



2019 - 2024

# PROJET D'ETABLISSEMENT EHPAD LA GUILMARAIS

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCTION .....   | 6  |
| 1.1. Finalité du projet d'établissement .....                                  | 6  |
| 1.2. Méthodologie .....  | 7  |
| 2. LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE .....                         | 9  |
| 2.1. Historique de l'Association .....   | 9  |
| 2.2. Territoire .....  | 11 |
| 2.3. Les valeurs associatives et ses actions .....                             | 12 |
| 2.4. Etablissements et Capacités .....   | 13 |
| 2.5. Organisation du siège .....   | 14 |
| 2.5.1. Les Missions .....  | 14 |
| 2.5.2. Organigramme .....  | 15 |
| 3. LE POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT .....                                  | 16 |
| 3.1. La situation de l'Etablissement .....                                     | 16 |
| 3.1.1. L'historique de l'établissement .....                                   | 16 |
| 3.1.2. Identification .....  | 18 |
| 3.1.3. Capacité d'accueil .....  | 18 |
| 3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité .....                      | 19 |
| 3.1.5. Les modes de financement .....  | 19 |
| 3.1.6. La mission .....  | 19 |
| 3.1.7. Le service rendu .....  | 20 |
| 3.2. Les valeurs de l'établissement .....                                      | 21 |
| 3.3. Les recommandations et textes de référence .....                          | 21 |
| 3.3.1. Les chartes .....   | 21 |
| 3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS ..... | 22 |
| 3.3.3. Autres recommandations utilisées par l'établissement : .....            | 23 |
| 3.4. Le contexte réglementaire .....   | 23 |
| 3.4.1. Le cadre réglementaire .....  | 23 |
| 3.4.2. Les obligations réglementaires : .....                                  | 23 |
| 3.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement .....               | 26 |
| 3.5.1. Les orientations régionales et départementales .....                    | 26 |
| 3.5.2. L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire .....          | 26 |
| 3.6. La population accueillie .....  | 26 |
| 3.6.1. Origine et attente .....  | 26 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 3.6.2.  | Caractéristiques de la population de Vitré.....  | 27 |
| 4.      | LE PROJET DE VIE.....  | 29 |
| 4.1.    | Bilan du projet de vie .....   | 29 |
| 4.1.1.  | Au regard de la Convention Tripartite de 2010/2015 .....                                 | 29 |
| 4.1.2.  | Au regard des objectifs du projet d'établissement 2014-2019.....                         | 29 |
| 4.2.    | La pré-admission .....   | 29 |
| 4.3.    | Un accueil adapté, individualisé et de qualité.....                                      | 30 |
| 4.4.    | Un hébergement convivial, chaleureux, intime et sécurisant.....                          | 30 |
| 4.5.    | Une restauration de qualité, source de plaisir .....                                     | 31 |
| 4.6.    | Une prestation linge de qualité.....   | 31 |
| 4.7.    | La participation des familles à la vie de l'établissement et le soutien aux aidants..... | 31 |
| 4.8.    | La possibilité d'avoir une vie sociale et de participer à des animations .....           | 32 |
| 4.9.    | Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) .....                                      | 32 |
| 4.9.1.  | Le recueil et observation des besoins et habitudes .....                                 | 32 |
| 4.9.2.  | L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille .....             | 33 |
| 4.9.3.  | Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident.....                       | 33 |
| 4.9.4.  | Le départ provisoire ou définitif du résident .....                                      | 33 |
| 4.10.   | Une culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance .....         | 34 |
| 4.10.1. | La culture de bientraitance .....  | 34 |
| 4.10.2. | Une prévention des risques de maltraitance .....   | 34 |
| 5.      | LE PROJET DE SOINS .....   | 35 |
| 5.1.    | Bilan du projet de soins .....   | 35 |
| 5.1.1.  | Au regard De la CT .....   | 35 |
| 5.1.2.  | Au regard des objectifs du projet de soins 2014.....                                     | 35 |
| 5.2.    | La prévention et gestion des risques liés à la santé .....                               | 35 |
| 5.2.1.  | La douleur :.....  | 35 |
| 5.2.2.  | La chute .....   | 36 |
| 5.2.3.  | La dénutrition .....   | 37 |
| 5.2.4.  | La déglutition.....  | 37 |
| 5.2.5.  | L'escarre .....  | 38 |
| 5.2.6.  | La contention physique : .....   | 38 |
| 5.2.7.  | Les troubles psycho-comportementaux.....   | 39 |
| 5.2.8.  | Accompagnement de fin de vie.....  | 39 |
| 5.2.9.  | La souffrance psychologique et le risque suicidaire.....                                 | 39 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 5.2.10. | Les troubles sensoriels .....   | 40 |
| 5.3.    | L'accès aux soins, continuité des soins et urgence médicale.....      | 40 |
| 5.4.    | L'organisation des soins .....  | 41 |
| 5.4.1.  | Le dossier de soins et le dossier médical.....                        | 41 |
| 5.4.2.  | Les médicaments et les diverses dépenses de santé .....               | 41 |
| 5.4.3.  | L'accompagnement psychologique .....                                  | 41 |
| 5.5.    | Dépendance et charge en soins .....                                   | 41 |
| 5.6.    | Projet des unités spécialisées.....                                   | 42 |
| 5.6.1.  | Le Pavillon Emilia Lebreton (PEL) .....                               | 42 |
| 5.6.2.  | PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) .....                      | 44 |
| 5.6.3.  | Accueil de jour .....   | 45 |
| 5.7.    | Rapport d'activités médicales .....                                   | 46 |
| 6.      | LE PROJET D'ANIMATION .....   | 46 |
| 6.1.    | Les activités proposées dans la résidence.....                        | 47 |
| 6.2.    | Bilan du projet animation.....  | 48 |
| 7.      | PROJET ARCHITECTURAL .....  | 49 |
| 7.1.    | L'organisation architecturale.....                                    | 49 |
| 7.2.    | La sécurité au sein de l'établissement.....                           | 49 |
| 7.3.    | Les projets en cours.....   | 49 |
| 8.      | LE PROJET SOCIAL.....   | 51 |
| 8.1.    | Les fonctions et les responsabilités.....                             | 51 |
| 8.1.1.  | L'organigramme hiérarchique et fonctionnel .....                      | 51 |
| 8.1.2.  | La répartition des postes .....                                       | 52 |
| 8.1.3.  | La définition des métiers .....                                       | 54 |
| 8.1.4.  | Les engagements des salariés .....                                    | 55 |
| 8.1.5.  | L'identification du personnel.....                                    | 55 |
| 8.1.6.  | Les responsabilités .....   | 56 |
| 8.2.    | L'organisation de l'activité et des transmissions entre équipes ..... | 56 |
| 8.3.    | Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels .....         | 56 |
| 8.4.    | La gestion des remplacements.....                                     | 57 |
| 8.5.    | L'accueil des stagiaires .....  | 57 |
| 8.6.    | La formation .....  | 57 |
| 8.7.    | La prévention des risques professionnels .....                        | 57 |
| 8.8.    | La communication en interne .....                                     | 58 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 9.     | LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE.....   | 59 |
| 9.1.   | La démarche associative.....   | 59 |
| 9.2.   | La démarche qualité de l'établissement .....   | 60 |
| 9.2.1. | La mise en place de protocoles et procédures.....  | 60 |
| 9.2.2. | L'auto-évaluation.....   | 60 |
| 9.2.3. | La gestion des évènements indésirables et des plaintes .....                             | 60 |
| 9.2.4. | Les enquêtes de satisfaction des enfants et des familles .....                           | 61 |
| 10.    | L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE .....                              | 61 |
| 10.1.  | L'analyse des résultats.....   | 61 |
| 10.2.  | Les axes de progression.....   | 62 |
| 11.    | LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS.....  | 63 |
| 12.    | LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT ..... | 68 |
| 12.1.  | Les modalités de communication.....  | 68 |
| 12.2.  | Les modalités de suivi et d'évaluation .....   | 68 |
|        | CONCLUSION .....   | 69 |
|        | GLOSSAIRE .....  | 70 |
|        | ANNEXES.....   | 72 |

# INTRODUCTION

## 1.1. Finalité du projet d'établissement

L'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement de l'EHPAD La Guilmarais représente un temps fort dans la vie de l'établissement. Partagée avec les professionnels, elle donne du sens à notre mission d'accompagnement du résident. Le Projet d'Etablissement détermine l'ensemble des objectifs fixés pour les 5 années à venir.

Cette démarche a nécessité de faire le bilan de la dernière Convention Tripartite, du Projet d'Etablissement précédent et de prendre en compte les objectifs inscrits dans le CPOM 2018-2023. Cette étape importante rend compte du chemin parcouru et valorise l'évolution des pratiques observée ces dernières années dans l'Etablissement.

La méthodologie de cette démarche a fait l'objet d'une procédure associative sous la direction de la Directrice Qualité.

Les modalités de réalisation du Projet d'Etablissement nécessitent la constitution :

- d'un comité de pilotage composé de :
  - Directeur de Pôle Personnes Agées
  - Directeur Qualité
  - Responsable d'Etablissement
  - Administrateurs
  - Représentant du personnel
  - Représentant des usagers ou des Familles
- d'un groupe de travail transversal
- et de groupes de travail sur les thématiques développées dans le projet d'Etablissement pour lesquels des personnels de l'ensemble des services ont été sollicités. L'animation des réunions pluriprofessionnelles a été guidée par l'expression des constats de « nos atouts », « nos faiblesses » et « nos objectifs ».

## 1.2. Méthodologie

Elaboration du Projet d'Établissement

Comité de Pilotage

- Directeur de Pôle : Mme Jaglin
- Directeur Qualité : Mme Reslou
- Responsable d'Établissement : Mme Mottin
- Administrateur : Mr Cortyl
- Représentant du personnel : Caroline Serrand
- Représentant des usagers ou des Familles : Mr Trotin, président du CVS.

### Les missions du Comité de pilotage :

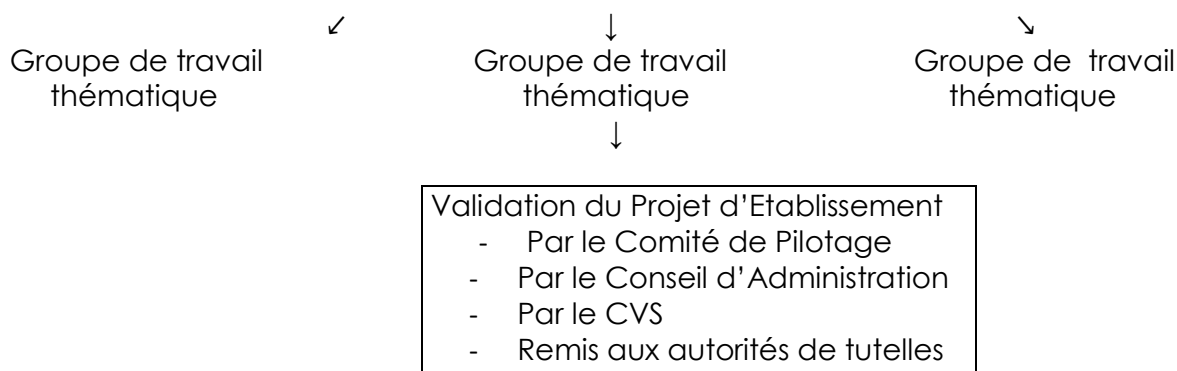
- Décider de la méthode et du calendrier
- Garantir le bon déroulement général des travaux
- Valider les choix et les résultats du groupe transversal

### Groupe de Travail transversal

- Responsable d'Établissement : Mme Mottin
- Médecin coordonnateur : Dr Bastide
- Cadres : Caroline Serrand, Marie Bernard-Hervé
- Catherine Planchais, Ingrid Huchet, Laurent Pigeon
- Professionnels représentants des services

### Les missions du groupe de travail transversal :

- Constitution des groupes de travail thématiques
- Nomination d'animateur référent pour chaque groupe thématique
- Restitution des travaux écrits pour chaque groupe thématique



## CHRONOGRAMME

| DATE   | THEMATIQUES  | PARTICIPANTS  |
|--|--|---|
| 16 mai 2018<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accueil</li> <li>• L'hébergement</li> <li>• La restauration</li> <li>• La prestation linge</li> </ul>           | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin Valérie Graffard, Marie-Pascale Gaudin, Clarisse Le Moal, Roselyne Ferron, Maïwenn Louin, Isabelle Quinton, Nathalie Delonglée                |
| 28 mai<br>De 9h30 à 12h30 en salle de réunion                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation des familles à la vie d'établissement</li> <li>• Vie sociale et animation</li> <li>• PPA</li> </ul> | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin, Brigitte Hubert, Aline Hangar, Domitille De Maillé, Roselyne Ferron, Virginie Vitoux, Adèle Bodin , Catherine Morel, Cathy Anglès            |
| 30 mai<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bientraitance</li> </ul>  | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin Noémie, Claudine Piron, Angélique Farard, Sonia Galisson, Brigitte Hubert ,Aline Hangar, Valérie Mazurais, Mélanie Debroise , Béatrice Boulay |
| 18 juin<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuité des soins et l'urgence</li> </ul>  | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin Marie-Thé Thomelier, Véronique Boutier, Marie Boulet, Dominique Repérant ,Mélanie Debroise, Isabelle Letaillandier                            |
| 02 juillet<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention et gestion des risques liés à la Santé</li> </ul>  | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin Caroline Guais, Véronique Boutier, Audrey Prieur, Vanessa Rouger, Maïwenn Louin, Christelle Letourneur, Morgane Le Du                         |
| 11 juillet<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PASA, Accueil de Jour et unité protégée</li> </ul>  | Dr Bastide, Marie Bernard-Hervé, Caroline Serrand, Mme Mottin Claudine Carré, Pauline Corbeau, Stéphanie Rayé, Angélique Farard, Sonia  |



|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | Galisson, Dominique<br>Repérant, Maiwenn Louin,<br>Elodie Vigneau, Morgane<br>Le Du , Cathy Angles   |
| 03 septembre<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet architectural</li> </ul>                                   | Laurent Pigeon,<br>Catherine Planchais, Mme<br>Mottin  |
| 17 septembre<br>De 14 heures à 17 heures<br>en salle de réunion | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'animation</li> </ul>                                     | Dr Bastide, Marie Bernard-<br>Hervé, Caroline Serrand,<br>Mme Mottin Charlotte<br>Joffroy, Aline Hangar,<br>Brigitte Hubert, Corine<br>Guilard, Sonia Galisson |
| 11 octobre<br>de 14 heures à 17 heures                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe transverse</li> </ul>   | Dr Bastide, Marie Bernard-<br>Hervé, Caroline Serrand,<br>Mme Mottin, Cathy Angles   |
| 15 octobre de 14 heures à<br>18 heures                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration des<br/>fiches actions</li> </ul>                        | Dr Bastide, Marie Bernard-<br>Hervé, Caroline Serrand,<br>Mme Mottin   |
| 22 octobre de 14 heures à<br>15 heures 30                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>COFIL :<br/>présentation de<br/>l'avancée des<br/>travaux</li> </ul> | Mme Jaglin, Mme Reslou<br>Mme Mottin, Mr Cortyl,<br>Caroline Serrand, Mr Trotin  |
| 24 octobre  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Corrections suite à<br/>COFIL</li> </ul>                             | Dr Bastide, Marie Bernard-<br>Hervé, Caroline Serrand,<br>Mme Mottin   |
| 5 novembre  | <ul style="list-style-type: none"> <li>COFIL de restitution<br/>et validation du PE</li> </ul>              | Mme Jaglin, Mme Reslou<br>Mme Mottin, Mr Cortyl,<br>Caroline Serrand, Mr Trotin  |
| 12 décembre   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Validation avec le<br/>COFIL</li> </ul>                              | Mme Reslou, Mr Cortyl, Mr<br>Trotin, Mme Mottin  |

## 2. LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

### 2.1. Historique de l'Association

À partir des années 80, la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur communément appelée Congrégation des Sœurs de Rillé a transmis progressivement la direction de ses établissements médico-sociaux à des laïcs.

L'association Anne Boivent, association à but non lucratif, est née du regroupement de ses établissements en 1998.

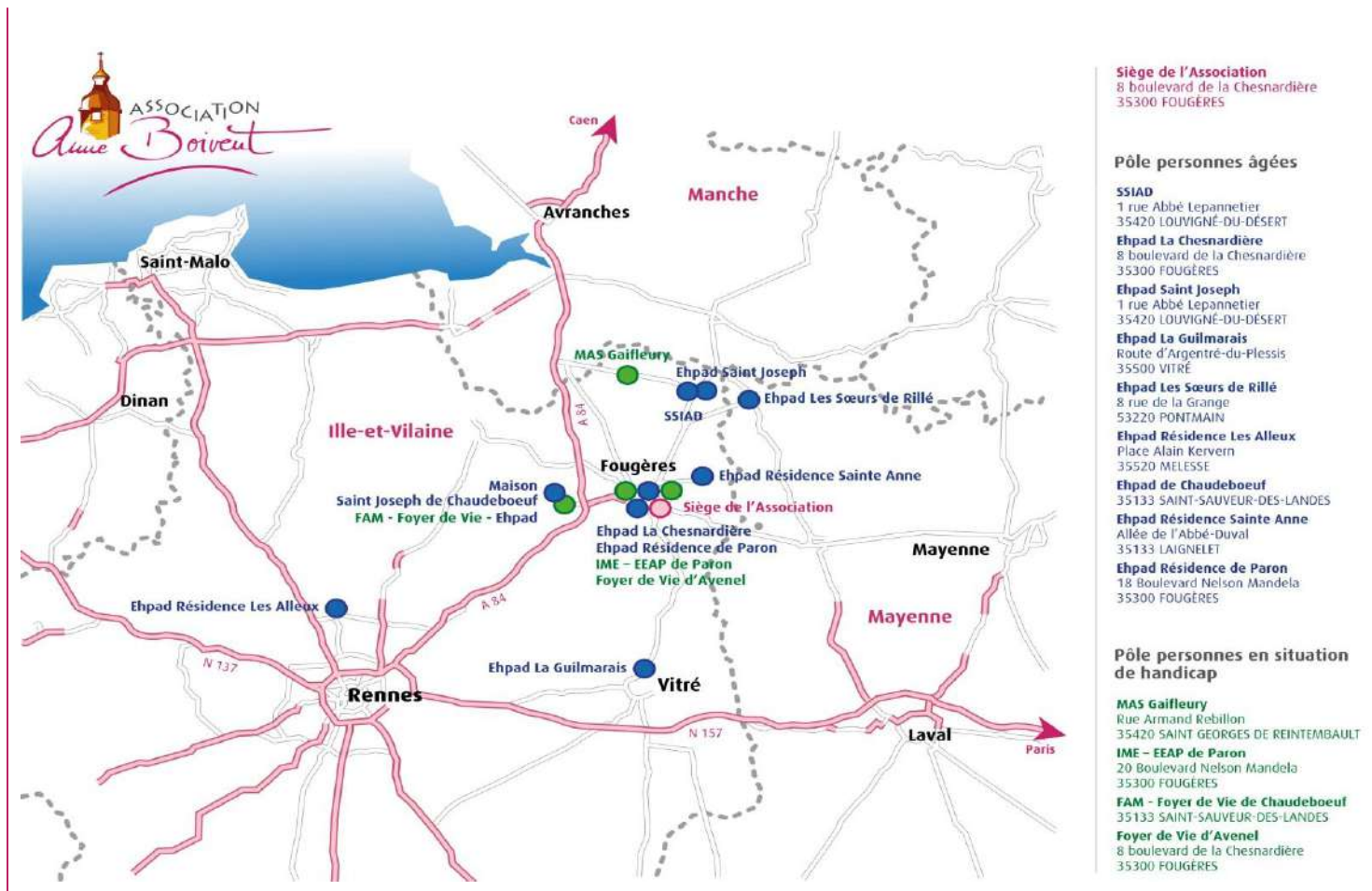
Déclarée à la sous-préfecture de Fougères-Vitré sous le numéro W351000356, l'Association est reconnue d'intérêt général le 22 février 2018 par la Direction des Finances Publiques de Bretagne et a l'autorisation délivrée par la Préfecture d'Ille et Vilaine le 23 mars 2018 de recevoir des libéralités.

(site internet : [www.anneboivent.com](http://www.anneboivent.com))



## 2.2. Territoire

Les établissements et services de l'Association sont principalement implantés dans le département d'Ille et Vilaine, à l'exception d'un établissement en Mayenne. Les autorités de tarification sont donc à la fois les conseils départementaux d'Ille et Vilaine et de Mayenne, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne et l'ARS Pays de Loire.



## 2.3. Les valeurs associatives et ses actions

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

Les collaborateurs, administrateurs et bénévoles agissent pour promouvoir et traduire en actions les valeurs de l'association :

- La primauté de la vie et l'intégrité de la personne ;
- Le respect de la dignité de la personne et de l'expression de sa volonté ;
- La prise en compte de sa fragilité ;
- L'écoute et l'attention à l'autre ;
- L'échange et l'esprit de solidarité.

Ses principes d'intervention, présentés dans son projet associatif écrit en 2009 et 2010, sont ainsi résumés :

- L'Association s'adapte aux évolutions et besoins de la population accueillie en actualisant ses modes d'accompagnement.
- Elle met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes accueillies.
- L'Association développe la mutualisation et la coopération entre ses différents établissements et services et harmonise les pratiques de ses professionnels.
- Elle soutient les professionnels qui réalisent l'accompagnement et les soins et notamment, met régulièrement en œuvre des formations permettant le développement de leurs compétences.
- Elle s'ouvre sur son environnement : participation à la vie de la cité, ouverture des portes de l'Association aux enfants des écoles, etc.
- Elle favorise la vie spirituelle en préservant l'expression religieuse de chacun.
- L'Association s'inscrit dans un travail en réseau, notamment en participant à de nouvelles réponses sociales ou médico-sociales au bénéfice des populations et en adhérant à l'URIOPSS Bretagne et Pays de Loire et au CREAI.

## 2.4. Etablissements et Capacités

L'Association Anne Boivent intervient dans le champ du handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées (en établissement et à domicile).

Au 31 décembre 2017, l'Association gère 15 établissements et service sur 10 sites. La capacité totale est de 950 places en institution et 30 places à domicile.

| Etablissement et Finess                           | Adresse  | Salariés   | Agréments |    |            |    | Places |
|---|--|------------|-----------|----|------------|----|--------|
|   |  |            | HP        | AJ | HT         | AN |        |
| SSIAD de Louvigné<br>350008694                    | 8 Chemin des Oiseaux<br>35420 Louvigné du Désert   | 6          |           |    |            |    | 30     |
| Siège Social                                      | 8 Bd de la Chesnardière<br>35300 Fougères          | 23         |           |    |            |    |        |
| Service Généraux                                  | 8 Bd de la Chesnardière<br>35300 Fougères          | 7          |           |    |            |    |        |
| EHPAD La Chesnardière<br>350006995                | 8 Bd de la Chesnardière<br>35300 Fougères          | 41         | 60        |    | 10         |    |        |
| EHPAD Saint Joseph<br>350005203                   | 1 rue Abbé Lepannetier<br>35420 Louvigné du Désert | 63         | 90        | 6  | 5          | 8  |        |
| EHPAD La Guilmarais<br>350005591                  | Route d'Argentré<br>35500 Vitré                    | 74         | 100       | 6  |            |    |        |
| EHPAD de Pontmain<br>350029172                    | 8 rue de la Grange<br>53220 Pontmain               | 49         | 83        |    |            |    |        |
| EHPAD Rés. Les Alleux<br>350005195                | Place Alain Kervern<br>35520 Melesse               | 68         | 106       |    | 2          |    |        |
| EHPAD PA/PH<br>Maison de Chaudeboeuf<br>350006409 | 35133 St Sauveur des<br>Landes                     | 72         | 100       |    | 2          |    |        |
| EHPAD de Paron<br>350010054                       | 16 Bd Nelson Mandela<br>35300 Fougères             | 50         | 90        |    |            |    |        |
| Foyer de Vie de Chaudeboeuf<br>350039772          | 35133 St Sauveur des<br>Landes                     | 42         | 51        |    |            |    |        |
| FAM Chaudeboeuf<br>350039533                      | 35133 St Sauveur des<br>Landes                     | 39         | 32        |    |            |    |        |
| IME de Paron<br>350049656                         | 18 Bd Nelson Mandela<br>35300 Fougères             | 19         | 7         | 6  | 3          |    |        |
| EEAP de Paron<br>350003919                        | 18 Bd Nelson Mandela<br>35300 Fougères             | 13         | 11        |    |            |    |        |
| MAS Gaifleury<br>350018750                        | Rue Armand Rébillon<br>35420 St Georges de Rlt     | 94         | 70        |    |            |    |        |
| Foyer de Vie d'Avenel<br>350047460                | 8 Bd de la Chesnardière<br>35300 Fougères          | 19         | 27        |    | 3          |    |        |
| EHPAD Rés. Ste Anne<br>350046421                  | Rue de l'Abbé Duval<br>35133 Laignelet             | 42         | 68        | 4  |            |    |        |
| <b>Total</b>                                      |  | <b>719</b> |           |    | <b>980</b> |    |        |

## 2.5. Organisation du siège

### 2.5.1. Les Missions

Par la volonté de **son Projet Associatif**, l'Association Anne Boivent a conforté sa structuration et son organisation.

Le siège est **un appui, un soutien et un conseil** aux établissements et services de l'Association dans différents domaines d'intervention.



#### **+** NOS RÔLES

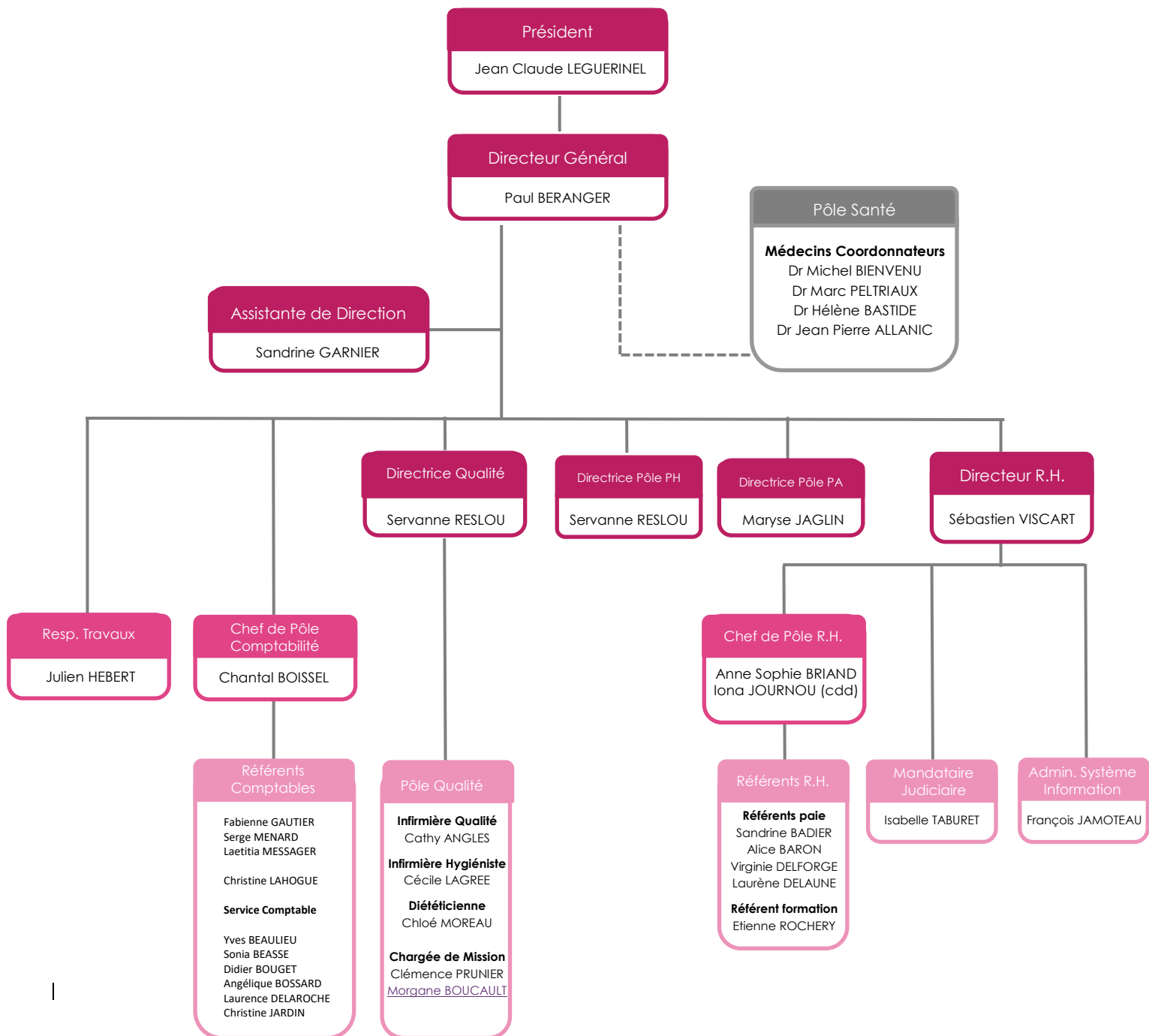
- Accompagner les responsables d'établissement pour apporter des réponses en adaptant ses établissements et en répondant aux appels à projets ou candidatures.
- Être attentif aux évolutions constantes des besoins de la population.
- Elaborer des procédures internes et contrôler leur mise en œuvre.
- Rechercher l'harmonisation des pratiques tout en veillant à conserver la spécificité de chaque structure.
- Organiser des rencontres par métier, afin de mutualiser l'expérience et partager les problématiques transversales.



## 2.5.2. Organigramme

Le Siège de l'Association Anne Boivent regroupe les différents services supports : Finances et gestion ; Management et ressources humaines ; Qualité, hygiène et gestion des risques ; Patrimoine et immobilier ; Informatique.

Le Siège se compose également des deux directions de pôle (Personnes Âgées & Personnes Handicapées) dont dépendent les différents établissements de l'Association.



## 3. LE POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

### 3.1. La situation de l'Etablissement

#### 3.1.1. L'historique de l'établissement

**En 1878**, Mr et Mme Lebreton de Vitré, au décès de leur fille unique "Emilia", firent don à la Congrégation de leur propriété de la Guilmarais, afin d'y établir un Hospice pour les pauvres des Paroisses environnantes.



**L'association "Emilia Lebreton"** est mise en place pour la gestion. Le 9 septembre le nouveau bâtiment est inauguré.

Un pavillon « Emilia Lebreton » (PEL) est construit pour les personnes âgées atteintes de la **maladie d'Alzheimer** et maladies apparentées. Il a ouvert en septembre 2006.

Au 31 décembre 2006, la Maison de La Guilmarais accueille **100 résidents**, dont **12 personnes désorientées** au pavillon Emilia Lebreton (PEL), ainsi que **6 places d'accueils de jour** depuis 2012. 65 personnels salariés sont à leur service.



**Une communauté de Religieuses** est toujours présente à proximité de la Résidence.



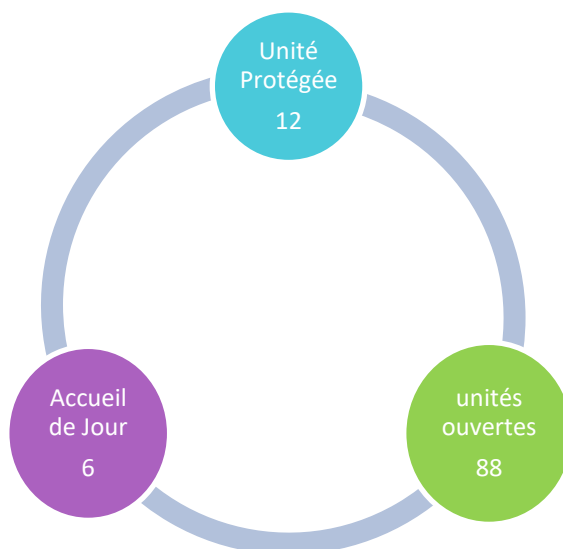
En 2015, l'accueil de la Résidence a été rénové, le PASA, l'accueil de jour ont été créés. En 2016, la salle de restaurant des résidents a été entièrement réhabilitée.



### 3.1.2. Identification

|  |   |
|--|---|
| <b>Raison sociale de l'établissement</b>   | <b>EHPAD La Guilmarais</b>  |
| <b>SIRET</b>                               | <b>43447329400081</b>   |
| <b>Code finess</b>                         | <b>EHPAD :</b>  |
| <b>Adresse</b>                             | <b>Route d'Argentré<br/>35506 Vitré</b>   |
| <b>Téléphone/Fax/Mail/Site internet</b>    | <b>Tel : 02 99 75 25 91<br/>Fax : 02 99 75 80 15<br/>Mail : <a href="mailto:laguilmarais@anneboivent.fr">laguilmarais@anneboivent.fr</a><br/>Site internet :<br/><a href="http://www.anneboivent.com">www.anneboivent.com</a></b> |
| <b>Nature juridique de l'établissement</b> | <b>Associatif loi 1901</b>  |

### 3.1.3. Capacité d'accueil



L'Etablissement compte 106 places dont : 88 places en unités ouvertes en hébergement permanent, 12 places en unité protégée accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée, un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) labellisé pour 14 personnes et réservé aux résidents des unités ouvertes, un accueil de jour Alzheimer, labellisé pour 6 personnes, ouvert du lundi au vendredi.

### 3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité

La Résidence La Guilmarais, située à la limite de l'agglomération, est desservie par les transports en commun (gratuits) ce qui rend très accessibles les services et commerces du centre ville.

La Résidence est entourée d'un parc arboré qui invite à la tranquillité et à la promenade.



### 3.1.5. Les modes de financement

L'Etablissement est financé dans le cadre d'un CPOM associatif (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) signé en janvier 2018 pour 5 ans.

L'Etablissement perçoit une dotation globale annuelle révisée chaque année en janvier par un arrêté de tarification.

- Le tarif hébergement : habilitation au titre de l'aide sociale et de l'aide au logement.
- Le tarif dépendance : financement par l'APA pour les GIR de 1 à 4, le talon dépendance reste à la charge du résident.
- Le tarif soins : la dotation globale soins est fixée par l'ARS et pris en charge par l'assurance maladie.

### 3.1.6. La mission

L'EHPAD est un lieu de vie qui s'est donné pour missions d'accueillir, d'accompagner et de répondre aux attentes et besoins des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Celui-ci s'emploie par des actes dispensés, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie et l'indépendance du résident.

Au fil des années, nous observons la nécessité de nous adapter à l'accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement accueillis dans les unités ouvertes. Le PASA est une réponse adaptée, les équipes sont formées et encadrées à la recherche de réponses non-médicamenteuses pour contenir les troubles exprimés.

L'accompagnement de fin de vie est également une spécificité pour laquelle nous nous attachons à former les soignants et à accompagner les familles.

### 3.1.7. Le service rendu

L'établissement accompagne le résident tout au long de son séjour dans le respect de ses choix découlant de son projet personnalisé d'accompagnement, en assurant les prestations suivantes :

- **Prestations d'hébergement :** les chambres individuelles meublées permettent au résident de l'aménager totalement à l'exception du lit médicalisé. Elles comprennent une salle d'eau privative, avec fourniture et entretien du linge hôtelier.
- **Prestation de restauration :** les repas sont servis avec possibilité de collations diurnes et nocturnes, en application des régimes et textures prescrits, validés par la diététicienne de l'Association. La restauration a été confiée à un prestataire extérieur qui cuisine sur place.
- **Prestation d'entretien du linge :** le linge étiqueté est traité par l'établissement à l'exception du linge délicat.
- **Prestation d'entretien des locaux :** le nettoyage et entretien des locaux communs et privatifs est assuré par l'équipe de ménage et les soignants de l'unité.
- **Prestation d'animation et de vie sociale :** deux animatrices proposent un programme d'animation du lundi au samedi.
- **Prestation dépendance et accompagnement :** une aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne qui ne sont pas liées aux soins est organisée. Un projet personnalisé d'accompagnement fixe les objectifs adaptés à la personne.
- **Prestations de soins :** la préparation du traitement est assurée par des pharmacies de ville et l'administration par les infirmières et le personnel soignant des services. Le service infirmier suit l'état de santé et dispense les soins requis, programme les rendez-vous médicaux et gère les dossiers médicaux et les transports. Il informe les familles de l'état de santé et assure la continuité des soins et les urgences.
- **Prestations complémentaires payantes :** l'assistante d'accueil gère l'installation de la ligne téléphonique. Un salon de coiffure et d'esthétique est à la disposition des intervenants extérieurs sollicités par le résident. Un distributeur de boissons chaudes est à la disposition des résidents et des familles à l'accueil de l'établissement. Les proches ont la possibilité de réserver le salon des familles et de commander leur repas (48 heures à

l'avance, une semaine à l'avance pour le menu gourmand). Les pédicures interviennent à la demande des résidents.

- **Le culte** : une équipe d'aumônerie d'obédience catholique intervient une fois par semaine au souhait du résident. Un office religieux catholique est célébré tous les jours sauf le mardi à la chapelle de la Guilmarais. La visite d'un ministre d'un autre culte peut être organisée à la demande du résident.

### **3.2. Les valeurs de l'établissement**

L'Etablissement prône les valeurs déclinées du projet associatif, elles sont basées sur le respect et le bien-être du résident accueilli :

- Respect de la dignité et des droits
- Respect de l'histoire de vie
- Respect des choix
- Respect du rythme chronobiologique
- Respect des croyances

### **3.3. Les recommandations et textes de référence**

#### **3.3.1. Les chartes**

L'établissement s'appuie sur ces différentes chartes :

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- La charte Bientraitance associative : remise et annexée au contrat de séjour du résident, et également au livret d'accueil des salariés et au livret d'accueil des stagiaires.
- La charte des bonnes pratiques et postures professionnelles : annexée au livret d'accueil des salariés et au livret d'accueil des stagiaires.
- La charte des bénévoles : définit le cadre de l'action et des engagements réciproques. Elle reste à réactualiser.

### **3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

L'établissement utilise les recommandations de bonnes pratiques diffusées par la HAS :

- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.
- Missions du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement.
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation de l'emploi au regard des personnes accompagnées.
- Le soutien des aidants non-professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en établissement.
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement.
- L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).
- L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé.
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement.
- Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement.
- Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD.
- Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.
- Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées – Volet EHPAD.
- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées – Volet EHPAD.

### **3.3.3. Autres recommandations utilisées par l'établissement :**

Les procédures associatives sont diffusées et mises à disposition de l'ensemble des salariés. Elles sont mises à jour par le référent qualité de l'établissement.

Le personnel respecte les recommandations du CPIAS (Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins) transmises par l'infirmière hygiéniste de l'Association.

Au niveau associatif, un CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) va être constitué.

L'établissement s'appuie sur ces Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) spécifiques :

- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

## **3.4. Le contexte réglementaire**

### **3.4.1. Le cadre réglementaire**

Le cadre réglementaire est contenu dans :

- Le code de l'action sociale et des familles.
- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, (modification par l'arrêté du 13 août 2004).
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" HPST du 22 juillet 2009.
- La loi « LEONETTI » de 2016.
- La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) 2015 et ses décrets d'application.

### **3.4.2. Les obligations réglementaires :**

**Sécurité et vigilance sanitaire :**

**Par ailleurs, l'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires en appliquant de protocoles :**

- Prévention de la légionellose
- Conduite à tenir en cas d'infections associées aux soins
- Conduite à tenir en cas d'épisode de gastro-entérite aiguë
- Conduite à tenir en cas d'infection respiratoire aiguë
- Précautions standard d'hygiène
- Précautions complémentaires d'hygiène
- Gestion des DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux)

**Le livret d'accueil est remis à l'usager lors de son admission, il comporte :**

- La présentation de l'établissement
- Les espaces de vie
- Les prestations proposées
- Le personnel
- Les modalités d'accueil et d'accompagnement
- Les droits de l'usager et le Conseil de Vie Sociale (CVS)

**Diffusion et affichage des chartes :**

La charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte de Bientraitance associative sont affichées dans l'établissement et transmises dans le livret d'accueil.

**Le contrat de séjour /Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)**

Le contrat de séjour est systématiquement établi et signé avec le Résident ou son représentant légal dans le mois qui suit l'admission du Résident. Il détermine la durée du séjour, les objectifs de l'accompagnement, les conditions du séjour et de l'accueil, la description des prestations d'accompagnement, les conditions financières, les assurances et les responsabilités, les modifications du contrat, les conditions de résiliation, les litiges et les contentieux.

**Règlement de fonctionnement :**

Le règlement de fonctionnement définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et libertés de chacun. Il précise les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement. Il est remis à toute personne accueillie ou sa famille avec le livret d'accueil et le contrat de séjour. Il est également mis à disposition à l'accueil de l'établissement.

**La participation des usagers et leur famille au CVS :**



L'EHPAD veille à la garantie des droits individuels et collectifs des usagers. Afin de promouvoir leur participation à la vie de l'établissement, un Conseil de la Vie Sociale se réunit 3 fois par an suivant les conditions indiquées dans son règlement intérieur.

Le CVS est composé de :

- Un collège de 6 résidents
- Un collège de 4 représentants des familles et des représentants légaux
- Un collège représentatif de l'association gestionnaire par les 2 administrateurs référents
- Un représentant du personnel
- Le président est un représentant des familles
- Le Responsable d'Etablissement

Le CVS donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et notamment sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- Les activités
- L'animation socioculturelle et les services thérapeutiques
- Les projets de travaux et d'équipements
- L'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux
- La présentation des déclarations d'évènements indésirables graves

Les commissions restauration ont lieu tous les mois, associant résidents et personnels sous l'égide de la diététicienne.

Les commissions animation se réunissent trois fois par an, les animatrices invitent les résidents à exprimer leur satisfaction et leurs attentes sur le programme proposé.

### **Les enquêtes de satisfaction :**

Une enquête de satisfaction est réalisée annuellement, élaborée par le service qualité de l'association, pour recueillir les besoins et attentes des usagers et de leur famille.

### **Les personnes qualifiées :**

La liste des personnes qualifiées est affichée à l'accueil, les personnes désignées sont à la disposition des résidents et des familles en cas de contestation ou de réclamation.

### **Le droit à l'image :**

Il est interrogé pour chaque résident à la signature de son contrat de séjour et le résultat est communiqué aux animatrices.

### 3.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement

#### 3.5.1. Les orientations régionales et départementales

La résidence s'inscrit en outre dans les orientations politiques régionales et départementales contenues principalement dans :

Le PRS (Plan Régional de Santé) qui a été arrêté par le directeur général de l'Agence pour une période de 5 ans (2018-2022).

L'établissement s'inscrit dans le schéma gérontologique d'Ille et Vilaine 2015-2019.

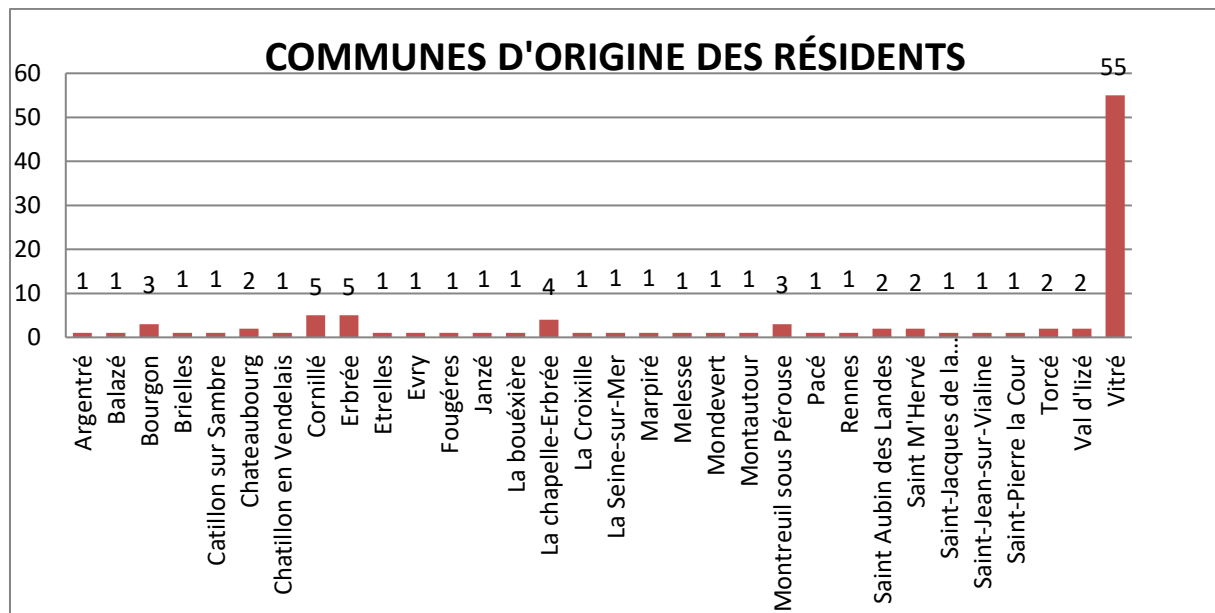
#### 3.5.2. L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire

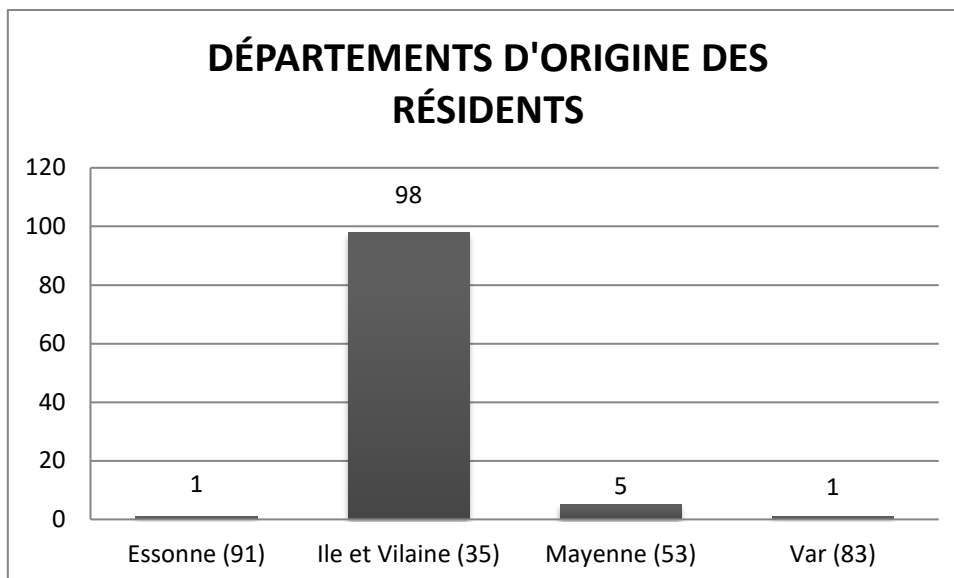
La responsable d'établissement est membre de l'instance de concertation de proximité de la MAIA. Une convention est signée avec le centre hospitalier de Vitré, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), l'Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs (EMASP) et le Centre Médico-Psychologique (CMP).

### 3.6. La population accueillie

#### 3.6.1. Origine et attente

La majeure partie des résidents sont Brétilliens (94%), dont 87% de la communauté de communes de Vitré. Parmi les 6% des résidents hors départements, les 3/4 proviennent de la Mayenne (département frontalier). Les résidents hors département sont admis pour rapprochement familial.





La liste d'attente est très importante : plus de 350 dossiers recensés en octobre 2018 dont près de 20 classés « urgents ». L'établissement est reconnu sur son territoire pour la qualité de son accompagnement et son infrastructure.

Le besoin d'hébergement temporaire est identifié par les demandes récurrentes et la nécessité de répit exprimée par les aidants de l'accueil de jour.

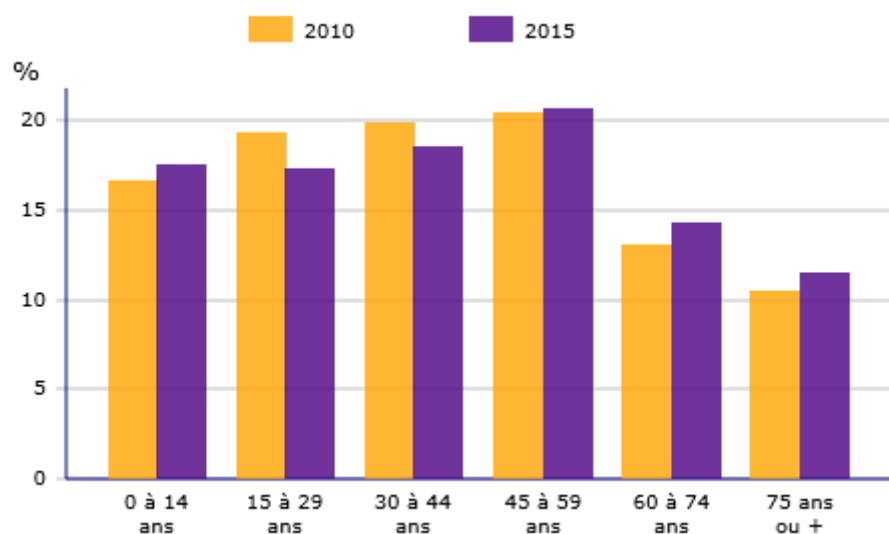
### 3.6.2. Caractéristiques de la population de Vitré.

A l'horizon 2050, un breton sur trois sera un senior. La part des seniors en Ile et Vilaine en 2050 atteindra 24% de la population.

La commune de Vitré peuplée de 17 558 habitants en 2015, affiche un taux de personnes âgées de 60 ans et plus de 25,7% et de personnes de plus de 75 ans de 11,5%.

Le canton de Vitré est peuplé de 38 126 habitants en 2015 et affiche un taux de personnes âgées de 65 ans et plus de 15%.

### Population de Vitré par tranche d'âge\* :



La communauté de commune de Vitré est dotée d'un centre hospitalier, de 8 EHPAD, deux résidences seniors, un SSIAD, un HAD et de nombreux services à domicile.

Sur le territoire MAIA « Pays de Vitré- Pays de la Roche aux Fées », il y a 8 EHPAD et 3 centres hospitaliers (dont celui de Vitré).

Par sa proximité avec la ville de Rennes (40 km) et la ville de La Guerche de Bretagne, Vitré bénéficie d'une offre médicale complète.

\*Source INSEE

## **4. LE PROJET DE VIE**

La qualité de vie est un enjeu essentiel pour l'adaptation de la personne accueillie.

L'entrée en EHPAD se fait généralement dans un contexte de pertes (capacités physiques et /ou cognitives, renoncement à sa vie passée, deuils multiples...) auxquelles le résident n'était pas toujours préparé. L'entrée va être l'occasion de restaurer le sentiment de contrôle et d'action sur sa propre vie.

Avant même son arrivée, il sera sollicité pour donner son consentement. Dès son entrée, l'équipe encouragera la prise de décision, le choix sur la manière dont il entend mener sa vie à l'EHPAD.

L'accompagnement est individualisé afin de préserver l'identité et l'autonomie de la personne accueillie.

### **4.1. Bilan du projet de vie**

#### **4.1.1. Au regard de la Convention Tripartite de 2010/2015**

Depuis la signature de la Convention Tripartite de 2010, les prestations et les organisations de service ont clairement évolué.

Les objectifs de la Convention Tripartite 2010 restants à poursuivre sont :

- Réactualiser les Projets Personnalisés d'Accompagnement une fois par an pour l'ensemble des résidents.
- Formaliser la procédure en cas de maltraitance
- Définir et clarifier le rôle des Référénts PPA

#### **4.1.2. Au regard des objectifs du projet d'établissement 2014-2019**

Depuis l'élaboration du Projet d'Etablissement, de nombreux objectifs fixés sont atteints.

L'objectif du Projet d'Etablissement restant à poursuivre est :

- Améliorer le service en salle de restauration.

### **4.2. La préadmission**

Une procédure associative « Preadmission, Admission, Accueil d'un résident en EHPAD » a été élaborée en 2018.

La phase de préinscription vise à informer et remettre le dossier d'inscription à remplir ainsi que la liste des documents attendus.

L'inscription est effective à réception du dossier complet et validation du volet médical par le médecin coordonnateur.

Les critères d'admission :

- Personne âgée de 60 ans ou plus (sauf dérogation).
- Date d'inscription du dossier.
- L'urgence médico-sociale.
- L'état de santé physique et psychique.

La phase d'admission prend effet lorsqu'une place d'hébergement s'est libérée et qu'une personne a été désignée par la commission d'admission pour entrer dans l'établissement.

L'établissement accueille des personnes handicapées vieillissantes qui répondent aux critères d'admission.

### **4.3. Un accueil adapté, individualisé et de qualité**

L'accueil est le fait et la manière de recevoir la personne et de poser les bases de la relation d'accompagnement. Il se prépare en amont de l'admission du résident et requiert son adhésion. Le Médecin coordonnateur, le Cadre Infirmier et la Gouvernante collectent tous les éléments favorables à adapter les meilleures conditions d'accueil : antécédents médicaux et soins requis, habitudes antérieures de vie, consentement et contexte d'entrée.

Le Cadre Infirmier rencontre chaque résident avant son entrée. La Gouvernante et l'Ergothérapeute contrôlent et prévoient le matériel nécessaire à l'installation de la chambre en amont de l'entrée. Le recueil des habitudes antérieures de vie est renseigné à l'entrée du résident. Des attentions particulières sont portées à chaque entrée : mot d'accueil, chocolats, fleurs, café servi en chambre à l'ensemble des accompagnants.

Le bilan de l'adaptation du résident est réalisé lors du PPA, cependant une première évaluation précoce serait judicieuse.

### **4.4. Un hébergement convivial, chaleureux, intime et sécurisant**

L'établissement dispose de chambres individuelles qui sont restaurées avant chaque entrée si nécessaire. Le résident est invité à meubler entièrement (à l'exception du lit médicalisé) et à décorer sa chambre. Le jour de l'arrivée du résident, le responsable maintenance vérifie la conformité du matériel électrique apporté par la famille. Il est disponible pour accrocher les cadres ou objets de décoration. Un audit sur la conformité du matériel composant la chambre du résident est réalisé tous les ans.

L'aménagement des salles de bain communes fera l'objet d'une étude d'amélioration.

Les résidents ne disposent pas de boîtes aux lettres individuelles.

#### **4.5. Une restauration de qualité, source de plaisir**

Le repas est à la fois générateur de convivialité, plaisir, stimulation des fonctions cognitives (repères temporo-spatiaux, réminiscences des saveurs). La restauration constitue donc l'un des facteurs déterminants du bien-être du résident.

La diététicienne intervient une fois par mois avec pour missions principales : l'élaboration de protocoles sur la nutrition, le suivi du plan alimentaire et des régimes et l'animation de la commission repas.

L'arrivée de la gouvernante en janvier 2018 a permis de coordonner et potentialiser les objectifs fixés pour la restauration : présentation des plats, respect des textures, respect des horaires des repas, organisation de repas à thèmes et festifs (repas et goûter anniversaire mensuel). Une meilleure prise en compte des remplacements des cuisiniers permettra d'assurer une meilleure qualité des prestations.

La salle de restaurant a été réhabilitée en 2016 : elle est accueillante et chaleureuse. Les résidents confectionnent chaque semaine en atelier des bouquets pour le fleurissement des tables de la salle de restauration.

Le résident décide du lieu où il souhaite prendre ses repas.

Le salon des familles est très apprécié: plus de 600 repas sont servis par an. Un réfrigérateur est installé dans le salon des familles pour répondre aux attentes des usagers. Une carte gourmande est proposée aux familles.

#### **4.6. Une prestation linge de qualité**

La buanderie a été réhabilitée en 2014 et répond aux normes RABC (Risk Analysis Bio-contamination Control). Le linge est traité sur place. Il est livré deux fois par semaine dans les unités. Toutefois certains résidents ne disposent pas d'un trousseau suffisant pour permettre une rotation satisfaisante du linge.

L'établissement propose la fourniture de linge de toilette à l'ensemble des résidents ainsi qu'une prestation de marquage du linge afin d'améliorer la qualité de son service de buanderie.

#### **4.7. La participation des familles à la vie de l'établissement et le soutien aux aidants**

L'établissement organise des moments festifs dans l'année très appréciés des familles : la cérémonie des vœux, la fête des résidents et des familles, la galette des rois au PEL, à l'accueil de jour et au PASA, la fête de la musique, la semaine bleue, des événements exceptionnels tel que barbecue pour le passage du tour de France.

Il privilégie le maintien des liens avec les proches et communique chaque semaine sur Familéo (menu, programme d'animation de la semaine et temps forts).

Les aidants ont bien identifié les professionnels ressources en capacité de leur apporter du soutien. Le personnel soignant est gratifié par les aidants comme étant à leur écoute.

L'établissement ne mène pas de campagne incitative auprès des familles pour les inviter à s'investir en tant que bénévoles.

## **4.8. La possibilité d'avoir une vie sociale et de participer à des animations**

Le résident participe aux activités proposées par l'équipe d'animation en fonction de ses intérêts et souhaits. Un plan individuel d'animation est établi pour chaque résident et constitue l'un des éléments centraux du projet personnalisé d'accompagnement.

Les nombreuses propositions de sorties participent au maintien de la vie sociale extérieure.

Des espaces sont aménagés pour faciliter l'accueil des proches du résident. Les chambres sont individuelles. La personne peut recevoir son entourage pour déjeuner au salon des familles. D'autres salons, situés dans les étages, sont également à disposition pour ces temps de rencontre. Un espace enfant a été installé au rez-de-jardin.

## **4.9. Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA)**

### **4.9.1. Le recueil et l'observation des besoins et habitudes**

Afin de personnaliser l'accompagnement et permettre au résident de restaurer un équilibre dans sa vie au quotidien, les habitudes de vie sont recueillies par le cadre infirmier lors de l'entretien de préadmission. L'équipe les complète tout au long du séjour (fiche recueil des habitudes de vie puis PPA). Un référent est désigné pour chaque résident et pilote l'élaboration et la réactualisation du PPA.

L'accompagnement proposé s'articule autour de ces données. Les soignants respectent et intègrent les habitudes de vie dans l'accompagnement et les plans de soins. La gouvernante fait le lien avec les services techniques, restauration, buanderie, animation. L'animatrice se présente au résident dans les jours qui suivent son arrivée et recueille ses attentes.



#### **4.9.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille**

Le projet personnalisé d'accompagnement est réalisé dans les 3 mois qui suivent l'entrée. La participation du résident à l'élaboration du PPA est systématiquement recherchée. Les refus de participation du résident sont rares mais dans ce cas, son choix est respecté et fait l'objet d'une transmission. Le PPA sera néanmoins élaboré afin de définir un accompagnement individualisé.

Le jour de la réunion, le résident et sa famille sont accueillis dans une atmosphère conviviale et propice à l'échange. Un soignant, l'animatrice, un infirmier, le cadre infirmier et la psychologue y participent. L'ergothérapeute, la gouvernante et le médecin coordonnateur y assistent si nécessaire.

La parole du résident est au centre de l'échange. L'expression de chacun est facilitée par la psychologue qui anime cette rencontre. L'usager est tout d'abord invité à exprimer son degré de satisfaction globale sur les premiers mois passés à l'EHPAD. L'adaptation à sa nouvelle vie est interrogée. La famille est invitée à s'exprimer. Des objectifs proposés au résident sont transcrits sur l'avenant au contrat de séjour. Il est invité à le signer en fin de rencontre.

La diffusion et la connaissance des PPA reste à améliorer dans leurs réactualisation.

#### **4.9.3. Coordination et travail pluridisciplinaire autour du résident**

Des temps de transmissions sont positionnés à chaque changement d'équipe. Un travail pluriprofessionnel est mené au cours des staffs mensuels en milieu ouvert et bimensuel dans l'unité protégée, des réunions PPA, des diverses commissions, des réunions hebdomadaires cadres.

#### **4.9.4. Le départ provisoire ou définitif du résident**

L'établissement accompagne le départ définitif du résident vers son domicile ou vers une autre structure. Un lien est établi avec les acteurs du domicile.

Le contrat de séjour définit les conditions de résiliation particulières du séjour.

En cas d'hospitalisation, les infirmières transmettent tous les éléments nécessaires à la prise en charge du résident. Un dossier en cas d'urgence (DLU : dossier de liaison d'urgence) est disponible sur le logiciel de soins.

Une collaboration avec le service de gériatrie de l'hôpital de Vitré est envisagée par le médecin coordonnateur pour favoriser les hospitalisations programmées.

Lors des vacances ou des séjours organisés par l'établissement, les pharmacies préparent les semainiers des résidents ainsi qu'une synthèse du dossier médical issue du DLU (Dossier de Liaison d'Urgence) et les coordonnées de l'établissement afin de sécuriser la continuité de la prise en charge médicale.

En cas de décès, l'équipe se réfère à la fiche de recueil des souhaits de fin de vie et accompagne les familles. L'annonce du décès est communiquée à l'ensemble des résidents et une boîte permettant de recueillir les condoléances est mise à disposition. Le personnel et les infirmières préviennent individuellement les résidents les plus proches.

## **4.10. Une culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance**

Le respect de la dignité, de l'intégrité physique et morale, des valeurs et croyances, des habitudes de vie concourt à offrir un accompagnement bientraitant.

### **4.10.1. La culture de bientraitance**

La charte de bientraitance est diffusée. Une Commission de Bientraitance existe au niveau associatif. Un Référent bientraitance est désigné : son rôle est de promouvoir la bientraitance au sein de l'établissement pour garantir le bien-être de l'usager en sensibilisant avec bienveillance les professionnels à la démarche. Des protocoles de soins, au regard des RBPP, sont élaborés et diffusés.

L'établissement s'engage à l'écoute et au respect des choix, souhaits et refus du résident. L'accompagnement du résident est individualisé.

### **4.10.2. Une prévention des risques de maltraitance**

Cette démarche est continue, l'institution se tient en veille permanente. La relation d'aide constitue un risque d'épuisement professionnel qui peut générer des actes de maltraitance.

L'institution prévient les risques de dérive aux moyens d'outils adaptés :

- Formations
- Rencontres avec la psychologue
- Réflexions en équipe sur les pratiques
- Entretiens professionnels d'évaluation
- Fiches de signalement d'évènements indésirables
- CREX
- Un roulement entre les équipes est mis en place
- Le PASA, lieu de valorisation et de réponses non médicamenteuses aux résidents présentant des troubles du comportement, permet également d'assurer un relais entre les professionnels.
- L'unité protégée, lieu d'hébergement adapté aux résidents déambulant présentant des troubles du comportement perturbateurs, permet, grâce au taux d'encadrement, à la formation du personnel, à la réflexion pluriprofessionnelle régulière à son environnement adapté, une prise en soin bientraitance.

L'amélioration du recrutement du personnel remplaçant qualifié permettra de réduire le facteur de risque de maltraitance. L'établissement a élaboré un « plan de continuation des activités » auquel il a ponctuellement recours.

## **5. LE PROJET DE SOINS**

### **5.1. Bilan du projet de soins**

#### **5.1.1. Au regard de la Convention Tripartite**

Les objectifs fixés dans la convention tripartite 2010/2014 ont été atteints. Depuis, de nombreux axes d'amélioration ont été identifiés et mis en œuvre.

#### **5.1.2. Au regard des objectifs du projet de soins 2014**

Une procédure continence a été élaborée et diffusée.

La réévaluation annuelle des « Neuropsychiatric Inventory » (NPI) pour les résidents accueillis au PASA reste à améliorer. Cependant, les critères d'admission au PASA sont clairs et respectés.

### **5.2. La prévention et gestion des risques liés à la santé**

Fort de son équipe pluriprofessionnelle, l'établissement est dans une démarche d'identification des principaux facteurs de risque de perte d'indépendance et autonomie et/ou de son aggravation. Celle-ci doit être une préoccupation tout au long du séjour du résident afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible.

#### **5.2.1. La douleur**

La douleur est une expérience sensitive et émotionnelle désagréable survenant après une lésion tissulaire aigue.

Sa prévalence augmente avec l'âge.

Le soulagement de la douleur est un droit fondamental de toute personne (loi 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

L'équipe soignante procède à une évaluation systématique de la douleur à l'entrée du résident et lors de toute douleur aigue ou changement de comportement avec une échelle adaptée. Un DAR (donnée, action, résultat) est ouvert dans le logiciel de soins afin de suivre et d'apporter une prise en charge globale jusqu'à soulagement de la douleur.

Une réflexion est menée au sein de l'établissement sur les prises en charges non médicamenteuses.

L'Ergothérapeute adapte, met en place du matériel (transfert, positionnement) et propose une prise en charge individuelle (lutte contre les rétractions).

Les équipes disposent de moyens non médicamenteux : stimulations thermiques (hot ou cold-pack), séances Snoezelen, aromathérapie et huiles essentielles, organisation humaine du soin (par exemple réalisation d'un pansement de façon contemporaine à la toilette pour limiter les mobilisations).

L'EMASP peut intervenir afin de conseiller les médecins prescripteurs sur les thérapeutiques médicamenteuses. L'établissement peut faire appel à l'HAD si la mise en œuvre justifie de soins médicaux-techniques importants.

L'évaluation systématique de la douleur n'est pas effective tout au long du séjour, en particulier en cas de douleur chronique. Une amélioration du plan de formation permettra la réactualisation des outils d'évaluation de la douleur.

### **5.2.2. La chute**

Les chutes, fréquentes chez la personne âgée, peuvent avoir des conséquences graves : traumatisme physique, syndrome post-chute, traumatisme psychique et perte d'autonomie.

La recherche des facteurs de risque permet de proposer des actions correctives de prévention primaire et secondaire.

Le risque de chute est évalué dès l'entrée du résident. L'Ergothérapeute fait un bilan moteur global avec la passation du test « get up and go » et du test de station unipodale. Le médecin coordonnateur identifie les facteurs de risque.

Des mesures correctives sont proposées rapidement (adaptation thérapeutique, du chaussage, de l'aide technique à la marche).

Des mesures préventives sont mises en place :

- Activité Gymnastique douce hebdomadaire avec les animatrices
- Stimulation à la marche par les équipes soignantes
- Utilisation du parcours santé extérieur
- Ateliers équilibre avec l'ergothérapeute
- Kinésithérapie sur prescription médicale

Tout au long du séjour, une vigilance est maintenue via :

- Une fiche de déclaration de chute qui est traitée immédiatement par l'Ergothérapeute.

Une commission chute mise en place début 2018 pluridisciplinaire réévalue de façon globale les facteurs de risque et les mesures préventives. Des indicateurs de suivi sont renseignés et analysés par l'ergothérapeute et le médecin coordonnateur. Une réévaluation des contentions prescrites avec la référente « contention » en équipe pluriprofessionnelle est organisée.

Les équipes ont identifié des risques de chutes liés à l'environnement.

Sur le plan sensoriel, il n'y a pas d'évaluation systématique de la fonction visuelle avec un recours aux ophtalmologistes libéraux peu aisé en terme de délai voire d'accessibilité de cabinet.

### **5.2.3. La dénutrition**

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge.

Elle entraîne un état de fragilité et peut avoir de graves conséquences : risque de chute et fracture, risque infectieux, risque cutané, risque de perte d'autonomie, surmortalité.

La prévention de la dénutrition est une préoccupation de l'ensemble de l'équipe soignante au quotidien avec des personnes ressources identifiées ; référents alimentaires, diététicienne associative, cadre infirmier, médecin coordonnateur.

Un dépistage de la dénutrition est formalisé dès l'entrée dans l'établissement (procédure associative) et tout au long du séjour.

La surveillance du poids est programmée, cependant n'est pas toujours existante en cas de situation aiguë à risque (retour d'hospitalisation, pathologie infectieuse aiguë par exemple).

Les différents indicateurs de prévention sont tracés et analysés : calcul de l'IMC (indice de masse corporelle), surveillance alimentaire sur 3 jours et dosage de l'albumine, sur prescription médicale, si besoin.

L'établissement propose une alimentation enrichie préparée par les cuisines selon des recettes spécialement élaborées.

Une aide aux repas est organisée (technique et/ou humaine) selon le besoin de chaque résident.

Un intervenant extérieur assure annuellement un nettoyage au laser des prothèses dentaires. L'établissement a identifié une carence en ce qui concerne l'identification des besoins en soins bucco-dentaires et l'hygiène bucco-dentaire des résidents. L'hygiène bucco-dentaire n'est pas réalisée de manière régulière pour tous les résidents (refus du soin, incapacité fonctionnelle à accepter le brossage...).

### **5.2.4. La déglutition**

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée et représentent une menace vitale lorsqu'ils entraînent des fausses routes, des pneumopathies d'inhalation, une dénutrition et une déshydratation.

Un dépistage précoce et une prise en charge pluriprofessionnelle adaptée permettent de limiter ces risques de complications. Il est effectué à l'entrée par l'identification des pathologies à risque par le médecin coordonnateur et la recherche de signes cliniques d'alerte sur l'ensemble des repas pendant 3 jours.

L'établissement propose des textures alimentaires adaptées en cas de risque identifié avec une attention portée sur la présentation. L'Ergothérapeute est garante d'une installation adaptée du résident aux repas. Elle déjeune une fois par mois avec les résidents de chaque étage pour conserver une vigilance sur ce risque et effectuer des rappels pratiques aux soignants sur l'installation du résident, de l'aidant et sur les recommandations d'alimentation. Un dispositif d'urgence est en place en salle de restauration (aspirateur bronchique).

Une étude du roulement du personnel soignant, lors des temps de restauration permettra de sécuriser l'accompagnement des repas. De plus les commissions restauration permettront d'analyser les écarts et d'améliorer les textures des repas.

#### **5.2.5. L'escarre**

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. Elle est source de douleur, d'infection, de souffrance psychique, d'altération de l'état général

Elle peut être prévenue dans une grande majorité des cas. Elle nécessite une actualisation des plans de soins effective.

Le risque est évalué à l'entrée avec la réalisation d'une échelle de Braden et lors de tout changement d'état du résident. Une surveillance clinique est quotidienne et des adaptations matérielles sont mises en place par l'ergothérapeute selon les risques identifiés. Le suivi nutritionnel est effectif.

#### **5.2.6. La contention physique**

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Le recours à la contention physique doit rester exceptionnel après une évaluation pluriprofessionnelle de la balance bénéfico-risque présentée à la personne de confiance.

Une procédure d'établissement est en place. L'Ergothérapeute est à temps complet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Une IDE référente contention est identifiée. Elle veille à la réévaluation mensuelle des contentions avec identification des bénéfices, des risques et à la recherche d'alternatives avec l'expertise de l'Ergothérapeute et du médecin coordonnateur. La contention physique est toujours prescrite. L'établissement dispose d'« unités » d'accueil spécifiques (une unité protégée et un pôle d'Activités et de Soins Adaptés) qui limitent le recours inadapté à la contention physique. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations, l'équipe de nuit sera intégrée dans la démarche mettant déjà en place les barrières de lit pendant la période nocturne.

### **5.2.7. Les troubles psycho-comportementaux**

L'établissement favorise l'approche non médicamenteuse au travers d'ateliers thérapeutiques, cependant le PASA est fermé le week-end. Le respect du rythme de vie et l'adhésion du résident aux soins et aux activités de la vie quotidienne sont recherchées systématiquement.

Une réflexion sur le « savoir être » professionnel est animée en continu par le médecin coordonnateur, la psychologue et le cadre infirmier. Une formation « prise en soins humaniste » est inscrite depuis plusieurs années dans le plan de formation.

La prescription de neuroleptique est limitée (15 % de la population). Le CMP ne propose pas de suivi périodique.

### **5.2.8. L'accompagnement de fin de vie**

L'établissement accompagne le résident jusqu'à sa fin de vie en tenant compte de son histoire de vie, ses croyances, et ses souhaits. Il s'attache à soulager la douleur physique et apaiser la souffrance psychique tout en préservant la dignité de la personne malade et en soutenant son entourage.

Une réflexion est engagée sur l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs. Des professionnels ressources interviennent sur l'EHPAD : l'Ergothérapeute, la psychologue, le cadre infirmier et le médecin coordonnateur.

L'EMASP et l'HAD sont sollicitées selon les besoins identifiés (conventions signées). Il existe des Lits Identifiés Soins Palliatifs sur le SSR du CH Vitré avec une admission directe possible en cas de prise en charge complexe relevant d'une hospitalisation. L'équipe soignante connaît et utilise la fiche Samu-Pallia qui permet une aide à la prise de décision médicale en cas d'appel en urgence, et contribue à garantir le respect de la volonté des résidents.

Des formations annuelles sur la thématique sont proposées aux équipes soignantes. Des échanges réguliers en équipe pluriprofessionnelle sont organisés. Une amélioration du plan de formation permettra la réactualisation des outils d'évaluation de la douleur et réduira le délai d'intervention.

Une information sur la désignation de la personne de confiance et sur la rédaction des Directives Anticipées est donnée au résident lors de la visite de préadmission.

### **5.2.9. La souffrance psychologique et le risque suicidaire**

L'entrée en institution constitue l'un des facteurs favorisant l'émergence d'une souffrance psychique. Elle se déroule généralement dans un contexte récent de pertes multiples (veuvage, autonomie, dépendance, changement de domicile).

Une psychologue propose un soutien psychologique aux résidents. Une convention est signée avec le CMP mais la collaboration est insuffisante.

L'accompagnement est personnalisé et ce, dès l'entrée du résident. Les antécédents psychiatriques sont recueillis à l'entrée. La personne est respectée dans son identité et ses choix, au travers de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé. L'équipe se montre attentive au processus d'adaptation du résident à sa nouvelle vie.

Les soignants sont sensibilisés à signaler les comportements et signes évocateurs d'un risque suicidaire dans l'attente d'actions de formation sur le sujet. Le recueil des signes évocateurs d'une souffrance psychique doit faire partie des analyses pluriprofessionnelle organisée lors des staffs ou transmissions afin de dégager une conduite adaptée.

Le médecin traitant est informé de la situation. La procédure concernant le risque suicidaire reste à formaliser.

### **5.2.10. Les troubles sensoriels**

La déficience sensorielle, qu'elle soit visuelle, auditive, olfactive ou gustative ou qu'elle concerne le toucher, se définit par une perte partielle ou totale de l'un ou de plusieurs de ces sens.

L'EHPAD répond aux normes d'accessibilité tout handicap.

L'enjeu du repérage précoce est d'améliorer leur qualité de vie en évitant les risques d'isolement, de dépression, de dénutrition, des personnes âgées accueillies. Certains professionnels ont reçu la formation « simulation de handicap » devant permettre l'accessibilité de certaines animations aux résidents présentant des déficiences sensorielles proposées par l'établissement.

Une réflexion est menée autour de l'ergonomie pour les aides aux actes de la vie quotidienne. L'équipe se montre attentive à maintenir un environnement stable (objets et mobilier) pour les résidents. Les soignants sont sensibilisés à l'entretien des prothèses auditives. Les évaluations et suivis ophtalmiques restent difficiles à programmer.

## **5.3. L'accès aux soins, continuité des soins et urgence médicale**

Un personnel soignant est présent sur l'établissement, 24h/24, sans présence d'infirmière la nuit. Il est formé aux gestes de premières urgences. Il existe une permanence médicale : médecins traitants référents en journée, maison médicale puis le centre 15 la nuit.

Le médecin coordonnateur peut intervenir et prescrire en cas d'urgence et d'épidémies.

En cas d'urgence, l'accès au Dossier de Liaison Urgence informatisé est possible par l'ensemble du personnel



En cas de nécessité de soins techniques la nuit, la mise en place de l'HAD est organisée.

## **5.4. L'organisation des soins**

### **5.4.1. Le dossier de soins et le dossier médical**

Le dossier médical est en version informatisée via un logiciel informatique avec un accès paramétré et en version papier dans un local sécurisé.

Le dossier de soins comprend les plans de soins infirmiers, aide-soignant et hôtelier.

### **5.4.2. Les médicaments et les diverses dépenses de santé**

L'établissement a signé une convention avec deux pharmacies qui assurent la Préparation des Doses à Administrer (PDA) sur site.

Il existe différentes procédures ayant trait à la sécurisation du circuit médicamenteux. Elles visent à sécuriser toutes les étapes : prescription, dispensation, stockage, préparation, administration et surveillance thérapeutique.

Le médecin coordonnateur et les pharmaciennes exercent une vigilance sur la iatrogénie médicamenteuse.

Le livret thérapeutique reste à élaborer.

L'établissement prévoit de créer un local pharmacie indépendant sécurisé en 2019.

### **5.4.3. L'accompagnement psychologique**

La psychologue propose un soutien psychologique aux résidents. Ce travail peut être ponctuel ou au long cours en fonction des souhaits et de la problématique rencontrée. Une rencontre est systématiquement proposée à l'entrée afin d'évaluer la qualité d'adaptation et repérer d'éventuels dysfonctionnements dans le processus. La psychologue propose également un accompagnement aux professionnels et aidants.

## **5.5. Dépendance et charge en soins**

Le Gir Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) ont été évalués en juin 2017 :

- GMP: 744
- PMP : 221

Le GMP permet d'évaluer le degré de dépendance. Le PMP évaluant la charge en soins requis est en augmentation par rapport au dernier évalué en 2010 (173). Il correspond à l'élévation des soins dispensés par l'ensemble des soignants.

## 5.6. Projet des unités spécialisées

### 5.6.1. Le Pavillon Emilia Lebreton (PEL)

Elle accueille des résidents présentant, une pathologie de type Alzheimer ou apparentée et une déambulation à risque, nécessitant un environnement et une prise en soin spécifique.

Les soignants de l'unité bénéficient d'un plan de formation adapté à l'accompagnement des résidents accueillis dans cette unité. Depuis son ouverture, une réflexion constante sur un accompagnement non médicamenteux est menée par l'équipe pluri professionnelle. Des staffs sont organisés pour analyser et adapter les pratiques professionnelles tous les 15 jours (psychologue, cadre infirmier, médecin coordonnateur et équipe soignante de l'unité). Les réponses médicamenteuses proposées en deuxième intention sont systématiquement réévaluées.

➤ Critères d'admission et de sortie spécifiques à l'unité protégée :

Les critères d'admission :

- Maladie d'Alzheimer ou apparentée
- Déambulation à risque

Les critères de non-admission :

- Troubles majeurs du comportement relevant d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé)
- Psychose

Les critères de sortie :

- Absence de déambulation
- Majoration des troubles du comportement perturbateurs justifiant un transfert en UHR.

➤ L'accompagnement non médicamenteux :

Il s'articule autour de 4 principes : le respect du rythme et des besoins du résident, la liberté d'aller et venir, le maintien des capacités résiduelles, la prévention et l'accompagnement des troubles psycho-comportementaux.

L'ensemble des supports d'individualisation sont utilisés pour adapter l'accompagnement et spécifiquement :

- La fiche « observation et analyse des facteurs favorisant l'apparition de troubles du comportement ».

- La fiche « thérapie non médicamenteuse personnalisée » permet de cibler les ateliers thérapeutiques en fonction de l'histoire de vie, de l'évaluation cognitives et comportementales et des capacités du résident.

#### *Respect du rythme et besoins du résident :*

Le rythme chrono biologique est respecté et la recherche de l'adhésion et de la participation au soin est systématique. Le report du soin est possible et la déambulation nocturne est respectée.

#### *Respect de la liberté d'aller et venir :*

Une réflexion sur le droit au risque est permanente. L'accès au jardin sécurisé est libre. Une réflexion et une évaluation au cas par cas du recours à la contention physique est menée.

#### *Maintien des capacités:*

L'Ergothérapeute intervient dans l'évaluation des capacités résiduelles. Elle propose une activité motrice par semaine. Elle préconise l'utilisation des aides techniques pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

#### *Prévention et accompagnement des troubles psychomoteurs :*

Des activités, quotidiennes, adaptées, sont proposées par l'équipe soignante : activités fonctionnelles, cognitives, sensorielles, sociales et culturelles, domestiques, activités flash (cf. fiche en annexe). Des intervenants extérieurs proposent : de la sophrologie, de la médiation par l'animal. Les résidents bénéficient du programme d'animation de l'EHPAD accompagnés d'un soignant de l'unité. Le personnel déjeune tous les dimanches et jours fériés avec les résidents.

##### ➤ L'accompagnement médicamenteux :

Le recours aux psychotropes, en deuxième intention, est discuté en équipe pluri professionnelle et soumis à la prescription du médecin traitant. Un suivi de l'efficacité et de la tolérance est réalisé par l'équipe soignante.

##### ➤ L'évaluation des risques :

La pathologie démentielle majore l'exposition aux risques liés à la santé observés chez le sujet âgé. Les mesures de dépistage, de prévention sont les mêmes que celles mises en place en secteur « classique » dans l'établissement.

##### ➤ L'accompagnement de fin de vie :

Chaque situation de fin de vie fait l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle afin d'évaluer les conditions les plus favorables d'un accompagnement de qualité.

➤ L'accompagnement des familles :

L'équipe soignante se tient à l'écoute des familles, leur communique les éléments constitutifs de l'accompagnement, facilite le maintien du lien et des échanges avec leur parent. Selon la problématique, des rencontres avec les infirmières, le médecin coordonnateur, la psychologue, le cadre infirmier, la direction et l'Ergothérapeute sont proposées.

### **5.6.2. Le PASA**

Le PASA accueille des résidents des unités ouvertes présentant des troubles du comportement modérés dans le cadre d'une maladie neurodégénérative. Il est labellisé pour 14 places par jour. Une équipe pluriprofessionnelle stable et dédiée propose des activités individuelles ou collectives constituée d'ASG, AMP, AS, Ergothérapeute et Psychologue. Ces activités thérapeutiques visent à réduire l'ampleur des manifestations psycho comportementales.

Le PASA est ouvert du lundi au samedi de 10h30 à 12h et de 14h30 à 16h45. L'architecture du PASA répond au cahier des charges, le lieu est traversé par la lumière, chaleureux, confortable, adapté, et doté d'une terrasse protégée.

Une commission trimestrielle réunit l'équipe du PASA, un soignant par service, une animatrice, une IDE, le cadre infirmier, la Psychologue, le médecin coordonnateur. L'équipe propose et retient les résidents répondant aux critères d'admission. Le score du NPI (inventaire neuropsychiatrique) puis le consentement confirmeront l'admission.

La commission réévalue la file-active à partir de critères comportementaux, de l'adhésion au PASA, des capacités fonctionnelles et cognitives. Elle analyse la pertinence et le bénéfice des ateliers proposés.

Le programme d'activités, élaboré par l'équipe du PASA, tient compte des centres d'intérêts, des troubles psycho-comportementaux et des capacités préservées. Il tend vers la constitution de groupes homogènes. Les ateliers thérapeutiques proposés contribuent à la réhabilitation psychosociale. Le PASA est un lieu de recherche de valorisation et de restauration de l'estime de soi.

En fonction des objectifs visés, des ateliers sont proposés :

- Activités cognitives
- Activités fonctionnelles
- Activités sensorielles
- Activités de créativité
- Actes de la vie quotidienne et sociale (un repas thérapeutique est organisé une fois par semaine)
- Activités socio-culturelles

Un planning papier hebdomadaire est remis aux équipes, aux résidents demandeurs, l'ensemble des proches n'a pas accès au programme.

➤ La coordination entre l'EHPAD et le PASA :

Les objectifs et le fonctionnement du PASA sont régulièrement rappelés au personnel des unités ouvertes qui participe également aux commissions PASA. L'ensemble des remplaçants visite l'espace dédié et est informé du dispositif.

L'intervenant du PASA fait des transmissions accessibles à l'ensemble des équipes.

➤ Le lien avec les familles :

Le personnel du PASA est disponible pour des temps de rencontres avec les familles en dehors du temps de programmation des ateliers.

Des temps festifs sont programmés avec invitation des familles et des proches.

En cas d'entrée ou de sortie du PASA, la psychologue informe la personne de confiance.

### **5.6.3. Accueil de jour**

L'accueil de jour est labellisé pour 6 places par jour. Il est ouvert du lundi au vendredi de 10h à 17h. Les personnes peuvent être accueillies à la demi-journée.

Les usagers choisissent leur mode de transport partiellement financé par une indemnité versée par l'établissement.

L'accueil de jour dispose d'un espace dédié et sécurisé. Ce lieu de vie est composé d'un espace atelier, équipé d'une cuisine et d'un coin détente, d'une pièce de repos équipée de 2 lits, un point sanitaire, une terrasse paysagée et sécurisée.

Les personnes accueillies déjeunent généralement en salle de restaurant de l'EHPAD. Les repas thérapeutiques sont pris dans le lieu de vie de l'accueil de jour.

*L'admission :*

➤ Les critères d'admission :

- La personne accueillie vit à domicile
- Etre âgé de plus de 60 ans
- Les personnes âgées présentent une maladie Alzheimer ou apparentée de stade léger à modéré

Le processus d'admission est identique à celui de l'hébergement permanent.

- Avant l'admission, la personne accueillie rencontre systématiquement le professionnel dédié à l'accueil de jour.

➤ Les objectifs :

- Valoriser et mobiliser les capacités de la personne accueillie
- Favoriser les échanges et les relations sociales
- Offrir du répit et du soutien à l'aidant
- Prolonger le maintien à domicile
- Faciliter l'entrée en EHPAD

➤ Les moyens :

Des ateliers thérapeutiques et animations sont organisés : musicothérapie, sophrologie, ateliers cognitifs, sensoriels, créatifs, entretien physique, repas thérapeutique, séance snoezelen, rencontre intergénérationnelle, sorties extérieures, soins esthétiques, chant, borne mélo, activités de la vie quotidienne.

Un personnel soignant est dédié à l'accueil de jour et collabore avec l'équipe pluri-professionnelle (un Psychologue, un médecin coordonnateur, un cadre infirmier, l'IDE, les animatrices). Une réunion mensuelle permet d'échanger autour de l'accompagnement et de l'évolution du projet de vie des personnes accueillies.

L'usager vient avec son ordonnance et son traitement médicamenteux qui est administré par le personnel soignant.

## 5.7. Rapport d'activités médicales

Le médecin coordonnateur rédige le rapport d'activités médicales annuellement selon le modèle de l'ARS. Il est adressé conjointement au rapport d'activité du responsable d'établissement.

## 6. LE PROJET D'ANIMATION

L'animation en EHPAD est un ensemble d'actions diverses et adaptées, en lien avec les intérêts des résidents. Elle vise à répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle.

Des activités sont proposées du lundi au samedi, matin et après-midi, par deux animatrices (0.85 ETP x 2) suivant un programme hebdomadaire et mensuel affiché. Les animatrices invitent oralement et quotidiennement les résidents et assurent l'accompagnement au lieu d'activité.

Un personnel soignant en journée animation (J1) par étage propose des activités en individuel ou petit groupe du lundi au vendredi.

Une équipe de bénévoles est présente une fois par semaine pour encadrer l'activité belote, lecture en individuel et musique.

## 6.1. Les activités proposées dans la résidence

Les animatrices recueillent les centres d'intérêt et les souhaits des résidents les jours suivant l'admission pour co-construire le programme d'animation.

Les attentes et la participation du résident sont réévaluées lors du PPA dans les 3 mois suivant l'admission. La réévaluation du PPA sera l'occasion de les interroger tout au long de leur séjour.

### **Les animations collectives ont pour objectifs :**

#### Le maintien de l'autonomie physique, psychique et sociale :

- Lecture du journal quotidienne sauf le dimanche
- Lecture à voix haute
- Gymnastique douce
- Jeux « mémoire »

#### Le divertissement et l'accès aux loisirs socio-culturels :

- Chant, chorale inter-établissements, accordéon
- Atelier percussions
- Ateliers manuels avec thématiques saisonnières et événementielles, création de jeux en bois
- Atelier cuisine hebdomadaire
- Sorties extérieures : cinéma, médiathèque, bowling, jardins, parcs animalier, échange inter-établissements et intergénérationnels, sorties bord de mer, sorties restaurant, spectacles centre culturel, expositions.
- Jeux de société, jeu de palets, jeux de pétanque
- Loto
- Atelier jardinage
- Projection films, documentaires.

#### L'organisation d'évènements :

- Semaine bleue
- Repas et spectacle de Noël
- Fête des résidents et des familles
- Repas et goûter d'anniversaire
- Cérémonie des vœux
- Défilé des Gais Lurons
- Tour de France

### **Les animations individuelles ou en petit groupe répondent aux objectifs énoncés dans le PPA:**

- Séances Snoezelen

- Soins esthétiques
- Sorties dans le parc
- Accompagnement pour des achats
- Jardinage
- Ateliers manuels
- Jeux de société
- Chant
- Pliage de linge
- Mise du couvert

L'équipe d'animation dispose :

- d'une grande salle d'animation équipée et climatisée
- d'un parc floral et animalier, aménagé (bancs, tables, tonnelles, sculptures)
- d'un espace potager et des jardinières à hauteur
- d'un matériel varié et adapté : un minibus et 2 voitures, un chariot Snoezelen, une borne Mélo, plusieurs téléviseurs dont un grand écran en salle d'animation, 2 vélos d'appartement, un pédalier, un chariot « cuisine » mobile, des appareils photo, une Wii, du matériel d'activité manuelle et esthétique, des jeux de société.

Le suivi de la participation aux activités est réalisé quotidiennement par résident.

Une réflexion reste à mener pour les résidents les plus dépendants peu ou pas participatifs.

Divers temps d'échanges sont formalisés pour soutenir, enrichir le projet d'animation :

- Réunion mensuelle de coordination d'animation (animatrices, gouvernante, cadre infirmier, psychologue).
- Réunion mensuelle pour établir le planning d'activité (animatrice et J1)
- Commission d'animation (résident, animatrices, Responsable d'établissement, IDE cadre, gouvernante) : elle permet de recueillir les attentes et la satisfaction des résidents afin de réajuster le programme proposé.

Divers outils permettent une information élargie des temps d'animation :

- Diffusion d'un journal papier « entre nous », trimestriel, à destination des résidents et des familles.
- Transmission du programme d'animation hebdomadaire, mensuel et de photos prises lors des animations avec accord du résident sur Familéo.

## **6.2. Bilan du projet animation**

Un bilan annuel d'activité est réalisé.



Une trame de recueil de satisfaction et de pertinence des animations va être formalisée afin d'ajuster la proposition d'activités lors des réunions de coordination mensuelle.

## **7. PROJET ARCHITECTURAL**

### **7.1. L'organisation architecturale**

En 2015, l'Etablissement a inauguré son espace PASA et Accueil de Jour, la réhabilitation de 9 chambres, la salle de repos et les vestiaires du personnel, les réserves de la cuisine et la buanderie.

En 2016, des travaux d'embellissement ont été réalisés dans la salle de restaurant des résidents. Le mobilier, chaises et tables, a été renouvelé.

Le bâtiment s'organise sur 4 niveaux : 3 unités ouvertes accueillant 88 résidents en chambres individuelles et une unité protégée « pavillon Emilia Le Breton » accueillant 12 résidents.

Chaque unité ouverte dispose de trois salons dédiés favorisant les rencontres, l'accueil des familles, l'animation quotidienne proposée par le personnel et le service des repas pour les personnes âgées les plus dépendantes.

Au rez-de-jardin, différents espaces de convivialité sont proposés aux résidents : le salon des familles, la salle d'animation, le restaurant et un salon de coiffure.

L'établissement nécessite des mesures constantes d'amélioration afin de pouvoir répondre à la sécurité des résidents :

- L'espace extérieur de l'unité protégée ainsi que certaines allées du parc présentent un dénivelé sur certaines zones.
- Le sol de l'espace intérieur de l'unité protégée est bicolore entraînant une distorsion perceptuelle (impression de la présence d'un seuil à enjamber par exemple).
- Le sens d'ouverture des portes de salle de bain et de chambre est inadapté dans certaines chambres.

### **7.2. La sécurité au sein de l'établissement**

La commission sécurité du 21 février 2017 a émis un avis favorable.

### **7.3. Les projets en cours**

En 2018, l'établissement a engagé des travaux d'accessibilité « tout handicap » aux abords de la résidence conformément à la réglementation de 2005.

Fin 2018, les murs et les sols des circulations et des salons des trois unités ouvertes seront entièrement rénovés.

Début 2019, l'établissement va procéder au remplacement de matériel de production des repas en cuisine.

Conformément aux attentes de sécurisation du circuit du médicament, une pharmacie indépendante de la salle de soins des infirmières sera créée au rez-de-chaussée de l'établissement en 2019.

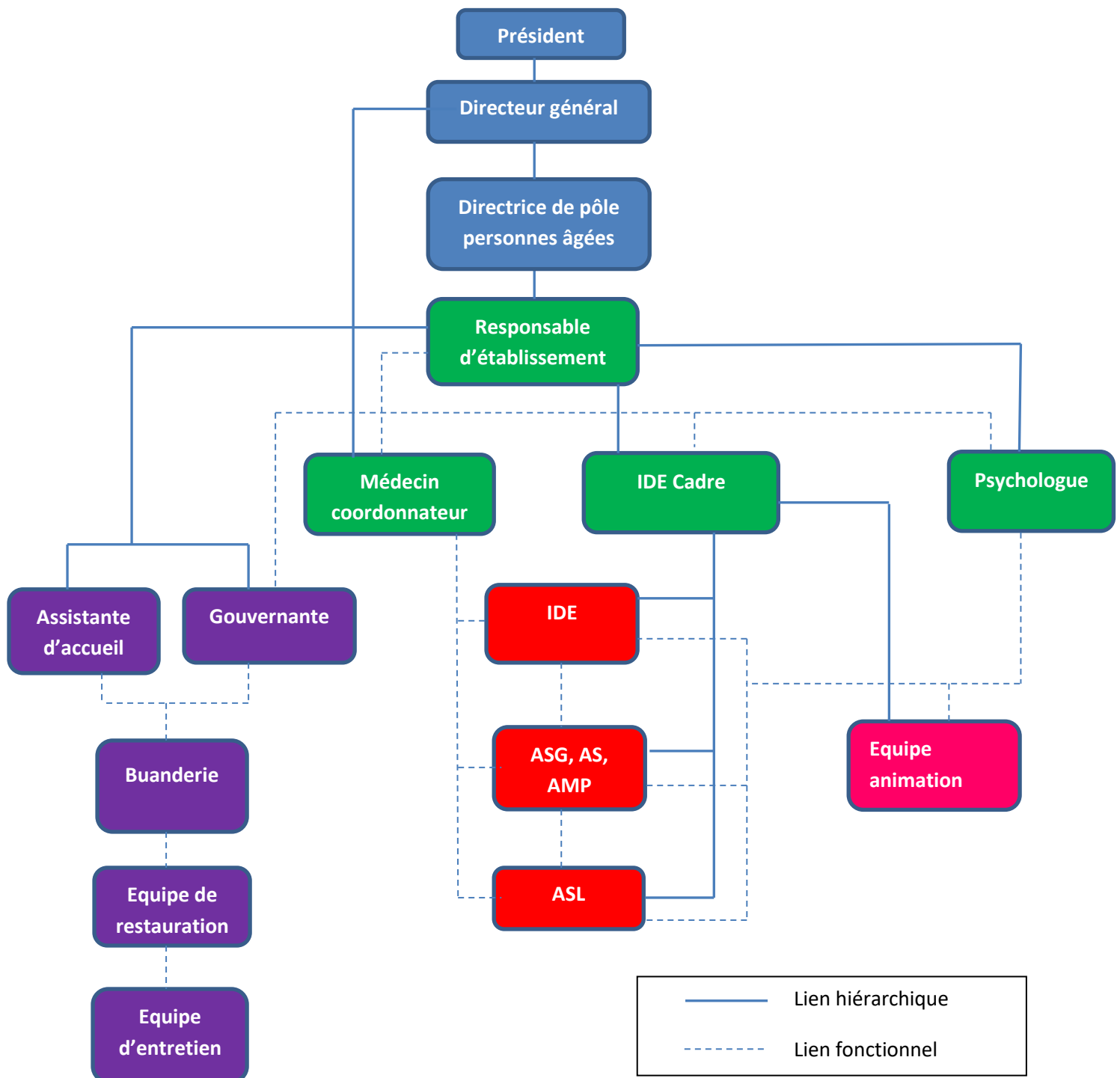
Un programme architectural échelonné sera engagé dans les cinq années et concernera :

- le rafraîchissement des salles de bains communes, des locaux ménage et de la salle de réunion.
- l'installation de climatiseurs afin de remplacer les climatiseurs mobiles dans les grands salons.
- l'installation d'un film de protection solaire : afin d'optimiser le rendement des climatiseurs et de réserver leur utilisation au fort coup de chaleur.
- la réfection des allées du parc et de l'unité protégée ainsi que les aménagements extérieurs.
- le remplacement de la centrale incendie.
- le renouvellement du système appel-malade.
- la mise en œuvre d'un dispositif anti-intrusion.
- La réflexion sur la possibilité d'installer une salle de rééducation/réadaptation pour permettre à l'ergothérapeute de proposer aux résidents des ateliers dans un environnement adapté.
- La réhabilitation de l'atelier du responsable maintenance et des locaux techniques.
- La rénovation de la façade de la chaufferie.
- La construction d'un car port pour les véhicules.
- Le remplacement du sol de l'unité protégée et l'installation de volets roulants extérieurs.

## 8. LE PROJET SOCIAL

### 8.1. Les fonctions et les responsabilités

#### 8.1.1. L'organigramme hiérarchique et fonctionnel



### 8.1.2. La répartition des postes

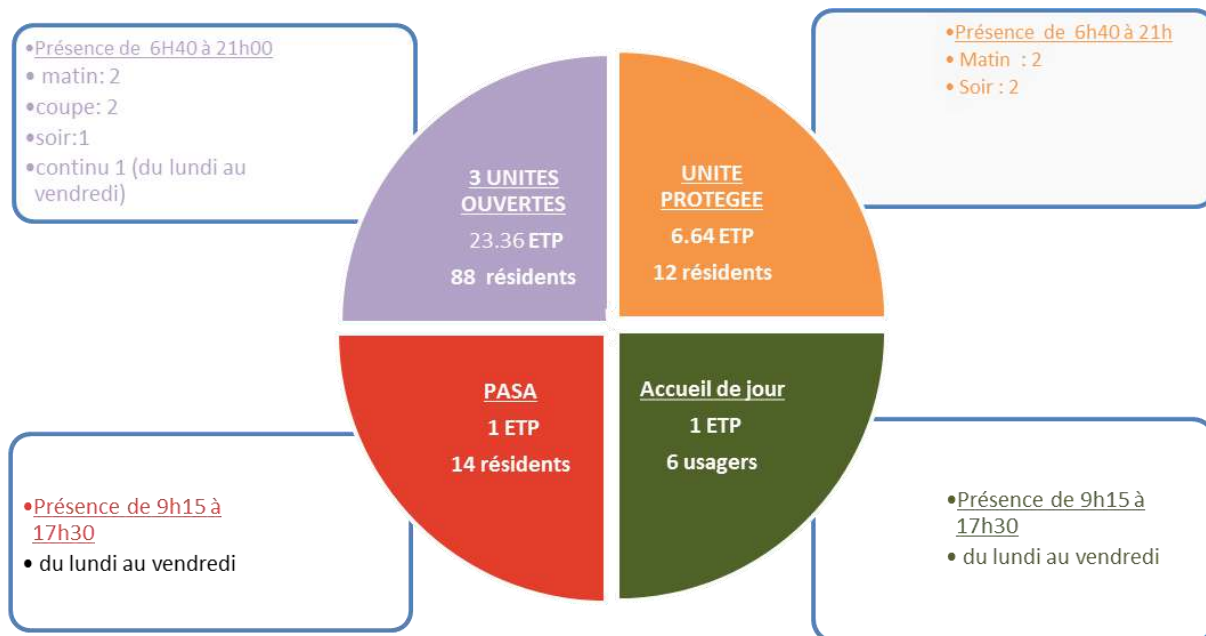
|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Responsable d'établissement | 0.60  |
| Médecin coordonnateur       | 0.70  |
| Cadre infirmier             | 1.00  |
| Psychologue                 | 0.50  |
| Assistante administrative   | 1.00  |
| Gouvernante                 | 1.00  |
| Ergothérapeute              | 1.00  |
| Infirmières                 | 5.50  |
| AS/ AMP                     | 28.99 |
| Agent de service            | 21.35 |
| Animatrices                 | 1.71  |
| Responsable maintenance     | 1.00  |
| Agent entretien des jardins | 0.65  |

Soit au total 65 Equivalent Temps Plein (ETP)

Les professionnels ont un roulement de base établi sur 6 semaines et accès à leur planning via un logiciel de planning. Le personnel soignant et de restauration travaille un week-end sur deux.

## Fonctionnement Planning type Hebdomadaire

### Effectif de Base Guilmarais



**Animatrice 1,71 ETP**  
9h30-17h30  
(du lundi au samedi)  
**Gouvernante 1 ETP**  
9h-17h30 du lundi au  
vendredi

**Nuit 6 ETP** : présence de 20h45 à 7h00 : 2 AS + 1 ASH par nuit

**IDE 5.45ETP**

Présence de 6h40 à 21h00 du lundi au  
dimanche

### 8.1.3. La définition des métiers

#### Service administratif et Direction :

- **Le responsable d'établissement**, sous l'autorité de la Directrice du Pôle Personne Agée, veille à l'application et au respect de la réglementation en vigueur, conduit la politique stratégique et opérationnelle de son établissement, coordonne l'activité des divers services. Il est le garant de la qualité de l'accompagnement et des soins et prononce les admissions. La collaboration entre le responsable d'établissement, le médecin coordonnateur, le cadre infirmier et la Psychologue détermine le projet de soins de l'EHPAD dont l'objectif est d'offrir une prise en soin gériatrique adaptée.
- **Le médecin coordonnateur** veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et participe à l'évaluation de la qualité des soins dans l'institution. Il donne un avis sur les dossiers d'admission et coordonne les interventions des professionnels libéraux.
- **Le Cadre infirmier** est garant de la qualité et de la continuité des soins et de la mise en œuvre du projet d'établissement. Ses activités techniques, administratives, de management et de coordination sont guidées par la qualité de l'accompagnement et des soins dispensés.
- **La Psychologue** contribue à la restauration ou au maintien de la santé psychique du résident. Elle est garante du respect de l'autonomie (capacité de faire des choix) et de l'identité du résident. Parmi ses missions, elle propose un soutien psychologique aux résidents et aux familles, pilote la co-construction des PPA, accompagne les soignants dans leurs réflexions et l'expression de leur ressenti autour des pratiques professionnelles.
- **L'Assistante administrative**, premier contact des visiteurs, est chargée de l'accueil. Elle suit le dossier administratif du résident tout au long de son séjour et gère le planning des services techniques.
- **La Gouvernante** contribue, en collaboration avec l'équipe cadre, à la qualité générale de l'hébergement et du séjour du résident.
- **L'Ergothérapeute** participe à l'amélioration et au maintien de l'indépendance et de l'autonomie des résidents. Elle met en œuvre des actions de réadaptation, de prévention, de confort et de sécurité.
- **L'Infirmier**, sous la responsabilité du cadre infirmier, au sein d'une équipe pluri professionnelle, effectue des soins préventifs, curatifs et palliatifs sur son rôle propre et sur prescriptions. Il accompagne le personnel soignant des unités dans la réalisation de soins d'hygiène, de confort, d'accompagnement relationnel et de sécurité du résident.
- **L'ASG** (assistante de soins en gérontologie) exerce au sein du PASA et de l'accueil de jour.
- **L'aide-soignante et l'aide médico-psychologique** exercent leurs activités en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière. Ce rôle s'inscrit dans une

approche globale de la personne et prend en compte la dimension relationnelle des soins.

- **Les Agents de service** participent, sous la délégation de l'infirmière, à l'accompagnement individualisé proposé au résident dans les actes de la vie quotidienne.
- **L'Animateur en EHPAD** apporte une valeur ajoutée importante à la qualité d'accompagnement des résidents. Son action s'inscrit dans le cadre du projet d'animation et des valeurs partagées inscrites dans le Projet d'Etablissement.
- **Les Agents de restauration** accompagnent les résidents qui prennent leur repas en salle de restaurant pour leur déplacement, installation et service du repas.
- **Les Agents d'entretien** assurent l'entretien des locaux.
- **Les Agents de buanderie** traitent le linge acheminé à la buanderie selon la démarche RABC.
- **Le Responsable maintenance** assure la responsabilité générale de l'entretien et de la maintenance du bâtiment et du matériel. il est référent « sureté » de l'établissement.
- **Le Jardinier** participe à la création, l'aménagement et l'entretien des espaces verts, espaces naturels dans le but d'améliorer le cadre de vie.

#### **8.1.4. Les engagements des salariés**

Le personnel s'engage à mettre en œuvre ses compétences et son savoir-être au service du résident dans le respect :

- Des valeurs de l'association Anne Boivent ;
- De son contrat de travail ;
- Du règlement intérieur ;
- Du projet d'établissement ;
- Du code du travail et des accords de l'entreprise ;
- De sa fiche de poste et des fiches de tâches ;
- De la charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- De la charte associative de Bientraitance ;
- Des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ;
- Des protocoles et procédures déployées.

#### **8.1.5. L'identification du personnel**

Les AS, ASH, AMP portent des tuniques colorées dont l'étiquette ne mentionne que le prénom de la personne. Lors du renouvellement des tenues, la fonction de la personne sera ajoutée.

Les infirmières portent des tenues qui respectent le code couleur « corail » avec mention de leur fonction.

### **8.1.6. Les responsabilités**

#### **Du responsable d'établissement :**

Le responsable d'établissement représente l'employeur dans le cadre des attributions et conditions définies dans la délégation de pouvoir. Selon l'article L4121-1 du Code du Travail, il prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de tous les travailleurs de son établissement. Il est tenu également de prévenir et d'agir contre la maltraitance conformément à l'article 21-2 du Code Pénal et de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer la sécurité des résidents eux-mêmes.

#### **De l'ensemble des professionnels :**

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

## **8.2. L'organisation de l'activité et des transmissions entre équipes**

Les transmissions orales sont organisées à chaque changement d'équipe (3 fois par jour). Le personnel est formé aux transmissions ciblées qu'il saisit sur le logiciel de soins.

L'équipe cadre organise des staffs mensuels par service et bi- mensuels pour l'unité protégée.

## **8.3. Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels**

Selon la procédure associative, le cadre infirmier recrute le personnel soignant. Le responsable d'établissement recrute les cadres et le personnel des services généraux.



## 8.4. La gestion des remplacements

Le cadre infirmier gère les remplacements des équipes soignantes. L'assistante d'accueil et la gouvernante gèrent les remplacements des services techniques. Le siège de l'association prévoit de structurer un service qui centralisera la gestion des remplacements pour les 15 établissements en janvier 2019.

## 8.5. L'accueil des stagiaires

L'établissement accueille de 70 à 80 stagiaires par an de toutes formations correspondant aux compétences des professionnels présents. Une procédure associative a été déployée en juin 2017.

## 8.6. La formation

Chaque année, l'ensemble des professionnels est interrogé sur leurs souhaits individuels de formation. Le Responsable d'Etablissement élabore avec le cadre infirmier un plan de formation soumis au service Ressources Humaines de l'association. Des axes de formations institutionnels sont inscrits et proposés de manière individuelle ou collective, tels que :

| INTITULÉ DE FORMATION               |
|-------------------------------------|
| Snoezelen                           |
| Maladie d'ALZHEIMER                 |
| Transmissions ciblées               |
| Soins palliatifs                    |
| formation plaie et cicatrisation    |
| Formation Gestes et Soins d'Urgence |
| Formation Huiles Essentielles       |
| Animation flash                     |
| Formation toucher massage           |
| Soins & bien être                   |

## 8.7. La prévention des risques professionnels

L'association s'est engagée en 2018 dans la démarche **QVT** (Qualité de Vie au Travail) ; cette dernière s'appuyant sur les préconisations de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). La Qualité de Vie au Travail

désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des structures.

**CSSCT** : Comité de Sécurité, de Santé et des conditions de Travail, a pour mission de contribuer à la protection de la santé et sécurité des salariés au travail ainsi qu'à l'amélioration et l'adaptation des conditions de travail. Cette instance se réunit 4 fois par an en présence du Responsable d'Etablissement.

**PRAP** : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique. 5 acteurs PRAP sont formés à l'évaluation des risques professionnels et disposent de temps dédié pour observer, analyser et proposer des axes d'amélioration qui seront soumis en CHSCT.

**Service de Santé au Travail** : depuis 2017, une visite d'information et de prévention sur les risques professionnels remplace la visite médicale. Elle doit être réalisée tous les 5 ans par un infirmier du service de santé au travail.

**DUERP** : tout employeur a une obligation de résultat en matière de sécurité des salariés au travail. Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels est actualisé chaque année en fonction des risques répertoriés et des actions mises en place pour les éviter.

## 8.8. La communication en interne

L'établissement est attentif à améliorer la diffusion des informations en interne. Chaque unité dispose d'un bureau et d'un ordinateur. Depuis novembre 2018, le personnel est équipé de tablettes permettant l'accès à l'information en instantané.

**NETSOINS** est le logiciel déployé sur lequel chaque professionnel se connecte à l'aide de ses propres identifiants. Cette application permet de transmettre toute information ayant trait à la santé et au suivi des soins concernant le résident. Elle permet également de tracer toutes les interventions des professionnels. Les transmissions sont consignées à chaque fois que nécessaire par l'ensemble des intervenants. Netsoins permet également d'inviter les professionnels aux réunions ou formations programmées et de diffuser les notes d'informations.

**Mail** : la direction, l'établissement, le service administratif, le Cadre infirmier, le médecin coordonnateur, la Psychologue, les infirmières, la Gouvernante, le service animation et le Responsable maintenance disposent d'une adresse mail, ce qui facilite la communication interne et externe et la programmation des temps de réunion.

**Téléphone** : chaque service est équipé de téléphones qui permettent de communiquer en interne et en externe et de recevoir les signaux appel-malade.

**Staffs et réunions** : l'équipe cadre organise de nombreuses réunions qui permettent d'accompagner les équipes dans leurs pratiques professionnelles et de diffuser les informations importantes qui concernent la vie de l'association et de l'établissement.

## 9. LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE

### 9.1. La démarche associative

Depuis 2014, L'Association Anne Boivent a défini une politique qualité conforme aux réglementations et recommandations de bonnes pratiques professionnelles plaçant le résident et l'usager au centre des préoccupations professionnelles.

Un comité de pilotage (COFIL) est mis en place, garant de l'évolution des pratiques et de l'amélioration continue de l'accompagnement des résidents. La mission du COFIL est de :

- Formaliser les objectifs de la démarche qualité ;
- Proposer et mettre place les actions définies ;
- Evaluer les actions ;
- Actualiser le plan d'amélioration de la qualité en fonction des évaluations et des besoins identifiés sur le terrain ;
- Harmoniser les pratiques professionnelles.

L'Association s'est doté d'un logiciel de gestion de la qualité (Kalit'Expert), permettant :

- Un pilotage du suivi du plan d'amélioration de la qualité
- Le déploiement et l'analyse d'évaluations internes ou enquêtes de satisfaction.
- L'élaboration du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)
- La gestion documentaire des procédures, protocoles, recommandations de bonnes pratiques professionnelles,...dans un espace dédié (Bibliothèque).

La politique qualité associative se décline sur la base de 5 piliers<sup>1</sup>

- Développer l'Association et la culture de groupe au travers de la richesse des forces individuelles.
- Proposer un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie.
- Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers.
- Maintenir la bienveillance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques.
- Favoriser la créativité, l'innovation et l'ouverture.

---

<sup>1</sup> Présentation des 5 piliers Annexe 6

## **9.2. La démarche qualité de l'établissement**

### **9.2.1. La mise en place de protocoles et procédures**

L'établissement applique la procédure associative relative à la maîtrise de la gestion documentaire depuis Septembre 2016. Ce système consiste à répertorier chaque procédure selon 3 thématiques :

- Accompagnement du résident ;
- Sécurité et gestion des risques ;
- Organisation et fonctionnement.

Les classeurs dédiés à la gestion documentaire sont mis à disposition dans chaque service. Le référent qualité est chargé de leur mise à jour. Les procédures ou protocoles élaborés au sein de l'établissement sont construits par un groupe de travail pluriprofessionnel puis vérifiés et validés.

### **9.2.2. L'auto-évaluation**

L'évaluation interne est réalisée tous les 5 ans, selon les critères de l'ANESM. Les réunions sont pilotées par la technicienne qualité de l'Association. L'ensemble des professionnels participent à cette évaluation en déterminant les constats et les objectifs d'amélioration de la qualité ainsi que les indicateurs de suivi. L'ensemble est reporté sur Kalitexpert et alimente notre plan d'amélioration de la qualité.

Le COPIL de l'établissement assure le suivi des actions définies par cette évaluation et programme leur mise en œuvre. Il se réunit tous les trimestres.

Le référent qualité de l'établissement coordonne la planification des actions prioritaires à mener, assure le suivi des indicateurs, veille à la diffusion des procédures et des protocoles.

Un compte rendu de chaque réunion est rédigé par le référent qualité et diffusé à l'ensemble du personnel.

Le tableau des indicateurs associatifs complété mensuellement facilite le recueil des données de fin d'année. Ce tableau est rempli par la secrétaire, la référente qualité.

### **9.2.3. La gestion des évènements indésirables et des plaintes**

#### **▪ Mise en place de Comités de Retour d'Expérience : CREX**

Le CREX a été mis en place en septembre 2016, il est composé d'un comité de pilotage qui se réunit une fois par trimestre. Le COPIL retient parmi les fiches de signalement d'évènements indésirables celle qui nécessite une analyse et un plan d'action spécifique.

Le COPIL invite le déclarant, et éventuellement un « expert » pour éclairer l'examen de la situation signalée. Les conclusions de cette analyse peuvent nécessiter une déclaration aux tutelles (FICHE CORRSI), l'élaboration d'une procédure ou d'un mode opératoire...

Le personnel est sensibilisé au signalement des évènements indésirables et utilise une fiche de signalement associative.

Un compte rendu de chaque réunion est rédigé par le référent qualité et diffusé à l'ensemble du personnel.

▪ **Gestion des plaintes et réclamations :**

Un registre de réclamation est à disposition des familles et des résidents à l'accueil.

**9.2.4. Les enquêtes de satisfaction des résidents et des familles**

Une enquête de satisfaction adaptée aux caractéristiques de la population accueillie est réalisée auprès des résidents et des familles tous les ans.

Une restitution des résultats est faite au CVS ; le compte-rendu est mis à disposition des résidents et des familles à l'accueil de l'établissement.

Le taux de retour des formulaires d'enquête en 2018 est de 60%.

Les résultats sont basés sur l'analyse des réponses données par 42 personnes interrogées. L'organisation de la journée et l'animation ont le taux de satisfaction le plus élevé.

**10. L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE**

**10.1. L'analyse des résultats**

| Forces   | Faiblesses   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin coordonnateur est gériatre.</li> <li>- Cohésion d'équipe.</li> <li>- Investissement des salariés.</li> <li>- La qualité de l'accompagnement.</li> <li>- La réputation de l'établissement.</li> <li>- La situation géographique.</li> <li>- La diversité des modalités d'accueil.</li> <li>- Un ratio d'encadrement confortable.</li> <li>- Un budget permettant de répondre aux besoins des résidents.</li> <li>- Proximité du centre hospitalier de Vitré et mise en œuvre de la filière gériatrique.</li> <li>- La multiplicité de propositions non</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de réactualisation systématisée des PPA.</li> <li>- Diffusion des RBPP.</li> <li>- Qualité des repas irrégulière.</li> <li>- Défaut d'identification professionnelle sur les tenues.</li> <li>- Pas de projet d'animation écrit.</li> <li>- Pas d'hébergement temporaire.</li> <li>- Manque de collaboration avec le CHGR.</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p>médicamenteuses : PASA et unité protégée médiation par l'animal, sophrologie, musicothérapie, séances Snoezelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des locaux adaptés et un parc agréable et propice à la déambulation.</li> <li>- L'établissement répond à la réglementation de 2005 concernant l'adaptation des lieux « tout handicap ».</li> <li>- Ouverture de l'établissement sur l'extérieur.</li> <li>- Plan de formation diversifié et personnel régulièrement formé.</li> <li>- Réflexion pluriprofessionnelle continue.</li> <li>- Chaque résident est invité à participer en présence de sa famille s'il le souhaite à l'élaboration de son PPA.</li> <li>- Appui des services du siège.</li> <li>- Programme d'animation riche avec présence des animatrices du lundi au samedi.</li> <li>- Accessibilité de l'établissement par transports en commun.</li> <li>- Collaboration régulière avec l'HAD et l'EMASP.</li> </ul> |  |
| Opportunités  | Menaces  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste d'attente importante.</li> <li>- Collaboration avec le CDAS de Vitré, les assistantes sociales du CH de Vitré.</li> <li>- Participation à la MAIA.</li> <li>- Maison médicale qui assure la permanence des soins le soir et le week-end.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel paramédical.</li> <li>- L'épuisement professionnel lié au turn-over des remplaçants.</li> <li>- Nombre de places accueil de jour et accueil temporaire EHPAD sur le territoire.</li> </ul> |

## 10.2. Les axes de progression

Les différents axes d'amélioration identifiés sont les suivants :

- structurer la politique qualité de l'établissement afin de valoriser toutes les actions d'amélioration mises en œuvre et hiérarchiser les actions prioritaires.
- pérenniser l'individualisation de l'accompagnement.
- accompagner les médecins libéraux et les intervenants extérieurs à l'utilisation du logiciel Netsoins.
- utiliser les services de la télémédecine pour les consultations spécialisées.
- mettre en place un comité de veille Bientraitance au sein de l'établissement en incluant le référent Bientraitance et en proposant la participation du résident.
- organiser un lieu dédié à la réadaptation/rééducation des résidents proposé par l'Ergothérapeute et les intervenants extérieurs.
- augmenter le temps d'intervention de la Psychologue pour répondre de manière exhaustive aux besoins de soutien psychologique, assurer la réactualisation annuelle totale des PPA, renforcer la participation au PASA, soutenir le résident dans le processus d'entrée et d'adaptation, proposer un groupe d'expression pour les résidents en corrélation avec le comité de veille

Bientraitance, renforcer l'accompagnement des équipes dans leurs pratiques professionnelles, soutenir l'équipe de l'unité protégée.

- obtenir des places d'accueil d'hébergement temporaire.
- garantir une qualité constante et satisfaisante des repas.

Chaque axe de progression correspond à l'un des 5 piliers de la politique qualité associative :

- Développer l'Association et la culture de groupe au travers de la richesse des forces individuelles.
- Proposer un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie.
- Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers.
- Maintenir la bientraitance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques.
- Favoriser la créativité, l'innovation et l'ouverture.

## 11. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS

| <b>Axe n°1 Proposer un accompagnement conforme aux besoins et aux attentes de la personne accueillie.</b> |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
|   | Actions   | Indicateurs de suivi                                     | Echéancier                     |
| Action 1  | Renseigner et diffuser aux professionnels le recueil d'habitudes de vie avant l'admission                               | Nombre de fiches renseignées et diffusées                | 1 <sup>er</sup> semestre 2019  |
| Action 2  | Elaborer un bilan à 8 jours de l'entrée du résident   | Nombre de bilan à 8 jours                                | 1 <sup>er</sup> semestre 2019  |
| Action 3  | Réévaluer annuellement le PPA   | Nombre de PPA réévalués                                  | Décembre 2019                  |
| Action 4  | Clarifier et mettre en pratique la mission du Référent du résident (AS/AMP/ASH) et la mission du Référent IDE par étage | Elaboration de la fiche de poste « mission du Référent » | 2 <sup>ème</sup> semestre 2019 |
| Action 5  | Proposer des activités aux personnes les plus dépendantes   | Traçabilité des activités dans Netsoins                  | 1 <sup>er</sup> semestre 2019  |
| Action 6  | Organiser des repas en petit comité pour les résidents afin de favoriser la communication et la convivialité            | Traçabilité des activités dans Netsoins                  | 1 <sup>er</sup> semestre 2019  |
| Action 7  | Généraliser les PPA et leur réactualisation aux résidents de l'accueil de jour  | Nombre de PPA élaborés et réactualisés                   | 1 <sup>er</sup> semestre 2019  |
| Action 8  | Améliorer la fiche de recueil spécifique aux résidents de l'accueil de jour   | Diffusion de la fiche                                    | 2019                           |
| Action 9  | Généraliser l'utilisation d'un cahier de communication entre l'accueil de jour et l'aidant                              | Mise en place du cahier                                  | 2019                           |
| Action 10   | Installer des boîtes aux lettres individuelles dans les unités  | Installation des boîtes aux lettres                      | 2020                           |
| Action 11   | Affiner l'évaluation des bénéficiaires de la participation individuelle des résidents au PASA                           | Nombre de NPI /an  | 2019                           |

|           |   |  |      |
|-----------|---|--|------|
| Action 12 | Diffuser le programme du PASA à l'ensemble des résidents concernés ainsi qu'à leur personne de confiance  | Taux de résident recevant le programme du PASA     | 2019 |
| Action 13 | Groupe d'expression de parole pour les aidants  | Date de mise en place et nombre de réunions par an | 2020 |
| Action 14 | Améliorer la convivialité des grands salons des unités ouvertes   | Date de mise en place                              | 2020 |
| Action 15 | Embellir les salles de bains des unités ouvertes  | Date de rénovation                                 | 2020 |
| Action 16 | Améliorer la signalétique extérieure de l'accueil de jour, du parcours santé et du parc animalier   | Date de mise en place                              | 2020 |
| Action 17 | Améliorer la signalétique intérieure  | Date de mise en place                              | 2020 |
| Action 18 | Sécuriser le jardin de l'unité protégée et lui donner une fonction thérapeutique  | Date des travaux                                   | 2020 |
| Action 19 | Installer des climatiseurs dans les grands salons et un film de protection solaire  | Date de mise en place                              | 2020 |
| Action 20 | Faciliter l'accès des résidents en fauteuil roulant à l'ensemble des allées du parc   | Date des travaux                                   | 2020 |
| Action 21 | Agrémenter la terrasse sécurisée du PASA  | Date de création                                   | 2020 |
| Action 22 | Poursuivre l'accompagnement de l'équipe restauration sur le service en salle  | Nombre de réunion et actions d'amélioration        | 2019 |
| Action 23 | Etre vigilant sur le plan d'amélioration de la qualité en restauration : service, qualité des repas, décoration                                     | Nombre d'actions suivies                           | 2019 |
| Action 24 | Créer un mode opératoire sur la bonne gestion du linge  | Date d'élaboration du mode opératoire              | 2019 |
| Action 25 | Etudier la possibilité d'un process de marquage du linge (à l'aide d'une puce) pour réduire la perte  | Date de mise en place                              | 2020 |
| Action 26 | Améliorer le confort des familles qui souhaitent accompagner la nuit les résidents en fin de vie  | Mise à disposition d'un fauteuil confort           | 2019 |
| Action 27 | Elaborer le projet d'animation  | Diffusion du projet d'animation                    | 2019 |
| Action 28 | Solliciter les familles pour les compétences qu'elles souhaiteraient mettre à disposition des résidents   | Nombre de familles bénévoles                       | 2020 |
| Action 29 | Définir les missions du poste J1 en vue de proposer des animations aux personnes les plus dépendantes et/ou présentant des troubles du comportement | diffusion de la fiche de mission du poste de J1    | 2019 |
| Action 30 | Etablir une fiche individuelle d'activités adaptée aux résidents les plus dépendants  | Mise en place d'une fiche d'activités              | 2019 |
| Action 31 | Inviter les familles et proches sur des temps forts d'animation   | Nombre d'invitations                               | 2019 |
| Action 32 | Mettre en place un atelier expression orale et corporelle   | Mise en place de l'atelier                         | 2019 |



|           |  |                                      |      |
|-----------|--|--------------------------------------|------|
| Action 33 | Créer un espace multimédia à destination des résidents | Mise à disposition de l'espace dédié | 2019 |
|-----------|--|--------------------------------------|------|

### Axe n°2 Maintenir la bientraitance au cœur de nos valeurs et de nos pratiques.

| Actions   |  | Indicateurs de suivi   | Echéancier |
|-----------|--|--|------------|
| Action 34 | Développer les missions du Référent Bientraitance  | Nombre de réunions   | 2019       |
| Action 35 | Mettre en place un comité de veille Bientraitance  | Nombre de commissions  | 2023       |
| Action 36 | Diffuser les RBPP en utilisant les supports élaborés par le service qualité du siège                                 | Nombre de réunions et/ou de supports diffusés                  | Fin 2019   |
| Action 37 | Proposer un groupe d'expression de la parole pour les résidents en lien avec le comité de veille de Bientraitance    | Nombre de temps dédiés au groupe de parole                     | Fin 2023   |
| Action 38 | Renforcer le soutien de l'équipe de l'unité protégée   | Nombre de temps dédiés au soutien de l'équipe d'unité protégée | Fin 2023   |
| Action 39 | Professionaliser les AS/AMP de l'accueil de jour et du PASA  | Taux de professionnels ASG                                     | 2023       |
| Action 40 | Sensibiliser le personnel des unités ouvertes aux objectifs et modalités du PASA (encadrement d'activités en binôme) | Taux de professionnels ayant bénéficiés de l'immersion         | 2024       |

### Axe n°3 Adapter et sécuriser les structures et les organisations aux changements et aux exigences de nos métiers.

| Actions   |   | Indicateurs de suivi                 | Echéancier |
|-----------|---|--------------------------------------|------------|
| Action 41 | Elaborer une plaquette de présentation de l'accueil de jour et la diffuser aux partenaires et au public | Diffusion de la plaquette            | 2019       |
| Action 42 | Remplacer la centrale incendie  | Date de remplacement de la centrale  | 2023       |
| Action 43 | Renouveler l'installation appel-malade  | Date de changement de l'installation | 2024       |
| Action 44 | Mettre en œuvre un dispositif anti-intrusion  | Date d'installation du dispositif    | 2024       |
| Action 45 | Rénover la façade de la chaufferie  | Date de rénovation                   | 2023       |
| Action 46 | Créer un carport  | Date de construction                 | 2024       |
| Action 47 | Réhabiliter l'atelier du responsable maintenance  | Date de réhabilitation               | 2023       |
| Action 48 | Remplacer le sol de l'unité protégée et installer des volets roulants extérieurs                        | Date de rénovation du sol            | 2024       |

|           |   |  |                               |
|-----------|---|--|-------------------------------|
| Action 49 | Accompagner les intervenants extérieurs à l'utilisation du logiciel de soins (prescriptions, consultations et bilans) | Taux de prescriptions sur le logiciel  | Fin 2019                      |
| Action 50 | Systématiser la traçabilité des soins et interventions en utilisant les tablettes                                     | Taux de traçabilité des soins  | Fin 2019                      |
| Action 51 | Réévaluer la procédure de prise en charge de la douleur   | Date de déploiement de la procédure  | 1 <sup>er</sup> semestre 2019 |
| Action 52 | Diffuser la procédure « prise en charge de la douleur » avec des temps d'information                                  | Liste d'émargement   | 1 <sup>er</sup> semestre 2019 |
| Action 53 | Formaliser la commission chute  | Nombre de commission chute   | Décembre 2019                 |
| Action 54 | Participer au CLAN et diffuser les procédures associatives  | Nombre de réunions   | 2019                          |
| Action 55 | Elaborer une procédure sur l'hygiène bucco-dentaire (contractualiser avec un dentiste)                                | Diffusion de la procédure  | 2019                          |
| Action 56 | Poursuivre la vigilance sur le suivi du poids en particulier dans les situations à risque                             | Suivi des pesées sur Netsoins/ audit associatif  | 2019                          |
| Action 57 | Poursuivre la vigilance sur la prévention du risque d'escarre   | Nombre de formation/information par l'ergothérapeute   | 2019                          |
| Action 58 | Améliorer la réévaluation des contentions   | Taux de contentions réévaluées   | 2019                          |
| Action 59 | Assurer la présence d'un personnel soignant en salle à manger pour évaluer le risque de trouble de déglutition        | Organisation de la présence d'un soignant  | 2023                          |
| Action 60 | Former aux gestes de premier secours le personnel de restauration   | Plan de formation/taux de personnel formé  | 2019                          |
| Action 61 | Prévoir une ouverture du PASA 6 jours sur 7 pour prévenir des troubles psycho-comportementaux                         | Déploiement du poste au PASA permettant l'ouverture 6j/7   | 2019                          |
| Action 62 | Anticiper l'intervention de l'HAD en cas de besoins de soins techniques en fin de vie                                 | Nombre de conventions individuelles  | 2019                          |
| Action 63 | Améliorer la collaboration avec le CMP (revoir la convention avec CMP)  | Nombre d'intervention du CMP   | 2019                          |
| Action 64 | Proposer une formation « prévention du risque suicidaire et dépression du sujet âgé » au personnel                    | Nombre de personnels formés  | 2019                          |
| Action 65 | Formaliser une procédure « évaluation du risque suicidaire et conduite à tenir en cas de risque avéré »               | Diffusion de la procédure  | 2020                          |
| Action 66 | Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament   | Audit associatif   | 2019                          |
| Action 67 | Poursuivre la prévention du risque iatrogénique   | Diffusion de fiches de recommandations de bonnes pratiques de prescription à visée des médecins généralistes | 2019                          |
| Action 68 | Créer un environnement favorable à la proposition de séances Snoezelen au PEL et aux activités thérapeutiques         | Aménagement de la salle d'activités  | 2020                          |

|           |   |                                   |      |
|-----------|---|-----------------------------------|------|
| Action 69 | Favoriser les activités flash au PEL  | Mise en place d'un chariot adapté | 2019 |
| Action 70 | Evaluer à un mois de son entrée au PEL le résident sur le plan cognitif et comportemental           | Nombre d'évaluations à un mois    | 2020 |
| Action 71 | Evaluer le risque de dénutrition des résidents de l'accueil de jour en les pesant une fois par mois | Nombre de pesées dans NETSOINS    | 2020 |
| Action 72 | Nommer un référent IDE/accueil de jour et élaborer sa fiche de mission                              | Mise en place du référent         | 2019 |
| Action 73 | Envisager de contractualiser avec des IDE libérales pour un service de nuit                         | Répondre à l'appel à projet       | 2019 |

**Axe n°4 -Favoriser la créativité, l'innovation et l'ouverture.**

| Actions   |   | Indicateurs de suivi      | Echéancier |
|-----------|---|---------------------------|------------|
| Action 74 | Former un personnel au « toucher massage »                                  | Date de formation         | 2019       |
| Action 75 | Former un personnel à la médiation par l'animal et acquérir un chien éduqué | Date de mise en place     | 2018/2019  |
| Action 76 | Diversifier les thérapies non médicamenteuses                               | Nombre d'expérimentations | 2023       |
| Action 77 | Créer un espace rééducation/réadaptation                                    | Date de création du lieu  | 2024       |

**Axe n°5 Développer l'Association et la culture de groupe au travers de la richesse des forces individuelles.**

| Actions   |   | Indicateurs de suivi                    | Echéancier |
|-----------|---|---|------------|
| Action 78 | Favoriser la mutualisation des formations | Nombre de formation mutualisée          | 2019       |
| Action 79 | Améliorer la communication associative    | Déploiement de l'outil de communication | 2020       |
| Action 80 | Ouvrir le PASA 7J/7                       |   | 2021       |
| Action 81 | Ouvrir l'accueil de jour 6j/7             | Répondre à l'appel à projets            | 2020       |
| Action 82 | Développer l'hébergement temporaire       | Répondre à l'appel à projet             | 2019       |

## **12. LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

### **12.1. Les modalités de communication**

Le projet d'établissement a été soumis au comité de pilotage, au Conseil d'administration de l'association Anne Boivent qui l'a validé et acté sa diffusion puis au Conseil de la Vie Sociale de l'établissement. Une synthèse est élaborée et transmise aux résidents, aux familles et au personnel. Un exemplaire papier est mis à disposition pour une lecture sur place à l'accueil de l'établissement. L'ARS et le Conseil départemental recevront un exemplaire. L'équipe Cadre prévoit une présentation institutionnelle du projet d'établissement au personnel.

### **12.2. Les modalités de suivi et d'évaluation**

Le comité de pilotage de l'établissement assurera le suivi du déploiement du plan d'actions issu du Projet d'Etablissement en se réunissant 4 fois par an sous l'égide du service qualité de l'association. Le comité de pilotage « Projet d'établissement » sera invité une fois par an à évaluer les avancées du plan d'actions.

## **CONCLUSION**

Le projet d'établissement fixe pour les cinq années à venir la démarche qualité partagée par l'ensemble des professionnels ayant participé à son élaboration. Cette quête de sens est le levier principal de la dynamique qualité qui anime l'établissement dans son fonctionnement global et la volonté de maintenir le résident au centre de ses préoccupations.

## **GLOSSAIRE**

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**ANACT** : Agence Nationale pour les Conditions de Travail

**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AS** : Aide-Soignant

**ASG** : Assistante de Soin en Gériatrie

**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles

**CH** : Centre Hospitalier

**CHGR** : Centre Hospitalier Guillaume Régnier

**CSSCT** : Comité de Santé et Sécurité et des Conditions de Travail

**CLAN** : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**COPIL** : Comité de Pilotage

**CORRSI** : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**CREX** : Comité de Retour d'Expérience

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**DASRI** : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DIPC** : Document Individuel de Prise en Charge

**DIRRECTE** : Direction du Travail

**DLU** : Dossier de Liaison d'Urgence

**DUERP** : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EMASP** : Equipe Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs

**ESMS** : Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

**ERP** : Etablissement Recevant du Public

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FSEI** : Fiche de Signalement d'Evènement Indésirable

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**HACCP** : Hazard Analysis Critical Control Point

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**IRP** : Instance Représentative du Personnel

**NPI** : inventaire neuro-psychiatrique

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PEL** : Pavillon Emilia Lebreton

**PDA** : Préparation des Doses à Administrer

**PPA** : Projet Personnalisé d'Accompagnement

**PRAP** : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

**RABC** : Risk Analysis Biocontamination Control system

**RBPP** : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**QVT** : Qualité de Vie au Travail

# ANNEXES