiérarchique.
Les documents originaux de l'entretien sont conservés sur l'établissement de référence, une copie est remise au salarié, une autre au siège de l'association (RRH).
Le responsable hiérarchique doit faire remonter à son directeur les attentes et besoins et doit s'assurer du traitement des souhaits d'évolution et de mobilité professionnelle des salariés : climat social, GPEC, prospective, lien avec le plan de formation, évolution de l'offre de service. Pour les points RH uniquement, il transmet au directeur des ressources humaines les informations nécessaires.

Le support de l'entretien est transmis au salarié préalablement. Le responsable hiérarchique s'appuie sur le guide du manager pour la tenue de l'entretien qui se veut « *un des outils RH parmi d'autres (Bilan social, GPEC, Le pilotage social, la négociation…). Il n'est pas isolé et s'inscrit dans une démarche globale de management. L'entretien annuel d'évaluation est un moment privilégié pour échanger avec votre collaborateur afin de vous assurer que sa mission s'inscrit dans une logique de projet (associatif, d'établissement, de service…) et qu'à ces fins il appréhende la pédagogie par objectifs. Savoir aborder tous les sujets, poser les bonnes questions, faire le point sur les résultats et définir de nouveaux objectifs : voici les conseils pour tirer le meilleur parti des entretiens d'évaluation annuel* ».

8.11 L'ANALYSE DE PRATIQUES

Seul le foyer de vie bénéficie d'un temps d'analyse de pratiques.

Une réflexion est à menée sur l'ensemble de l'établissement afin de favoriser la mise en place de ce type de temps d'échange, demandés par les salariés.

LA DEMARCHE QUALITE

LA DEMARCHE QUALITE

9.1. ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE

La structuration de la démarche qualité est récente dans l'établissement. Toutefois, un effort important de formalisation a été initié depuis un an.
La démarche qualité est organisée en lien avec le siège de l'Association par l'intermédiaire d'une Directrice qualité, d'un assistant qualité et d'un COPIL Qualité.

L'évaluation externe a eu lieu en 2014. Afin d'assurer le suivi des actions d'amélioration, un COPIL qualité a été institué au sein de la structure. Il est composé des directeurs, chefs de service, référents qualité, du médecin coordonnateur.

9.1.1. Copil, mise en place de procédures

Les missions de ce COPIL ont été précisées lors de la 1ère réunion en date du 2 décembre 2015, à savoir :

- Définir la politique et les orientations en matière de qualité, en lien avec l'Association
- Piloter et valider l'ensemble des travaux réalisés et des documents rédigés
- Suivre le plan d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques
- Prendre connaissance des fiches d'évènement indésirable et assurer le suivi des actions correctives
- Informer et sensibiliser les professionnels à la démarche.

Les différentes échéances, pilotes, et actions d'amélioration issues de l'évaluation interne et externe sont inscrites et planifiées au sein du PACQ (Plan d'Amélioration Continue de la Qualité) par le biais du logiciel Kalit'expert. La périodicité des réunions du COPIL a été fixée à une réunion par trimestre.

Gestion documentaire

Les procédures qui n'étaient jusque là pas complétement formalisées au format qualité (essentiellement procédure soins) sont en cours de réécriture et de mise en page afin de correspondre au format identifié dans « la procédure des procédures ». De nouvelles procédures « prioritaires » vont être élaborées en lien avec les groupes de travail et les orientations du PACQ et les orientations associatives.
Les procédures sont collectées dans 3 classeurs disponibles au sein des unités sur les thèmes de :

- Accompagnement
- Organisation et fonctionnement
- Sécurité, gestion des risques

9.1.2. L'autoévaluation

L'évaluation interne a été réalisée en 2014 sur la base d'un référentiel construit par l'établissement.
L'évaluation externe a quant à elle été organisée en fin d'année 2014 par un cabinet conseil – périnove.

Les axes d'amélioration issues de ces deux démarches ont été intégrés dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité.

Actions inscrites dans le PACQ : au titre des actions inscrites au PACQ et réalisées en 2015 et 2016, les actions majeures mises en œuvre sont les suivantes :

- Réalisation d'un audit sur la restauration : un stagiaire CAFERUIS a travaillé sur ce sujet et a réalisé un audit sur l'ensemble du site. Les échanges avec les professionnels et les recherches effectuées ont été synthétisées dans un rapport exhaustif qui servira de base de travail pour une réflexion globale sur la fonction restauration. Un audit restauration a également été réalisé en 2016 par un organisme « Atout restauration ». Ce dernier a été sollicité pour accompagner les équipes restauration à une réorganisation du service suite aux prochains départs à la retraite.

- Mise en place de groupes de travail :

  - Groupe « PVI » : groupe de travail composé de professionnels des trois établissements dont l'objectif est de clarifier le rôle du référent et d'établir un support PVI adapté.
  - Groupe de travail fin de vie : réflexions sur l'aménagement de la salle reposoir, révision du questionnaire obsèques, procédure conduite à tenir en cas de décès.
  - Groupe médicaments : ce groupe a réalisé un audit du circuit du médicament et travaille régulièrement à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

9.1.3. La gestion des évènements indésirables et des plaintes

Gestion des risques

Afin de faciliter la remontée des accidents, incidents ou dysfonctionnements et permettre d'apporter une action corrective rapide, des fiches de signalement des évènements indésirables ont été mises en place. Le circuit de traitement des ces fiches a été validé lors du COPIL. Le CREX (Comité de Retour d'EXpérience) a la charge de procéder à une analyse trimestrielle des fiches pour la détermination éventuelle d'actions préventives.

Gestion des plaintes

Le livret d'accueil, en cours, rappelle la possibilité de prendre contact avec le Responsable d'établissement pour toute question, réclamation ou plainte.
En cas de contestation ou de réclamation, le résident doit pouvoir faire appel à une personne « qualifiée » comme cela lui est indiqué dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. La liste des personnes qualifiées est affichée au sein des différents bâtiments.

9.1.4. La communication avec les familles et les résidents

Un ***questionnaire de satisfaction*** a été adressé aux familles en décembre 2015 et octobre 2016. Il est prévu de renouveler cette démarche annuellement.
Les résultats des questionnaires sont diffusés à tous les salariés et aux familles, accompagnés de propositions d'amélioration.

En outre, le recueil des besoins et souhaits est réalisé à l'occasion des réunions **du Conseil de la Vie Sociale** (CVS). De nouvelles élections sont planifiées en 2017 afin de créer deux CVS, un spécifique au secteur handicap et un CVS spécifique au secteur EHPAD. Le CVS se réunit au moins trois fois par an. Le CR est affiché au sein des différents bâtiments. Ce conseil de la vie sociale a un rôle consultatif pour l'organisation de la vie quotidienne de l'établissement, l'élaboration du règlement intérieur, les activités d'animation socioculturelle et thérapeutique, les mesures visant à associer au fonctionnement de l'établissement les résidents, les familles et le personnel, les projets de travaux et d'équipement, les prix et les services rendus par l'établissement, l'affectation des locaux collectifs et leur entretien.

Des doléances ou suggestions peuvent être adressées directement aux membres du Conseil de la vie sociale.

Les trames de **projet personnalisé** intégreront désormais un item sur le recueil des besoins et souhaits des résidents.

Des représentants de résidents assistent également **aux commissions menus** de l'établissement.

Communication avec les familles : de nombreux temps d'échange et de rencontre sont proposés aux familles : présentation des vœux, réunion annuelle, cocktail des familles, invitation à participer à des évènements festifs.
Les proches des résidents sont invités à partager un café lors de leur passage à Chaudeboeuf pour une visite, aident les résidents à envoyer des invitations à l'occasion des anniversaires ou venir à différentes manifestations (expo-vente, cocktail des familles).
Il est attaché de l'importance à inviter les tuteurs et/ou les membres de la famille proche du résident à une rencontre post-PVI ou en rendez-vous pour évoquer une situation particulière.

Communication avec les résidents : Les résidents sont ainsi associés aux dimensions qui les concernent individuellement mais également à celles qui relèvent d'un caractère collectif.

- Du côté de la sphère individuelle :

➢ L'élaboration de son projet de vie
➢ L'aménagement de sa chambre et son entretien
➢ Le choix de son lieu et période de ses vacances
➢ Le choix de ses activités
➢ Les achats personnels (produits d'hygiène et de beauté, tenues vestimentaires, objets de décoration)
➢ Les relations avec sa famille et amis
➢ Le choix du médecin généraliste et spécialistes

- Du côté de la sphère collective

➢ L'organisation des évènements festifs
➢ Choix des « menus »
➢ Tâches domestiques

Pour assurer cette participation et expression, différents moyens sont mis en œuvres :

- La procédure du projet de vie individualisé
- Commission « menus »
- Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- Différentes réunions pour la préparation des festivités (Noël, Pâques, journée Expo-vente).

✓ **La personne de confiance**

Selon l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique : « Toute personne peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Une information sur les missions de la personne de confiance devra être donnée aux salariés et résidents afin de faciliter la désignation de la personne de confiance. Des plaquettes d'information pourraient être menées afin de servir de support.
La même démarche pourra être mise en œuvre s'agissant des Directives anticipées.

L'hygiène

RABC et HACCP

Une formation RABC est programmée en novembre 2016 à destination de deux professionnels de la buanderie.
Après une formation, l'équipe restauration a mis en place le plan de maîtrise sanitaire en décembre 2015. Un salarié du service restauration a obtenu le diplôme de responsable de cuisine en 2016 et poursuivra ainsi la démarche « HACCP » en cuisine.

L'intervention de l'infirmière hygiéniste

Les objectifs de l'IDE hygiéniste sont d'assurer des actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux : aide à l'auto-évaluation, formations, élaboration de protocoles, surveillance, audits de bonnes pratiques, mise en place des premières mesures de gestion en cas d'infections.

Des formations ont été proposées en 2016 par l'IDE hygiéniste aux agents de service logistique en charge de l'entretien des locaux.
Des protocoles hygiène sont en cours de diffusion ainsi que la nomination de référents hygiène.

Par ailleurs, les agents de service logistique étaient auparavant sous la responsabilité de chaque chef de service. Ils sont désormais sous la seule responsabilité d'un cadre afin d'harmoniser et de mieux formaliser nos pratiques, notamment sur le plan de l'hygiène.

La démarche hygiène est à poursuivre que ce soit sur le secteur Personne Agées et Personne Handicapée.

LE SYSTEME D'INFORMATION

10. Le système d'information

Un administrateur réseau gère le système informatique. L'Association utilise également des prestations de services d'une société informatique qui héberge les données et apporte un support technique.

Un document de présentation du système informatique décrit les éléments essentiels de l'architecture et des logiciels mis en place.
Un intranet documentaire est en place ainsi qu'un modèle de bureau à distance.
Différents logiciels sont en place pour la gestion administrative et financière ainsi que pour la gestion du suivi médical des résidents (Medic'or et Age d'Or).
L'association souhaite modifier son système d'information pour le soin et l'accompagnement des résidents. Il s'agit d'un axe prioritaire pour 2017.

L'établissement rencontre des difficultés régulières d'accès et de lenteur du réseau.
Compte tenu de l'accroissement des besoins et demandes et des difficultés techniques rencontrées, il est prévu l'internalisation des serveurs.

En outre, des formations à l'informatique vont être proposées de manière régulière aux professionnels de l'établissement.

LES FICHES ACTION

11.1 Etat d'avancement par rapport à la convention tripartite

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ	
ÉTABLISSEMENT :	ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES
DATE D'EFFET DE LA CONVENTION :	1er FEVRIER 2010
ÉTAPE DU CONVENTIONNEMENT :	2ème génération

Thème 1 : L'entrée en établissement :	OBJECTIFS	ÉCHEANCES / MOYENS	RÉALISATION EFFECTIVE
Procédure d'accueil pour les nouveaux résidents	*le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour seront lus conjointement (un membre de la direction et le résident ou/et le représentant de celui-ci), recherche du consentement du résident*		*livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour sont formalisés*
Avant l'entrée	Continuer à proposer la visite du lieu de vie de l'usager par les membres de l'équipe		Dans la mesure du possible, une visite du lieu de vie est toujours proposée.
	Encourager la famille et l'entourage pour aménager la chambre avant l'admission		Le résident et/ou sa famille a la possibilité d'aménager la chambre et de la personnaliser avant l'admission.
	proposer et organiser systématiquement la visite de l'établissement avant l'entrée autant que cela est possible		Dans la mesure du possible, une visite du lieu de vie est toujours proposée.
EVALUATION	poursuivre les évaluations réalisées avant l'entrée par le médecin coordonnateur et par le responsable d'unité au bout de 3 mois de séjour		Les évaluations (MMS, bilans sang, constantes) sont poursuivies par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

Modalités de suivi de la liste d'attente (en référence notamment à Gaelig 35)	Systématiser le suivi des inscriptions (admissions et sorties)		Le suivi des demandes d'inscription est assuré par le médecin coordonnateur, en lien avec la psychologue et l'infirmière coordinatrice.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU 1er mars 2010

ÉTABLISSEMENT : **ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES**

Thème 2 : Le déroulement de la journée :	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
LEVER ET TOILETTES	en fonction des habitudes de vie du résident	réorganisation et renforcement des équipes	Les habitudes de vie des résidents sont prises en compte et formalisées dans les PVI et plans de soins
L'horaire moyen du lever des résidents	en fonction des habitudes de vie du résidents		Les habitudes de vie des résidents sont prises en compte et formalisées dans les PVI et plans de soins
Fréquence moyenne des toilettes complètes observée	permettre que des toilettes complètes soient plus fréquentes qu'aujourd'hui		La périodicité des toilettes est établie en fonction des besoins et souhaits des résidents.
L'horaire moyen de fin des toilettes observé :	s'adapter aux habitudes de vie des résidents		Les habitudes de vie des résidents sont prises en compte et formalisées dans les PVI et plans de soins
Les repas			
Horaires	s'adapter aux habitudes de vie des résidents avec un effort particulier pour réduire le temps entre le dîner et le petit déjeuner		L'horaire du dîner a été décalé d'une demie heure (18H30).
Commission menus	favoriser une plus grande participation des personnels et des usagers		Une commission menu est organisée une fois par trimestre avec la participation de représentants du personnel et de résidents.

Recours à une professionnel de la nutrition	améliorer la qualité des repas par l'intervention régulière d'une diététicienne	partenariat avec le CH de Fougères	Une diététicienne intervient au sein de l'Association pour améliorer la qualité des repas.
Les soirées			
Horaire moyen du coucher observé	s'adapter davantage aux habitudes, besoins et souhaits des résidents		Les habitudes de vie des résidents sont prises en compte et formalisées dans les PVI et plans de soins
Encas dans la soirée	s'adapter aux rythmes alimentaires et compenser les carences alimentaires		Des encas sont proposés aux résidents qui le souhaitent.
Pratiques relatives à la prise en charge des résidents tout au long de la journée	*Harmoniser les pratiques entre les services et les équipes de façon à proposer une qualité d'acompagnement qui soit comparable entre les unités, avec un objectif d'individualisation de l'accompagnement tenant compte des capacités, de l'autonomie et des handicaps de chacun.*	réorganisation et renforcement des équipes	Un travail de communication a été entrepris depuis un an afin de favoriser l'interdisciplinarité. Des temps de formation sur la bientraitance ont été planifiés.
CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU 1er février 2010			
ÉTABLISSEMENT :	**ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES**		

Thème 3 : La vie sociale	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
Manifestations organisées à destination des familles dans une année	Evénements festifs : fête de la Saint Joseph sur l'ensemble du site, Week end Expo vente, spectacles	2010	Des évènements festifs sont régulièrement organisés dans l'année : fête de la Saint Joseph, expo vente, cocktail des familles, présentation des vœux.
Projet d'animation	*mettre à jour régulièrement le projet d'animation - harmoniser les projets entre les unités*	dernière mise à jour en décembre 2009	L'élaboration du projet d'animation est un axe du projet d'établissement.

Principales orientations du projet d'animation	Au-delà de la réponse aux besoins et attentes des résidents et familles, il importe de faire en sorte que l'animation soit une mission partagée par l'ensemble des personnels qui peuvent y participer à un moment ou un autre	2010	Des commissions animation vont être mises en place avec l'animatrice et les professionnels de l'hébergement. Des professionnels des unités ont été nommés référents animation.
Caractéristiques de l'animation dans la structure	L'animation actuellement confiée à une AMP sera développée sur le plan individuel, tout en maintenant les moments d'animation collective autour des activités proposées traditionnellement et la participation aux ateliers communs à toutes les structures du site,	2010	Une animatrice est en poste et propose des activités individuelles et de groupes. Les professionnels de l'hébergement proposent également des activités aux résidents qui le souhaitent.
Modalités de l'animation organisée couramment	poursuivre les activités : bain relaxant, esthétique, chant, travaux manuels, cuisine, gym douce,,,,	début de mise en place à l'ouverture	Des activités sont proposées toute l'année aux résidents en fonction de leurs souhaits.
Rôle des bénévoles dans la structure	recueillir les attentes et souhaits des bénévoles dans la structure	commission d'animation boite à idées	L'animatrice fait partie de l'Association de bénévoles et organise des rencontres régulières avec les Amis de Chaudeboeuf.
CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU 1er mars 2010		**1er FEVRIER 2010**	
ÉTABLISSEMENT :	**ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES**		

Thème 4 : Le respect de la dignité et de l'intimité	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
Actions mises en place par l'établissement afin de garantir le respect de l'intimité et de la dignité du résident	Respect de l'espace privatif de la chambre. Usage d'une communication adaptée, non infantilisante. Adapter la pratique du tutoiement selon ce que souhaitent les résidents. Ne pas systématiser		Des formations bientraitance sont organisées une fois par an. Le thème de la dignité et de l'intimité est abordé notamment à ces occasions.

Démarches mises en place par l'établissement pour prévenir la maltraitance	Poursuivre les Formations auprès des personnels. Temps de réunion de réflexion sur la pratique professionnelle. Dégager des temps de réunions. Formaliser le recueil des plaintes. Mettre en place un comité	Poursuivre formation des personnels. Renforcer moyens humains dont psychologue	Une commission bientraitance a été instituée au sein de l'Association. Une charte bientraitance est communiquée à tous les salariés et affichée dans les bâtiments. Des formations bientraitance sont organisées. Une réflexion est en cours pour proposer des temps d'analyse de pratiques.
Modalités retenues pour la mises en place des contentions dans la structure	Existence d'un protocole de mise en place de contention. L'usage des contentions doit être prescrit systématiquement et les besoins doivent être réévalués régulièrement sur la base du protocole existant.	Evaluation en interprofessionnalité	Il s'agit d'un axe du projet de soins restant à travailler.
Modalités d'informations autour de la charte des droits et libertés de la personne âgée	Affichage dans toutes les unités de vie et inséré dans le livret d'accueil et remis à chaque nouveau résident.		La charte est affichée et diffusée aux résidents lors de l'admission.
Organisation de l'accompagnement psychologique du résident par l'établissement	Poursuivre et renforcer la coopération avec l'hôpital en particulier pour les interventions du secteur sur le site Améliorer la prise en charge de l'accompagnement psychologique du résident	Création d'un poste de psychologue: 0,50 ETP	Des interventions des infirmiers psychiatres du CMP sont planifiées de manière hebdomadaire. Le psychiatre intervient également une fois par trimestre.
REMARQUES DE L'ÉTABLISSEMENT			

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU :	1er FEVRIER 2010
ÉTABLISSEMENT :	ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES

Thème 5 : Les soins et l'organisation des soins	OBJECTIFS	ÉCHEANCES / MOYENS	RÉALISATION EFFECTIVE
Le dossier médical individuel dans la structure	Encourager les médecins à adopter le dossier médical informatisé lors des consultations.	Communication	Une réfléxion est en cours afin de changer de logiciel médical et faciliter son accès par les médecins (accès à distance).
Protocoles et dispositifs à mettre en place par l'établissement	Assurer le suivi des protocoles existants et poursuivre l'élaboration de protocoles sur d'autres thèmes.	Réunions d'équipes. Renforcer les ressources humaines.	Des procédures qualité ont été rédigées et figurent dans les classeurs qualité disponibles dans les unités. Elles sont à généraliser.
	Prévenir la déshydratation	Utiliser le protocole existant	Un protocole existe et des mesures de prévention sont mises en œuvre en cas de fortes chaleurs.
	Poursuivre l'utilisation des modalités diversifiées (matelas de type préventif et curatif, poisitionnement, lutte contre la dénutrition, suivi médicaux,,,) pour limiter l'apparition d'escarre.	Ressources de l'interprofessionnalité	Du matériel adapté est utilisé en fonction de l'état de santé du résident. L'échelle de Braden n'est à ce jour pas utilisée mais il s'agit d'un axe du projet de soins.
	Poursuivre les démarches d'évaluation de la douleur	Intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs	L'EMASP et l'HAD sont régulièrement sollicités. Des temps de formation ont été mis en ouvre sur ce thème. L'échelle douleur doit être informatisée.
Prises en charges spécifiques	Azheimer : poursuivre consultation gériatrique		Des consultations mémoire sont organisées en cas de besoin en lien avec le CHF.

	Fin de vie : Poursuivre l'accompagnement du résident et des familles. Intervention de l'unité mobile de soins palliatifs en fonction des souhaits. Proposer un soutien psychologique aux personnels	Création d'un poste de psychologue 0,50ETP	Un groupe de travail "fin de vie" a mené une réflexion sur l'accompagnement de fin de vie, en partenriat avec l'équipe mobile de soins palliatifs.
Thème 5 : Les soins et l'organisation des soins (suite) :	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
Projet de soins	Mise en œuvre des thèmes retenus (gériatriques et géronto), Accents portés sur la prévention (chutes,dépression, troubles de la déglutition...)	Formation Réunion d'équipes.	Le projet de soins est en cours de validation.
	Etablir une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	convention	La convention a été signée avec l'EMASP.
	Développer les moyens mis à la disposition du Médecin Coordonnateur.	Augmenter le temps de présence à 0,50 ETP	Le médecin coordonnateur est présent à hauteur de 0,50 ETP sur l'EHPAD.
Médicaments	Améliorer le respect du mode de distribution des médicaments. L'aide à la prise de médicament, la vérification de leur prise et la surveillance de leurs effets font partie du rôle propre de l'IDE. L'ide peut assurer les actes et soins relevant de son rôle propre "avec la collaboration d'aides-soignants ou d'AMP qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation".	Augmentation temps de présence médecin co+création 1etp IDE	Des audits sur le circuit du médicament ont été réalisés. De même, un groupe de travail sur le circuit du médicament se réunit au moins deux fois par an.
Déchets médicaux	poursuivre mode de collecte en cours avec organisme agréé		L'établissement sollicite un prestataire agrée pour la collecte de ses déchets.
Transmissions	Améliorer le contenu des transmissions écrites, privilégier la qualité de l'observation- poursuivre transmissions orales - *développer les transmissions informatisées*	Formation	Une formation transmissions ciblées est programmée en fin d'année 2017. Des temps de transmissions quotidiens sont réalisés.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU :	1er FEVRIER 2010
ÉTABLISSEMENT :	ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES

Thème 6 : Le fonctionnement général de l'établissement :	OBJECTIFS	ÉCHEANCES / MOYENS	RÉALISATION EFFECTIVE
Projet de vie	*Mettre en cohérence les projets de vie de chaque unité entre eux et avec le projet d'établissement*	*travailler à des approches communes entre services*	Le projet de service est intégré au projet d'établissement.
	généraliser l'approche des projets individualisés pour tous les résidents de l'EHPAD	***Organisation et renforcement des équipes***	Des projets individualisés sont réalisés pour tous les résidents. Un groupe de travail PVI a mené une réflexion sur les missions des référents et l'approche pour l'élaboration des PVI.
	Se rapprocher au mieux des attentes du résident. Réévaluer les actions plus régulièrement.		Les actions des Pvi sont réévaluées régulièrement et au moins une fois par an.
	Augmenter les temps de réunion afin de favoriser le recueil et l'écriture de projets de vie. Mettre en place des formations sur le thème des écrits professionnels.		Des temps de réunion et de transmissions ont été mis en place depuis 2016. Une formation sur les transmissions ciblées est prévue pour la fin de l'année 2017.

Existence des documents à caractère réglementaire : préciser la date de mise à jour			
contrat de séjour	oui		
règlement de fonctionnement	oui		
livret d'accueil	oui		
registre d'entrées et de sorties	oui		
Le conseil de la vie sociale et autres commissions	Mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale	2010	Le CVS se réunit trois fois par an.
	Développer et formaliser la commission animation	2010	La commission animation est en cours de constitution.

Expression des résidents et de leurs familles	Etre attentif aux attentes des résidents - Faire participer les résidents à l'élaboration de leur projet individualisé	2010	Les résidents sont sollicités pour l'élaboration de leur projet individualisé.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU :		**1er FEVRIER 2010**	
ÉTABLISSEMENT :	**ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES**		
Thème 7 : L'accessibilité, la sécurité, le confort	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
Conformité de l'établissement aux normes	*vérifier et évaluer les travaux nécessaires à une éventuelle mise aux normes des différents bâtiments : du type U au type J*	*PV de la dernière comission sécurité*	Les dernières commissions de sécurité incendie ont émis un avis favorable.
		solliciter l'avis des professionnels incendie et secours	
Chambres doubles	S'interroger sur le maintien des chambres doubles. Préserver le plus possible la dignité et l'intimité.		Dans le cadre du projet architectural, il est envisagé la suppression des chambres doubles.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU :		**1er FEVRIER 2010**	
ÉTABLISSEMENT :	**ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES**		
Thème 8 : Le personnel :	**OBJECTIFS**	**ÉCHEANCES / MOYENS**	**RÉALISATION EFFECTIVE**
Documents concernant l'organisation du travail	*Poursuivre la démarche d'élaboration/mise à jour* des fiches de postes et fiches de tâches		Les fiches de poste doivent être revues dans le courant de l'année 2017.

Orientations du plan de formation :	*privilégier les thèmes de l'accompagnement des usagers :* fin de vie, les troubles de la personnalité ou de la relation, l'environnement (ex: hygiène, esthétique, bientraitance) Favoriser formations en interne sur la prise en charge gérontologique. Qualification et prise en compte des contraintes des professionnels : stress, écrits professionnels, tutorat...	Plan de formation Médecin Coordonnateur	Le plan de formation 2017 a inclut des formations sur la bientraitance, l'esthétique, l'aromathérapie.
orientations de l'établissement en matière de formation diplomante :	Formation AMP pour les agents qui le désirent Mandataire Judiciaire (Délégué à la tutelle) CAFERUIS		Le Responsable d'établissement et le Responsable formation du siège peuvent aider les salariés qui le souhaitent à la constitution d'un dossier en vue d'une formation qualifiante.
Accompagnement psychologique des agents :	Poursuivre les pratiques actuelles Temps de réunion Disponibilité et écoute des Cadres Intermédiaires et de la Direction Intervention de la Médecine du Travail e*t les renforcer par l'appui technique du psychologue*		Des temps de réunion sont prévues entre les équipes, les cadres intermédiaires et la Direction. Des formations management sont mises en œuvre depuis 2017 pour les cadres. La psychologue peut intervenir auprès des équipes en cas de nécessité.
Agents de nuit	Recruter des personnels de nuit qualifiés lors de départ en retraite. Permettre une meilleure Surveillance la nuit : Hygiène et confort des résidents-Accompagnement- Sécurité-Hygiène des locaux.	***création d'un poste de veille de nuit à Anne Boivent***	Les plans de soins sont en cours d'élaboration par les surveillants de nuit afin d'harmoniser les pratiques. Le projet architectural facilitera la surveillance la nuit par une diminution du nombre de bâtiments concernés.
Stagiaires, nouveaux agents	Réaliser un livret d'accueil pour les stagiaires pour formaliser les pratiques d'accueil qui existent.		Le livret d'accueil stagiaire est en cours de validation.

Préciser l'organisation de l'établissement permettant d'assurer une continuité de service 7 jours sur 7, en rapport avec l'indicateur 2-10 d'Aqualie 35			
Concernant les toilettes, bains, douches	Se rapprocher au mieux des attentes des résidents	renforcement des moyens humains dans les services	Les moyens humains n'ont pas été renforcés dans les services.
Concernant l'entretien des chambres	Améliorer l'entretien notamment des chambres et des salles d'eau	Le renforcement des effectifs d'agents de service devra permettre l'amélioration de l'entretien des locaux	L'effectif des agents d'entretien a été augmenté. Des formations sur l'hygiène des locaux ont été mises en œuvre en lien avec l'IDE hygieniste.
Concernant le lever et l'habillage	Lever et habillage sont assurés comme en semaine		
Concernant les repas en chambres	Les repas en chambre sont servis en chambre en cas de maladie ou de grande fatigue de l'usager.		Les repas peuvent être servis en chambre à la demande du résident ou en cas de situation particulière.
Concernant les repas en salle / salon	poursuivre les habitudes de repas a*vec un accompagnement plus personnalisé*		Les habitudes de repas sont prises en compte dans la mesure du possible (fiche de recueil de données).

REMARQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

Présence et qualification des personnels de nuit: L'EHPAD étant réparti sur 3 bâtiments , plusieurs veilleurs interviennent auprès des résidents. Il y a donc 1 veilleur dans chaque service et un veilleur de sécurité qui s'assure de la sécurité intérieur et extérieur et qui est une personne ressource pour aider lors de manutention du résident ou lorsqu'un résident présente un problème de santé ou de comportement Certains sont AMP, AS, Agent Logistique avec une solide expérience d'accompagnement, Surveillant de Nuit diplômé.

CONVENTION TRIPARTITE - OBJECTIFS QUALITÉ - PRISE D'EFFET AU :	1ER FEVRIER 2010
ÉTABLISSEMENT :	ASSOCIATION ANNE BOIVENT - EHPAD SAINT JOSEPH - SAINT SAUVEUR DES LANDES

Thème 9 : L'établissement dans son environnement	OBJECTIFS	ÉCHEANCES / MOYENS	RÉALISATION EFFECTIVE
Convention avec le secteur psychiatrique	Réaliser une convention avec le secteur psychiatrique afin de formaliser ce qui existe depuis de très nombreuses années.		La convention n'est pas signée à ce jour.
Convention avec les urgences			
Convention avec les soins palliatifs	Réaliser une convention afin de formaliser l'intervention de l'équipe de soins palliatifs dont l'existence est très récente.		Une convention avec l'EMASP a été signée.
Convention dans le cadre du plan bleu :			
Relations avec le milieu associatif, culturel, scolaire, etc. ainsi que les modalités d'organisation de ces partenariats :	Poursuivre et continuer à développer le partenariat associatif ainsi qu'avec des établissements scolaires (animations sur site ou accueil de résidents) Intervention de salariés dans les établissements de formation.		L'établissement est toujours en lien avec de nombreux partenaires associatifs afin de proposer des activités diverses et adaptées aux résidents accueillis.
Relations avec les autres établissements sociaux et médico-sociaux :	*Elargir le partenariat avec les autres établissements de l'association ?* Participation à commissions, échange de bonnes pratiques, journée à thème.		Des journées d'échange sont planifiées entre les IDE coordinateur, les médecins coordonnateurs, les animateurs. Des sorties communes sont organisées.

REMARQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

11.2 Principaux points forts et points faibles

Principaux points forts	Principaux points faibles
Qualité de l'environnement	Eloignement urbain (résidents FV)
Qualité de l'accompagnement	Absence de procédure admission résident
Disponibilité, bienveillance et implication des professionnels	Vétusté de certains locaux « disséminées » - éclatement géographique—locaux inadaptés
Qualité des repas et prestations buanderie	Difficile communication entre les professionnels
Ouverture aux familles	Isolement des équipes de nuit
Ambiance familiale appréciée	Difficulté réseau, sous utilisation de l'informatique et de la formalisation des pratiques
Présence de bénévoles impliqués	Sous qualification de certains professionnels
Qualité et diversité des activités et animations	Articulations avec les établissements psychiatriques et sanitaires
Partenariat et réseau en développement	Hétérogénéité des populations sur certaines unités
Parcours de l'usager au sein de l'établissement	Absence d'analyses de pratiques et de supervision
Volonté de changement et mobilisation des professionnels	Absence architecture et du guide utilisation dossier résident-logiciel inadapté
Présence de nouveaux métiers	Insuffisante culture gestion du risque
Permanences régulières de professionnels du CMP	
Implication dans des groupes de travail	
Intervention des fonctions supports (diététicienne, IDE hygiéniste, pôle qualité, travaux, informatique, RH, compta…)	
Nombreuses formations – mutualisation des formations	

11.3 Les fiches actions

Fiche action 1

Nom de l'action : poursuivre l'ouverture vers l'extérieur	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2020
Composition du groupe de travail	Chefs de service et Direction
Rappel de la problématique	Les partenariats sont nombreux mais peu formalisés. L'établissement n'a pas encore de culture de communication

Etapes du projet
Actions à mener - Formaliser les partenariats par voie de convention - Mise à jour du listing des partenaires - Poursuivre la démarche de réunions d'information à destination des partenaires - Faire un CR des RDV/réunions avec les partenaires - Faire des évaluations régulières de la coopération avec nos principaux partenaires - Elaborer des supports de communication (plaquette, synthèse du projet d'établissement, cartes de vœux…) - Avoir une charte graphique
Eléments à prendre en compte - Diversité des partenaires - Zone géographique - Disponibilités des différents professionnels et établissements
Indicateurs - Nombre de réunions - Nombre de documents intégrant la charte graphique - Nombre de CR

Fiche action 2

Nom de l'action : Projections spécifiques EHPAD	
Responsable du projet	IDE coordonnateur
Echéance finale	2022
Composition du groupe de travail	Administrateur, Médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, psychologue, animatrice, professionnels volontaires, IDE
Rappel de la problématique	L'EHPAD dispose de 62 lits en secteur Maison de retraite spécialisée et 40 lits en Maison de retraite « classique ». L'établissement s'oriente vers l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Etapes du projet
Actions à mener - Valider le projet auprès des instances - Adapter les locaux dans le cadre du projet architectural - Développer des coopérations structurées - Former les professionnels - Créer une unité type PASA - Communiquer sur l'offre proposée par l'établissement
Eléments à prendre en compte - Connaissance du handicap et du vieillissement - Création d'une offre spécifique au sein de l'Association en étant établissement de référence - Orientations des schémas départementaux et régionaux
Indicateurs - Nombre de résidents type MRS - Taux d'occupation des lits - Nombre dossiers inscription

Fiche action 3

Nom de l'action : Mener le projet architectural	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2021
Composition du groupe de travail	COPIL Architectural, Responsable Pôle handicap, Chargé de travaux
Rappel de la problématique	Certains locaux sont vétustes et ne respectent pas les normes d'accessibilité handicap. L'éclatement géographique des sites ne facilite pas la communication et cohérence de l'accompagnement. Certains bâtiments sont très hétérogènes en termes de populations accueillies (EHPAD et FV sur le même bâtiment).

Etapes du projet
Actions à mener - **Etablir un plan de financement, en lien avec le siège et les autorités de tutelle** - **Prévoir des rencontres avec les architectes** - **Faire vivre le COPIL architectural** - **Prévoir des réunions de service « retours d'informations » projet architectural** - **Communiquer sur le projet et les avancées**
Eléments à prendre en compte - **Travaux engagés avec le COPIL architectural et le cabinet A2MO** - **Avis plutôt favorable des organismes de tutelle** - **Orientations de l'Association et de l'établissement** - **Avis de la commission de sécurité, favorable au projet**
Indicateurs - **Réalisation du projet**

Fiche action 4

Nom de l'action : Soins	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2022
Composition du groupe de travail	Groupe de travail composé du médecin coordonnateur, de l'infirmier coordonnateur et du cadre de santé ainsi que des professionnels volontaires
Rappel de la problématique	Le projet de soins n'est pas formalisé à l'heure actuelle.

Etapes du projet

Actions à mener

Thème	Actions à mener	Echéances
Continuité de soins	✓ Développer des conventions avec des structures ressources ✓ Développer une organisation efficace en cas d'urgence médicale ✓ Développer des réunions type conférences à thèmes ✓ Evaluer la pertinence des temps de transmission et des réunions paramédicales ✓ Evaluer la mise en place des plans de soins	2017
Circuit du médicament	✓ Formaliser les différentes étapes du circuit du médicament ✓ Formaliser une liste de médicaments stock temps/médicaments liste préférentielle ✓ Définir le livret thérapeutique ✓ Lutter contre la polymédication (dont psychotropes, hypnotiques) ✓ Améliorer la préparation des buvables	2017

	au plus près de la prise ✓ Réduire les risques d'erreur d'administration	

Thème	Actions à mener	Echéances
Prévention des chutes	✓ Elaboration de la procédure chutes ✓ Mise en place d'actions correctives suite à des déclarations de chute ✓ Formalisation d'actions de prévention (bilans kinésithérapie, ergothérapeute, réorganisation de l'installation des chambres, optimiser la nutrition, accessibilité parcours santé, pôle loco-moteur…) ✓ Réalisation de bilans d'autonomie	2020
Prévention des escarres	✓ Mettre en place un outil d'évaluation ✓ Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques ✓ Formaliser l'évolution des stades de l'escarre ✓ Mise en place d'une procédure ✓ Nomination de personnes ressources	2018
Contentions	✓ Informer les professionnels sur les risques, limites, alternatives et législation concernant la contention ✓ Mettre en place une surveillance quotidienne des contentions ✓ Réviser les prescriptions ✓ Tracer l'évaluation des contentions	2017
Hygiène bucco-dentaire	✓ Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires ✓ Faire un bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée du résident ✓ Former les professionnels ✓ Permettre le nettoyage adéquat des prothèses bucco-dentaires	2017
La dénutrition	✓ Réaliser des bilans de déglutition ✓ Améliorer la présentation des repas ✓ Enrichir les plats ✓ Introduire le régime riche en fibres ✓ Poursuivre la mise en place des repas thérapeutiques	2018
Prise en charge de la douleur	✓ Paramétrage de l'échelle d'évaluation douleur sur le logiciel dossier résident ✓ Sensibiliser les professionnels/ Formations sur douleur auprès des personnes communicantes et non communicantes ✓ Réalisation de bilans douleur ✓ Rechercher des prises en charge non médicamenteuses (hypnose..)	2018

	✓ Poursuivre le partenariat (EMASP, HAD…)	

Thème	Actions à mener	Echéances
Accompagnement de fin de vie	✓ Prendre connaissance des volontés de la personne accueillie (questionnaire décès, directives anticipées, désignation personne de confiance…) ✓ Informer et former les professionnels sur l'accompagnement de fin de vie, sur la loi Léonetti, sur les directives anticipées… ✓ Favoriser le dialogue avec les proches, proposer les interventions de la psychologue et éventuellement de l'aumônière… ✓ Formaliser des temps d'écoute et d'échange avec la psychologue ✓ Proposer des temps d'analyse de pratiques ✓ Poursuivre les partenariats (EMASP, HAD…)	2019

Eléments à prendre en compte

- **Sectorisation récente du centre de soins (Centre de soins EHPAD, Centre de soins handicap)**
- **Spécificités de la population accueillie**

Indicateurs

- **Indicateurs identifiés pour chaque action**

Fiche action 5

Nom de l'action : Réaliser un projet d'animation	
Responsable du projet	Animatrices
Echéance finale	2019
Composition du groupe de travail	Animateurs, professionnels volontaires, chef de service
Rappel de la problématique	L'équipe d'animation est constituée de deux animatrices récemment diplômées, sur le secteur EHPAD et FAM. Il n'existe pas à l'heure actuelle de projet d'animation formalisé.

Etapes du projet
Actions à mener - Identifier les activités internes et externes adaptées aux résidents - Identifier les manifestations annuelles - Constituer un groupe de travail sur chaque secteur afin de réfléchir : ✓ à la planification des activités ✓ aux modalités de transmission des informations ✓ à la coordination entre professionnels - Réfléchir à l'articulation entre les trois structures - Clarifier la marche à suivre pour l'organisation des transferts
Eléments à prendre en compte - Trois secteurs avec des publics différenciés - Bâtiments éloignés les uns des autres - Absence d'animatrice sur le foyer de vie - Activité animation impactant divers services
Indicateurs - Nombre de réunions - Nombre d'animations et de manifestations - Ecriture d'un projet

Fiche action 6

Nom de l'action : travailler sur l'environnement autour du repas	
Responsable du projet	Cadre administratif
Echéance finale	2018
Composition du groupe de travail	Cadre administratif, professionnels hébergement, diététicienne, cuisinier, IDE
Rappel de la problématique	Les objectifs des repas thérapeutiques ne sont pas identifiés. Les aménagements des salles à manger ne sont pas toujours adaptés et la présentation des plats pas toujours appétant.

Etapes du projet
Actions à mener - Poursuivre la formation des équipes restauration à de nouvelles méthodes de présentation - Mettre à disposition le matériel de restauration nécessaire - Former les équipes d'hébergement à la présentation des plats - Mener une réflexion sur le service et la présentation de la table - Clarifier les objectifs des repas thérapeutiques, réfléchir aux rôles des professionnels sur ces temps là
Eléments à prendre en compte - Eclatement des salles à manger - Diversité des régimes
Indicateurs - Nombre de formations - Nombre achats matériel/vaisselles et décoration - Existence d'un projet sur les repas thérapeutiques

Fiche action 7

Nom de l'action : Formaliser la procédure d'admission des nouveaux résidents	
Responsable du projet	Cadre administratif
Echéance finale	2018
Composition du groupe de travail	Groupe de travail « admission »
Rappel de la problématique	La procédure d'admission des nouveaux résidents doit être formalisée

Etapes du projet
Actions à mener - **Constituer un groupe de travail composé du cadre administratif, des chefs de service, de la secrétaire, de la psychologue, du médecin coordonnateur, de référents IDE et de professionnels volontaires** - **Formaliser la procédure d'accueil et la diffuser auprès des équipes**
Eléments à prendre en compte - **Hétérogénéité des populations et des modalités d'accueil**
Indicateurs - **Existence d'une procédure** - **Nombre de réunions du groupe de travail**

Fiche action 8

Nom de l'action : vie affective et sexuelle	
Responsable du projet	S.Mardelé
Echéance finale	2018
Composition du groupe de travail	Commission vie affective
Rappel de la problématique	Les résidents et les professionnels souhaitent qu'une réflexion soit engagée sur le plan institutionnel

Etapes du projet
Actions à mener - Réunir de nouveau la commission - Solliciter des partenaires : centre de planifications, groupes de professionnels de l'Association le Parc… - Mettre en place des mesures de prévention à destination des résidents - Intégrer les droits et devoirs de chacun dans le règlement de fonctionnement ou dans une charte - Eclairer les professionnels sur les droits et devoirs sur ce sujet, ainsi que les responsabilités de chacun - Définir les espaces d'intimité - Mettre à disposition des professionnels des outils pédagogiques à destination des résidents…
Eléments à prendre en compte - Sensibilités de chacun, professionnels, résidents, familles et tuteurs - Pathologies des résidents
Indicateurs - Nombre de réunions - Nombre de formations/sensibilisation - Nombre d'actions de prévention - Nombre d'outils pédagogiques

Fiche action 9

Thème de l'action : ressources humaines, intégration des nouveaux salariés	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2017
Composition du groupe de travail	Direction et chefs de service
Rappel de la problématique	L'accueil des salariés n'est pas homogène en fonction des structures

Etapes du projet
Actions à mener - **Revoir le livret d'accueil salarié et documents à fournir à l'arrivée** - **Réaliser une procédure d'accueil des nouveaux salariés** - **Envisager une journée d'intégration « nouveaux salariés » une fois par an**
Eléments à prendre en compte - **Association du service RH dans la démarche** - **Prendre en compte les documents existants au sein de l'Association**
Indicateurs - **Nombre de diffusion de livrets d'accueil** - **Existence d'une procédure** - **Nombre de journées d'intégration** - **Nombre de personnes embauchées**

Fiche action 10

Nom de l'action : ressources humaines – faciliter l'accueil et l'accompagnement des stagiaires	
Responsable du projet	IDE Co EHPAD et chef de service FV
Echéance finale	2018
Composition du groupe de travail	Chefs de service
Rappel de la problématique	L'accueil et l'accompagnement des stagiaires ne sont pas identiques d'un secteur à l'autre. Les documents d'information ne sont pas remis.

Etapes du projet
Actions à mener - Définir le nombre de stagiaires par catégories professionnelles pouvant être accueillis en même temps - Elaborer une procédure accueil et accompagnement des stagiaires - Créer un outil permettant les échanges d'information plus faciles entre le secrétariat et les chefs de service - Nouer des partenariats privilégiés avec certains centres de formation - Créer des documents facilitant la compréhension du fonctionnement de l'établissement - Réaliser un questionnaire de satisfaction à destination des stagiaires
Eléments à prendre en compte - Textes réglementations quant à la capacité des stagiaires - Périodes de stage
Indicateurs - Existence de procédures - Nombre de documents remis aux stagiaires - Nombre de conventions avec les organismes de formation

Fiche action 11

Nom de l'action : Ressources Humaines – Gestion des emplois et des compétences	
Responsable du projet	Direction et Directeur RH
Echéance finale	2020
Composition du groupe de travail	Direction, Directeur RH, équipe cadres
Rappel de la problématique	L'histoire religieuse et rurale de l'établissement a marqué l'identité du site. Fort de cet héritage, la Maison Saint Joseph de Chaudeboeuf doit poursuivre la professionnalisation des équipes, la formalisation des pratiques ainsi que l'ouverture et l'attractivité de l'établissement.

Etapes du projet
Actions à mener - **Poursuivre la professionnalisation des équipes par le biais des formations et autres leviers, en lien avec les orientations de l'établissement et les nouvelles compétences à acquérir** - **Clarifier les missions de chaque professionnel par l'élaboration systématique de fiches de postes** - **Anticiper les départs à la retraite et l'arrivée de nouvelles professions** - **Poursuivre la démarche des entretiens individuels professionnels**
Eléments à prendre en compte - **Etablissement situé en zone rurale qui peut limiter l'attractivité de l'emploi** - **Ancienneté des salariés et peu de turn over** - **Populations accueillies et évolutions des pathologies**
Indicateurs - **Nombre de formations** - **Nombre de fiches de postes validées** - **Indicateurs RH (ancienneté dans la profession, dans les services, départs à la retraite…)** - **Nombre d'entretiens professionnels réalisés**

Fiche action 12

Nom de l'action : Gestion des risques	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2021
Composition du groupe de travail	COPIL qualité
Rappel de la problématique	La cartographie des risques a été établie au niveau de l'Association. Certains des items doivent être déclinés et suivis au sein des établissements

Etapes du projet
Actions à mener - **Développer la démarche PRAP** - **Poursuivre l'évaluation des risques professionnels dans le cadre du CHSCT et du document unique des risques professionnels** - **Identifier les principaux risques concernant l'accompagnement des résidents (sécurité incendie, risque fugue, gestes urgence, violence…)** - **Finaliser le plan bleu** - **Poursuive la démarche gestion des risques-hygiène** - **Poursuivre la démarche CREX et l'information des salariés sur les FEI**
Eléments à prendre en compte - **Démarche « gestion des risques » récente** - **Culture de l'écrit**
Indicateurs - **Nombre de réunions PRAP et CREX** - **Nombre de FEI** - **Nombre de fiches actions en lien avec la gestion des risques**

Fiche action 13

Nom de l'action : Système d'information	
Responsable du projet	Administrateur réseau et système
Echéance finale	2019
Composition du groupe de travail	Néant
Rappel de la problématique	L'établissement rencontre des difficultés de connexion, de lenteur et d'accès réseau. La culture informatique se développe. La sécurité informatique doit être accentuée.

Etapes du projet
Actions à mener - Améliorer la connexion et l'accès réseau - Mettre à disposition des professionnels des accès facilités et des outils informatiques adaptés et performants - Former les professionnels à l'utilisation de l'informatique - Mener une réflexion sur l'application des recommandations CNIL - Rédiger une procédure en mode dégradée
Eléments à prendre en compte - Difficultés de connexion informatique et manque de fiabilité du système - Projet architectural - Culture informatique en développement
Indicateurs - Présence d'une procédure en mode dégradée - Nombre de professionnels formés - Nombre d'investissements

Fiche action 14

Nom de l'action : Dossier du résident	
Responsable du projet	Cadre de santé, pôle qualité
Echéance finale	2020
Composition du groupe de travail	Groupe de travail « dossier »
Rappel de la problématique	La procédure de constitution et d'archivage des dossiers n'est pas formalisée. L'architecture des dossiers est hétérogène d'un secteur à l'autre. La partie informatisée est insuffisamment renseignée

Etapes du projet

Actions à mener

- **Constituer un groupe de travail sur la base des préconisations issues du groupe de travail associatif**
- **Définir une architecture de dossiers**
- **Rédiger une procédure de constitution et d'archivage du dossier**
- **Rédiger une procédure « communication du dossier » et s'assurer du respect de la règlementation (livret d'accueil, règlement de fonctionnement…)**
- **Mener une réflexion associative sur l'acquisition d'un nouveau logiciel « dossier résidents »**

Eléments à prendre en compte

- **Interventions de plusieurs professionnels avec des parties de dossiers éclatées sur les sites**
- **Peu de culture de l'écrit**
- **Difficultés de connexion informatique et manque de fiabilité du système**

Indicateurs

- **Rédaction d'une procédure**
- **Nombre de réunions du groupe de travail**
- **Nombre d'audits dossier**

Fiche action 15

Nom de l'action : Poursuivre la démarche qualité	
Responsable du projet	Direction et pôle qualité
Echéance finale	En continu
Composition du groupe de travail	COPIL qualité
Rappel de la problématique	L'établissement s'est engagé depuis 2015 dans la formalisation de la démarche qualité. La culture qualité est à développer, en lien avec la nouvelle organisation « qualité » du siège.

Etapes du projet

Actions à mener

- **Poursuivre les réunions du COPIL**
- **Suivre le plan d'Amélioration Continue de la Qualité**
- **Réaliser des audits « évaluation des pratiques » en lien avec le pôle qualité**
- **S'engager dans la démarche d'évaluation interne (2018)**
- **Informer régulièrement les professionnels des démarches engagées et favoriser l'accessibilité aux informations**
- **Consolider la légitimité des référents qualité et leurs actions**
- **Suivre les indicateurs**
- **Poursuivre la formalisation des procédures au format qualité**
- **Poursuivre la démarche bientraitance**

Eléments à prendre en compte

- **Peu de culture de l'écrit**
- **Démarche qualité récente au niveau de l'Association**
- **Demande très forte d'implication dans la démarche de la part des administrateurs et du Directeur Général**

Indicateurs

- **Nombre de réunions du COPIL**
- **Nombre de fiches actions**
- **Indicateurs qualité…**

Fiche action 16

Nom de l'action : Ressources Humaines – qualité de vie au travail	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2021
Composition du groupe de travail	Groupe de travail « qualité de vie au travail »
Rappel de la problématique	

Etapes du projet
Actions à mener - Mener une enquête « qualité de vie au travail » - Poursuivre l'évaluation des risques professionnels dans le cadre du document unique professionnel (notamment sur la manutention, gestes et postures et les risques psycho-sociaux) - Proposer des temps d'analyse de pratiques et/ou supervision - Répondre, dans la mesure du possible, aux attentes des salariés, exprimées notamment lors des entretiens professionnels (en termes de formation, d'évolution, de mobilité…) - Poursuivre la formation des cadres aux méthodes de management - Mener une réflexion sur la gestion des situations d'agressivité et de violence
Eléments à prendre en compte - Eclatement géographique des unités - Ancienneté des salariés - Evolution des populations accueillies
Indicateurs - Nombre d'arrêts de travail/accidents de travail - Nombre d'évènements indésirables - Taux de retour des enquêtes - Nombre de formations cadres et non cadres

Fiche action 17

Nom de l'action : Faciliter la communication interne	
Responsable du projet	Direction
Echéance finale	2019
Composition du groupe de travail	Chefs de service, un représentant par service
Rappel de la problématique	L'évaluation externe a identifié des difficultés de communication interne

Etapes du projet

Actions à mener

- **Répondre aux questionnaires communication adressés aux professionnels (2016) en clarifiant les actions mises en place ou à réaliser**
- **Créer une commission avec des représentants des services**
- **Faciliter les échanges d'information notamment par l'utilisation d'outils et de supports téléphoniques et informatiques**
- **Poursuivre la démarche de présentation des vœux et projets**
- **Clarifier le circuit de l'information concernant les différentes notes de service et d'information**
- **Améliorer l'utilisation de l'outil excel indiquant les thèmes à aborder en réunion de service**

Eléments à prendre en compte

- **Diversité des qualifications et secteurs, planning**
- **Eclatement géographique du site**
- **Difficultés accès réseau**
- **Ecart de niveau de maîtrise de l'outil informatique**

Indicateurs

- **Nombre de réunions**
- **Nombre de personnels formés**
- **Nombre de compte rendus de réunions de service**

GLOSSAIRE

Anesm	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
AMP	Aide Médico-Psychologique
ASL	Agent de Service Logistique
AS	Aide Soignant
ARS	Agence Régionale de Santé
BPJEPS	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'éducation Populaire et du Sport
CCE	Comité Central d'Entreprise
CCN	Convention Collective Nationale
CH	Centre Hospitalier
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Medico-Psychologique
COPIL	Comité de Pilotage
CREAI	Centre Régional
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EMASP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ERP	Evaluation Risque Professionnel
ES	Educateur Spécialisé
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FV	Foyer de Vie
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Groupe Moyen Pondéré
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier
IME	Institut Médico-Economique
MA	Moniteur d'Atelier
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

ME	Moniteur Educateur
MR	Maison de Retraite
MRS	Maison de Retraite Spécialisée
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
PVI	Projet de vie Individualisé
RABC	Risk Analysis and Biocontamination Control
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH	Ressources Humaines
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UPHV	Unité Personnes Handicapées Vieillissantes