

PROJET D'ETABLISSEMENT

E.H.P.A.D. « Saint Joseph » et Foyer logement « Le Mas des

Orangers » de Fronton

2012 – 2017

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	5
A.	L'histoire de l'établissement	5
B.	Les éléments de contexte	7
C.	La méthode de travail.....	7
II.	PROJET MEDICAL	8
A.	PARTIE 1 : Le positionnement de l'E.H.P.A.D.	8
1.	<i>Type de pathologies prises en charge</i>	8
1.	Les affections psychiatriques	8
2.	Les affections cardio-vasculaires	9
2.	<i>Limites médicales à l'admission</i>	9
B.	PARTIE 2 : Les axes du projet médical.....	9
1.	<i>La prise en charge psychiatrique</i>	9
2.	<i>Les troubles psychos comportementales liées aux démences</i>	10
3.	<i>La prise en charge bucco-dentaire</i>	10
4.	<i>La permanence des soins</i>	10
5.	<i>L'amélioration des pratiques médicales</i>	11
6.	<i>La mise en place d'un livret thérapeutique</i>	12
7.	<i>La mise en place de la commission de coordination gériatrique</i>	12
III.	PROJET DE VIE DE L'INSTITUTION	13
A.	PARTIE 1 : Projet de soins et de vie	13
1.	<i>Le projet de soins de l'institution</i>	13
a)	Qualité d'organisation et de réalisation des soins.....	13
(1)	L'encadrement soignant.....	13
(2)	Les soins d'hygiène et le risque infectieux	14
(3)	Le circuit du médicament	14
b)	soins spécifiques.....	15
(1)	La prévention et prise en charge des chutes.....	15
(2)	La prévention et la prise en charge de l'incontinence	16
(3)	La prévention et la lutte contre la douleur	16
(4)	La prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation.....	17
(5)	L'accompagnement et fin de vie.....	18
(6)	L'accompagnement psychiatrique.....	18

(7)	La prise en charge psychologique.....	19
(8)	L'utilisation des contentions	20
(9)	La prévention et la prise en charge des escarres.....	20
2.	<i>Le projet de soins spécifique au Foyer</i>	21
a)	La coordination de l'activité libérale	21
b)	Les prises en charge spécifiques.....	21
3.	<i>Le projet de vie individualisé des résidents de l'EHPAD</i>	22
a)	Garantir le respect des droits et libertés des personnes âgées	22
(1)	La bientraitance.....	22
(2)	La liberté de pratique d'un culte	23
(3)	La dignité des personnes accueillies.....	23
(4)	La protection des biens et des personnes.....	23
b)	Accueil, de la demande de renseignement à l'intégration du résident.....	24
(1)	Demande de renseignement	24
(2)	Pré-admission	Erreur ! Signet non défini. 24
(3)	Admission.....	24
(4)	Intégration	24
c)	L'amélioration de la vie du résident.....	25
(1)	Relations sociales et projet d'animation	25
(2)	Vie sociale et projet d'animation spécifiques aux personnes désorientées : Le P.A.S.A.	25
d)	L'amélioration des prestations transversales	27
(1)	La restauration	27
(2)	La gestion du linge	27
(3)	L'entretien des locaux	28
B.	PARTIE 2 : Projet d'animation.....	28
1.	<i>Présentation de l'organisation actuelle</i>	28
2.	<i>La charte de l'animation</i>	29
3.	<i>Le maintien des relations sociales des résidents</i>	32
4.	<i>L'ouverture sur l'extérieur</i>	33
IV.	PROJET SOCIAL	34
A.	La description de l'organisation actuelle.....	34
1.	<i>Le responsable de l'établissement</i>	35
2.	<i>L'infirmière référente</i>	35
3.	<i>Les autres personnels</i>	35
B.	L'amélioration de la communication interne	36

1.	<i>Au niveau des services de soins.....</i>	36
2.	<i>Au niveau de l'organisation.....</i>	37
3.	<i>Au niveau de l'organisation paramédicale</i>	37
4.	<i>Au niveau des transports des personnes (ambulance/taxi)</i>	37
5.	<i>Au niveau de l'animation.....</i>	38
6.	<i>Au niveau des services hôteliers</i>	38
7.	<i>Au niveau de la cuisine.....</i>	38
8.	<i>Au niveau de l'administration</i>	39
C.	<i>L'amélioration de la communication externe</i>	39
1.	<i>Supports de communication</i>	39
2.	<i>Les familles des résidents</i>	39
3.	<i>Les bénévoles et les instances.....</i>	39
4.	<i>Les coopérations</i>	40
5.	<i>Les prestataires externes (coiffeurs, dépannage, fournisseurs divers).....</i>	40
D.	<i>Les risques professionnels.....</i>	40
E.	<i>La formation du personnel.....</i>	40
V.	<i>PROJET DES SERVICES GÉNÉRAUX.....</i>	42
A.	<i>Le projet architectural.....</i>	42
1.	<i>La qualité des espaces.....</i>	42
2.	<i>L'accessibilité du bâtiment.....</i>	43
3.	<i>Le projet d'extension de l'établissement.....</i>	44
B.	<i>Le projet logistique</i>	44
1.	<i>Le projet du service de blanchisserie.....</i>	44
2.	<i>Le projet du service de restauration.....</i>	45
3.	<i>Le projet du service de maintenance</i>	45
VI.	<i>PROJET DES SERVICES D'INFORMATION ET DE LA GESTION DES RISQUES</i>	47
A.	<i>La mise en œuvre de la démarche qualité</i>	47
1.	<i>L'organisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques</i>	48
2.	<i>La définition d'une politique de gestion globale</i>	49
a)	<i>La gestion des événements indésirables</i>	49
b)	<i>Les risques non professionnels.....</i>	49
c)	<i>Le D.A.R.I.....</i>	49
d)	<i>La sécurité du bâtiment.....</i>	50
e)	<i>Le risque de canicule et l'urgence sanitaire</i>	50

I. INTRODUCTION

A. L'HISTOIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

.....

L'établissement est implanté dans une commune viticole. Ce sont les romains qui plantèrent les premiers ceps sur les terrains dominant la vallée du Tarn.

Au XII^{ème} siècle, avec la protection du Pape CALIXTE II venu en 1119 consacrer l'église, le vignoble est devenu la propriété des chevaliers et de l'ordre de Saint Jean de Jérusalem, plus tard Ordre de Malte qui créera la Commanderie.

Le village se construit à l'abri des fossés et des remparts dirigé par un précepteur. En 1400, la Commanderie est supprimée et Fronton relève directement du grand Prieuré de Toulouse.

Au XVI^{ème} siècle, l'importance de Fronton décroît car les attaques des protestants lui sont fatales. La renommée des vins n'atteint son apogée qu'au XVIII^{ème} siècle. Cette belle prospérité ne résiste pas à la fin du XIX^{ème} siècle au Phylloxéra.

Grâce aux efforts tenaces des générations de vigneron, les vins de Fronton retrouvent leurs lettres de noblesse en obtenant en 1975 l'Appellation d'Origine Contrôlée.

La Maison de Retraite Saint Joseph est de création récente. En effet la propriété, une grande maison de maître avec dépendances et autres parcelles de terrains est bien identifiée à l'entrée du bourg car sa destination première au début du XX^{ème} siècle était la Gendarmerie à cheval.

Elle fût acquise par la commune le 23 Octobre 1960 suivant un acte reçu par Maître Georges CAMPS Notaire à Toulouse, pour un prix de 100 000 francs, à une Frontonnaise Madame Denise CANET.

La Maison de Retraite en tant que telle fût créée le 06 mai 1963 par le bureau d'aide sociale, sa gestion était assurée par la commission administrative qui a décidée le 17 mai 1964 d'allouer à l'établissement une subvention de 80 000 francs en apport de fonds propres.

Dès 1969, la commission mène deux projets importants et simultanés : ériger en établissement public la maison de Retraite et conduire le projet d'extension de celle-ci.

En 1979 le Foyer Logement « Le Mas des Orangers » composé de 65 appartements est construit à proximité de la Maison de Retraite assurant une complémentarité de prise en charge des personnes âgées et dont la gestion est confiée au Bureau d'Aide Sociale.

Il faut attendre le 19 Mai 1987 pour que ces deux établissements, par une délibération du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale et du Conseil Municipal de Fronton, soient érigés en établissements publics local autonome.

Ces deux établissements ont joué un rôle important dans le canton permettant aux personnes âgées de rester au Pays.

Les années 90 mettent en évidence l'obsolescence évidente de la Maison de Retraite qui ne répond plus aux normes de sécurité et la nécessaire adaptation du Foyer Logement aux nouvelles exigences de la clientèle.

La reconstruction de la Maison de Retraite est réalisée en 1998 elle se compose de 28 chambre à un lit et 7 chambres à deux lits, elle bénéficie du confort et des adaptations relatives aux exigences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les locaux communs sont climatisés.

La rénovation du Foyer Logement autorisé à 71 places réparties dans 64 appartements est terminée depuis décembre 2002. Lui aussi bénéficie de pièces communes climatisées (salons, salle à manger).

B. LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Ce projet d'établissement 2012-2017 intervient l'année de renouvellement par l'établissement de sa convention tripartite 2007-2012, c'est-à-dire à un moment où les objectifs de cette convention seront intégrés à travers la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions découlant de ce projet

Ce document stratégique est l'étape préalable et incontournable à la réussite de la démarche qualité, prochain objectif que l'établissement s'est fixé et se doit d'atteindre d'ici janvier 2015, échéance réglementaire.

L'établissement dispose de locaux relativement récents mais ils doivent évoluer et s'adapter aux services à rendre aux résidents, l'adaptation étant un des socles du service public, au même titre que l'égalité d'accès et la continuité de ses activités. Ces adaptations sont nécessaires pour améliorer la qualité des prestations délivrées et pérenniser dans le temps ce service de proximité rendu à la population.

C. LA MÉTHODE DE TRAVAIL

Ce document se veut le projet d'une institution et de la totalité des acteurs qui concourent à la prise en soin. Il est le fruit d'une réflexion d'équipe partagée lors de groupes de travail. Sa rédaction a mobilisé une trentaine de personnes (agents de l'établissement et intervenants libéraux) sur une période courte (mai à septembre 2012) mais intense en réunions.

II. PROJET MEDICAL

Le projet médical, à partir de la situation actuelle de l'E.H.P.A.D. décrira les orientations et les objectifs à atteindre dans les 5 ans à venir. Il ne concerne pas le Foyer Logement.

A. PARTIE 1 : LE POSITIONNEMENT DE L'E.H.P.A.D.

1. Type de pathologies prises en charge

La personne âgée est poly pathologique, mais deux types sont particulièrement fréquents (source Pathos) :

- Les affections psychiatriques (environ 25 %),
- Les affections Cardiovasculaires (environ 25 %),

Ensuite, les affections digestives et rhumatologiques, puis les pathologies habituelles liées au vieillissement s'observent fréquemment.

1. Les affections psychiatriques

En fait, sous ce terme, issus de la classification Pathos, on retrouve principalement :

- Les troubles psychos comportementales liées aux démences,
- Les troubles du sommeil,
- Les états anxieux,
- Les états dépressifs,

Les troubles psychos-comportementaux doivent être traités distinctement des autres troubles car ils ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique pure. Ils peuvent constituer en fonction de leur intensité une limite à l'admission de nouveaux résidents voire à la poursuite de l'accueil de nos résidents. Les troubles les plus significatifs sont : l'errance extérieure, les déambulations et les cris.

Les troubles du sommeil, anxieux ou syndrome dépressifs relèvent d'une prise en charge psychiatrique pouvant souvent être assumés par les médecins traitants.

Les syndromes mélancoliques et les troubles psychotiques relèvent d'une prise en charge spécialisée quelquefois difficile à mettre en place.

2. Les affections cardio-vasculaires

Artériopathie, H.T.A., insuffisance cardiaque sont les principales pathologies rencontrées et ne posent pas de problèmes spécifiques.

Il en est de même pour les autres pathologies.

A noter cependant l'importance de la rééducation et de la kinésithérapie pour les affections rhumatologiques.

2. Limites médicales à l'admission

Elles peuvent être résumées principalement à ces situations :

- S.M.T.I. importants et/ou soins infirmiers nocturnes,
- Troubles psycho comportementaux sévères liés aux démences,
- Troubles psychiatriques (psychose- délires addiction).

Les limites sont aussi dépendantes de la charge en soins de l'E.H.P.A.D. : cela permet de pondérer les admissions en fonction de celle-ci et met en évidence l'importance de la visite de préadmission et de la commission d'admissions qui statue mensuellement sur les dossiers.

B. PARTIE 2 : LES AXES DU PROJET MÉDICAL

1. La prise en charge psychiatrique

L'E.H.P.A.D. rencontre actuellement une véritable difficulté à ce niveau. La signature d'une convention avec un médecin psychiatre est en cours de réalisation mais se heurte à de multiples difficultés administratives.

Un projet de suivi par système de Télémédecine a été envisagé avec le Centre Hospitalier Marchand mais ne répond pas aux attentes de l'institution. Il s'agit donc d'un des

éléments important du projet médical qui doit être finalisé en 2013. Dans le cadre d'un regroupement d'E.H.P.A.D. (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale), la mutualisation d'un temps de médecin psychiatre pourrait aussi être une solution.

2. Les troubles psychos comportementales liées aux démences

A un stade évolué, ceux-ci nécessitent la création d'un secteur protégé avec une configuration architecturale de type Unité d'Hébergement Renforcé (U.H.R.) dans l'E.H.P.A.D., respectant l'idée de la mesure 16 du plan Alzheimer.

Seule cette création permettrait d'admettre de tels patients mais également de pouvoir maintenir sur l'établissement les résidents dont l'évolution de la démence est telle qu'un départ en unité protégée est inévitable.

L'absence de telles places conduit malheureusement trop souvent à faire hospitaliser en urgence les résidents au cours d'accès délirants ou d'agitation incompatibles avec leur maintien dans la structure. Ceci est nuisible aux résidents, participe à la surcharge des services d'accueil d'urgence et ne règle jamais le problème, le résident revenant régulièrement dans l'E.H.P.A.D. ensuite.

3. La prise en charge bucco-dentaire

Actuellement l'intervention d'un praticien libéral permet de régler les problèmes ponctuels et donne satisfaction sur ce point.

Il reste nécessaire de mettre en place une prise en charge plus régulière avec des bilans et instauration d'une politique de prévention. Les démarches auprès de ce praticien sont en cours. Par ailleurs, il pourrait être envisagé une collaboration avec des partenaires extérieurs.

4. La permanence des soins

- Sur le plan médical : l'organisation de la permanence des soins est gérée par la préfecture, c'est le centre 15 ou la régulation libérale qui régule les demandes d'intervention médicales des nuits (20h-8h), des week-end et jours fériés.

- Sur le plan infirmier : au sein de l'E.H.P.A.D., comme dans la grande majorité de ces établissements en France, aucun I.D.E. de nuit n'est présent, ceci contre-indique donc la présence de résidents requérant des soins infirmiers nocturnes.

Le débat existe à ce sujet et l'E.H.P.A.D. doit se positionner pour les 5 prochaines années.

La présence d'une I.D.E. dans l'établissement, la nuit, outre les contraintes économiques, participerait à alourdir la charge en soins. L'établissement se rapprocherait plus d'un lieu de soins type U.S.L.D. que d'un lieu de vie. La disponibilité d'accompagnement non strictement médical du personnel serait réduite. C'est donc une question importante sur l'orientation de l'E.H.P.A.D. Celui-ci ne doit pas perdre sa vocation d'accueil et de lieu de vie au détriment d'une tendance en soins plus prononcée.

La possibilité d'une mutualisation d'un poste d'I.D.E. par plusieurs E.H.P.A.D. a été envisagée. Elle ne résoudrait pas les problèmes de prise en charge des urgences nocturnes, l'appel au centre 15 restant nécessaire. Elle ne résoudrait pas non plus le problème des soins programmés nocturnes car il nécessiterait une astreinte pour plusieurs établissements et l'I.D.E. ne pourrait pas effectuer plusieurs déplacements au cours de la même nuit.

→ **Indicateur de suivi : Taux d'hospitalisations en urgence**

Nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois / Nombre total de résidents ayant été hospitalisés dans l'année

5. L'amélioration des pratiques médicales

La participation à l'étude IQUARE du Gérontopole a permis de mettre en évidence les insuffisances en certains domaines.

En premier lieu, la poly médication, en général, et la prescription de psychotropes, en particulier, doit être réévaluée.

Le nombre important de déclaration de chutes peut être en corrélation avec une iatrogénie liée aux psychotropes.

La prescription de contention (principalement des barrières la nuit) est également insuffisante bien que celles-ci soient totalement justifiées.

L'évaluation des troubles de l'humeur est actuellement insuffisante. La présence de la psychologue permettra d'y remédier (passation de l'échelle MADRS)

L'évaluation du risque de survenue d'escarre par l'échelle de Norton sera systématique.

Tous ces éléments doivent être améliorés par la sensibilisation des médecins traitants et de l'équipe

Les réunions de la commission de coordination gériatrique permettront au médecin coordonnateur de soumettre ces sujets aux médecins libéraux.

Par ailleurs, une réévaluation régulière programmée des dossiers du patient et de son traitement doit être menée par le médecin coordonnateur.

6. La mise en place d'un livret thérapeutique

Le livret thérapeutique regroupe une liste de médicaments référencés à prescrire en priorité. Il servira de base pour établir des protocoles de prise en charge thérapeutique. Il sera établi afin de limiter les risques d'iatrogénie médicamenteuse.

7. La mise en place de la commission de coordination gériatrique

Une commission doit être mise en place dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Cette instance va permettre une réflexion sur les pratiques médicales des médecins intervenant au sein de l'E.H.P.A.D.

Des demandes de signature de convention ont été transmises aux médecins libéraux intervenant déjà dans la structure. Cependant, face à leur réticence, peu de conventions ont pu être conclues. L'établissement respectera tout de le même le rythme des réunions imposé par la réglementation en conviant l'ensemble des médecins intervenant dans l'établissement, même ceux qui n'ont pas conventionné.

III. PROJET DE VIE DE L'INSTITUTION

A. PARTIE 1 : PROJET DE SOINS ET DE VIE

1. Le projet de soins de l'institution

a) Qualité d'organisation et de réalisation des soins

(1) *L'encadrement soignant*

L'encadrement et la coordination soignante sont liés à une prise en charge facilitée par le dossier de soins informatisé introduit en avril 2010 et une volonté de coopérer des différents acteurs.

Animée par l'infirmière référente, l'équipe soignante assure une présence quotidienne et permanente pour dispenser les soins en collaboration médicale ou relevant du rôle autonome. Elle est composée d'I.D.E., A.S., A.M.P., A.S.H. Cette équipe comprend également des intervenants libéraux médecins spécialistes, médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, pédicures.

Le dossier de soins informatisés est ouvert à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, il favorise le regroupement des informations et la continuité des soins. Les équipes utilisent les transmissions ciblées, qui nécessitent une formation complémentaire afin de mieux s'approprier l'outil.

Des temps de transmissions sont définis à chaque changement d'équipe, les plus conséquentes étant celles de milieu de journée en présence des 2 équipes matin et soir ainsi que des animatrices.

Les transmissions du mercredi sont particulièrement axées sur le projet de vie d'un résident, soit dans le cadre d'une réévaluation programmée, soit à partir d'une problématique actuelle pour le résident concerné. La présence du directeur d'établissement, du médecin coordonnateur et de l'équipe pluridisciplinaire permet un projet dans une approche globale.

Le groupe de travail met en évidence la nécessité de renforcer l'équipe d'aides-soignants par la création d'un poste supplémentaire pour répondre aux besoins en soins relationnels et de nursing en particulier le soir.

(2) Les soins d'hygiène et le risque infectieux

La présence de personnel formé (C.C.L.I.N. Sud-Ouest) et d'une équipe impliquée favorisent des soins d'hygiène préventifs, curatifs et palliatifs adaptés.

L'élaboration de protocoles spécifiques à la structure est réalisée par une infirmière référente en hygiène en collaboration avec le médecin coordonnateur et le groupe référent.

Chaque année, ce groupe participe à la « réunion du réseau des correspondants en Hygiène des E.H.P.A.D. de Midi-Pyrénées ».

Les protocoles internes sont réactualisés, d'autres sont à créer.

(3) Le circuit du médicament

L'établissement ne possède pas de pharmacie interne. L'approvisionnement en médicaments s'organise avec les officines de ville et selon le libre choix des résidents. La préparation des piluliers à la semaine s'effectue à l'aide d'un logiciel informatique sécurisant l'ensemble du processus de dispensation et d'un système de pilulier alvéoles à usage unique.

Dans le cadre d'une amélioration de l'existant il s'agit de:

- Réorganiser la pharmacie pour une meilleure gestion des médicaments,
- Elaborer un livret thérapeutique,
- Mener une réflexion sur la préparation des médicaments par les officines de ville ou par l'intermédiaire du G.C.S.M.S. et la mise en place d'une pharmacie à usage interne dans l'hypothèse d'une réintroduction des médicaments.

1.1 Le maintien de l'autonomie des personnes accueillies

Les aides et les interventions en soins sont représentatifs d'une approche globale élaborée à partir du projet de soins et de vie individualisés. Ces projets contractualisés avec le résident et/ou sa famille permettent de maintenir les autonomies de la vie quotidienne, de déclencher les actions de stimulation et de réhabilitation afin de limiter les réactions en chaîne du risque de dépendance.

Les objectifs visent à améliorer l'environnement pour optimiser les conditions de sécurité et de liberté par :

- une nouvelle signalétique des espaces (taille des caractères, pictogrammes, couleurs différenciée...) adaptée aux résidents,
- un éclairage automatique des espaces de circulations internes.

→ **Indicateurs Qualité :**

1) Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations

Nombre de résidents dont l'item déplacement à l'intérieur s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée / Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

2) Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations

Nombre résidents dont l'item toilette du haut s'est aggravé entre deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée / Nombre de résidents inclus dans l'enquête ayant eu deux évaluations sur la grille AGGIR depuis leur arrivée et sans critère d'exclusion

b) Soins spécifiques

(1) La prévention et prise en charge des chutes

La politique de prévention est partagée par l'équipe pluridisciplinaire. Elle permet de réduire le risque et limiter ses conséquences sans faire obstacle à la "liberté d'aller et venir en établissement".

Le risque de chute est prévenu par :

- une politique de prévention et de dépistage, dès l'entrée de la personne par un test de Tinetti et le « test get and go »,
- une traçabilité sur le dossier de soins informatisé,
- une réhabilitation de l'équilibre et du sentiment de sécurité.

L'attention portée à la prévention du risque s'effectue en facilitant le déplacement des résidents par des aides techniques (lunettes, appareillages audio...), la rééducation de l'équilibre et de la force musculaire, correction des troubles visuels, « toilettage » des ordonnances médicamenteuses (psychotropes).

Les axes d'amélioration porteraient sur :

- Un temps de présence d'une psychomotricienne et l'augmentation du temps de l'ergothérapeute sur l'E.H.P.A.D.,
- Un temps de kinésithérapeute à 50 %,
- Une salle de motricité qui permettrait de développer et d'augmenter la mobilité physique et la rééducation.

En effet, la complémentarité de la psychomotricienne (réadaptation émotionnelle et motricité physique), de l'ergothérapeute (adaptation du matériel face à le handicap) et du kinésithérapeute (mouvement et motricité) contribuerait à favoriser l'autonomie fonctionnelle des résidents et de sécuriser les personnes par des thérapeutiques non médicamenteuses.

→ **Indicateur Qualité** :

3) Taux de résidents ayant chuté

Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois en 12 mois / Nombre total de résidents

(2) La prévention et la prise en charge de l'incontinence

Dès l'entrée du résident une évaluation de sa capacité d'élimination est réalisée. Chaque fois que cela s'avère nécessaire un programme mictionnel est débuté ainsi qu'un accompagnement aux toilettes.

La prise en charge de l'incontinence respecte la dignité des personnes par un type de protection adaptée. Le personnel de soins est formé à sa gestion, des actions de formations sont renouvelées de façon périodique.

La vigilance dans ce domaine permet de :

- Limiter le recours systématique aux protections complètes,
- Assurer le confort des personnes selon un catalogue mictionnel,
- Adapter la protection aux besoins de la personne.

(3) La prévention et la lutte contre la douleur

La douleur exprimée par le résident est repérée et évaluée au plus tôt pour la soulager immédiatement et en continu sans négliger la difficulté que les soignants peuvent rencontrer avec des personnes non communicantes. Dès lors, la plus grande attention est apportée au choix des méthodes d'évaluation.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur qu'elle soit aiguë, chronique ou provoquée par les soins est recherchée au quotidien.

Un document de référence est à la disposition de l'équipe de soins qui a bénéficié de programmes de formation continue. Des protocoles ont été réalisés par le groupe référent douleur. Un protocole face à la douleur aigue est à la disposition des équipes afin de soulager rapidement en l'absence de médecin.

L'amélioration de la prise en charge s'axe sur le développement de techniques de soins non médicamenteuses comme adjuvants aux traitements chimiques comme la balnéothérapie, le toucher massage, la respiration contrôlée, le froid, le chaud et la neurostimulation transcutanée.

→ **Indicateur Qualité :**

4) Taux d'évaluation de la douleur

Nombre de résidents pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident non-douloureux ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du résident douloureux / Nombre total de résidents inclus dans l'enquête)

(4) La prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation

Le dépistage des résidents à risque de dénutrition est assuré par une évaluation mensuelle. Les résidents dépistés font l'objet d'une enquête alimentaire et étiologique.

Une diététicienne a rejoint l'équipe depuis 2012, une évolution des pratiques va s'en suivre.

Les axes d'amélioration portent sur :

- L'éducation des résidents et leurs familles,
- L'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents afin de mettre en place des mesures de prévention des risques infectieux ou de dénutrition,
- L'agrémentation des lieux de prestations repas.

En ce qui concerne la déshydratation en période de canicule, un document annexe du plan bleu « prévention de la canicule » est à disposition des équipes. Une fontaine d'eau réfrigérée, au rez-de-chaussée, et un service de collation dans l'après-midi permettent de prévenir le risque de déshydratation pour lesquels l'équipe a acquis un savoir-faire.

Les axes d'amélioration portent sur:

- L'élaboration d'un protocole d'identification des résidents à risque de déshydratation,
- L'amélioration de l'hydratation par la mise en place d'une fontaine à eau au niveau de la salle à manger de l'étage,

- Le renforcement du personnel en période de canicule.

→ **Indicateur Qualité :**

5) Taux de résidents pesés une fois par mois

Nombre de résidents ayant entre un à trois poids notés dans le dossier lors du dernier trimestre / Nombre total de résidents inclus dans l'enquête

(5) L'accompagnement et fin de vie

La formation du personnel aux soins palliatifs et la concertation en équipe pluridisciplinaire permettent une démarche de soins qui privilégie les soins de confort, les soins relationnels, l'information des familles et leur soutien. Les soignants sont particulièrement vigilants à la prévention de la douleur, des risques infectieux, de dénutrition et d'escarres.

L'objectif aujourd'hui est de sensibiliser les médecins, les familles et les équipes à la loi Léonetti encore insuffisamment connue et appliquée alors qu'elle répond de manière adaptée aux craintes suscitées par des situations difficiles de fin de vie.

L'établissement a signé une convention avec une équipe de soins palliatifs (réseau RELIANCE) et chaque année 4 personnes de l'équipe soignante participent aux journées de la S.F.A.P.

La prise en charge serait améliorée par :

- un poste d'AMP supplémentaire le week-end, lors de fin de vie identifiée,
- La formalisation par écrit de la démarche et des protocoles propres à l'institution.

→ **Indicateur Qualité :**

6) Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Nombre de résidents entrés dans l'établissement au cours des 12 derniers mois et présents depuis trois mois ou plus pour lesquels on retrouve un recueil de leurs souhaits en matière de fin de vie dans leur dossier

(6) L'accompagnement psychiatrique

Les troubles psychiatriques sont une difficulté majeure pour l'équipe soignante qui manque de connaissances, de personnel et de médecin psychiatre pour un traitement

adapté. Ces troubles accompagnés de symptômes difficiles à canaliser sont très perturbateurs pour les autres résidents, les familles et les soignants.

Le projet de soins vise à :

- Améliorer la prise en charge par un médecin spécialiste qui se déplacerait pour un suivi du résident sur son lieu de vie.
- Former le personnel en géro-psycho-geriatrie afin de développer des connaissances et des attitudes aidantes
- Un temps de médecin psychiatre, soit dans le cadre du G.C.S.M.S., soit rémunéré par l'institution, le secteur psychiatrique de Marchant ne pouvant répondre à ses obligations en raison du manque de temps psychiatre pouvant être mis à disposition.

→ **Indicateur Qualité :**

7) Taux d'évaluations troubles de l'humeur et du comportement

Nombre de résidents pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident ne présentant pas de trouble de ce type OU au moins deux résultats de mesure des troubles de l'humeur/comportement avec une échelle dans le dossier du résident présentant ce type de trouble / Nombre de résidents inclus dans l'enquête

(7) La prise en charge psychologique

Une psychologue à mi-temps intervient sur l'E.H.P.A.D. Saint Joseph et le P.A.S.A. Cependant un temps de présence pour les résidents du foyer logement est utile, des interventions ponctuelles étant réalisées par cette dernière. Une augmentation du temps de psychologue permettrait d'organiser un suivi et des prises en charge spécifiques afin de traiter les troubles anxio-dépressifs et de soutenir les aidants naturels.

Par ailleurs, il est nécessaire de développer des interventions de soins non médicamenteuse comme les techniques de respiration contrôlée, des activités de relaxation toucher massage, activités occupationnelles pour améliorer la symptomatologie pour ce type de résident et de diminuer les thérapeutiques chimiques.

Le projet de création d'un espace Snoezelen contribuerait à améliorer les prises en charge.

(8) L'utilisation des contentions

Les contentions font l'objet d'une prescription et sont réévaluées par l'équipe soignante en collaboration avec les médecins. Elles sont peu nombreuses le jour, la liberté d'aller venir étant respectée.

Les prescriptions et la traçabilité pour les barrières de lit sont à améliorer. Une sensibilisation du personnel à la contention et ses risques est envisagée ainsi que l'élaboration d'un protocole de mise en place et de réévaluation d'une contention à périodicité définie.

→ Indicateur Qualité :

8) Taux de contention passive

Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement interne sur la grille AGGIR et ayant une contention passive / Nombre de résidents cotés A ou B à transfert et/ou déplacement à l'intérieur sur grille AGGIR inclus dans l'enquête

(9) La prévention et la prise en charge des escarres

La politique de prévention réduit considérablement ce risque, à des périodes bien identifiées ; escarres d'entrée, retour d'hospitalisation ou de fin de vie.

Les aides-soignants au cœur de la responsabilité de ce programme, font un examen régulier de l'état cutané au moment des soins d'hygiène. En collaboration avec les infirmières, l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes, les risques et les besoins matériels et humains sont évalués et mis en place très rapidement en cas de nécessité.

Les soins curatifs confiés aux infirmières font l'objet de protocoles renouvelés au regard des avancées et de la recherche dans ce domaine, ils font l'objet de formations renouvelées régulièrement.

→ Indicateur Qualité :

9) Taux d'escarres acquises dans l'établissement

Nombre de résidents ayant une escarre acquise dans l'établissement / Nombre de résidents inclus dans l'enquête

1. Un projet de soins spécifique à l'EHPAD : La prise en charge des patients Alzheimer ou atteints d'une maladie apparentée.

L'établissement accueille au sein de l'E.H.P.A.D. St Joseph des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Face à la progression et l'évolution de cette maladie, la prise en charge de certains résidents s'avère difficile par la promiscuité avec les autres résidents. Quelquefois, la cohabitation devient impossible (agitation psychomotrice diurne et nocturne, désorientation temporo-spatiale, hallucinations nocturnes.) Le personnel est insuffisamment formé à cette spécificité. La nécessité de maintenir des activités afin de conserver un rythme veille sommeil et générer de la fatigue demande à mettre en place une nouvelle organisation et fera l'objet d'une réflexion.

Des moyens sont nécessaires pour ces résidents comme :

- La création d'une structure sécurisée,
- Une formation aux techniques de communication telle que « La Validation » de Naomi Feil pour le personnel,
- La formation d'A.S.G. pour l'ensemble des aides-soignants.

2. Le projet de soins spécifique au Foyer

a) La coordination de l'activité libérale

Une coordination est en place avec les différents intervenants libéraux par un dossier de soin partagé et des échanges réguliers avec l'infirmière en poste sur la structure. Les urgences sont assurées par celle-ci.

b) Les prises en charge spécifiques

La prise en soins des troubles anxio-dépressifs et additifs, de plus en plus nombreux, doit être améliorée par :

- Un temps de psychologue,
- Une formation en éducation à la santé dans le cadre des maladies chroniques (alcool, diabète, cancer, troubles psychiatriques, démence et troubles apparentés...) afin de définir des plans d'action spécifiques.

La prise en charge de l'incontinence par le personnel du foyer logement va être améliorée par une formation sur l'incontinence aux intervenants libéraux.

3. Le projet de vie individualisé des résidents de l'EHPAD

L'âge d'entrée étant de plus en plus reculé, elle s'effectue dans un contexte de dégradation de la santé et de l'autonomie des personnes. La vulnérabilité de la personne est considérée de façon à l'aider à intégrer son nouveau mode de vie et à éviter tout risque de désadaptation.

Le projet individualisé du résident fait l'objet d'un protocole élaboré, il est réévalué de façon hebdomadaire en réunion pluridisciplinaire, au minimum une fois par an, en fonction d'un calendrier et des évènements intercurrents.

→ Indicateur Qualité :

10) Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement

Nombre de résidents entrés au cours des 12 derniers mois et présents depuis au moins 6 mois pour lesquels on retrouve une trace écrite de l'avis du résident donné d'une façon ou d'une autre par lui-même ou son représentant légal sur son projet d'accompagnement / Nombre de résidents entrés depuis 18 mois et présents depuis au moins 6 mois

a) Garantir le respect des droits et libertés des personnes âgées

(1) La bientraitance

Le personnel bénéficie d'une formation sur la bientraitance. L'accompagnement au quotidien est réalisé dans cet esprit. La connaissance de l'histoire de vie de la personne et de ses besoins permet de répondre aux besoins de bases mais également aux besoins d'estime de soi et de réalisation. Le contrat de soins, imposant le consentement éclairé, est signé par le résident ou son entourage en cas d'incapacité.

Un projet de mise en place d'un comité de vigilance avec la nomination d'un référent bientraitance sera chargé de la définition, de la charte et du suivi de la politique de bientraitance et de ses actions.

(2) La liberté de pratique d'un culte

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, sont facilitées dans le respect des règles, auxquelles sont soumis l'établissement et son bon fonctionnement. Une personne bénévole peut être sollicitée pour rencontrer un représentant des différents cultes. Une chapelle est à disposition dans l'établissement, une célébration de la messe est assurée 2 fois par mois.

L'objectif de l'établissement est d'établir une convention avec la bénévole concernée ou les futurs bénévoles qui seraient amenés à intervenir.

(3) La dignité des personnes accueillies

L'élaboration du projet individuel pour chacun des résidents dès l'admission permet une connaissance des éléments de vie, pour un projet de vie respectueux des droits et liberté des résidents.

Le processus d'accompagnement du résident a pour socle les valeurs du prendre soin, et le respect de son autonomie, celui-ci étant contractualisé dans le projet de vie.

Les interventions soignantes sont en accord avec les principes de la chartre de la personne accueillie et du code éthique des professionnels qui confortent la réflexion menée en interne sur la prévention de la maltraitance.

(4) La protection des biens et des personnes

La protection des biens doit être améliorée. Lors de l'entrée, le résident peut amener quelques objets personnels qu'il souhaite conserver dans son logement. Pour éviter les pertes et les vols, il est déconseillé de conserver de l'argent ou des objets de valeur.

La protection des personnes est garantie par le respect de la confidentialité de l'information, le droit à la sécurité, à la santé, aux soins par un suivi médical adapté intégrés au projet d'établissement. S'il y a lieu, la mise en œuvre d'une protection juridique est sollicitée par le Directeur d'établissement.

Les axes d'amélioration portent sur la liste des biens détenus par le résident (« dépôts feints ») avec le suivi de l'actif, la vérification par un personnel technique de la conformité des biens déposés et acceptés et une meilleure anticipation des mesures de protections à enclencher. La mise en place d'un service mandataire à la protection des majeurs dans le cadre du G.C.S.M.S. permettrait à la fois d'améliorer les conditions de protection de la personne et à l'obligation faite de disposer d'un mandataire en interne.

L'établissement ne peut en effet satisfaire à cette obligation pour des questions de financement.

b) Accueil, de la demande de renseignement à l'intégration du résident

(1) Demande de renseignement

Les demandes de renseignements sont traitées par les agents administratifs du bureau d'accueil. Le dossier d'admission est envoyé par courrier en cas d'appel téléphonique, retiré directement au bureau ou téléchargé sur le site internet de l'établissement.

(2) Préadmission

Une visite de préadmission est organisée pour une rencontre médicale et la visite du prochain lieu de vie du futur résident.

L'accord des futurs résidents est recherché, des informations éclairées lui permettent de participer et d'être informé. La date d'admission est fixée avec la famille et /ou le résident.

(3) Admission

Une commission d'admission se réunit une fois par mois, elle permet d'analyser les demandes et d'informer les familles des décisions d'admission décidées par le Directeur d'établissement après avis du Médecin coordonnateur, de l'infirmière référente et en tenant compte des éléments apportés par l'agent d'accueil.

(4) Intégration

Un entretien d'accueil avec la personne et / ou ses proches est organisé. Le référent infirmier du résident garantit l'information, la sécurité de la personne dans son nouveau lieu de vie. Il validera ses capacités d'intégration ainsi que son consentement à son nouveau mode de vie qui sera confirmé au moment de la signature du projet de soins individualisé.

Un travail sur l'accueil du nouveau résident a été mené depuis 2007 (mise en place d'un groupe de réflexion accueil, élaboration d'une procédure...). Un protocole d'intégration permet d'encadrer l'accueil du nouveau résident. Un temps d'observation permet de définir un projet individualisé validé par le médecin coordonnateur en équipe pluridisciplinaire avant de le proposer au résident et /ou sa famille.

Les orientations de l'établissement au titre de l'accueil sont :

- Actualiser la procédure d'accueil,
- Intégrer une organisation spécifique pour les patients Alzheimer ou maladies apparentées,
- Organiser l'intégration des bilans programmés,
- Programmer une consultation et une évaluation gériatrique à tout nouveau résident un mois après l'entrée dans l'institution

c) L'amélioration de la vie du résident

(1) Relations sociales et projet d'animation

La politique d'établissement intègre les familles dans son projet, les relations sont privilégiées et encouragées.

Les journées de chaque résident sont organisées en fonction de ses désirs et de ses capacités, la participation aux activités est proposée. Les résidents peuvent sortir simplement, les heures de sorties et les retards devant être signalées pour des mesures de sécurité. Les heures de visite ne sont pas limitées.

(2) Vie sociale et projet d'animation spécifiques aux personnes désorientées : Le P.A.S.A.

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (P.A.S.A.) permet d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.

L'accueil dans le PASA est organisé sur décision du Directeur et après avis du médecin coordonnateur, du résident lui-même ou un membre de sa famille.

Le P.A.S.A. est animé par une équipe pluridisciplinaire composée : de deux assistants de soin en gérontologie, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute et d'une psychologue. Il accueille les résidents 5 jours par semaine pour leur offrir un accompagnement personnalisé associant relaxation et stimulation.

Un programme des activités de la semaine est établi régulièrement suite à une évaluation individualisée. L'équipe accompagne quotidiennement les résidents dans le bon

déroulement d'une journée « comme à la maison » : cuisine, préparation de la table...Des animations thérapeutiques et occupationnelles sont organisées pour maintenir les acquis, préserver l'autonomie et favoriser le bien-être les résidents : ateliers mémoire, chants, peinture, ...

La qualité de vie est l'enjeu principal. Les repères déterminants pour les personnes atteintes de démences sont la mobilité, l'indépendance physique, l'orientation, la capacité à participer à la vie sociale, le regard et le sourire sont des critères de bien-être.

Afin d'intégrer un résident au sein du P.A.S.A. créé en 2011 un protocole d'entrée est établi.

Après un temps d'adaptation d'environ trois semaines à un mois, l'inclusion au sein du P.A.S.A. est proposée au résident et/ou sa famille. Cette période d'observation active de la part du personnel vise à optimiser le choix d'un groupe, lui correspondant, au sein du P.A.S.A.

Une fiche d'entrée est réalisée sur laquelle sont précisés la date d'entrée au P.A.S.A., la date d'interruption et son motif, le diagnostic, les scores au M.M.S. et N.P.I.-E.S. réévalués annuellement et à chaque fois que nécessaire en fonction des changements de l'état de santé.

Une réunion pluridisciplinaire trimestrielle comprend les divers intervenants du P.A.S.A. : le directeur, A.S.G., psychomotricienne, ergothérapeute, psychologue ainsi que l'infirmière référente de l'établissement et l'I.D.E. de chacun des services. Cette réunion aborde brièvement les fonctionnalités du P.A.S.A., et plus particulièrement la prise en soin du résident pour un suivi actualisé.

Le bilan gérontologique annuel permet de mesurer l'évolution positive ou négative de la maladie.

d) L'amélioration des prestations transversales

(1) La restauration

La préparation des repas est assurée sur place par des professionnels qualifiés. Les menus fondés sur une cuisine traditionnelle, sont élaborés chaque trimestre par une commission animée par le chef cuisinier. Cette commission réunit le Directeur, un représentant des résidents, les hôtelières, un cuisinier, l'infirmière référente, une infirmière, un agent administratif et une diététicienne.

Des prestations de qualité soulignent l'importance des événements festifs pour les résidents.

En fonction de l'état de santé des résidents, les repas sont pris soit en salle de restauration (rez-de-chaussée), en salle à manger thérapeutique (à l'étage) ou en chambre. Les familles peuvent accompagner leur résident et même partager le repas.

L'hôtelière veille à l'aménagement, au confort, à l'ambiance de la salle. Elle assure un service personnalisé en étroite collaboration avec le personnel des cuisines et de soins.

Les axes d'amélioration de ce service sont la décoration des lieux (au Foyer logement) qui doit être améliorée pour plus de convivialité, des aménagements de la salle à manger de l'E.H.P.A.D. (cf. projet logistique) et le service par le résident.

Par ailleurs, la prestation du petit déjeuner servi uniquement à l'étage et en chambre est à adapter par du matériel ergonomique permettant d'individualiser le service.

(2) La gestion du linge

L'établissement externalise l'entretien du linge plat et les tenues professionnelles. Les lingères assurent l'entretien des effets personnels des résidents, Elles assurent la restitution du linge dans les services et les logements.

Dès l'accueil, les résidents et leurs représentants sont informés des contraintes relatives au traitement collectif du linge.

Un axe d'amélioration de ce service serait de faire participer les lingères à l'admission afin qu'elles s'assurent d'un trousseau adapté et établissent une fiche de traçabilité. Elles maintiendraient la mise à jour de la fiche à chaque renouvellement de linge afin de :

- Procéder plus facilement aux exigences des renouvellements,
- Limiter le risque de perte.

(3) L'entretien des locaux

L'organisation de la prestation de l'entretien des locaux est organisée et tracée. Les tâches sont nombreuses et les besoins des résidents sont plus importants du fait de l'augmentation de leur dépendance.

Un réaménagement du local ménage est nécessaire ainsi que l'identification d'un référent d'équipe d'entretien pour une continuité de la prestation plus satisfaisante.

Les moyens nécessaires:

- Réaménagement du local entretien,
- Désignation d'un référent entretien et d'une équipe identifiée,
- Création d'un temps supplémentaire en poste ménage sur l'E.H.P.A.D.

B. PARTIE 2 : PROJET D'ANIMATION

.....
L'animatrice est chargée de coordonner les animations. Elle a un travail d'animation, de coordination, de conseil auprès de l'équipe et d'exécution. Quotidiennement, le travail de l'équipe de soins est enrichi par des activités diverses.

Les objectifs de l'animation s'orientent vers :

- Le maintien des capacités physiques, psychiques et ou psychologiques des résidents,
- L'amélioration de la qualité de vie des résidents en favorisant les relations sociales.

1. Présentation de l'organisation actuelle

L'animation ainsi que son organisation sont assurés par 2 animatrices (1 poste à temps plein, 1 poste à mi-temps) aidées par 1 poste d'Aide Médico Psychologique (A.M.P.)

L'animation a pour objectif de dynamiser la vie quotidienne des résidents tout en respectant leur desiderata. Les résidents sont informés par voie d'affichage (semainier) et par des échanges informels sur les activités dans la structure.

Les activités actuelles sont les suivantes :

- Repas à thème (3 à 4 par an),
- Manifestations annuelles : feu de la saint jean, kermesse, loto...,
- Echanges intergénérationnels et interinstitutionnels,
- Sorties vers l'extérieur,

- Partenariat avec divers intervenants,
- Implication des bénévoles,
- Activités à visée physiques ou cognitives,
- Activités occupationnelles ou créatives,
- Activités festives : garder des repères spatiaux temporels,
- Séance de gymnastique sur chaise à lieu sur la maison de retraite 2 fois par semaine,
- Une chorale se réunit 1 fois par semaine et chante lors des repas anniversaires,
- Les anniversaires des résidents sont fêtés une fois par mois,
- Des échanges intergénérationnels sont favorisés en partageant des activités avec des enfants du CLSH (centre de loisirs sans hébergement),
- Un atelier tricot a lieu une fois par semaine en présence de deux bénévoles.

Un Journal interne relate l'ensemble des activités 2 fois par an et transmet des informations concernant le fonctionnement de l'établissement et la vie locale.

→ **Indicateur Qualité** :

(5) Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées

***Nombre de résidents satisfaits des activités collectives proposées /
Nombre de résidents dont on a recueilli l'avis***

2. La charte de l'animation

Chapitre : L'animation en gérontologie

Article 1 *Spécificités*

L'animation en gérontologie est issue à la fois de l'éducation populaire et de l'approche des adultes âgés. Elle contribue au respect des valeurs individuelles et collectives, en prenant en compte l'environnement. Elle individualise les pratiques en fonction des attentes et besoins des personnes.

Article 2 *Conception*

L'animation en gérontologie est un ensemble coordonné d'actions diverses et adaptées, en lien avec le vécu des personnes âgées. Elle vise une réponse aux attentes et aux besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie

relationnelle, sociale et culturelle. Elle se situe dans une perspective d'accomplissement de l'être humain dans le respect de ses capacités et l'expression de ses aspirations. Elle cherche la mise en commun avec les différentes approches soignantes et éducatives. Elle s'évalue par la mesure des écarts entre les attentes de la personne, les objectifs fixés et l'action réalisée.

Article 3 *Le projet d'animation*

Le projet d'animation est validé dans le cadre institutionnel et s'articule avec les autres projets.

Il s'intègre au projet de vie, en précise les points forts et prioritaires arrêtés par l'institution.

Il est garant de l'écoute des demandes et s'adapte aux attentes évolutives des personnes.

Il est élaboré avec les adultes âgés eux-mêmes, en fonction de leurs capacités, et avec tous les partenaires, dans une démarche participative.

Chapitre : Les apports de l'animation sociale

Article 4 *Répondre à des situations multiples, respecter les différences*

L'animation en gérontologie, s'appuyant sur le respect de la personne âgée et la reconnaissance de l'apport de chacun à la vie sociale, s'adresse à toutes les personnes âgées quelles que soient leurs possibilités et leur autonomie, dans une approche transversale impliquant l'avis de tous les acteurs proches concernés. Sa méthodologie garantit une approche adaptée.

Article 5 *Recherche, connaissance et respect des attentes de la personne*

L'animation en gérontologie s'appuie sur les moyens d'investigation des attentes des personnes dans une vie éthique préservant le respect de la vie personnelle.

Ses apports sont formalisés par l'individualisation des pratiques dans le respect des demandes des personnes, des lois en vigueur et de la liberté de chacun.

Article 6 *Vie sociale des personnes âgées : démarche et méthodologie*

Le projet d'animation comprend la mise en œuvre des réponses aux attentes, le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes et l'incitation à des projets permettant une vie sociale.

Les objectifs d'animation visent la satisfaction des attentes des personnes âgées, le plaisir et les sensations souhaités, l'exercice des rôles sociaux et leur valorisation. Le groupe est un support important de valorisation de la vie sociale. Il facilite le croisement des attentes individuelles, les stimule, et aide à l'exercice des rôles sociaux.

Le maintien et le développement de l'autonomie sociale passent par une approche active et citoyenne visant le maintien de l'insertion, où l'apport de chacun est moteur. L'autonomie sociale, en interaction avec les capacités physiques et psychiques, passe par le respect des valeurs, tout en évitant la mise en échec.

Chapitre Les acteurs, l'animateur, les interactions

Article 7 Multiplicité des acteurs et inter professionnalité

Tous les acteurs de l'animation ont pour finalité de faciliter l'autonomie sociale de l'adulte âgé et sa participation à la vie sociale. L'animation en gérontologie est contributive d'une approche globale de l'adulte âgé, et fait référence à toutes les disciplines. Elle favorise une réflexion globale sur les rôles des adultes âgés eux-mêmes, l'implication de tous les aidants dans une coopération construite, par une démarche participative autour d'un projet d'animation. L'animateur intervient au sein d'une équipe interprofessionnelle, dont il reconnaît la complémentarité. Il communique dans la transparence et en fonction d'objectifs définis.

Article 8 Spécificités de l'animateur

L'animateur communique de façon adaptée et compréhensible par tous, pour développer la participation et la coopération de chacun. Il acquiert ses méthodologies par des formations adaptées, qualifiantes, professionnalisantes. Son statut est lié à des compétences professionnelles validées et reconnues.

Plusieurs niveaux de qualification sont nécessaires pour répondre à tous les besoins. Le niveau minimum d'intervention en autonomie est celui du BP JEPS « animation sociale ». L'équipe d'animation se construit autour d'un projet d'animation et de ses acteurs (personnels, bénévoles, familles, proches, aidants, partenaires...). Leur intervention en animation s'effectue en référence au projet d'animation et sous la responsabilité de l'animateur. La responsabilité de l'animateur se situe dans l'intérêt de l'animation telle que définie dans les articles précédents, et dans la limite où la sécurité pour la personne âgée la pratiquant est assurée. L'animateur est garant du projet d'animation, de son application, compte tenu des moyens dont il dispose, sous l'autorité du directeur de l'institution, établissement ou service d'aide. Il fait respecter la liberté individuelle, le droit d'expression de

chacun et le fonctionnement démocratique du groupe. Il est tenu au secret professionnel et au respect des confidentialités.

Article 9 Fonctions de l'animateur social

L'animateur construit, prépare, réalise et évalue les actions d'animation dont il a la responsabilité. Il recueille les informations et communique aux autres professionnels ou intervenants les connaissances qu'il a, dans les limites de la confidentialité et dans la recherche de la meilleure réponse à la personne âgée. Le partage d'informations avec l'ensemble de l'équipe permet d'évaluer le risque et de fixer les conditions de réalisation. L'animateur a un rôle de médiation dans les pratiques centrées sur les attentes et choix de la personne âgée. Il est autonome pour prendre toute décision en matière d'animation dès lors que le projet d'animation est connu de tous, sous réserve de la sécurité et sous l'autorité du responsable.

Il diffuse les informations dans les limites de l'exercice de son métier. Il organise le recueil des attentes, l'analyse des situations et les coordinations sur l'animation, pour des pratiques d'animation éthiques et respectueuses des personnes. Il peut remplir des missions spécifiques (dynamisation des équipes, information, gestion, formation...) dans une participation à une culture gérontologique partagée.

3. Le maintien des relations sociales des résidents

Favoriser les relations sociales des résidents est l'objectif principal de l'animation. L'amélioration de l'existant consiste à créer davantage d'activités à l'extérieur pour que les résidents gardent le contact et soient stimulés par la vie hors de l'établissement lors :

- D'échanges avec les différentes associations du village,
- De partenariat avec les différents intervenants,
- De temps de partage avec les familles, bénévoles, personnel.

→ Indicateur Qualité :

(6) Taux de résidents isolés

Nombre de résidents n'ayant ni visite, ni contact avec famille, ami ou bénévole / Nombre total de résidents

4. L'ouverture sur l'extérieur

Cette ouverture a pour objectif de permettre aux résidents de sortir du cadre institutionnel.

Une navette accompagne les résidents 1 fois par semaine au marché, faire des courses chez les commerçants, au cinéma, au club des aînés, chez l'opticien...

Un minibus permet d'assurer le transport pour ses différentes sorties : promenade, cinéma, sorties culturelles, rencontres inter- institutionnelles ou intergénérationnelles.

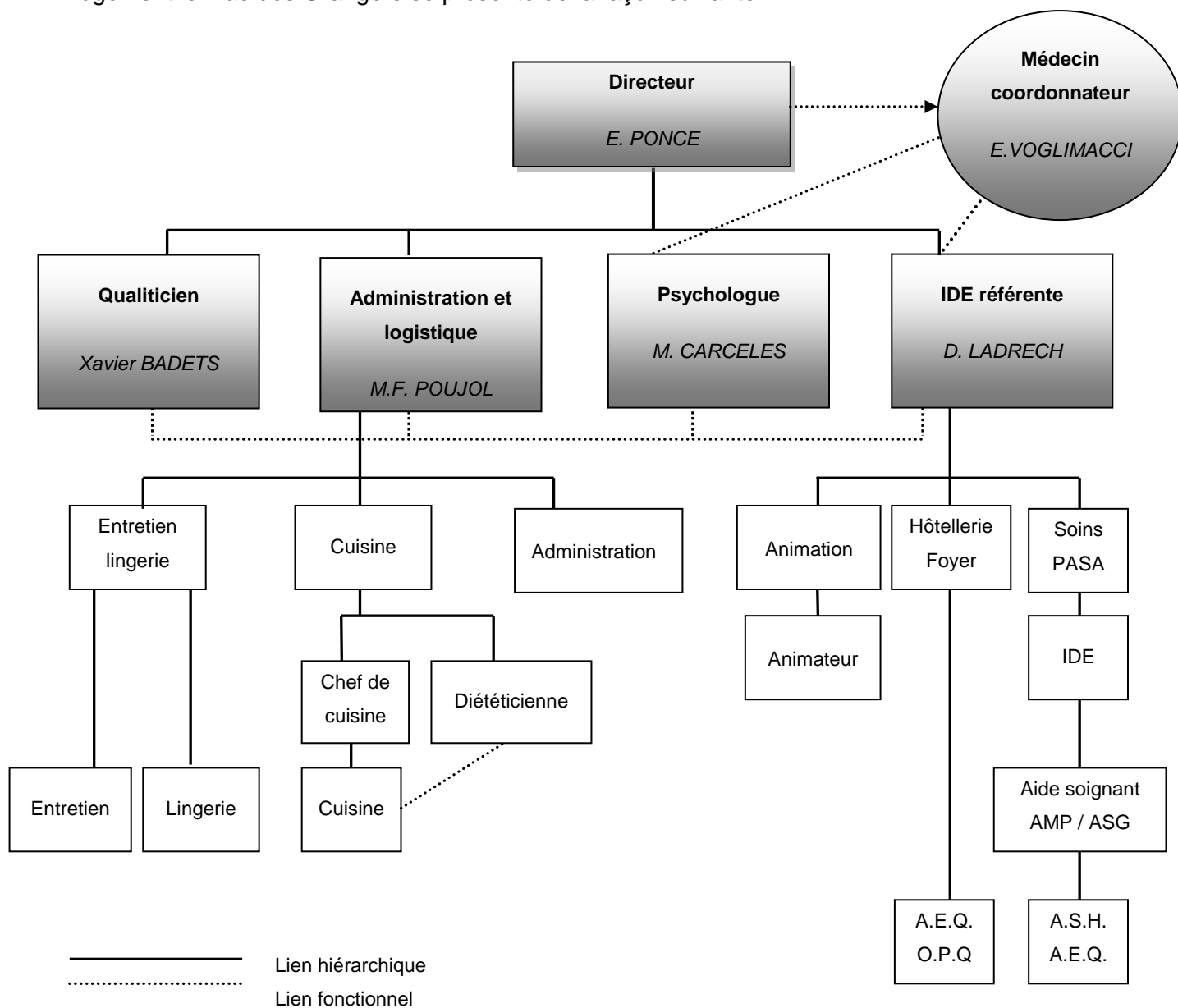
Les orientations de l'établissement au titre de l'animation sont :

- Organiser de nouvelles activités comme l'organisation d'un séjour vacances,
- Augmenter le nombre de sorties à l'extérieur,
- Développer la prise en charge individuelle par des ateliers spécifiques (art thérapie, poterie...),
- Permettre aux résidents de confectionner leur repas et de le déguster ensemble,
- Exposer les réalisations des résidents et rencontrer les familles lors d'une journée portes ouvertes, temps de rencontre et de visite,
- Conventionner avec les bénévoles et renforcer le travail en partenariat avec le personnel de l'établissement,
- Equiper le minibus d'une plateforme pour les résidents en fauteuil roulant,
- Poursuivre la réalisation des fiches ateliers.

IV. PROJET SOCIAL

A. LA DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ACTUELLE

L'organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'E.H.P.A.D. Saint Joseph et du Foyer Logement le Mas des Orangers se présente de la façon suivante :



1. Le responsable de l'établissement

Le Directeur de l'établissement est chargé de la gestion et du bon fonctionnement de l'institution. Dans le cadre de ses attributions, il s'engage à :

- Faire vivre le projet d'établissement en impliquant l'ensemble du personnel,
- Veiller au bon fonctionnement des instances légales,
- Mettre en œuvre l'ensemble des actions définies dans le présent document dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2. L'infirmière référente

Elle représente la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Son rôle est d'assurer la coordination du travail du personnel, d'être l'interlocutrice du médecin coordonnateur, d'encadrer les soignants, de participer à l'élaboration et à l'exécution du projet de soins, d'assurer la liaison entre les familles et les résidents, les médecins et les personnels soignants pour tout ce qui concerne les soins.

Elle veille, de plus, à effectuer le suivi de la réglementation et s'assure de sa bonne application.

3. Les autres personnels

Les infirmières assurent la prise en charge en soin, en collaboration avec les aides-soignants et les autres personnels soignants.

Le service hôtelier est assuré par les agents de service et pour partie par les aides-soignants, il permet de garantir un lieu d'habitation convenable et d'assurer un environnement favorable au développement des liens sociaux et relationnels en collaboration avec les animateurs.

Afin d'assurer une prise en charge de qualité, ces personnels travaillent en étroite collaboration.

Les personnels du service administratif et des services généraux participent et contribuent au bon fonctionnement de l'institution dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la prise en charge globale des résidents.

B. L'AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION INTERNE

La communication interne d'un établissement doit être organisée pour faciliter la circulation de l'information, qu'elle soit ascendante (des services vers la Direction) ou descendante (de la Direction vers les services). Les outils utilisés doivent rester simples et efficaces.

En premier lieu, la Direction doit organiser ses procédures de recrutement et proposer dès l'arrivée de l'agent, le livret d'accueil du personnel qui reste à élaborer. Ce document permet aux agents de comprendre le fonctionnement et l'organisation de l'établissement. De même, un règlement intérieur de l'établissement devra être élaboré et diffusé à tous.

Dans le cadre de l'amélioration de l'accueil des nouveaux agents, l'infirmière référente se charge de présenter les nouveaux agents ainsi que les étudiants et les stagiaires aux équipes.

Les axes d'amélioration :

- Elaborer le livret d'accueil du personnel et celui des étudiants et stagiaires
- Elaborer le règlement intérieur du personnel.
- Organiser des visites et des présentations de l'établissement aux nouveaux arrivants.

1. Au niveau des services de soins

L'établissement est doté d'un dossier de soin informatisé.

Toutes les transmissions sont intégrées dans le dossier, mais il en dégage qu'une formation aux transmissions ciblées est nécessaire.

Les transmissions orales ont lieu :

- Le matin de 5h45 à 6h entre l'équipe de nuit et celle de jour ;
- A la mi-journée de 13h45 à 14h30 en équipe pluri disciplinaire

- Le soir de 20h00 à 20h15 entre l'équipe soignante de jour et celle de nuit.

Une fois par semaine, l'équipe pluri disciplinaire, enrichie du médecin coordonnateur et du Directeur ou de son représentant, étudient, valident et réévaluent le projet de vie d'un résident.

Les axes d'amélioration :

- Organiser des sessions de formation aux transmissions ciblées.

2. Au niveau de l'organisation

La communication relative à l'organisation est assurée par voie d'affichage de note d'information et note de service à la salle de réunion du personnel. Les procès-verbaux du Comité Technique d'Etablissement sont mis à disposition de l'ensemble du personnel de la même façon.

Les axes d'amélioration :

- Mettre à jour le panneau d'affichage au minimum une fois par mois.

3. Au niveau de l'organisation paramédicale

Les auxiliaires médicaux disposent d'un accès au dossier de soin informatisé. Cet accès permet de disposer d'une messagerie interne à l'établissement. De plus, les intervenants libéraux ont la possibilité de se connecter à distance depuis leur cabinet.

La communication avec les pharmacies et le laboratoire d'analyses médicales s'effectue par téléphone ou par télécopie, mais aussi lors des passages quotidiens.

4. Au niveau des transports des personnes (ambulance/taxi)

La prise de rendez-vous se fait par téléphone. Les documents nécessaires au transport sont remis lors de la prise en charge du résident.

5. Au niveau de l'animation

La communication des activités d'animation est effectuée par voie d'affichage dans chacun des halls d'entrée. Une planification hebdomadaire est réalisée.

La saisie du suivi des activités est renseignée dans le D.S.I.

Les axes d'amélioration :

- Afficher le planning hebdomadaire le vendredi pour la semaine suivante à l'E.H.P.A.D.

6. Au niveau des services hôteliers

La communication s'effectue par téléphone tant au niveau de la salle de restauration qu'au niveau de la lingerie.

En ce qui concerne, l'équipe entretien des locaux les besoins sont retracés dans le classeur traçabilité.

Les axes d'amélioration :

- Développer l'utilisation du D.S.I.

7. Au niveau de la cuisine

Les demandes des services s'effectuent par téléphone.

Les axes d'amélioration :

- Développer un outil qui retrace les différents régimes alimentaires

1.1 Au niveau du service de maintenance des locaux

Les demandes de travaux s'effectuent sur le cahier de liaison service/administration ou directement par téléphone.

Les axes d'amélioration :

- Mettre en place la traçabilité des interventions.

8. Au niveau de l'administration

Les informations importantes sont diffusées par note de service ou d'information, affichées dans la salle du personnel. La communication avec le service de soin est effectuée par le cahier de liaison service/administration ou par téléphone. Avec les autres services elle se fait par téléphone.

C. L'AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION EXTERNE

1. Supports de communication

La communication externe s'effectue par le site internet (www.mrsaintjoseph.fr), par voie d'affichage dans les halls d'entrée et sur les portes de l'établissement et chez les commerçants du village lors de manifestations ponctuelles (kermesse, loto) et par courrier auprès des fournisseurs

Les axes d'amélioration :

- Enrichir le site internet

2. Les familles des résidents

Les familles sont informées par courrier, par voie d'affichage et lors des réunions du Conseil de la vie sociale.

Les axes d'amélioration :

- Développer la communication par messagerie électronique.

3. Les bénévoles et les instances

Les bénévoles sont informés des comptes rendus des réunions des commissions d'animation auquel ils sont conviés en fonction de l'ordre du jour.

La place du bénévole dans l'établissement n'est pas clairement définie.

Les axes d'amélioration :

- Rédiger la Charte du bénévole et formaliser les conventions d'intervention.

4. Les coopérations

Les coopérations sont définies par des conventions. La communication s'effectue selon le besoin par téléphone, messagerie électronique ou télécopie.

5. Les prestataires externes (coiffeurs, dépannage, fournisseurs divers)

Les prestataires extérieurs sont informés principalement par téléphone.

D. LES RISQUES PROFESSIONNELS

Un document unique a été réalisé dans l'établissement. Celui-ci doit être mis à jour.

Le nombre de salariés de l'institution dépasse aujourd'hui les 50 agents, le C.H.S.C.T. (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) aura pour une de ces missions l'actualisation de ce document. Le médecin du travail sera associé à cette démarche.

Les personnels font face à des difficultés lors de prise en charge de résidents un accompagnement des équipes s'avère nécessaire.

Les axes d'amélioration :

- Créer le C.H.S.C.T.
- Mettre à jour le document unique
- Prévoir un temps de psychologue pour le personnel

E. LA FORMATION DU PERSONNEL

Dans le cadre de la réforme portant sur la formation tout au long de la vie, l'établissement établit un plan de formation annuel en tenant compte de besoins

institutionnels et des demandes recueillies auprès des agents lors de l'entretien de formation. Certains axes s'inscrivent pluri annuellement.

Aujourd'hui, l'établissement doit déterminer les actions inscrites dans le cadre du droit individuel à la formation et mettre en œuvre le dispositif professionnel continu.

Les axes d'amélioration :

- Créer une commission de formation qui préparera le plan de formation avant sa validation lors du CTE.

V. PROJET DES SERVICES GÉNÉRAUX

A. LE PROJET ARCHITECTURAL

1. La qualité des espaces

L'E.H.P.A.D. a fait l'objet d'une opération de réhabilitation profonde en 1996, achevée en 1998, permettant d'humaniser les locaux. Le Foyer logement a lui aussi été réhabilité, de manière plus légère, entre 2000 et 2002, mettant notamment l'établissement aux normes de sécurité incendie.

Les locaux techniques (cuisine et blanchisserie) ont été entièrement reconstruits mais certaines adaptations restent nécessaires, notamment pour la gestion du linge, tenant compte là-aussi des normes d'hygiène en vigueur.

Des aménagements seront effectués afin d'adapter l'existant aux besoins d'espace et de sécurité des résidents et du personnel :

- Transformation du terrain de boule, non utilisé depuis sa création en 2009, en parking en raison de l'absence de places de stationnement ;
- Eclairage des extérieurs, côté lac, des emplacements de parking étant disponibles ou créés mais plongés dans la pénombre la nuit, ce qui fait l'objet de remarques à la fois du personnel mais aussi des résidents du Foyer logement ;
- Rafraîchissement de la salle d'animation de l'E.H.P.A.D., certaines activités ne pouvant être délocalisées dans la salle à manger du Foyer logement qui est climatisée (projet cinéma par exemple) ;
- Adaptation de la salle à manger de l'E.H.P.A.D. avant cloisonnement pour créer des réserves sèches et éviter de laisser certaines denrées à portée de main des résidents ;
- Aménagements extérieurs de l'E.H.P.A.D. : cour intérieure selon demande des résidents, bacs à fleurs, toiture de la tonnelle.... ;
- Changement du mobilier de la salle à manger thérapeutique et petit salon afin de disposer d'un équipement adapté, notamment pour le repas des résidents, et la réfection d'une partie du sol ;
- La question de l'archivage, que ce soit des archives administratives ou du dossier du patient, est une problématique récurrente. L'occupation du plateau du second

étage aurait pu résoudre ce problème (création d'une pièce « archives »), mais cette possibilité est liée à moyen terme à l'aboutissement du projet d'extension. Dans cette attente, une réorganisation des locaux est à prévoir, comprenant notamment l'aménagement d'une pièce du Foyer logement permettant d'accueillir ces archives : travaux d'isolation et mise en place de mobilier adapté.

2. L'accessibilité du bâtiment

L'établissement a répondu à ses obligations d'effectuer un diagnostic accessibilité sur les deux bâtiments avant le 1^{er} janvier 2011. Il en ressort les points suivants :

A. EHPAD

- Accès depuis les abords jusqu'au bâtiment :
 - Cheminement extérieur : création de paliers de repos,
 - Stationnement automobile : création d'1 place de stationnement handicapé (1 existante).
- Accès aux bâtiments /circulations principales et sanitaires :
 - Circulations intérieures : remise aux normes des escaliers (bande d'éveil),
 - Adaptation des sanitaires et des non-conformités.
- Accès aux bâtiments à l'ensemble des services : modification des points de non-conformité des sanitaires des chambres

B. FOYER

- Accès depuis les abords jusqu'au bâtiment :
 - Cheminement extérieur : reprofilage d'une rampe et reprise de dévers,
- Accès aux bâtiments /circulations principales et sanitaires :
 - Circulations intérieures : agencement des tables en salle à manger,
 - Adaptation des sanitaires.
- Accès aux bâtiments à l'ensemble des services : mise en conformité des salles de bain des chambres. Ce projet ne sera que partiellement réalisé au regard du coût prévisionnel d'une mise aux normes de l'ensemble des sanitaires (200 000 €) et du caractère non obligatoire sur un établissement de 5^{ème} catégorie.

Par ailleurs, en complément des observations transmises par le prestataire, l'établissement souhaite favoriser l'accessibilité et le repérage dans les locaux en distinguant les secteurs de l'E.H.P.A.D. par couleurs et en améliorant la signalétique du bâtiment : mise

en place d'un sens de circulation, panneaux directionnels, panneau d'enseigne sur l'avenue de Toulouse, panneaux d'information, pictogrammes, plaques de portes...

3. Le projet d'extension de l'établissement

Le projet d'extension de l'établissement, prévu initialement en convention tripartite 1^{ère} génération, reste d'actualité. Cette extension permettrait d'accueillir, sur un secteur protégé de 12 lits, des résidents qui faute de locaux adaptés, soit ne peuvent rentrer dans l'institution, soit sont amenés à le quitter pour rejoindre des établissements adaptés. Ce projet consisterait par ailleurs à la transformation de 5 des 7 chambres doubles en chambre simple, ce qui permettrait à l'établissement de répondre aux critères de qualité en E.H.P.A.D. Pour mener à bien cette opération, l'établissement avait acheté un terrain mitoyen d'une superficie de 500 m² (ancienne « maison GARRABET ») afin d'accueillir ces nouveaux locaux. La destruction de cette villa vétuste est prévue mais ne pourra être envisagée que dans le cadre de cette opération pour raisons économiques.

Le « plateau », deuxième niveau non occupé, pourrait ensuite être investi avec création de locaux techniques, vestiaires et transfert de la salle de Conseil d'administration qui laisserait place à un espace médicotechnique au rez-de-chaussée.

B. LE PROJET LOGISTIQUE

.....

1. Le projet du service de blanchisserie

La blanchisserie ne répond plus aux normes d'hygiène et aux préconisations de « marche en avant » prévues par la norme R.A.B.C. Outre une adaptation des équipements vieillissant, une modernisation de la blanchisserie passe aussi par une adaptation architecturale visant à distinguer le secteur sale du secteur propre.

Dans un premier temps, cette adaptation aura lieu sur l'existant avec possibilité d'ouverture et de récupération de l'espace de la salle à manger du personnel si le projet d'extension aboutit. Le projet modifierait l'espace en créant ces deux zones séparées par un SAS, conformément au rapport d'audit transmis en mai 2012. Du matériel plus performant et aseptique serait acheté : 1 lave-linge de 15 kg et 1 lave-linge de 35 kg, et 1 séchoir rotatif de 35 kg pour le séchage de cette dernière machine. La question du stockage du linge sale doit

aussi être réglée, le stationnement du linge dans le couloir de la blanchisserie n'étant pas adapté pour des raisons d'hygiène et de sécurité incendie. Cette problématique pourrait être réglée dans l'hypothèse d'une extension de la blanchisserie sur la salle à manger du personnel.

L'informatisation de la blanchisserie sera la dernière étape dans ce processus de démarche qualité.

Par ailleurs, une partie du linge de l'établissement est externalisé : linge plat et tenues du personnel. Il est prévu de poursuivre sur cette prestation qui donne satisfaction et évite par ailleurs une charge de travail trop importante pour les lingères, la blanchisserie ne pouvant accueillir une calandre. L'externalisation d'autres articles n'est pas prévue.

2. Le projet du service de restauration

L'établissement s'est attaché ces dernières années à améliorer et garantir l'hygiène alimentaire tout en conservant la qualité des repas servis, deux menus étant proposés le midi aux résidents. L'amélioration des procédures est en cours et devra se poursuivre tenant compte notamment des recommandations des services vétérinaires et des observations transmises par le laboratoire vétérinaire départemental dans le cadre de sa mission d'audit annuel. Les prélèvements mensuels de surface et d'échantillon sont effectués et permettent de garantir la sécurité alimentaire.

L'établissement doit maintenant s'efforcer d'améliorer la formation du personnel (Plan de Maîtrise Sanitaire) et progresser sur les points suivants :

- Adaptation de la zone de préparation froide,
- Résoudre les problématiques des réserves sèches et de la traçabilité des étiquettes,
- Améliorer la distribution dans le respect de la chaîne du froid,
- Résoudre le problème de distribution des petits déjeuners, cette problématique étant commune avec les services soignants.

3. Le projet du service de maintenance

L'ensemble des appareils techniques fait l'objet d'un contrat de maintenance préventive et curative. Par ailleurs, un bureau de contrôle assure la conformité des installations de l'établissement.

Les locaux du service technique sont idéalement placés mais devraient laisser place aux locaux de l'extension si cette dernière voit le jour. Un déplacement serait ainsi prévu avec une reconstruction sur la partie basse du Foyer, à l'emplacement des pelouses. Des locaux adaptés seraient ainsi créés avec des zones de stockage qui font parfois défaut.

Les opérations suivantes au niveau des ascenseurs devront être réalisées, conformément à la loi Urbanisme et habitat :

- Demande de secours en cabine et éclairage des locaux de maintenance d'ici le 3 juillet 2013 (ascenseurs E.H.P.A.D. et Foyer logement)
- Protection contre la vitesse excessive en montée d'ici le 3 juillet 2018 (ascenseur Foyer logement)

Par ailleurs, des travaux complémentaires de mise en place d'une balustrade sur toit de cabine seront réalisés ultérieurement pour le monte-charge de l'E.H.P.A.D.

Le traitement préventif au niveau de chaufferies est à prévoir avec notamment le suivi des températures à réaliser mensuellement, conformément à la réglementation.

De plus, la totalité des systèmes de climatisation ne devrait plus être conforme d'ici 2015 (modification du type de gaz), nécessitant un changement total de l'installation.

La mise en place d'un contrat de maintenance préventive en blanchisserie sur du matériel neuf se justifiera aussi, tenant compte des opérations envisagées sur ce secteur.

Il est enfin prévu là aussi une informatisation du service avec une Gestion et Maintenance Assistée par Ordinateur (G.M.A.O.) , la question de la systématisation des bons de travaux devant être réglé, sous format papier ou dématérialisé.

VI. PROJET DES SERVICES D'INFORMATION ET DE LA GESTION DES RISQUES

A. LA MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ

Depuis le début de l'année 2012, un qualicien intervient au sein de l'établissement (0,1 ETP sur l'E.H.P.A.D. et 0,1 ETP sur le Foyer). Il a pour mission de mettre en œuvre et faire vivre la démarche qualité. Pour cela, différents outils pour les évaluations et l'amélioration de la qualité doivent être créés et instaurés.

Pour l'évaluation interne, l'établissement a pris l'option d'utiliser le référentiel d'évaluation créé sur l'EHPAD « Saint Jacques » de Grenade sur Garonne et partagé par les établissements partenaires du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale. Celui-ci reprend les référentiels existant (ANGELIQUE, EVA, GRIEPS et guides de bonnes pratiques de l'ANESMS) et l'étude IQUARE 2011¹. Ce référentiel sera aussi utilisé pour l'évaluation interne du Foyer logement et adapté selon les spécificités de ce service.

Il est prévu de réaliser l'évaluation interne d'ici fin 2012 / début 2013 et l'évaluation externe au deuxième semestre 2013. Un comité de pilotage et de gestion des risques est créé. Cette instance de travail a pour objectif de valider les documents réalisés par le qualicien, en collaboration avec les équipes, garantir la politique qualité de l'établissement, la faire vivre, mettre en œuvre le Plan d'Action Qualité (P.A.Q.) et son suivi.

Ce comité est composé :

- ✓ Du Directeur,
- ✓ Du Médecin coordonnateur,
- ✓ Du qualicien,
- ✓ De l'infirmière référente,
- ✓ De l'attachée d'administration hospitalière,

D'autres professionnels peuvent être conviés selon les thèmes abordés lors des réunions.

En plus d'initier une démarche qualité, le projet d'établissement 2012-2017 a permis de faire un état des lieux de la situation actuelle, d'envisager les actions d'amélioration à mettre en œuvre et les moyens humains, matériels et techniques nécessaires.

¹ Etude menée en Région Midi-Pyrénées depuis 2011 et visant à améliorer les pratiques médicales en EHPAD

→ **INDICATEURS QUALITÉ :**

1/ % des actions réalisées,

2/ % d'évolution des enquêtes de satisfaction,

3/ % d'actions réalisées par rapport aux observations des évaluateurs externes.

1. L'organisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques

Différents groupes de travail se sont réunis, avec la participation de l'ensemble des professionnels présents dans l'établissement. Ils ont été composés comme suit, reprenant chacun des chapitres du présent projet :

- ✓ Projet médical : médecin coordonnateur, directeur, IDE et AS ;
- ✓ Projet de soins et de vie : Infirmière référente, animateurs, ergothérapeute, kinésithérapeutes, psychologue, psychomotricienne, I.D.E. et AS ;
- ✓ Projet social : Adjointe au Directeur et représentants du personnel ;
- ✓ Projet des services généraux : Adjointe au Directeur, responsable cuisine, responsable technique, lingère et hôtelière ;
- ✓ Projet système d'information et gestion des risques : directeur, qualicien, infirmière référente, adjointe au Directeur et IDE.

Un responsable de groupe est nommé et Il est chargé de la rédaction du projet d'établissement selon leur projet spécifique et suite aux réunions conduites.

L'évaluation interne sera conduite en utilisant le référentiel d'évaluation interne. Cela permettra une première analyse des pratiques de l'établissement. Les éléments à améliorer feront l'objet d'actions correctives, l'objectif étant de satisfaire les différents points évalués lors de l'évaluation externe.

Afin de maintenir un niveau constant des prestations et de les améliorer, un programme d'amélioration de la qualité sera instauré. Il pourra prendre la forme d'évaluations et d'audits. Les dysfonctionnements ou problématiques mis en évidence feront l'objet d'axes d'amélioration.

Une veille juridique permettra par ailleurs de se conformer aux réglementations applicables. Une veille des bonnes pratiques sera assurée par le qualicien, et transmise à l'encadrement par l'intermédiaire du comité qualité.

2. La définition d'une politique de gestion globale

a) La gestion des évènements indésirables

Dans le cadre de la gestion des risques *a priori*, un dispositif de signalement d'évènements indésirables sera mis en place dès 2013. Pour ce faire, des fiches de déclaration seront disponibles dans tous les services et pourront être remplies par l'ensemble des personnels. Leur recueil permettra d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à notre activité afin de les réduire au maximum

Une procédure sera formalisée afin de préciser les modalités de déclaration de ces fiches et définir l'organisation mis en place pour leurs exploitations.

b) Les risques non professionnels

Un document référençant les différentes consignes de sécurité sera rédigé et transmis aux différents intervenants extérieurs. L'objectif est de faire appliquer ces règles par tous les professionnels et ainsi éviter les situations à risque lors d'intervention. Il s'agit là de garantir la sécurité pour les professionnels de l'établissement, les résidents et toutes autres personnes extérieures intervenantes.

Pour compléter son approche d'identification des risques *a posteriori* par une recherche des risques *a priori*, l'établissement souhaite s'engager dans la réalisation de sa cartographie des risques. Celle-ci sera construite avec pour objectif de disposer d'une analyse pertinente d'ici 2017. Ce support sera enrichi des travaux menés par le C.H.S.C.T., puis adapté selon les évolutions réglementaires ou propres à l'établissement.

c) Le D.A.R.I.

Le document d'analyse du risque infectieux est réalisé depuis octobre 2012. Il sera intégré dans le rapport annuel d'activité médicale et les points faibles relevés lors de l'évaluation seront classés en actions prioritaires d'améliorations.

d) La sécurité du bâtiment

L'ensemble des appareils techniques font l'objet d'un contrat de maintenance préventive et curative. Par ailleurs, un bureau de contrôle assure la conformité des installations de l'établissement.

➤ Incendie

Tous les agents sont formés régulièrement aux risques incendie et aux conduites à tenir. Le responsable technique est formé au S.S.I.A.P. 1 depuis 2012, Le deuxième agent technique sera formé en 2013. Ils seront ainsi les référents sécurité incendie, assureront la sécurité incendie du bâtiment et identifieront les adaptations matérielles nécessaires.

Des informations régulières en interne pourront être dispensées par ces agents afin de rappeler à chacun les règles de sécurité.

Il pourra être envisagé une simulation d'incendies en collaboration avec les sapeurs-pompiers de la commune afin de réaliser un exercice dans des conditions réelles. De plus, les conduites à tenir en cas d'incendie seront réalisées et intégrées dans le livret d'accueil du personnel.

➤ Electrique

Selon la réglementation en vigueur, l'établissement a l'obligation de disposer d'un groupe électrogène. Celui-ci doit permettre de prendre le relais en cas de défaillance électrique.

L'établissement dispose déjà d'un groupe électrogène actuellement sous-dimensionné. Ainsi, l'achat d'un nouveau groupe électrogène est prioritaire. Celui-ci de capacité plus importante permettra d'assurer la permanence électrique de tous les services – hors blanchisserie. En ce qui concerne la prestation linge, en cas de survenance d'un risque électrique prolongé dans le temps, les agents de la lingerie iront renforcer la blanchisserie de l'EHPAD « Saint Jacques » de Villemur-sur-Tarn qui assurera l'entretien du linge des résidents. Pour rappel, l'entretien du linge plat et des tenues du personnel est externalisé depuis de nombreuses années.

e) Le risque de canicule et l'urgence sanitaire

- Depuis la canicule de 2003, un plan canicule est mis en œuvre en cas d'épisode de grandes chaleurs. Chaque année, l'établissement respecte cette obligation. Ce plan canicule se traduit de la manière suivante :

- ✓ Présence de climatisation dans les locaux collectifs,

- ✓ Distribution régulière de boissons,
 - ✓ Surveillance de l'hydratation des résidents.
-
- Plan grippe A : ce plan existe. Il est adapté chaque année selon les recommandations des autorités sanitaires.

 - Plan grand froid. Actuellement, aucun plan grand froid n'existe dans l'établissement. Il est prévu qu'il soit mis en place pour la période hivernale 2012-2013.

Dans un souci de simplification et de clarification, il est prévu d'intégrer ces trois documents dans un document unique (classeur) comprenant une trame commune (logigramme et organisation de la cellule de crise) complétée en annexe de ces plans qui seront réactualisés selon les recommandations transmises.

- L'urgence vitale et le chariot d'urgence.

Depuis 2011, un chariot d'urgence est à disposition dans l'infirmierie afin de pouvoir apporter les premiers gestes de secours et limiter les appels aux secours. Il est constitué des éléments suivants :

- ✓ Défibrillateur semi-automatique,
- ✓ Bouteille d'oxygène,
- ✓ Matériel de ventilation,
- ✓ Matériel pour accès veineux et injections,
- ✓ Matériel d'aspiration
- ✓ Médicaments,
- ✓ Plan dur pour massage cardiaque.

Les éléments périssables sont régulièrement vérifiés et éliminés en cas de péremption.