



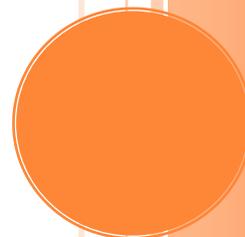
PROJET D'ETABLISSEMENT

2016 - 2021

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de
Saint-Pierre-Sur-Dives (14170) « La Mesnie »

Projet approuvé en Conseil de Vie Sociale le : 25/04/2016

Projet approuvé en Conseil d'Administration le : 05/05/16



Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Préambule..... | 5 |
| Données de cadrage démographiques nationales..... | 6 |
| Politique gérontologique nationale..... | 9 |
| 1- Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement..... | 9 |
| 2- Le plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019..... | 10 |
| I) Données générales de l'établissement..... | 11 |
| 1.1. La situation de l'établissement..... | 11 |
| 1.1.1. Histoire..... | 11 |
| 1.1.2. Identification et statut juridique..... | 11 |
| 1.1.3. Capacité d'accueil EHPAD..... | 12 |
| 1.1.4. Implantation géographique, accessibilité..... | 12 |
| 1.1.5. Tarifs de l'établissement 2015..... | 12 |
| 1.1.6. Les missions de l'établissement..... | 13 |
| 1.1.7. Prestations de service..... | 13 |
| 1.2. Les valeurs..... | 14 |
| 1.3. Recommandations et textes de référence..... | 15 |
| 1.4. Le contexte réglementaire..... | 16 |
| 1.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement..... | 17 |
| 1.6. Population accueillie..... | 18 |
| 1.6.1. Répartition des résidents par sexe..... | 18 |
| 1.6.2. Age moyen des résidents..... | 19 |
| 1.6.3. Répartition géographique des résidents hébergés..... | 19 |
| 1.6.4. Résidents bénéficiant de l'aide sociale en 2015..... | 19 |
| 1.6.5. Prise en charge de la dépendance : Les chiffres de la dépendance..... | 20 |
| II) Les projets de l'établissement..... | 21 |
| 2.1. Méthodologie..... | 21 |
| 2.1.1. Organisation de la rédaction du projet..... | 21 |
| 2.1.2. Constitution des groupes de travail..... | 21 |
| 2.2. Le projet de vie..... | 23 |
| 2.2.1. Définition du projet de vie..... | 24 |
| 2.2.2. Un accueil individualisé..... | 24 |
| 2.2.3. L'hébergement..... | 26 |
| 2.2.4. La restauration..... | 26 |
| 2.2.5. Vie sociale et animations..... | 27 |
| 2.2.6. Participation à la vie de l'établissement : Le CVS..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.7. Politique de prévention par le sport : Le parcours santé..... | 28 |
| 2.2.8. Culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance..... | 31 |
| 2.2.9. Snoezelen : Espace de « stimulation multi-sensorielle contrôlée »..... | 33 |
| 2.2.10. Les axes de progression 2016-2021..... | 35 |
| 2.3. Le projet de soins..... | 37 |
| 2.3.1. Les soins individualisés et personnalisés..... | 38 |
| 2.3.2. Les soins de sécurité..... | 39 |
| 2.3.3. Gestion des risques de l'environnement..... | 39 |
| 2.3.4. Gestion des risques dans les soins..... | 40 |
| 2.3.5. Les soins de réhabilitation à l'autonomie..... | 43 |
| 2.3.6. Soins spécifiques..... | 44 |
| 2.3.7. Prise en charge de la détérioration intellectuelle et des troubles psy..... | 45 |
| 2.3.8. Prise en charge de la filière Alzheimer et des pathologies apparentées..... | 45 |
| 2.3.9. Les transmissions..... | 46 |
| 2.4. Le projet de soins spécifique M.A.P.A.D..... | 47 |
| 2.4.1. Principes fondamentaux..... | 47 |
| 2.4.2. L'admission..... | 47 |
| 2.4.3. Evaluation gérontologique standard..... | 47 |
| 2.4.4. Objectifs..... | 48 |
| 2.4.5. Prise en charge spécifique..... | 49 |
| 2.4.6. Troubles du comportement alimentaire..... | 53 |
| 2.4.7. Prévention de la perte d'autonomie locomotrice..... | 55 |
| 2.4.8. Sécurité médicamenteuse et surveillance médicale..... | 56 |
| 2.4.9. Collaboration avec les familles et l'entourage..... | 56 |
| 2.4.10. Communication avec les autres professionnels de santé..... | 57 |
| 2.4.11. Formations de l'équipe soignante..... | 57 |
| 2.4.12. Les axes de progression 2016-2021..... | 59 |
| 2.5. Le projet d'animation..... | 60 |
| 2.5.1. Introduction..... | 61 |
| 2.5.2. Le projet d'animation de la Mesnie..... | 64 |
| 2.5.3. Le projet d'animation de la M.A.P.A.D..... | 69 |
| 2.6. Le projet architectural..... | 75 |
| 2.6.2. Projets architecturaux 2016-2021 | |
| a) Modernisation des « logements-foyers » : les résidences-autonomie | 76 |
| b) L'accueil de jour..... | 78 |
| c) Création d'une Unité Spécifique Alzheimer..... | 79 |
| 2.7. Le projet social..... | 80 |
| 2.7.1. Les fonctions et les responsabilités..... | 81 |

| | |
|---|------------|
| a) L'organigramme..... | 81 |
| b) La répartition des postes..... | 81 |
| c) La définition des métiers..... | 81 |
| d) Les compétences requises et détenues au sein de l'ALAPA..... | 84 |
| e) Les responsabilités..... | 84 |
| 2.7.2. L'organisation de l'activité et des transmissions entre équipes..... | 85 |
| 2.7.3. Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels..... | 85 |
| 2.7.4. La gestion de l'absentéisme..... | 86 |
| 2.7.5. L'accueil des stagiaires..... | 88 |
| 2.7.6. L'évaluation annuelle du personnel et la formation..... | 89 |
| 2.7.7. La prévention des risques professionnels..... | 89 |
| 2.7.8. La communication interne..... | 89 |
| 2.7.9. La communication externe..... | 89 |
| 2.7.10. Les axes de progression 2016-2021..... | 90 |
| 2.8. Le projet de gestion des risques et d'amélioration de la qualité..... | 91 |
| 2.8.1. L'organisation de la démarche qualité..... | 92 |
| 2.8.2. L'évaluation interne..... | 93 |
| 2.8.3. L'évaluation externe – Synthèse..... | 95 |
| 2.8.4. La gestion des événements indésirables et des plaintes..... | 95 |
| 2.8.5. L'enquête de satisfaction des résidents et des familles..... | 96 |
| 2.8.6. Les axes de progression 2016-2021..... | 98 |
| 2.9. Bilan de la nouvelle évaluation interne..... | 99 |
| Conclusion..... | 101 |
| Annexes..... | 102 |

PREAMBULE

Le projet d'établissement est un document fondateur ou plutôt refondateur qui permet à l'EHPAD de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission.

Le présent projet d'établissement de l'EHPAD de « La Mesnie » s'est construit par étapes successives et avec la participation active des professionnels intervenant dans la structure. Pour ce faire, différents groupes se sont constitués afin d'aboutir à la rédaction des différents axes de réflexion constituant à terme le présent ouvrage :

- Accueil de la personne dans le respect de ses droits, le projet d'animation et le projet social ;
- Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations (projet de vie) ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, la gestion et la maîtrise des risques, le positionnement éthique dont le volet bienveillance (dont diagnostic, élaboration et mise en œuvre du plan bienveillance et gestion de la procédure des signalements et réclamations) ;
- L'organisation médico-administrative de l'établissement, mise en place d'une gestion des ressources humaines efficace ;
- Les prestations hôtelières et logistiques ;
- L'établissement dans son environnement, son inscription dans un parcours de santé décloisonné et les projets futurs ;
- Le circuit sécurisé du médicament ;
- L'autonomie, l'accompagnement et les soins, projets de soins et projet spécifique Alzheimer.

Ce projet d'établissement, issu de la réflexion de l'ensemble des acteurs, n'est que le commencement d'une démarche de mise en œuvre des orientations stratégiques de l'EHPAD dans les années futures.

Olivier ANFRY
Directeur de l'ALAPA

Données de cadrage démographiques nationales

1 – Présentation Générale

Au 1^{er} Janvier 2016, la population totale Française s'élève à 64 513 242 habitants (tableau 1). Parmi la population, on comptabilise 15 701 732 individus de moins de 20 ans et 36 541 474 individus ayant entre 20 et 64 ans. Les individus de 60 à 64 ans quant à eux représentent 4 043 650 millions de personnes, soit 6.1% de la population.

| | Hommes | Femmes | Ensemble | Pourcentage |
|-------------------|------------|------------|------------|-------------|
| Population totale | 31 283 319 | 33 229 923 | 64 513 242 | 100 |
| Moins de 20 ans | 8 039 816 | 7 661 916 | 15 701 732 | 24.7 |
| de 20 à 64 ans | 18 002 899 | 18 538 575 | 36 541 474 | 56.9 |
| 65 ans ou plus | 5 240 604 | 7 029 432 | 12 520 217 | 18.4 |

Tableau 1 : Population totale par sexe et âge au 1er Janvier 2016 (source: INSEE)

2 – Une espérance de vie en hausse

En 2015, une femme vivait en moyenne 85 années (85,1 années en 2015) contre 78,9 pour un homme (79 années en 2015 - tableau 3). Concernant la population des séniors, en 2016, les individus de 65 ans et plus représentent 12,520 millions de personnes (12,185 millions de personnes en 2015). Ce chiffre correspond à 0.4 point de plus qu'au 1^{er} Janvier 2015 et 2.5 points de plus qu'il y a dix ans (tableau 2).

| Année | Population au 1 ^{er} janvier (en milliers) | | | | | Proportion (en %) | | | |
|-----------------------------|---|----------------|----------------|-----------------|---------------------|-------------------|----------------|----------------|---------------------|
| | Moins de 20 ans | de 20 à 59 ans | de 60 à 64 ans | 65 ans ou plus | dont 75 ans ou plus | Moins de 20 ans | de 20 à 64 ans | 65 ans ou plus | dont 75 ans ou plus |
| 1995 | 15 650,4 | 31 865,8 | 2 960,5 | 8 803,9 | 3 581,9 | 26,4 | 58,7 | 14,9 | 6,0 |
| 2005 | 15 848,9 | 33 902,0 | 2 745,9 | 10 233,8 | 4 995,3 | 25,3 | 58,4 | 16,3 | 8,0 |
| 2010 | 16 010,5 | 33 997,2 | 3 873,5 | 10 731,7 | 5 659,5 | 24,8 | 58,7 | 16,6 | 8,8 |
| 2012 | 16 047,1 | 33 891,1 | 4 121,1 | 11 181,9 | 5 844,3 | 24,6 | 58,3 | 17,1 | 9,0 |
| 2013 (p) | 16 093,6 | 33 811,0 | 4 115,5 | 11 505,3 | 5 908,6 | 24,6 | 57,8 | 17,6 | 9,0 |
| 2014 (p) y c. Mayotte | 16 291,6 | 33 802,6 | 4 081,4 | 11 845,4 | 5 978,1 | 24,7 | 57,4 | 17,9 | 9,1 |
| 2015 (p) y c. Mayotte | 16 372,5 | 33 696,8 | 4 063,6 | 12 185,1 | 6 055,9 | 24,7 | 56,9 | 18,4 | 9,1 |
| 2016 (p) yc Mayotte | 16 395,4 | 33 668,3 | 4 043,6 | 12 520,2 | 6 080,9 | 24,6 | 56,6 | 18,8 | 9,1 |

Tableau 2: Espérance de vie en hausse pour les 65 ans et plus, entre 1995 et 2016 (source: INSEE)

A titre de comparaison, en 2015, cette population comptait 12,185 millions de personnes, soit 335 000 de moins qu'en 2016. Ces chiffres laissent transparaître un phénomène de vieillissement important de la population Française. D'après, l'INSEE, en 2015, les plus de 60 ans représentaient une personne sur cinq. L'espérance de vie moyenne d'un homme âgé de 60 ans est de 22,9 années pour un homme (23,1 en 2015) et 27,3 années pour une femme (27,7 années en 2015 - tableau 3). L'espérance de vie est donc en baisse pour les personnes de 60 ans en 2016 par rapport à l'année 2015. Ce décroît s'explique par une surmortalité des plus de 65 ans ayant été nombreux à succomber aux conditions climatiques et épidémiologiques (surtout la grippe) de l'année 2015.

| Année | Hommes | | | | | Femmes | | | | |
|-----------------------|-------------|------|--------|--------|-------------|-------------|------|--------|--------|-------------|
| | 0 an | 1 an | 20 ans | 40 ans | 60 ans | 0 an | 1 an | 20 ans | 40 ans | 60 ans |
| 2004 | 76,7 | 76,0 | 57,3 | 38,4 | 21,5 | 83,8 | 83,1 | 64,4 | 44,8 | 26,5 |
| 2010 | 78,0 | 77,3 | 58,6 | 39,5 | 22,4 | 84,6 | 83,9 | 65,1 | 45,5 | 27,1 |
| 2011 | 78,4 | 77,7 | 59,0 | 39,9 | 22,7 | 85,0 | 84,3 | 65,4 | 45,8 | 27,4 |
| 2012 (p) | 78,5 | 77,8 | 59,0 | 39,9 | 22,6 | 84,8 | 84,1 | 65,3 | 45,7 | 27,2 |
| 2013 (p) | 78,7 | 78,0 | 59,3 | 40,1 | 22,8 | 85,0 | 84,3 | 65,5 | 45,8 | 27,3 |
| 2014 (p) hors Mayotte | 79,2 | 78,6 | 59,8 | 40,6 | 23,2 | 85,4 | 84,7 | 65,9 | 46,2 | 27,7 |
| 2014 (p) y c. Mayotte | 79,2 | 78,5 | 59,8 | 40,6 | 23,1 | 85,4 | 84,7 | 65,9 | 46,2 | 27,7 |
| 2015 (p) y c. Mayotte | 78,9 | 78,2 | 59,5 | 40,3 | 22,9 | 85,0 | 84,3 | 65,5 | 45,8 | 27,3 |

Tableau 3: Espérance de vie à divers âges en France (INSEE – 2016 ; résultats provisoires à fin 2015)

3 – Boom des séniors à l'horizon 2050 : L'augmentation de la dépendance en hausse

Au 1^{er} Janvier 2050, dans l'hypothèse que les tendances démographiques actuelles se maintiennent, la France comptera 70,0 millions d'habitants en France métropolitaine, soit 9.3 millions de plus qu'en 2005. Chose tout à fait importante pour les EHPAD, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus à cette période, ce qui annonce un accroissement probable de la demande dans le secteur médico-social dans les décennies à venir. D'ailleurs, d'ici 2050, 68% de la population sera âgée de plus de 65 ans, soit une croissance de 80% de cette population par rapport à l'année 2005.

Il est probable que l'on constate une corrélation entre niveau de dépendance et « papy-boom ». D'après le rapport Marini sur la prise en charge de la dépendance, la perte d'autonomie liée au grand âge atteindra un niveau record en 2040. Se basant sur le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui concerne un peu plus de 1,25 millions de personnes en 2015, l'étude révèle que 1,6 million de personnes bénéficieront de cette allocation en 2040, autant de personnes en situation de grande dépendance que les structures médicalisées devront en partie prendre en charge.

4 – Vieillesse et maladies neurodégénératives : Un enjeu national pour l'avenir

Les maladies neurodégénératives en France : Les chiffres

L'avancée dans l'âge va souvent de pair avec l'apparition de troubles neurodégénératifs. En effet, comme tous les autres organes, le cerveau vieillit mais contrairement à d'autres organes du corps humain, les cellules ne s'y régénèrent pas. Etienne Hirsch, chercheur au CNRS, pense que la fréquence des maladies neurodégénératives, caractérisée par la mort des cellules nerveuses, augmente avec la longévité, et que c'est le cas de maladies comme celles d'Alzheimer, de Parkinson ou d'autres, et que le nombre de malades devrait doubler d'ici 2020 à 2040.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estime aujourd'hui à 47,5 millions le nombre de personnes dans le monde atteintes de démences, que la maladie d'Alzheimer est impliquée dans 60 à 70 % des cas et que le nombre de nouveaux cas de démences par an est d'environ 7,7 millions et l'OMS estime que le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 75,6 millions en 2030 et à 135,5 millions en 2050. Ainsi, le nombre de personnes atteintes de troubles neurodégénératifs devrait presque doubler tous les 20 ans.

La France, avec 860 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, fait partie des pays où le nombre de malades est le plus élevé. 220 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, soit près d'un toutes les trois minutes. D'après l'OMS, en 2020, 1 Français de plus de 65 ans sur 4 devrait être touché par la maladie d'Alzheimer. L'espérance de vie après le diagnostic de la maladie est en moyenne de 8,5 ans, même si l'on estime que les variations sont très importantes entre individus : de 3 à 20 ans. Enfin, selon l'INSEE, 1.2 millions de français pourraient souffrir de la maladie d'Alzheimer d'ici 2020 et presque le double d'ici 2040 (Tableau 1).

| Âge | Hommes | | Femmes | | Total | |
|------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| | 2020 | 2040 | 2020 | 2040 | 2020 | 2040 |
| 65-69 | 13 511 | 14 215 | 23 978 | 24 441 | 37 489 | 38 656 |
| 70-74 | 27 972 | 31 131 | 57 851 | 63 997 | 85 823 | 95 128 |
| 75-79 | 72 183 | 119 925 | 67 480 | 110 730 | 139 663 | 230 655 |
| 80-84 | 88 063 | 155 024 | 177 088 | 289 551 | 265 151 | 444 575 |
| 85-89 | 101 356 | 194 337 | 254 758 | 418 838 | 356 114 | 613 175 |
| > 90 | 61 785 | 142 395 | 330 122 | 592 034 | 391 907 | 734 429 |
| Total > 65 | 364 870 | 657 027 | 911 277 | 1 499 591 | 1 276 147 | 2 156 618 |
| Total > 75 | 323 387 | 611 681 | 829 448 | 1 411 153 | 1 152 835 | 2 022 834 |

Tableau 1 : Estimation du nombre de personnes atteintes de démences en 2020 et 2040 (source:erudit.org)

Politique gérontologique nationale

Le gouvernement, conscient des mutations de la population française, a proposé 2 grands axes (ci-dessous) afin d'accompagner et d'anticiper les attentes et besoins des personnes âgées. Notre établissement souscrit à ces orientations et s'inscrit dans cette politique afin de répondre au mieux aux attentes et besoins des résidents d'aujourd'hui et de demain.

1 - Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

a) Une politique globale tournée vers l'autonomie

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement propose d'aborder la double dimension du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables. Ce texte vise à anticiper les conséquences du vieillissement de la population et à inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne mais également d'accompagnement et de soins en cas de perte d'autonomie.

Elle répond ainsi à trois grands enjeux :

- Simplifier la vie des personnes âgées et de leur famille et améliorer leur accompagnement à domicile par une revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et l'instauration d'un « droit au répit » destiné aux aidants qui accompagnent au quotidien un bénéficiaire de l'APA et qui ne peuvent être remplacés ;

- Apporter plus de justice sociale et de protection aux personnes âgées, qu'il s'agisse de l'intégrité physique, de la sécurité des personnes dans les maisons de retraite ou encore des notions relatives à l'héritage ;

- Fédérer les acteurs nationaux et locaux (collectivités locales, entreprises, associations, etc.) autour d'une stratégie commune de prévention et d'action pour mieux répondre aux situations de perte d'autonomie. Un besoin auquel répond notamment la conférence des financeurs.

Les différentes mesures précédemment citées seront financées par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

b) Le droit au répit et la reconnaissance de statut de « proche aidant »

La loi prévoit la reconnaissance du statut de « proche aidant » et la création d'un « droit au répit » qui donnera à l'aidant les moyens de prendre du repos. Le montant de l'aide pourra être augmenté en cas de nécessité passagère, ou en cas d'hospitalisation du proche aidant.

c) Une action de proximité

Conscient de la hausse des dépenses sociales et des difficultés de financement rencontrées par les départements, le Gouvernement compensera intégralement les dépenses nouvelles prévues par la loi. C'est le cas avec la réforme de l'APA, dont l'estimation du coût a été établie en lien avec l'Assemblée des départements de France (ADF)

d) Une véritable réforme de justice sociale

Cette loi permet d'attaquer les inégalités à la racine. L'Acte II de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, c'est :

- une meilleure couverture des besoins ;
- une participation financière réduite des usagers ;
- un soutien renforcé aux personnes les plus dépendantes ;
- la suppression de tout reste à charge pour les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

e) Un financement ambitieux responsable

Cette loi s'attache aussi à reconnaître la participation des personnes âgées à la définition des politiques locales d'autonomie, grâce notamment à la création d'un lieu, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, dédié à l'expression des représentants des personnes âgées et des personnes handicapées sur ces sujets.

La mise en œuvre de la conférence des financeurs permettra, par ailleurs, d'assurer au niveau local une meilleure coordination des acteurs finançant des actions de prévention afin de proposer à toutes les personnes âgées une réponse cohérente et adaptée à leurs besoins.

C'est une méthode ambitieuse, avec 700 M€ de dépenses nouvelles. C'est aussi une méthode responsable. La loi est financée : elle l'est par construction puisqu'elle a été bâtie à partir de la recette de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

2 – Le plan « Maladies Neurodégénératives » 2014-2019

Le plan 2014-2019 concerne l'ensemble des malades atteints d'Alzheimer, de Parkinson, de sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives. Ce plan, issu d'une large concertation avec les acteurs du secteur médico-social, comprend 3 grandes priorités dans lesquelles notre établissement s'inscrit :

a) Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades

- une coordination renforcée entre le médecin traitant et le neurologue ;
- un meilleur accès à l'expertise sur le territoire avec la création de 24 centres experts dédiés à la sclérose en plaques, la consolidation des 25 centres spécialisés Parkinson, en complément des centres de référence Alzheimer existants ;
- 100 nouveaux dispositifs MAIA (travail en commun des professionnels et outils partagés) au service de la qualité du parcours de santé des personnes âgées, objectif clé du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ;
- le développement de l'éducation thérapeutique pour les patients et leurs aidants.

b) Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants

- une augmentation de l'accompagnement à domicile avec 74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et la conduite d'expérimentations pour adapter cette démarche à la maladie de Parkinson et à la sclérose en plaques ;
- un renforcement du soutien aux aidants avec 65 nouvelles plateformes d'accompagnement et de répit ;
- des programmes d'accompagnement des personnes malades et de leurs aidants portés par les associations, comme le prévoit le projet de loi de santé ;
- la priorité accordée au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle pour les malades jeunes ;
- des solutions numériques, comme des alertes par SMS, des applications sur Smartphone ou tablettes, pour améliorer l'autonomie des patients.

c) Développer et coordonner la recherche

- la reconnaissance de centres d'excellence en enseignement et en recherche affirmeront le positionnement de la France sur des projets européens et internationaux ;
- un renforcement des outils de connaissances (cohortes, bases de données nationales) pour agir plus efficacement sur les maladies neuro-dégénératives.

Données générales de l'établissement

1.1. La situation de l'établissement

1.1.1. Histoire

Le 23 novembre 1965, soucieux d'assurer dans les meilleures conditions l'hébergement et les soins des personnes âgées dépendantes de plus en plus nombreuses sur le canton de Saint-Pierre-sur-Dives (14170), quelques élus locaux se sont regroupés en association " L'Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Agées dépendantes " (A.L.A.P.A) avec pour principal objectif la construction et la gestion de structures adaptées aux seniors et permettant de palier à un manque chronique d'établissement de ce type dans la région du Pays d'Auge.

Suivant cette logique, la structure médico-sociale " La Mesnie ", implantée sur la commune de Saint Pierre sur Dives, s'est renforcée en trois phases successives avec le concours technique de la société immobilière " LOGIPAYS " :

- Construction en 1969 d'une Maison de Retraite de 80 lits accueillant des personnes âgées souffrant de pathologies liées au grand âge.
- Dès 1985, renforcement du secteur social par la création d'un Foyer Logement composé de 24 appartements de type F1 destinés en priorité aux personnes âgées seules, et de 15 pavillons individuels de type F2 accueillant des couples de personnes âgées autonomes.

En 1994, afin de faire face à une augmentation significative des troubles psychiques et neurologiques de type Alzheimer, la construction d'une Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (M.A.P.A.D) de 48 lits a notablement renforcé le secteur médical.

1.1.2. Identification et statut juridique

Statut : EHPAD *La Mesnie* de l'association ALAPA, gestionnaire de l'établissement médico-social.

Raison sociale : L'A.L.A.P.A est une structure privée à but non lucratif, régie par la loi de 1901

Adresse : Rue des Peupliers, 14170 St-Pierre-Sur-Dives

Téléphone : 02 31 20 70 44 ; Secrétariat Médical : 02 31 20 57 15

N° FINESS : 140002411

Date d'ouverture : 23/11/1968

L'EHPAD « *La Mesnie* » est un établissement médico-social au sens de l'article L312-1-6° du CASF. Il relève des établissements « *qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* ».

Il est autorisé à exercer sa mission en vertu des documents de référence suivants :

- L'arrêté conjoint signé par le Président du Conseil départemental du Calvados et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Basse Normandie, daté du 22 janvier 2006 portant autorisation de création d'un EHPAD pour une capacité de 129 places ; dernière autorisation en possession de la direction de l'établissement.

- D'une convention tripartite (génération 2) signée entre le LA MESNIE, le Président du Conseil départemental du Calvados et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de 2011/2015, signée le 19 janvier 2012.

L'EHPAD « *La Mesnie* » est une structure privée associative à but non lucratif, régie par la loi de 1901. La stratégie de développement et le suivi de gestion relèvent d'un Conseil d'Administration présidé par Madame Paulette DANOT et composé d'élus du canton de Saint Pierre sur Dives.

Un directeur est chargé de mettre en application la politique et les orientations générales de l'Association définies par le Conseil d'Administration. L'établissement répond en ce qui concerne les résidents, aux deux principaux textes en vigueur dans le secteur médico-social :

- **Le Code de l'action Sociale et des Familles**
- **La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Les personnels sont régis par les dispositions de la **Convention Collective Nationale de 1951** de la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés (F.E.H.A.P).

1.1.3. Capacité d'accueil EHPAD

L'établissement est réparti sur deux sites, pouvant accueillir au total 129 personnes :

- MESNIE : 81 lits
- MAPAD : 48 lits

| | Mesnie | En % | Mapad | En % |
|--------------------------------------|--------|------|--------|------|
| Nbr de journées prévisionnelles 2015 | 29 565 | 100 | 17 520 | 100 |
| Nbr de journées réalisées 2015 | 29 565 | 100 | 17 520 | 100 |

L'excellent taux d'occupation (100 %) prouve la bonne vitalité de nos deux établissements. Le maintien d'un taux d'occupation pléthorique résulte non seulement du bon renom acquis au fil des années par notre association non seulement dans le bassin de vie de Saint-Pierre-sur-Dives mais également dans le département du Calvados, et surtout par les mesures tendant à pérenniser cet environnement favorable.

1.1.4. Implantation géographique, accessibilité

Notre établissement se situe en périphérie de la commune de Saint-Pierre-Sur-Dives, dans une résidence pavillonnaire calme, non loin de la ville de Caen (45 min). En termes d'accessibilité, Les espaces extérieurs sont accessibles à tous les niveaux de dépendance. Des arrêts de bus et une gare ferroviaire sont également disponibles, facilitant les déplacements des résidents (ou de leurs proches) soucieux de conserver une certaine autonomie. Un parking « visiteurs » est également disponible ainsi qu'une connexion internet « haut débit ».

1.1.5. Tarifs de l'établissement 2015

| Maison de retraite « La Mesnie » et « M.A.P.A.D » | |
|---|--------|
| Prix de journée « Hébergement » | 54,47€ |
| Ticket modérateur Dépendance | 5,71€ |
| Tarifs moins de 60 ans | 73,42€ |

| Tarif dépendance (à charge du Conseil Départemental) | |
|--|--------|
| GIR 1-2 | 21,21€ |
| GIR 3-4 | 13,45€ |

| Foyers logements et pavillons | |
|-------------------------------|---------|
| Appartements | 550,40€ |
| Pavillons | 576,75€ |

| Repas résidents, familles et invités | |
|---|--------|
| Résidents | 5,00€ |
| En semaine | 10,00€ |
| Dimanche et jours fériés | 15,00€ |
| Noël et jours de l'an | 16,00€ |

Exemple de tarifications en fonction des GIR des résidents:

| | GIR 1 et 2 | GIR 3 et 4 | GIR 5 et 6 |
|-----------------|------------|------------|------------|
| Hébergement | 54.47€ | 54.47€ | 54.47€ |
| + niveau de GIR | 21.21€ | 13.45€ | 5.71€ |
| = Prix journée | 75.68€ | 67.92€ | 60.18€ |
| Prix mois | 2 346.08€ | 2 105.52€ | 1 865.58€ |
| Déduction APA | 1 865.58€ | 1 865.58€ | Pas d'APA |

1.1.6. Les missions de l'établissement

L'EHPAD « La Mesnie » accueille 129 personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, lesquelles ne sont plus, pour l'essentiel, en mesure de rester à leur domicile, compte-tenu notamment de leur état de santé.

Au titre de cette mission et conformément au schéma gérontologique fixé par le conseil départemental du Calvados, l'établissement propose un ensemble de prestations relevant :

- De l'hébergement ; telles que la mise à disposition d'une chambre et son entretien, la fourniture des repas (intervention d'une diététicienne), l'organisation d'animations adaptées...
- Du soin ; ce qui recouvre en particulier le déploiement de professionnels soignants et médicaux (aides-soignants, kinésithérapeutes, infirmiers, médecins coordonnateurs),
- De la dépendance, ce qui inclut notamment la fourniture d'équipements et de consommables liés à la perte d'autonomie (chariots de soins, protections anatomiques) et l'intervention d'une équipe qualifiée (dont un psychologue).

Les missions de l'association concernent la prise en charge des personnes âgées (60 ans et plus) quel que soit leur degré de dépendance. Pour cela, deux secteurs sont proposés :

- Le secteur médico-social composé des deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) assure des prestations de soins, d'aide à la dépendance et d'hôtellerie au profit des personnes âgées souffrant de pathologies fonctionnelles, psychiatriques ou de dégénérescence neurologique.
- Le secteur social constitué par le foyer logement propose des appartements et des pavillons individuels adaptés, sécurisés et situés à proximité d'un environnement médicalisé.

1.1.7. Prestations de service

Afin de garantir le bien-être de tous les résidents ayant choisi notre établissement, nous nous engageons à proposer des prestations de service à la hauteur de leurs attentes et de leurs besoins. Ainsi, toutes les aides nécessaires à la vie quotidienne (alimentation, mobilité, habillage, toilette...) sont proposées, dans le cadre d'un consentement éclairé et de la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Le résident peut désigner une personne de confiance (art L 1111-6 du code de la santé publique). Elle sera consultée au cas où ce dernier ne pourrait plus exprimer sa volonté et recevoir toute information nécessaire.

▪ **Prestation d'hébergement :**

- Prestation hôtelière : La maison de retraite dispose de 81 lits (Chambres individuelles) ; La MAPAD dispose de 48 lits ; Les « foyers-logements » disposent de 25 appartements et 14 pavillons.
- Prestation de restauration : 3 repas quotidiens et une collation (et une tisane à 21h). Application des régimes prescrits par le médecin et intervention d'une diététicienne.
- Prestation d'entretien : Nettoyage et entretien des locaux privés et collectifs, entretien du linge personnel.
- Prestation d'animation et de vie sociale : Animations variées en semaine, accès au téléviseur commun, salle cinéma, échanges intergénérationnels...
- Repas des familles avec un tarif semaine, Week-end, jours fériés, Noël et jour de l'an.

▪ **Prestation dépendance :**

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

▪ **Prestation de soins :**

- Distribution des médicaments ;
- Suivi de l'état de santé et soins courants (pansements, toilettes...) ;
- Suivi individuel et personnalisé (« projet d'accompagnement personnalisé ») ;
- Prévention et analyse des risques et application des différentes recommandations de bonnes pratiques ;
- Gestion des dossiers médicaux ;
- Information et communication avec les familles.

▪ **Autres prestations:**

- Ligne téléphonique ;
- Mercerie : étiquetage du linge ;
- Salon de coiffure (assuré par une professionnelle tous les mardis) ;
- Distributeurs de boissons et confiseries ;
- Repas des invités ou accompagnants ;
- Timbres postaux ;
- Actes paramédicaux (kinésithérapeute, psychologue).

1.2. Les valeurs

Les valeurs défendues par l'ALAPA sont la pierre angulaire de l'association. Toutes les activités y étant exercées doivent avoir pour dénominateur commun le respect de ces valeurs. Au regard de la « Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » (en annexe) établie par le ministère des Affaires sociales et de la santé mais aussi de l'éthique de notre établissement, il est de notre devoir à tous de concevoir le respect de la personne âgée comme élément fondateur de nos interventions.

1) Nos valeurs sont centrées autour du résident :

Le résident, doit être considéré comme acteur de son projet et/ou à défaut sa famille. L'organisation de la prise en soin doit garantir le respect de la personne, de sa dignité et de son intégrité dans son accompagnement journalier. Il faut centrer le travail sur la personne et non sur les tâches à accomplir. Nous plaçons « la primauté de la personne avant toute chose ». Le respect mutuel, la reconnaissance des différences, l'acceptation des croyances et des convictions de chacun permettent de mieux vivre ensemble. La tolérance et l'ouverture d'esprit garantissent l'acceptation de l'autre dans sa singularité et la réponse à ses besoins. La prise en compte de l'expression de la personne et de son droit à l'information. La création des conditions

d'un environnement architectural adapté. La Bienveillance est l'objectif permanent et fondamental.

2) Nos valeurs sont centrées sur notre action:

La politique qualité s'inscrit dans une démarche permanente. Notre volonté est d'assurer la qualité des prises en charge et de l'accompagnement. En nous conformant aux recommandations des bonnes pratiques imposées par la réglementation, nous démontrons que notre activité et nos valeurs rejoignent les normes qualité. La qualité renvoie à la perfectibilité. La perfection n'existant pas, nous devons donc nous interroger sur nos savoirs, nos savoirs faire, nos savoirs être... S'interroger, c'est remettre en cause « pour mieux faire ». Le professionnalisme des personnels est fondé sur le savoir, le savoir-faire, le savoir être, et le savoir devenir. Les professionnels de l'EHPAD mettent chaque jour en œuvre ces savoirs, enrichis par l'expérience et les formations. La formation permanente et la promotion des personnels contribuent à l'acquisition de compétences qui conditionnent la qualité des réponses apportées aux résidents et à leur famille. Nous devons avoir un personnel qualifié, confiant et partageant notre éthique. Il sera ainsi porteur des valeurs associatives.

3) Nos valeurs sont centrées autour d'une gestion transparente:

En vertu du principe de la « non lucrativité », (conformément aux statuts de l'Association, et l'affirmation de notre vocation sociale et médico-sociale), nous excluons toute notion d'excédent financier de fonctionnement qui ne serait pas destiné aux personnes accueillies. L'Association, responsable de la gestion et de la transparence financière de fonds publics doit optimiser les services rendus. Les contrôles externes (expert-comptable, commissaire aux comptes, organisme de tarification) sur l'utilisation des fonds publics, garantissent une gestion saine et rigoureuse. Nous garantissons notre principe d'indépendance en n'entretenant « aucune relation directe ou indirecte avec une entité de nature à compromettre notre capacité de jugement ».

1.3. Recommandations et textes de référence

1.3.1. Les chartes

L'établissement est attaché à deux chartes, celle des droits et liberté de la personne accueillie et celle des droits et liberté de la personne âgée dépendante.

1.3.2. Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

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

1.4. Le contexte réglementaire

1.4.1. Le cadre réglementaire

La convention tripartite et pluriannuelle signée le 19 Janvier 2012, fixe les conditions de fonctionnement sur le plan financier, et celles de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins prodigués. Elle fixe également les actions prioritaires à conduire jusqu'en 2016, date de renouvellement de la convention tripartite.

1.4.2. Les obligations réglementaires

a) Le « Livret d'accueil »:

- Description de l'établissement (histoire, statut, gestion, équipements, sécurité...)
- Description de l'hébergement (chambre, téléphone, linge)
- Description des services proposés (services, restauration, animation)
- Description de l'équipe de santé
- Procédure d'admission (pièces constitutives du dossier, tarifs, aides financières...)
- Photos de l'établissement
- Rappels des droits relatifs au PAP
- Trousseau minimal conseillé

b) Sécurité / Vigilance sanitaire

L'E.H.P.A.D relève de la réglementation applicable aux établissements recevant du public. A ce titre, il bénéficie d'un avis favorable de la commission de sécurité et d'accessibilité. La surveillance de l'établissement est assurée 24h/24h, notamment la nuit par la présence de 2 agents sur chaque site (2 Mesnie, 2 Mapad).

Pour la vigilance sanitaire, l'établissement est muni d'un « plan bleu » contenant des protocoles à suivre en cas de situation de crise. Le but est de faire face efficacement à la gestion d'une crise quelle que soit sa nature. Le plan bleu est mis en œuvre par le directeur de l'ALAPA, en cas de crise interne, ou à la demande du préfet du département dans le cadre du déclenchement du dispositif d'alerte.

Ce plan peut concerner :

- La gestion d'une crise interne à un établissement ;
- L'accueil des personnes âgées venant de leur domicile ;
- L'accueil des personnes âgées venant d'autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- L'accueil des personnes âgées venant d'un établissement de santé dans le cadre du déclenchement, par cet établissement, de son plan Blanc, et selon les directives du schéma départemental des plans Blancs.

c) Contrat de séjour

Un contrat est systématiquement établi entre l'EHPAD « La Mesnie » et le résident ou son représentant légal. Il détermine la durée du séjour (permanent ou temporaire), les conditions d'admission, la description des prestations, les conditions financières et de facturation (arrhes, dépôt de garantie, cautionnement, liste et prix des prestations offertes ou demandées), les conditions de résiliation du contrat, les responsabilités respectives de l'établissement et du résident pour les biens et objets personnels. Tout changement fait l'objet d'un avenant signé et annexé au contrat.

d) Diffusion et affichage des droits et libertés

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans les locaux et annexée au livret d'accueil remis au résident lors de la signature du contrat de séjour. La charte des droits et libertés de la personne dépendante est signée et annexée au règlement de fonctionnement, lui aussi remis au résident lors de la signature du contrat de séjour.

e) 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 des libertés de chacun. Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement. Il est remis et à disposition de toute personne accueillie ou à son représentant légal avec le livret d'accueil et le contrat de séjour. Il est également affiché dans les locaux de l'établissement ou du service. Il présente brièvement :

- La garantie des droits des usagers (projet établissement ; projet de vie ; droits etc...)
- Le fonctionnement de l'établissement (personnes accueillies ; admissions etc...)
- Les règles de vie collective (règles de conduite ; repas ; activités ; linge ; entretien ; courrier ; transports ; animaux ; coiffeuse etc...)

f) Participation des résidents et de leurs familles

- Le Conseil de la Vie Sociale
- L'enquête de satisfaction annuelle (« résident » et « famille »)
- Boîte à idée à l'entrée

g) Informatiques et libertés

Les données des résidents font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les résidents ont le droit de s'opposer au recueil et au traitement des données nominatives.

h) Droit à l'image

Le Code Civil article 9, garantit le droit au respect de la vie privée de chacun. Tout résident refusant la publication ou la reproduction d'une prise de vue le concernant devra le préciser lors de la signature du règlement de fonctionnement.

i) La personne de confiance

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

1.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement

1.5.1. *L'inscription dans le réseau gérontologique et sanitaire*

L'attractivité fonctionnelle de notre établissement est très sensiblement favorisée par une politique d'ouverture à plusieurs niveaux amorcée dès l'année 2007 :

- Inscription de notre structure médico-sociale au sein d'un véritable réseau de soins (C.L.I.C de Lisieux, Etablissement Public de Santé de Falaise et Centre Hospitalier Spécialisé, EPSM de Caen)
- Développement soutenu d'actions favorisant la connaissance de notre structure, en particulier par des visites d'écoles et d'instituts de formation aux métiers d'aides à la personne.
- Elaboration et amélioration permanente de la procédure de "commercialisation" par un suivi permanent des demandes d'admissions.

1.5.2.. Partenariats et conventions

Pour mener à bien ses missions et objectifs, l'EHPAD de « La Mesnie » a développé de nombreux partenariats et conventions avec :

- des structures du champ sanitaire et médico-social. Ces partenariats et conventions concourent notamment à garantir aux résidents un parcours de soins cohérent et sécurisant. À ce titre, l'établissement a formalisé une convention avec :
 - Le centre hospitalier de Falaise et le CHS de Caen
 - L'EPSM de Caen (psychiatres et infirmier-es intervenant à l'EHPAD)
 - SPIP de Caen
 - Le pharmacien référent (Mr TROUSSIER)
 - Les pharmacies de Saint-Pierre-sur-Dives : Pharmacie « SAINT PIERRE » et « HOSTE »
 - Le laboratoire de biologie médicale « Lexo Bio »
 - Laboratoire Saint Gervais (Falaise)
 - Les médecins libéraux intervenant dans la structure
 - SDIS Calvados
 - La mairie de Saint-Pierre-sur-Dives (14170)
 - Les pompes funèbres « Pétruviennes Marbrerie »
 - L'association JALMALV

- des intervenants extérieurs :
 - Les écoles de la commune pour des rencontres intergénérationnelles
 - Des musiciens pour célébrer les anniversaires
 - La MSA pour organiser la « semaine bleue », et qui interviendra auprès du personnel pour une formation sur les ateliers bricolage et former les animatrices sur les ateliers « mémoire »
 - Parcours santé (voir « projet de vie »)

Le travail « en réseau » de l'établissement a contribué à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

1.6. Population accueillie

1.6.1. Répartition des résidents par sexe

| | Mesnie | Soit en % | Mapad | Soit en % |
|--------|--------|-----------|-------|-----------|
| Femmes | 53 | 65,43% | 35 | 72,91% |
| Hommes | 28 | 34,56% | 13 | 27,08% |
| Total | 81 | 100,00% | 48 | 100,00% |

Les mêmes causes produisant les mêmes effets, comme les années précédentes la répartition par sexe s'aligne sur les données démographiques qui mettent en évidence une proportion de personnes âgées de sexe féminin plus importante.

Cette tendance est plus accentuée à la Mapad (65,43 % de femmes), et conforme à la moyenne nationale qui traduit une prédisposition plus accentuée des femmes à développer des troubles neurologiques de type Alzheimer.

1.6.2. Age moyen des résidents

| 2014 | Mesnie | Mapad |
|----------------------|---------|---------|
| Hommes | 85 | 84 |
| Femmes | 86 | 83 |
| Moyenne d'âge | 85,5 | 83 |
| Durée moyenne séjour | 286,948 | 252,673 |
| Nbr de décès | 15 | 11 |

| 2015 | Mesnie | Mapad |
|----------------------|--------|-------|
| Hommes | 83,95 | 84 |
| Femmes | 85,48 | 77,44 |
| Moyenne d'âge | 85,05 | 82,28 |
| Durée moyenne séjour | 38,40 | 54 |
| Nbr de décès | 15 | 11 |

L'âge moyen des résidents est étroitement lié aux entrées / sorties, mouvements consécutifs aux décès dans la grande majorité des cas.

1.6.3. Répartition géographique des résidents hébergés

| | | 2014 | 2015 |
|--------|------------------|------|------|
| Mesnie | Calvados | 77 | 77 |
| | Hors département | 4 | 4 |
| Mapad | Calvados | 46 | 46 |
| | Hors département | 2 | 2 |

Le nombre de résidents ressortissant du département du Calvados, principalement du canton de Saint-Pierre-sur-Dives, confirme la forte attractivité locale de notre structure et répond parfaitement à notre démarche associative qui met en évidence l'admission des personnes âgées domiciliées dans le canton.

1.6.4. Résidents bénéficiant de l'aide sociale en 2015

| | | 2014 | 2015 |
|--------|------------------|------|------|
| Mesnie | Calvados | 24 | 27 |
| | Hors département | 1 | 2 |
| Mapad | Calvados | 17 | 20 |
| | Hors département | 1 | 1 |

Le nombre important et soutenu des bénéficiaires de l'aide sociale est une des constantes principales de notre secteur associatif. Ces données appellent deux sortes d'observations :

- Le recours à l'aide sociale traduit l'appauvrissement exponentiel de la population du 3^{ème} âge avec pour conséquence le placement systématique des personnes âgées dépendantes dans les établissements associatifs, structures prioritairement habilitées à l'aide sociale.

Le volume croissant des frais d'hébergement relevant de l'aide sociale induit une dépendance financière de l'établissement vis à vis des services du Conseil Départemental chargés de l'instruction des dossiers et de la mise à disposition des fonds.

1.6.5. Prise en charge de la dépendance : les chiffres de la dépendance

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) traduit le degré moyen de dépendance des personnes **de plus de 60 ans** hébergées au sein de chacun de nos deux établissements.

Évolution de la répartition des résidents par GIR pour la Mesnie

| | GIR 1 & 2 | GIR 3 & 4 | GIR 5 & 6 | NR | GMP |
|------|--------------|--------------|--------------|-------|--------|
| 2013 | 40.8% | 30.9% | 19.7 % | 8.6% | 613,13 |
| 2014 | 47% | 42,16% | 8,43% | 2,41% | 631,48 |
| 2015 | 52% | 35% | 9% | 4% | 638,43 |

Évolution de la répartition des résidents par GIR pour la MAPAD

| | GIR 1 & 2 | GIR 3 & 4 | GIR 5 & 6 | NR | GMP |
|------|--------------|--------------|--------------|-------|--------|
| 2013 | 77.1% | 16.7% | 4.2 % | 2% | 797,92 |
| 2014 | 78,57% | 14,28% | 2,38% | 4,76% | 789,78 |
| 2015 | 77% | 17% | 4% | 2% | 753,88 |

Les projets de l'établissement

Les objectifs du projet d'établissement

La rédaction du projet d'établissement est une obligation réglementaire (dispositions de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles) instituée par la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'impose pour les établissements sociaux et médico-sociaux (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) avec une réactualisation tous les 5 ans.

Comme indiqué en préambule de ce document, l'objectif du projet d'établissement est de permettre à l'EHPAD de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission. Les objectifs fixés pour les cinq années à venir sont le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire, un travail collaboratif effectué par l'ensemble des salariés de l'établissement.

2.1. Méthodologie

2.1.1. Organisation de la rédaction du projet d'établissement

Afin d'amener un maximum de clarté à la lecture de ce texte, nous avons fait le choix d'organiser son écriture en deux phases :

1. Pour chaque projet, une description de l'existant sera établie pour rendre compte des grandes lignes qui ont été tracées dans l'établissement jusqu'à ce jour.
2. Un état des lieux des axes de progression de l'établissement sera établi par thème par l'intermédiaire des recommandations des évaluations interne, externe et de la convention tripartite. Un tableau de bord récapitulera les axes de progression prévus pour les 5 années à venir à la fin de chaque chapitre. Ces axes seront actualisés régulièrement par la responsable qualité.

2.1.2. Constitution des groupes

Des groupes de travail ont été constitués par thèmes, afin de mobiliser les professionnels compétents pour chaque axe du projet d'établissement qui les concerne. Chaque groupe a consacré à minima une demi-journée de réflexion sur la période de janvier 2016 à avril 2016. La cartographie des processus ci-dessous représente et retraduit chaque composante de l'activité de la structure en éléments du projet d'établissement.



Le projet de vie

- Responsable: Angèle Macé (Psychologue)
- Groupe de travail: Directeur, Cadre de santé, Nutritionniste, Equipe cuisine et logistique
- Thèmes abordés: Projet d'animation ; Accueil de la personne dans le respect de ses droits ; Le droit et la participation des usagers ; la personnalisation des prestations



Le projet de soins

- Responsable: Médecins Co.
- Groupe de travail : Cadre de Santé, Psychologue, Kiné, IDE, ASD et ASH
- Thèmes abordés: L'autonomie, l'accompagnement et les soins et projet spécifique Alzheimer



Le circuit sécurisé du médicament (inclus dans le projet de soin)

- Responsable: Philippe Troussier (Pharmacien référent)
- Groupe de travail: Médecins Co, Cadre de Santé, Equipe IDE



Le projet d'animation

- Responsable: Sylvie Couturier (Cadre de santé)
- Groupe de travail: Psychologue, Animatrices
- Thèmes abordés: Stimulation cognitive ; Revalorisation et maintien du lien social ; Activités praxiques et gestuelles



Le projet d'établissement

- Responsable: Olivier Anfray (Directeur)
- Groupe de travail: Directeur adjoint, Médecins Co, Cadre de Santé, Cadre Qualité
- Thèmes abordés: L'établissement dans son environnement ; son inscription dans un parcours de santé décloisonné ; Le projet d'établissement ; Les projets futurs



Le projet social

- Responsable: Benoît Le Douget (Directeur Adjoint)
- Groupe de travail : Directeur, Cadre de Santé, Cadre Qualité.
- Thèmes abordés: L'organisation médico-administrative ; Optimisation de la GRH



La politique d'amélioration continue de la qualité

- Responsable: Fabienne Capron (Cadre qualité)
- Groupe de travail : Directeur, Médecins Co, Cadre de Santé, Psychologue, Equipe soignante
- Thèmes abordés: Les prestations hôtelières et logistiques ; la gestion et la maîtrise des risques, le positionnement éthique dont le volet bien-être, la démarche qualité

Projet de vie

2.2. Le projet de vie

Même si l'entrée en établissement est souvent décidée du fait de difficultés à effectuer seul certains actes de la vie quotidienne, et même si les personnes accueillies sont souvent atteintes d'une ou plusieurs pathologies, la maison de retraite doit être un véritable lieu de vie où l'on peut continuer à vivre au plus près de ses choix antérieurs, un lieu où il y a du plaisir possible, de l'émotion, des ouvertures en terme de relations avec ses semblables, des choix possibles, du respect, des libertés et de la responsabilité.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante en annexe indique que :

« Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit ».

Le présent projet de vie personnalisé est l'occasion de rappeler les valeurs essentielles de l'établissement et de définir les moyens de leur mise en œuvre.

2.2.1. Définition du projet de vie

Dans le cadre du projet d'établissement de l'EHPAD "La Mesnie", le Conseil d'Administration et la Direction de l'établissement ont souhaité engager avec le personnel de l'établissement une réflexion portant à la fois sur les nouvelles missions de la maison de retraite et sur le projet de vie.

"La finalité du projet de vie est de donner du sens à la vie en institution en articulant projet collectif et projets individuels, afin que la dimension collective de l'institution soit un outil au service de l'autonomie et de l'épanouissement des individus. Le projet de vie peut donc être défini de la façon suivante : « Il n'est ni simplement la somme de projets individuels, ni un projet institutionnel qui imposerait à ceux-ci les nécessités de la vie collective. C'est l'ensemble des relations organiques et vivantes qui s'établissent entre les uns et les autres, le projet institutionnel n'ayant pas d'autres raisons d'être que de favoriser les projets personnels, ceux-ci en retour soutenant ceux-là comme leur propre condition d'existence » (extrait de : Projet de vie : des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement – Réseau de Consultants en Gériologie – Fondation de France – 1995).

Le projet de vie est la base de travail sur laquelle s'engagent les personnels, les résidents et les familles pour améliorer la vie dans l'établissement. Il part de l'affirmation suivante : La maison de retraite, quel que soit le site dans lequel habitent les résidents, doit être un lieu de vie appartenant aux personnes âgées dans lequel elles peuvent vivre leurs choix et leurs libertés individuelles.

2.2.2. Un accueil individualisé

a) Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

Le PAP (ou Projet de vie individualisé) est un élément fondateur du bon séjour du résident. Elaboré entre le résident et le personnel, son objectif est de garantir le bien-être du résident en personnalisant l'ensemble des prestations proposées par l'EHPAD à ses besoins. Dans la mesure du possible, tout sera fait pour que le résident se sente comme « chez lui ». Pour garantir la réussite de cet accompagnement, l'ensemble des professionnels de l'établissement est mobilisé autour de cette démarche. Dans notre établissement, nous considérons que le résident est le premier acteur de son projet et qu'il doit être ainsi associé à toutes décisions le concernant.

b) La pré-admission

Une rencontre de pré-admission est effectuée entre le futur résident, sa famille et l'équipe Soins : Cadre de Santé, Kiné, Psychologue, futur référent du résident. Dans ce cadre, la rédaction du « livret de vie » est effectuée par le référent durant la rencontre avec l'équipe de soins, le premier jour puis trois semaines après être entrée en institution. Par la suite, l'équipe soignante et la famille constitueront le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) dont l'objectif est d'individualiser les prestations de l'établissement aux besoins et désirs du résident. Dès la fin des réunions de travail, la psychologue se chargera de rédiger le PAP, qui sera validée par l'association et la famille, puis réévalué par la psychologue tous les 6 mois (et sur demande).

c) La procédure d'admission

Formalisée dans l'organisation médico-administrative de l'établissement, la procédure d'admission s'effectue de la façon suivante : Dès qu'une place se libère (en cas de décès ou transfert d'un résident), la cadre de santé analyse les dossiers validés en pré-admission. Les admissions sont prioritaires pour les urgences du Canton ; les autres cas urgents hors Canton ; les personnes habitant le Canton. De plus, une commission d'admission, composée des médecins coordinateurs, de la cadre de santé et de la Psychologue établissent si la structure (MESNIE et M.A.P.A.D) peut prendre en charge ou non le quotidien de ces prétendants.

C'est le directeur de l'établissement qui validera dans tous les cas l'admission des nouveaux résidents (le directeur adjoint le cas échéant). La secrétaire médicale se chargera de prévenir les familles ou l'institution concernée par appel téléphonique. La cadre de santé fixera une date d'entrée avec réservation si nécessaire.

Dans le cadre du PAP, une rencontre sera effectuée entre le nouveau résident et ses proches avec l'équipe soignante, sous la responsabilité de la cadre de santé. Le nouveau dossier résident sera fourni à l'équipe soignante qui devra organiser son accueil (un livret d'accueil expliquant le fonctionnement de la structure sera fourni au résident). Enfin, un suivi Médical après admission sera effectué le Jour J puis le mois suivant son entrée.

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

- L'accueil
- L'élaboration du PAP
- Le repas/alimentation
- La surveillance médicale et paramédicale
- L'animation ciblée
- L'entretien des locaux/hygiène/sécurité
- La rééducation
- Le suivi administratif

Pour faciliter ce partage dans l'établissement, toutes les informations sont saisies dans le logiciel TITAN. Il est accessible à l'ensemble de l'établissement et son utilisation par les salariés à l'avenir doit être plus systématique, l'objectif étant de suivre au mieux l'état de santé des résidents en formalisant systématiquement des indicateurs de soins.

e) Le départ provisoire ou définitif du résident

Pour tous les déplacements extérieurs (visite, hospitalisation), il existe une « fiche navette » avec des informations médicales cachetées afin de permettre la transmissions sécurisées des informations utiles à la continuité des soins.

- En cas de retour à domicile, le médecin généraliste est contacté.
- En cas d'orientation dans un autre EHPAD : Les dernières transmissions sont communiquées.
- En cas de décès, une liste des pompes funèbres est remise à la famille leur permettant de choisir librement leur agence.

- L'accueil des familles
- L'installation du défunt au dépositaire de l'établissement
- La collecte des attentes concernant les rituels, les souhaits

- Sortie inopinée : Une déclaration est réalisée à la gendarmerie conformément à la procédure existante

2.2.3. L'hébergement

L'établissement dispose uniquement de chambres individuelles, conformément à la réglementation en vigueur. Le mobilier fourni par l'établissement, est composé de la manière suivante :

- Un lit médicalisé
- Une table de chevet
- Une table
- Une chaise
- Un fauteuil de repos
- Une table adaptable si besoin
- Une commode
- Chaque résident dispose d'un système « d'appel malade »

Chaque chambre est équipée d'un système d'appel malade. Le résident a la possibilité de compléter le mobilier par des meubles personnels, dans la limite de la surface et de l'accessibilité de la chambre. En tout état de cause, il est encouragé à personnaliser son environnement afin de s'y sentir au mieux. Les lampes de chevet ou autre matériel électrique doivent être aux normes en vigueur.

Le téléphone : Chaque chambre est pourvue d'une ligne téléphonique.

Le linge : L'ensemble du linge est entretenu par l'établissement. Tous les articles doivent être marqués avec des marques cousues au nom du résident dès l'admission afin d'éviter la perte de linge. Notre lingerie fonctionne la nuit ; la distribution du linge se fait donc tous les matins par l'équipe du bio-nettoyage.

2.2.4. La restauration

L'établissement assure la fourniture de tous les repas. Ils sont servis aux heures suivantes :

- Petit-déjeuner : A partir de 7h15 en chambre
- Déjeuner : A partir de midi en chambre et au restaurant
- Gouter : A partir de 15h30 dans les chambres et au salon
- Dîner : A partir de 18h en chambre et 18h30 au restaurant
- Gouter du soir : Proposé par les veilleuses à partir de 21h

La préparation des repas est entièrement réalisée sur place et servie en liaison chaude. Les menus sont élaborés en commission des menus avec la collaboration d'une diététicienne et respectent les principes de l'équilibre nutritionnel des personnes âgées. Ils tiennent également compte des habitudes alimentaires et un menu de substitution est proposé en cas d'aversion d'un plat.

Les régimes alimentaires, médicalement prescrits, sont respectés sous la responsabilité du service infirmier et de la diététicienne. Il est possible aux résidents d'inviter les personnes de leur choix à déjeuner, à la condition de réserver auprès du secrétariat (du lundi au vendredi) au moins 24 h à l'avance. Les invitations relèvent d'une facturation particulière dont les prix sont consultables sur les panneaux d'affichage à l'entrée de chaque structure ou sur demande auprès des secrétaires.

2.2.5. Vie sociale et animations

L'E.H.P.A.D est avant tout un lieu de vie ; le rôle de l'animation est de mettre en œuvre et de développer le « projet d'accompagnement personnalisé » de chaque résident. Dans ce but, l'animatrice propose du lundi au vendredi un choix d'animations auxquelles vous pouvez librement participer. Les animatrices sont soutenues dans leur mission, par l'intervention ponctuelle de partenaires extérieurs ou d'autres salariés.

L'animation est maintenue toute l'année. Pendant l'absence d'une animatrice, un membre du personnel prend le relais. Pour les déplacements à l'extérieur, 3 véhicules sont disponibles : 1 Kangoo (5 places), 1 Traffic (7 places) et un Master spécifique pour personnes handicapées (5 places). Le projet d'animation est élaboré annuellement, et le programme détaillé des animations est affiché toutes les semaines. Ce projet annuel s'appuie sur plusieurs thématiques :

• Les sorties – les échanges

Tout d'abord, afin d'assurer le maintien du lien social, des sorties à proximité à caractère festif ou culturel sont organisées (déjeuner au restaurant, sorties au cinéma, à la bibliothèque.....) Aussi, annuellement, des échanges intergénérationnels avec les écoles de la commune sont organisés.

• Les ateliers – les jeux

Egalement, le développement d'activités divertissantes et permettant de favoriser la stimulation cognitive, comme par exemple : des ateliers pâtisserie, des ateliers jardinage (selon la saison), des jeux de société, des ateliers créatifs, de la gymnastique douce, des ateliers de stimulation de la mémoire, des chants, etc....

• Les manifestations

Par ailleurs, des manifestations festives sont organisées au sein de l'établissement afin de marquer les événements du calendrier : anniversaire, Noël, 1er Janvier, la Chandeleur, la Saint Jean, etc... Des balades sont régulièrement prévues, notamment lors des beaux jours.

• Le culte

Le culte peut être célébré par chacun, selon ses convictions. Une messe est organisée tous les mercredis après-midi par le prêtre de la commune.

2.2.6. Participation à la vie de l'établissement : Le CVS

L'établissement organise des réunions trimestrielles avec le Conseil de Vie Sociale (CVS) dont l'objectif est d'étudier l'ensemble des problématiques rencontrées par les résidents et les familles afin d'améliorer leur qualité de séjour. Ces moments privilégiés sont aussi l'occasion de répondre aux interrogations de chacun et de créer une réelle relation de partenariat et de confiance avec les familles. Le CVS est composé de 3 représentants des résidents et 6 représentants des familles. A chaque fin de réunion, des PV sont rendus publics et accessibles via internet sur notre site et mis à disposition de tous sur nos tableaux d'affichage.

2.2.7. Politique de prévention par le sport : Le parcours santé

a) Objectifs et enjeux

Partant du constat que le maintien dans l'autonomie était un besoin permanent qu'il fallait mener chaque jour avec les résidents, notre établissement a décidé de mettre en place un « parcours santé » à disposition de ses résidents. Ce projet poursuit 3 objectifs :

- Favoriser le bien-être et le maintien de l'autonomie dans les déplacements des personnes âgées
- Engager une politique de prévention des risques liés au grand âge par le sport ; car la pratique sportive augmente la musculature et la souplesse, ayant pour effet de réduire le nombre de chutes ainsi que leur gravité.
- Ouvrir l'établissement sur son environnement et proposer de nouvelles perspectives en termes d'emploi
- Maintenir le lien social par l'esprit de groupe

b) Le « parcours santé »

Inspiré du « Parcours Activités Santé Seniors » (PASS) de Michel TREGARO, médecin conseiller de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en Bretagne, le parcours est composé d'une suite d'exercices variés sollicitant et stimulant les capacités physiques et cognitives des résidents.

Notre parcours est composé de 5 agrès (+ un parcours de cerceaux) dont l'objectif thérapeutique varie en fonction de l'obstacle :

Agrès 1: Marche sur plan incliné

- Exercice: Marche sur plan incliné, plan droit puis descente de marches asymétriques dans leur hauteur et leur largeur
- Capacités physiques stimulées: Travail musculaire et équilibre, déplacement avant, arrière et latéral, droite et gauche
- Capacités cognitives mobilisées: Proprioception, Appréciation, Anticipation



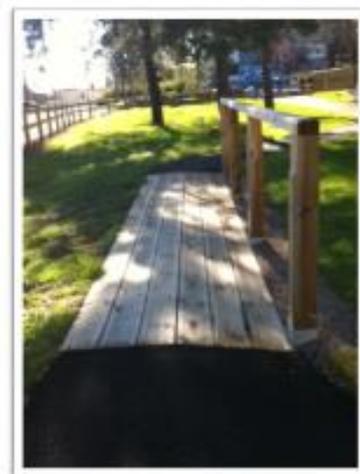
Agrès 2: Poteaux de couleurs différentes

- Exercice: Poteaux numérotés et disposés en Quinconce
- Capacités physiques stimulées: Déplacement latéral, travail des appuis, équilibre et orientation visuelle
- Capacités cognitives mobilisées: Orientation multidirectionnelle ; Appréciation et contournement des obstacles ; Mémorisation et calcul



Agrès 3: Marche sur relief

- Exercice: Contact talon-pied sur ligne, entre deux lignes et sur relief
- Capacités physiques stimulées: Maintien équilibre, travail musculaire
- Capacités cognitives mobilisées: Travail de proprioception



Agrès 4: Barres parallèles

- Exercice: Marche et exercice ; déplacement avant, arrière et latéral
- Capacités physiques stimulées: Travail de flexion – extension, de musculation, d'équilibre
- Capacités cognitives mobilisées: Mémorisation



Agrès 5: Marche avec obstacles

- Exercice: Marche avec obstacles de hauteurs différentes et espacés différemment
- Capacités physiques stimulées: Musculaires, articulaires, des deux membres inférieurs
- Capacités cognitives mobilisées: Visualisation, anticipation et négociation des obstacles



c) Organisation et ressources humaines

Pour assurer la sécurité des résidents et l'efficacité de l'utilisation du parcours, 3 personnes aux compétences complémentaires sont mobilisées, à savoir :

- Un kinésithérapeute (responsable du projet)
- Une éducatrice sportive (de 14h30 à 16h)
- Un service civique

Dans les années à venir, l'objectif sera de continuer à ouvrir l'établissement sur son environnement (mobiliser des étudiants, jeunes voire les familles) et de stabiliser les acquis en termes d'entretien des capacités fonctionnelles (capacités physiques et

cognitives des résidents) et continuer de favoriser le maintien du lien social par la sollicitation de l'esprit de groupe.

d) **Mesure du maintien dans l'autonomie dans les déplacements**

Pour mesurer l'évolution physique et cognitive des résidents souhaitant participer au parcours santé, deux tests sont utilisés par l'équipe, à savoir :

- Le Mini Mental State (MMS) : Evalue les fonctions cognitives et capacités mnésiques de la personne
- Le Test Moteur Minimum (TMM) : Evalue les capacités physiques de la personne.

En 2016, 12 résidents (GIR 2 à 6) participent régulièrement à ce parcours (3 séances par semaine). Des résidents de la M.A.P.A.D effectuent aussi le parcours santé. Toutefois, dans ce cas de figure, des mesures particulières sont prises pour assurer leur sécurité (2 soignants par résident M.A.P.A.D). Il est à préciser qu'afin de garantir la bonne santé de nos résidents, un certificat médical de « non contre-indication à la pratique du PSS » est délivré par le médecin traitant avant d'effectuer ce parcours.

2.2.8. Une culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance

a. Prévention de la maltraitance

Prévenir la maltraitance envers les résidents est une priorité absolue pour l'établissement. Au regard de la charte des droits et des libertés des personnes âgées mais aussi de nos valeurs, les actes de maltraitance ne sauraient être acceptés dans notre établissement. Dès lors, pour prévenir ces incidents, des procédures, formations et plans ont été mis en place :

1. Procédure de signalement d'actes de maltraitance

Salariés, Famille, Résidents, Visiteurs : Tous peuvent remplir la fiche de signalement (NDS 6 juin 2011) en cas de constat d'un acte de maltraitance. Cette fiche sera ensuite transmise au directeur qui déterminera le degré de gravité. Plusieurs actions seront dès lors possibles :

- Mettre en place des mesures de protection immédiates résidents et salariés
- Des sanctions disciplinaires
- Une réunion du Comité d'éthique
- Une réunion du CVS
- Une réunion du Conseil d'Administration
- Une action auprès du Procureur de la République
- Une action auprès de l'Agence Régionale de Santé

Enfin, sur convocation immédiate du directeur, le Comité d'éthique étudiera l'acte de maltraitance afin de mettre en place des actions de prévention pour éviter toute récidive.

2. Comité d'éthique (Comité de Vigilance et de lutte contre la maltraitance)

Pour les soignants, la maltraitance doit être considérée comme un risque permanent. Le contact quotidien avec des personnes vulnérables, dans des situations difficiles, expose tous les acteurs des institutions gériatriques aux dérapages. C'est pourquoi ce comité a été créé : Pour garantir le respect des principes d'humanité dans les pratiques professionnelles.

Ce comité est composé de :

- Direction ou représentant (membre permanent) ;
- Médecins Co ;
- Cadre de Santé (membre permanent) ;
- Responsable évaluation interne (membre permanent) ;
- Présidentes du CVS (membre permanent) ;
- Psychologue (membre permanent) ;
- Référente bientraitance (membre permanent) ;
- Salariés Mesnie/MAPAD désignés par la direction.

Les réunions se tiennent 3 fois par an ou chaque fois que nécessaire.

b. Culture de la bientraitance

- Formation « humanitude »

Pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées, des formations ont été dispensées aux soignants de notre établissement. L'objectif : leur apprendre les gestes et les attitudes qui conduisent à la "bientraitance". Pour cela, en 2014 et 2015, une référente « Humanitude » a proposé en plan de formation aux soignants de l'ensemble de l'établissement sur le thème suivant :

- L'accompagnement des résidents présentant une dépendance physique ou psychique, dans les actes de la vie quotidienne.

Programme : 7h30 d'apport théorique et 168h d'accompagnement pratique sur 12 mois sur le thème de la prévention et de la gestion (non-médicamenteuse) des troubles du comportement.

- Formation « Référente bientraitance »

Toujours soucieux du bien-être des résidents et conformément aux recommandations de l'ARS, l'établissement a mis en place des formations « bientraitance » pour les professionnels de l'EHPAD. Supervisés par la Psychologue, l'objectif de ces formations est de sensibiliser le personnel sur la bientraitance, afin d'éviter l'apparition de son contraire, la maltraitance, pouvant surgir, volontairement ou non, dans les actes de soins du quotidien. Ces formations ont pour thèmes :

- Réflexions sur la bientraitance
- Réflexions sur la maltraitance
- Réflexions sur le respect de la vie privée des résidents (sexualité ; vie privée)
- Lecture de la charte des droits et libertés de la personne handicapée en situation de handicap

Ainsi, deux référentes ont été désignées (1 IDE ; 1AS pour chaque roulement) afin de garantir au quotidien la bientraitance du personnel envers les résidents.

- Le plan « bientraitance » de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité de vie des résidents dans notre établissement, nous nous engageons, dans les 5 années à venir, à engager une réflexion en équipe sur la question de la bientraitance. Soucieux d'inscrire notre établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de vie des résidents, nous souhaitons suivre le guide à destination des professionnels en établissement de santé et EHPAD de HAS. Ce guide sera utilisé comme un véritable élément « fondateur » de notre politique sur la bientraitance, les objectifs étant de :

- Proposer une définition opérationnelle commune de la notion de bientraitance

- Proposer une stratégie de déploiement de la bientraitance dans notre établissement
- Développer un kit d'outils dans le déploiement de la bientraitance. A ce titre, le questionnaire d'autoévaluation des pratiques de bientraitance dans les EHPAD de l'ANESM sera déployé. Il nous permettra de nous interroger sur nos pratiques, d'inscrire notre établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, et d'effectuer un rapide diagnostic sur nos pratiques concourant à la bientraitance. Cet état des lieux facilitera ainsi l'identification des leviers et des actions d'amélioration à entreprendre.

2.2.9. Snoezelen : Espace de « stimulation multi-sensorielle contrôlée »

La pratique dite « snoezelen » est une stimulation multi-sensorielle contrôlée, une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante. Toujours selon la volonté du résident, l'objectif recherché de ces séances est de procurer un état de bien-être, en y favorisant la relaxation et l'estime de soi, par l'intermédiaire d'exercices spécifiques :

L'espace « Snoezelen »



La salle « Snoezelen » est composée du matériel suivant (non exhaustif):

- Colonne à bulles
- Source lumineuse LED
- Diffuseur d'arômes
- Matelas à eau musical
- Projecteur laser ciel étoilé

La salle est opérationnelle depuis Avril 2016. 10 soignantes ont été formées à la pratique des outils de cette salle (formation dispensée en interne par un prestataire externe).

Quelques images de notre espace



2.2.10. Les axes de progression 2016-2021

| Projets de vie | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Thèmes | Projets | Délais |
| L'accueil de la personne ; le respect de ses droits | PAP : Actuellement, les PAP des résidents sont réalisés 10%. Pour 2017, notre objectif est de réaliser 100% des PAP, ainsi que leur évaluation tous les 6 mois. | 2017 ; 2018 ;2019 ; 2020 ; 2021 |
| | Continuer d'aménager l'établissement afin de d'optimiser le confort et l'autonomie des résidents. Installation de sièges fixes dans les couloirs de circulation et de signalétiques pour les malvoyants | |
| | Organiser l'évaluation de la gestion du dossier du résident, ainsi que la possibilité par les résidents et leurs proches de le consulter. Procédure à écrire. | |
| | Améliorer la gestion des dossiers résidents en fonction des résultats obtenus à l'évaluation | |
| La bientraitance | Mettre en place le questionnaire d'autoévaluation sur la bientraitance de l'ANESM | |
| | Engager une réflexion sur la bientraitance, notamment par l'intermédiaire du plan « bientraitance » de la HAS | |
| | Continuer de garantir la bientraitance dans l'établissement en mobilisant l'ensemble des acquis de la structure dans ce domaine (Référénts bientraitance ; Comité d'éthique et « Humanitude »). Développer des réunions à thèmes avec la Psychologue afin de sensibiliser le personnel au respect de la charte des droits et des libertés des personnes âgées accueillies. | |
| L'espace SNOEZELEN | Continuer de former du personnel à l'utilisation et la pratique du matériel de la salle | |
| | Continuer de stimuler les capacités cognitives des résidents afin de les maintenir voire de les faire progresser dans l'autonomie | |
| | Continuer de prévenir et guérir les états anxieux et dépressifs des résidents par l'utilisation plus systématique de cet espace. Permettre d'une diminution de la prise en charge médicamenteuse. | |
| | Proposer de façon plus systématique l'usage de la salle plutôt que l'utilisation de psychotropes pour lutter contre les états anxieux et dépressifs | |
| | Continuer l'ouverture de l'établissement sur son environnement en proposant à des structures extérieures d'utiliser la salle. | |
| Restauration | Maintenir le pourcentage de produits frais servis aux résidents à 80% | |
| | Faire l'acquisition d'un robot mixeur afin de fabriquer nous-mêmes les différentes textures modifiées et d'adapter les repas en fonction des capacités des résidents et de proposer du « manger mains » aux résidents qui déambulent. | 2017 |

| | | |
|-------------------------------------|--|------|
| | Former du personnel aux textures modifiées (manger mains par exemple pour les personnes qui déambulent) ; achat pour la rentrée de septembre et formation du personnel de cuisine. | 2017 |
| Parcours Santé Séniors (PSS) | Ouvrir notre établissement sur l'environnement en recrutant des étudiants (STAPS notamment) | |
| | Permettre à plus de résidents de la M.A.P.A.D de participer au PSS en mobilisant 4 encadrants au lieu de 3 actuellement | |
| | Maintenir les résidents dans l'autonomie en stabilisant leurs acquis en termes de motricité et de capacités cognitives | |
| | Continuer de favoriser le lien social des résidents par la sollicitation de l'esprit de groupe dans la pratique du PSS | |

Projet de soins

2.3. LE PROJET DE SOINS

2.3.1 Les soins individualisés et personnalisés

Lors de son arrivée, le résident accueilli dans notre institution est pris en charge par une équipe soignante afin de l'installer au mieux dans sa chambre. Le personnel alors présent utilise le recueil de données préétabli lors de la visite de préadmission quelques jours avant l'entrée. Cette visite consiste en une rencontre entre les résidents, ses proches et les membres de l'équipe (IDE, AS référente, animatrice, psychologue et cadre de soins), et une visite de l'établissement

Le recueil est élaboré sur un support « Livret de vie », qui précise les habitudes de vie des résidents.

L'équipe soignante établie en concertation avec le médecin, un plan de soins.

Pendant les trois premières semaines

- Une évaluation gériatrique est mise en route par un travail pluridisciplinaire autour du nouveau résident et de sa famille : réflexion commune autour du résident dans un cadre de vie donné avec création de véritable projet de soin individualisé au travers d'évaluation standardisé avec l'aide de grille d'évaluations validées.
- Le récit de vie du résident est établi en équipe par les équipes de soins paramédicales et intégré en tant que partie prenante de la prise en charge globale du résident.
- Un bilan biologique est réalisé, ainsi que :
 - L'IMC
 - Un bilan kiné
 - Une évaluation de la douleur
 - Un bilan nutritionnel
 - Un bilan vaccinal
 - Un bilan cognitif

Le plan de soins concernant son autonomie et sa prise en charge en soins est alors élaboré.

Durant son séjour, des réunions régulières de synthèse pluri et interdisciplinaire sont organisées autour du résident.

- Evaluation de l'autonomie faite par l'équipe pluridisciplinaire.
- Evaluation motrice réalisée par un kinésithérapeute : bilan de ce que la personne peut faire sur le plan analytique et fonctionnel, fixe les indications ou non d'une rééducation spécifique ou d'une réadaptation avec surveillance (gymnastique d'entretien de groupe ou rééducation plus active individuelle). Evaluation du risque de chute et proposer des mesures spécifiques à mettre en œuvre contre ce risque.
- Evaluation nutritionnelle par les médecins, l'équipe soignante et la diététicienne.
- Evaluation sociale par l'IDE, la cadre de soins, la secrétaire, la psychologue: discussion de problèmes familiaux susceptibles de retentir sur le comportement du résident, APA, tutelle.

- Evaluation psychologique par une psychologue pour les fonctions cognitives, les praxies, accompagnement psychologique des familles, aide à l'analyse des troubles du comportement
- Dépistage des dépressions et des pathologies psychiatriques de la personne âgée, avec l'instauration et le suivi des traitements par psychotrope, par le psychiatre et les médecins traitants.

L'objectif principal de ces évaluations pluridisciplinaire, est de recentrer la prise en charge de la personne concernée sur des axes de soins prioritaires, de redéfinir pour chacun des objectifs de prise en charge, les moyens d'y parvenir et les critères d'évaluations pour évaluer les résultats obtenus.

2.3.2 Les soins de sécurité

Ils prennent en compte la gestion des risques liés à l'environnement et aux soins.

2.3.3. Gestion des risques de l'environnement

- Les soignants sont toujours joignables grâce au téléphone portable. Tous les résidents ont à leur disposition un système d'appel malade. Ce système d'appel malade sans fil est couplé en relais sur les téléphones portables.
- Les résidents peuvent librement disposer de la clef de leur chambre. Un passe est disponible, en cas d'urgence, pour l'ensemble du personnel soignant.
- Toutes les portes de l'établissement sont sécurisées par un système de verrouillage raccordé à la détection incendie. Les portes d'entrée principales de l'établissement sont automatiquement verrouillées à partir de 20h30, au départ des équipes de jour et ce, jusqu'à 6h30 à leur arrivée.
- Tous les résidents ont le libre accès aux espaces extérieurs (jardin) de l'établissement. Les résidents possédant une chambre à l'étage utilisent les ascenseurs ou les escaliers afin de s'y rendre.
- Le service des repas en chambre est pris en charge par les équipes soignantes pluridisciplinaires et par le personnel de cuisine dans la salle de restaurant de l'établissement. La vaisselle n'est pas personnalisée, mais il existe la possibilité d'avoir à disposition de la vaisselle adapté au handicap de certains résidents.
- Tout le matériel (chariot de linge propre et sale, chariot ménage), utilisé par l'équipe soignante est respectivement enfermé dans des locaux spécifiques fermés par un digicode. Les produits de soins sont quant à eux enfermés dans les chariots de soins dans un local.
- La formation incendie est assurée pour l'ensemble des personnels et un responsable de sécurité incendie assure la gestion de la centrale de détection incendie présente sur chaque structure.

- Le règlement de fonctionnement de l'établissement fixe et précise les règles en matière de risques liés à l'environnement. (Ex. : ajout de matériel électrique spécifique dans la chambre du résident)
- La gestion circuit du médicament est formalisée en accord et sous la responsabilité des pharmacies de la ville. Les pharmaciens prennent en charge l'intégralité de la préparation des semainiers et les apportent dans l'établissement. Les infirmières assurent la distribution des médicaments dans le respect de la prescription médicale et s'assure de la prise médicamenteuse. L'ensemble des systèmes de stockage et de distribution des médicaments répond aux normes préconisées de sécurité. (Chariots fermés à clef, stockage dans un local pharmacie fermée à clef)
La fiche nominative de prescriptions médicamenteuses, en complément de l'ordonnance, et sert de support aux personnels infirmiers pour la distribution des médicaments. Cette fiche nominative inclue la photographie des résidents.

La traçabilité de la distribution de fait par collage de l'étiquette de l'alvéole du patient sur un bordereau de distribution prévu à cet effet, ou par validation informatique (écran tactile en wifi sur un chariot, ou sur pocket pc synchronisé en cours de réalisation avec **Oréus**)

2.3.4. Gestion des risques dans les soins

➤ **Le secteur protégé**

L'établissement propose un site d'hébergement organisé en quatre Cantous, secteur protégé (unité spécifique de prise en charge Alzheimer ou maladies apparentées) : **LA MAPAD**

Ces unités fonctionnent en parfaite autonomie tant sur le plan architectural qu'au niveau des personnels qui assurent la prise en charge des résidents.

Cette structure est sécurisée par une porte à accès codé.

➤ **L'alimentation**

La texture des repas est adaptée aux besoins du résident. Des produits diététiques spécifiques sont à disposition pour les personnes présentant des troubles de la déglutition.

Une salle à manger permet de regrouper la majorité des résidents.

L'intégralité de la prise des repas est encadrée par le personnel paramédical et une infirmière est toujours disponible pour faire face aux situations d'urgences. (Fausses routes....)

Du matériel mobile d'aspiration est à disposition sur chaque structure.

➤ **Les chutes**

Il existe une procédure spécifique de signalement de chute renseignée par les personnels paramédicaux présents lors de chaque événement indésirable. Le dossier de soins notifie cet événement. La gestion centralisée de ces fiches d'événement est traitée au niveau de l'établissement.

Ces données permettent d'établir, dans un second temps, une politique de prévention des chutes.

- Elaboration en juillet 2014 d'un protocole « Chutes » : prévention, prise en charge et suivi ;
- Evaluation du risque de chute à l'admission des résidents ;
- Mise en place d'un parcours de santé, dans le cadre d'une prévention primaire des chutes
- Installation dans les couloirs de circulation de sièges fixes

Axes de prévention des troubles de la marche et des chutes:

- Lutte contre la dénutrition : Nos résidents sont pesés une fois par mois. Diagramme des pesés en place. Si la diététicienne constate des chutes, une procédure est mise en place pour peser les résidents plus régulièrement. Un système de pesée est aussi mis en place afin de s'adapter aux malades grabataires.
- Gestion des contentions : recommandations de l'ANAES: formation des soignants. Création d'une fiche de prescription et de suivi des contentions, après décision d'équipe et sur prescription médicale.
- Amélioration des activités physiques et de l'entretien des activités motrices par le kinésithérapeute.
Mise en place par un animateur d'un travail sur l'instabilité posturale. De façon systématique, une évaluation des possibilités du résident est réalisée dès son entrée avec mise en place d'un programme de réadaptation en groupe ou en individuel. Détection des chuteurs potentiels, travail sur les facteurs de risques. Formation d'incitation ou stimulation à la mobilisation par les soignants dans leur prise en charge quotidienne.
- Création d'une fiche de signalement de chute.
- Travail sur architecture : luminosité, couleurs, barres de seuils, barres de maintien
- Travail sur le syndrome de régression psychomotrice et post fall syndrome par la psychologue et le kiné.
- Travail sur le chaussage et l'habillement : passage à la demande, d'une pédicure podologue libérale dans chaque structure
- Mise en place par les animatrices de séances de danse de salon.
- Mise en place par le service animation, d'atelier de marche et de promenade.
- Parcours santé seniors

➤ La contention

Selon l'ANAES, « la contention physique dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisations volontaires de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la

sécurité pour la personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »

Toute prescription de contention fait l'objet d'une discussion en équipe pluridisciplinaire sur l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le résident concerné.

Sa mise en place est un acte de soins sur prescription médicale, datée et signée. Elle est notifiée dans le dossier de soins. Elle fait l'objet d'une réévaluation régulière selon une fréquence définie en équipe.

Axes de prévention pour conduire une politique de réduction de la contention

- Actions d'information sur les dangers de la contention réalisées auprès des équipes soignantes.
- Formations sur les alternatives à la contention auprès des équipes soignantes (formation « Humanitude »)
- Création d'une fiche de prescription et de suivi des contentions, après décision d'équipe et sur prescription médicale.
- Travail sur les équipements pour limiter les risques d'accidents en cas de mise place d'une contention.

➤ Les escarres

Un protocole de prise en charge est établi et mis à disposition des équipes soignantes. Ce protocole concerne les personnes alitées, anorexiques, en position antalgique, en fin de vie, opérées, qui présentent une altération de l'état général, incontinentes et dont les tissus sont vieillissants.

Axes de prévention des escarres

- Formation des soignants sur le thème plaie et cicatrisation. Mise en place d'un référent soignant dans l'établissement. Mise à disposition dans le dossier de soins informatisée d'une fiche journalière de prise en charge des pansements, d'une fiche d'évaluation et d'une fiche de changement de positions et de mobilisation des résidents concernés. Utilisation de l'échelle de BRADEN.
- Sensibilisation de l'ensemble des personnels à la verticalisation. Formation en interne prévue pour l'ensemble des équipes sur les techniques de manutention et les outils de manutention adaptés.
- Mise en place d'un travail sur l'installation correcte au fauteuil et au lit avec utilisation de matériel spécifiques (coussins anti escarres, boudins de positionnement), sur les techniques de transfert et de changements de positions les techniques de massage préventif.
- Mise à disposition de matériel adapté aux soins et à la prévention (barres de maintien), soulève malade, verticalisateurs, guidon de transfert, fauteuil de douche. Tous les lits sont équipés de matelas à mémoire de formes. Des matelas à air sont disponibles en cas de nécessité, des coussins de décharge, des coussins de positionnement ;

Dispensée par la responsable qualité, 10 soignantes ont reçu une formation « PRAP » leur permettant de choisir le bon mode de manutention en fonction de l'autonomie des résidents.

2.3.5 Les soins de réhabilitation à l'autonomie

Ces soins sont réalisés selon les besoins fondamentaux.

a. L'incontinence

C'est un des axes majeurs du projet de prise en charge des résidents dans l'établissement.

Les équipes soignantes favorisent au maximum la préservation des fonctions d'élimination en étant disponible et à l'écoute des demandes des résidents.

- Des fiches de dotation avec le nom de résidents représentant les différents types de protections pour la prise en charge de l'incontinence, sont fournis par notre responsable qualité.
- La gestion globale des stocks est assurée par la responsable logistique en collaboration avec les équipes soignantes.
- Une formation de la prise en charge de l'incontinence est assurée par le laboratoire fournisseur deux fois par an.
- L'organisation du travail tient compte en priorité du maintien de l'autonomie pour les fonctions d'élimination. Cela se traduit par :
 - Une intégration dans le plan de soins
 - Une réévaluation par l'équipe pluridisciplinaire est réalisée à chaque fois que nécessaire.
 - La mise au WC planifiée sur la journée et la nuit.
 - Le respect des demandes des résidents pour aller aux toilettes ou sur le bassin.

b. La locomotion

Un des axes prioritaire de la prise en charge des résidents.

Les soins de locomotion sont effectués par le kinésithérapeute sur prescription médicale.

Les infirmières et aides-soignantes, sensibilisées à ce besoin fondamental « se mouvoir et maintenir une bonne posture », favorisent au maximum les déplacements des résidents dans l'établissement (accompagnement à la salle à manger, aux toilettes...), lesquels sont inscrits dans les plans de soins quotidiens

Du matériel tel que trépied, cannes, rampes murales..., sont à leur disposition pour les déplacements.

L'entretien de la marche ne peut se réduire à quelques « tours de services » et il est dommage d'utiliser le temps du masseur-kinésithérapeute pour cela. Nous avons donc mis en place un parcours de santé seniors situé à l'extérieur du bâtiment. Celui-ci est composé classiquement de

différentes surfaces de contact (terre, sable, herbe, bitume, graviers,...), d'obstacles de faible hauteur à enjamber et de pentes douces (pont de bois). Des postes de repos sont placés le long du parcours et tous les obstacles sont évitables. Une éducatrice sportive est présente le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine afin d'accompagner les résidents sur ce parcours. La présence quotidienne (du lundi au vendredi) d'un jeune du service civique permet l'accompagnement à la marche de certains résidents.

c. L'hygiène

Les soignants respectent et favorisent l'autonomie pendant la toilette, les soins de bouche, le lavage des mains, afin de maintenir les acquis du résident, voir les restaurer.

Dans chaque plan de soins, des actions personnalisées sont proposées pour atteindre cet objectif de maintien de l'autonomie.

2.3.6. Les soins spécifiques

a. Droits et informations des résidents

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie doit être connu de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. Il est important que le personnel soignant connaisse les droits des personnes âgées. Ces droits sont affichés dans l'établissement au niveau du hall d'entrée et le document est présent dans chaque salle de transmissions.

Le règlement de fonctionnement en place dans l'établissement définit, d'une part, les droits et les devoirs de la personne accueillie et, d'autre part les modalités de fonctionnement de l'établissement.

b. L'animation

Le projet d'animation est formalisé. Le service animation, composé de deux animatrices et en collaboration avec l'équipe soignante, travaille sur des axes principaux qui sont l'animation individuelle et l'animation collective.

Ces axes sont travaillés en prenant en compte les résidents quel que soit le degré de leur dépendance.

Les activités proposées émanent essentiellement d'un recueil de données des désirs, des besoins et des capacités des résidents.

Une commission « animation » se réunit tous les trimestres, afin d'évaluer le projet et de proposer de nouvelles activités, si besoin.

c. Alimentation – Nutrition

La nutrition est une activité de soins ; elle vise à maintenir et à restaurer la santé en combattant la dénutrition qui atteint souvent les personnes âgées.

Elle doit permettre d'apporter les éléments nutritionnels nécessaires à chaque personne, prenant en compte les régimes prescrits et une texture appropriée aux facultés d'ingestion de la personne âgée.

Elle contribue aussi au bien-être et à la santé, en suscitant désirs et plaisirs, indispensables pour le moral et l'équilibre psychique des résidents.

Une diététicienne est présente dans l'établissement une journée par semaine. Elle travaille en étroite collaboration avec l'infirmière référente « nutrition », le chef cuisinier et l'équipe soignante pour optimiser la prise en charge alimentaire des résidents.

Une commission des menus se réunit tous les trimestres. Cette commission est composée de personnel, de représentants des familles et des résidents, la diététicienne, le chef cuisinier.

La restauration est une activité logistique et hôtelière, qui implique des acteurs hôteliers, logistiques et soignants, coordonnée vers un même but pour le bien être des résidents : de la gestion des commandes à la cuisine centrale pour aboutir à la salle à manger.

Des règles d'hygiène strictes s'appliquent à la fonction restauration sur l'ensemble du processus. La méthode de maîtrise des risques alimentaires HACCP vise à garantir des pratiques bien codifiées à toutes les étapes, de l'approvisionnement à l'élimination des déchets.

Pour inciter à la prise de repas, celui-ci doit être servi dans des conditions adaptées, de température, de luminosité, d'horaires et de service. Il correspond aux habitudes alimentaires du résident.

Les soignants et la diététicienne jouent un rôle important dans l'identification des habitudes et goûts des résidents.

La distribution des repas est assurée par l'équipe de restauration. L'ensemble des repas sont servis de la façon suivante : petits déjeuners dans les chambres, déjeuners en salle à manger ou en chambre, gouters dans les salons ou chambre, soupers en salle à manger ou en chambre.

A chaque repas, les soignants sont présents auprès des résidents qui ont besoin d'aide et pour assurer la surveillance, ainsi que le personnel de cuisine pour le service à tables.

Il existe également une salle annexe pouvant accueillir une quinzaine de résidents qui nécessitent une aide et une surveillance plus importante, adaptées à leur pathologie. Trois soignantes sont disponibles et de la vaisselle ergonomique est proposée.

2.3.7. Prise en charge de la détérioration intellectuelle et des troubles psychiatriques

L'établissement accueille quelques résidents relevant du secteur psychiatrique. L'équipe soignante, pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle, développe des activités en rapport avec les capacités de ces résidents (projet spécifique). Un protocole « troubles du comportement » est en place, avec pour objectifs d'homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ; De promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses et d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

Tout résident présentant des troubles psychiatriques, bénéficie d'un suivi de consultation par un psychiatre de secteur avec EPSM. De plus, ces mêmes résidents, si nécessaire, bénéficient également d'un suivi mensuel de la part de l'infirmière du secteur psychiatrique. Possibilité de prendre en charge les troubles du comportement avec l'outil « Snoezelen » (CF. projet de soins spécifique Mapad)

2.3.8. Prise en charge de la filière Alzheimer et des pathologies apparentées

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer s'inscrit dans une filière de soins comportant une unité spécifiques des soins Alzheimer et maladies apparentées. Une structure d'accueil de jour temporaire est souhaitable, compte tenu des besoins de la population environnante.

Un projet de soins spécifiques est élaboré pour cette unité de soins spécifiques.

a. Douleur

La douleur du résident est prise en charge par une infirmière référente « douleur » et l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe peut faire appel à l'EMSP, (Equipe Mobile en Soins Palliatifs) du CH de Falaise qui intervient sur chaque site à la demande des médecins et des soignants.

Un protocole d'évaluation de la douleur est mis en place avec l'utilisation de l'outil « ECPA ». L'objectif de ce protocole est de mettre en évidence l'existence de la douleur ; de reconnaître les différentes expressions de la douleur et les signes cliniques ; Evaluer objectivement la nature, la localisation, l'intensité, la fréquence et les facteurs déclenchants de la douleur et participer à la prévention, à la prise en charge et au suivi de la douleur.

Une formation interne est en cours ; en collaboration avec un médecin extérieur, en vue de sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

b. La fin de vie

Le résident reste une personne jusqu'au bout de sa vie. Son bien-être est le premier souci de l'équipe soignante. Le respect de celui-ci passe par une concertation permanente de l'équipe pluridisciplinaire. Ses croyances religieuses et les directives anticipées sont respectées. Les soins de nursing sont adaptés par une démarche de soins priorisant le confort et la qualité de vie.

Lors d'une fin de vie, si la famille est présente, elle est associée à la prise en charge. On lui facilite sa présence auprès de son parent en prêtant un appartement de l'établissement le temps nécessaire. De plus, elle bénéficie du soutien de l'équipe soignante et de l'équipe mobile en soins palliatifs, ainsi que de l'infirmière référente « fin de vie ». L'établissement accueille des bénévoles de l'association « JALMALV » formés pour l'accompagnement en fin de vie. Ils travaillent toujours en coordination avec l'équipe soignante.

Une psychologue, travaillant à plein temps, assure un soutien psychologique du résident, des familles et des soignants si besoin. Une formation « soins palliatifs » a été dispensée dans notre structure. 24 personnes ont déjà été formées. Le projet est de former 20 personnes supplémentaires à cette formation par an ; Cette formation est dispensée par le centre « ABIVEN » de Caen.

2.3.9. LES TRANSMISSIONS

Pour tous les soins réalisés, des transmissions sont retranscrites dans le dossier de soins informatisé « TITAN »

Il existe également des transmissions orales, qui ont lieu dans la salle de transmission de 6h45 à 07h00 avec les veilleuses de nuit et les infirmières (une sur chaque site), de 11h30 à 12h00 à la Mapad, de 16h30 à 17h00 à la Mesnie et de 20h45 à 21h00 sur chaque site avec les infirmières, l'équipe de jour et les veilleuses de nuit. Elles sont pluridisciplinaires et permettent de compléter les transmissions écrites et d'assurer la continuité des soins.

Le projet de soins spécifiques M.A.P.A.D

2.4.1. Principes fondamentaux

- Evaluation des capacités restantes, les valoriser et les faire durer
- Architecture de la structure adaptée aux personnes accueillies
- Améliorer la qualité de vie par une prise en charge pluridisciplinaire
- Optimiser les moyens matériels et humains
- Recréer du *BIEN VIVRE* en diminuant les situations d'échec
- Inclusion des familles

2.4.2. L'admission

Les critères d'admission au sein de la *MAPAD* sont définies par :

- Un diagnostic établi de maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée
- Evaluation retentissement si présence de pathologie psychiatrique
- Identification des troubles du comportement
- Informations fournies par la famille
- La commission d'admission

2.4.3. Evaluation gériatrique standard

Elle doit être réalisée à l'admission, et ré évaluer régulièrement par la suite ;

- Evaluation sociale : - Histoire de la famille et de la maladie
 - Statut marital et mode de vie
 - Aidant principal
 - Niveau socio-culturel
 - Aides sociales et statuts juridiques
- Évaluation somatique : - Examen clinique complet ; Recherche de pathologies associées
- Evaluation nutritionnelle :
 - Albuminémie
 - MNA
 - Surveillance pondérale mensuelle
 - Bilan nutritionnel →fiche nutritionnelle
- Evaluation de la marche – troubles de l'équilibre par le kiné
- Evaluation de l'état cutané
- Evaluation sensorielle
- Evaluation de la douleur : outils d'évaluation appropriés
- Statut vaccinal
- Statut médicamenteux
- Evaluation de l'autonomie : évaluer les capacités restantes
- Evaluation des fonctions éliminatoires
- Listing des maladies chroniques et leur prise en charge
- Evaluation cognitive
- Evaluation biologique (selon l'ANAES)
- Evaluation organique : ECG – TDM cérébral

2.4.4. Objectifs

a) → Former les soignants de la filière sur la connaissance des maladies rencontrées et la prise en charge non médicamenteuse de celles - ci ;

✚ Objectifs opérationnels

- Permettre à chaque soignant de la Mapad de connaître et comprendre les maladies rencontrées
- Promouvoir les demandes de formations spécifiques à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Humanitude
- Diminuer les troubles du comportement liés aux angoisses et à la non stimulation

✚ Moyens d'évaluation

- Organisation de formations et informations « Humanitude »
- Réunions pluridisciplinaires
- Identification indicateurs de suivi (rapport d'activité médical annuel)

b) → Revoir l'organisation de la prise en charge du résident en priorisant le respect du rythme de celui-ci ;

✚ Objectifs opérationnels

- S'adapter au plus près des besoins du résident en fonction de ses rythmes et capacités ; tout en prenant en compte les contraintes institutionnelles
- Diminuer les troubles du comportement lors des soins

✚ Moyens, évaluations

- Organiser les soins par une planification globale
- Etablir un programme d'activités
- Projet de vie personnalisé
- Traçabilité dans le projet de vie de chaque personne

c) → Suivre le projet de soin et de vie de chaque personne accueillie ;

- Assurer la tenue du dossier de soins
- Construire et pérenniser un projet de soins et de vie individualisé pour chaque résident et en informer la famille
- Désignation d'un soignant référent pour chaque résident

d) → Mettre en place une politique d'aide aux aidants ;

- Impliquer les familles dans la vie de la Mapad
- Informer et soutenir les familles
- Présentation du projet de vie de chaque résident à sa famille avec consignation dans le dossier de soins (PAP)
- Organiser une réunion annuelle avec les familles
- JALMALV (visites bihebdomadaires de bénévoles) ;
- En collaboration avec l'association « France Alzheimer », projet à court terme, de rencontres « mensuelles » avec les familles, sur le thème « aide aux aidants ».

2.4.5. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

1/ Prise en charge des troubles du comportement

Le soin de la personne démente n'a pas pour but de faire disparaître totalement la symptomatologie démentielle par des techniques médicamenteuses ou non ; il a pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne atteinte et de lui permettre de vivre dans la collectivité de l'unité.

Le soin peut être entrepris ; de manière préventive dans un premier temps :

- Par la limitation des situations d'échec et la sécurisation de l'environnement
- Par la reprise de la communication et d'une relation bénéfique au dément
- Par le repérage des attitudes et des échanges verbaux ou non qui auront un caractère rassurant et stabilisant.

Ces comportements de l'équipe soignante, appelés soins de bienveillance, seront la base de la prise en charge préventive de l'altération comportementale des résidents. Dans ce cadre, une organisation spécifique:

- Les aides-soignantes sont affectées (si possible) dans les mêmes cantous.

Dans un deuxième temps, l'équipe soignante doit être préparée à la prise en charge des troubles du comportement aigus ou chroniques. Certains sont tolérables, d'autres non. Certains sont gênants, d'autres non. Mais tous doivent être repérés et analysés.

La prise en charge thérapeutique, en dehors des médicaments validés pour le traitement de la démence passe par des **INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES**.

Nous nous référons aux activités habituellement déployées en fonction des troubles psycho-comportementaux et de l'autonomie restante des personnes accueillies dans ce type de structures spécialisées. Ces activités dureront ½ heure à ¾ heure au regard des capacités de concentration des participants. Elles seront précédées d'un temps de préparation et suivies d'un temps de synthèse entre professionnels.

2/ Prise en charge préventive

Ateliers de stimulation cognitive :

Les activités proposées sont ici des mises en situation ou simulations de situations vécues. Proposables aux différents stades de la maladie d'Alzheimer, elles sont adaptées aux troubles des personnes accueillies.

Leurs objectifs est de ralentir la perte d'autonomie dans la vie quotidienne.

Types d'intervention : sous la responsabilité de la psychologue

- Atelier réminiscence
- Atelier orthophonie permettrait une rééducation du langage et de la communication
- Atelier mémoire procédurale :

Le docteur Bénédicte Defontaines a écrit : « La maladie d'Alzheimer est avant tout une maladie de la mémoire épisodique explicite. La mémoire sémantique est altérée beaucoup plus tardivement. La mémoire implicite reste quant à elle pratiquement intacte jusqu'au bout...La mémoire implicite comprend ce que vous apprenez sans avoir l'impression d'effectuer un effort de mémorisation. Elle retient l'information sans garder le souvenir de son stockage. Elle correspond à la mémoire procédurale, à l'amorçage et au conditionnement. »

« La mémoire procédurale est très solide. Elle constitue les savoir-faire et les habilités motrices qui, avec la répétition, s'acquièrent tout au long de votre vie, par exemple faire de la bicyclette ne s'oublie jamais. »

Qu'elles qu'en soient les raisons, l'apprentissage fonctionne indépendamment de la pathologie, mais il faut se souvenir que la qualité de la relation et de l'environnement sont primordiales.

En pratique : on commence par regarder, observer, voir ce qui améliore le patient et ce qui l'aggrave, par apaiser le quotidien, y installer un sentiment de sécurité, un maximum de fluidité. La bonne humeur est un élément incontournable et indispensable au confort quotidien. La bonne humeur se nourrit de la sympathie qu'à son tour elle engendre : on regarde avec sympathie, on observe avec sympathie.

Ainsi on arrive à considérer le patient comme un sujet d'exception, un sujet unique, qui mérite une attention exceptionnelle. Les situations, les goûts, les capacités ne sont pas les mêmes et changent. Petit à petit, en multipliant les essais et les tâtonnements, on arrive à établir une sorte de protocole de vie quotidienne, qui n'a rien à voir avec « la vie d'avant », où les tâches et les loisirs sont répartis de manière à ce que chacun soit satisfait.

Ateliers de stimulation physique et sensorielle

Les activités physiques peuvent avoir un effet positif sur le maintien d'une autonomie physique, mais aussi psychique. Elle impacte de fait sur les capacités cognitives, les aptitudes fonctionnelles et certains aspects comportementaux. D'où l'opportunité de recourir aux compétences d'un kinésithérapeute.

Par ailleurs, le manque de stimulation, en raison d'un environnement monotone et de déficits sensoriels, provoque souvent l'aggravation des troubles psycho-comportementaux (confusion, errance nocturne...)

Types d'interventions :

- Salle Snoezelen : espace détente et stimulation sensorielle pour diminuer les états d'agitation et d'anxiété. Les séances sont programmées ou selon les situations d'urgence ; elles sont supervisées et réalisées par la psychologue, secondée par des soignantes formées.

- Atelier relaxation : bains ; pour réduire le stress, les angoisses des accueillis
- Atelier gym douce, pour le travail de l'équilibre, la souplesse, la mobilité articulaire
- Repas thérapeutiques
- Atelier massage et soin esthétique, pour la conscience et la réappropriation du corps
- Séances de marche, pour le renforcement musculaire
- Musicothérapie
- Atelier chant
- Parcours santé

Ateliers d'expression et de communication

Ils visent un réinvestissement de la pensée, de la parole, de l'implication relationnelle et de l'inscription sociale.

Types d'interventions :

- Groupe de lecture
- Groupe de conversation
- Point presse
- Atelier peinture/dessin/bricolage/couture...
- Zoothérapie (travail avec un chien et des lapins)
- Rencontre intergénérationnelle

Ateliers de vie quotidienne

L'occasion de se re-familiariser avec des actes et situations de la vie quotidienne, antérieurement sources de plaisir :

Types d'interventions :

- Ateliers cuisine, pour favoriser le désir et le plaisir de manger au regard des habitudes alimentaires,
- Jardin thérapeutique (animé par des bénévoles),
- Activités domestiques : mettre le couvert, faire le marché...
- Jeux de société : cartes, petits chevaux, dominos...
- Sorties : cinéma, musées, marches, plage...

NB : La participation des accueillis aux activités quotidiennes est souvent délicate car souvent acquittées par les professionnels. Pour autant ces activités :

- Le lit
- La toilette
- L'habillage
- Mettre les couverts
- Desserte de la table
- Vaisselle,

...peuvent, après réflexion, s'offrir comme supports de soins thérapeutiques.

2/ Prise en charge curative

a. Le comportement perturbateur

Le comportement perturbateur le plus souvent cité est l'agressivité ou l'opposition aux soins.

Dans ce contexte, le soignant doit commencer par des préliminaires pour rentrer en communication : approche axiale, les yeux dans les yeux, à petite distance pour capter l'attention. Puis, la voix doit être calme et sûre, sécurisante pour donner des consignes courtes et simples. Le soignant doit se rappeler que le résident dément a une attention et un jugement altérés : il doit, au total, donner un climat émotionnel positif (il y a peu d'atteinte de la mémoire émotionnelle au cours de l'évolution d'une démence de type Alzheimer). Le soin technique peut alors commencer en maintenant la capture sensorielle par la poursuite de l'explication de ses gestes. La personne démente ne peut être de force ramenée à notre réalité de soignant (hygiène, pose d'une sonde, une injection...) ; les soins d'hygiène quotidiens devront reproduire au plus près les habitudes du résident ; les soins médicaux, dont on aura au préalable mesuré la nécessité, seront pratiqués dans ce contexte de capture sensorielle et de climat émotionnel positif, dans un environnement lumineux, apaisant, spacieux.

b. L'apathie

L'apathie est très fréquente chez les résidents déments. Il s'agit, à proprement parler, d'un trouble du comportement même s'il n'est pas perturbateur. En effet, le résident peut passer des heures entières, immobile dans son fauteuil. Le rôle du soignant est de s'assurer de l'absence de pathologie sous-jacente : douleur, état dépressif, dyspnée d'effort, épilepsie ou confusion postcritique prolongée chez le sujet très âgé. Ensuite, il doit vérifier que le résident ne souffre pas de son apathie et, sans le contraindre, il doit, dans un climat émotionnel rassurant, lui proposer de reprendre une vie sociale ou, tout du moins, une participation à la vie de l'unité. Les ateliers thérapeutiques proposés trouvent là également tout leur intérêt.

c. La déambulation pathologique

La déambulation pathologique est un des critères d'entrée en USA. Elle doit être respectée par l'équipe soignante et, de plus, elle est sécurisée et pensée architecturalement.

La liberté d'aller et venir avec obligation de sécurité (sécurisation du puits de lumière), est respectée suivant les recommandations de l'ANESM.

d. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents. Leur prise en charge passe d'abord par une étape de diagnostic étiologique : syndrome d'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, insomnies isolées ou intégrant un syndrome dépressif, origine iatrogène, inversion du rythme nyctéméral d'origine centrale. Dans un deuxième temps thérapeutique, une option médicamenteuse pourra être suggérée si le trouble du sommeil est mal toléré ou très perturbateur.

e. Les manifestations psychotiques

Les manifestations psychotiques, délires ou hallucinations, devront être connues du personnel soignant. Leur prise en charge est difficile et nécessitera l'intervention de la psychologue, de l'IDE psychiatrique et du psychiatre (CF. convention avec l'EPSM de juin 2014).

2.4.6. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Ils sont constants au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Ils font partie des causes de perte de poids et de dénutrition. Cette perte de poids est un élément de mauvais pronostic. Une pesée mensuelle sera indispensable ; une évaluation du statut nutritionnel par le dosage de l'albuminémie et le MNA (Mini Nutritional Assessment) sera utile pour le diagnostic et le suivi de la dénutrition. L'établissement bénéficie de la présence d'une diététicienne pour le rôle préventif, le rôle d'évaluation et la proposition de prise en charge. S'il existe des troubles du comportement au moment des repas (déambulation, mélange d'aliments,...) ou des troubles dyspraxiques ou visuels, il sera possible d'aider et d'accompagner le résident pendant les repas ; on pourra aussi proposer de présenter les plats un par un, privilégier les aliments qui se mangent avec les doigts, « le manger mains » ou proposer les repas à un autre moment plus adapté. S'il existe des troubles de la déglutition, il sera proposé des aliments à texture modifiée

Une cause somatique ou iatrogène sera recherchée devant toute perte de poids inexplicée.

| Résident | FAIRE | NE PAS FAIRE |
|------------------------|---|--|
| S'alimente seul | <ul style="list-style-type: none"> - Peser le résident chaque mois - Veiller à une alimentation variée et appétissante - Offrir le choix : fromages, fruits, parfums (laitages, boisson,...), quantité à servir - Communiquer avec l'équipe de cuisine au sujet des repas et de l'appréciation des plats pour répondre aux attentes - Surveiller la consommation des plats d'origine animale (midi/soir) : viande, poisson, laitage - Veiller à la présence de 4 produits laitiers par jour - Planifier le service de boisson toutes les 2 heures - Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement... | <ul style="list-style-type: none"> - Penser qu'une personne âgée, inactive, se nourrit « de peu ». Ses besoins sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente - Délaisser une personne qui n'est jamais « contente » des repas. Ceci traduit un état de mal être à prendre en considération. Le problème est à rechercher en dehors du contexte du repas (douleur, dépression) - Manquer de vigilance par rapport à la consommation des repas et à la prise de boisson. Même indépendante, la personne âgée court un risque de dénutrition et de déshydratation. - Laisser un résident quitter la salle à manger sans s'assurer que ses mains et son visage soient propres. |
| A peu d'appétit | <ul style="list-style-type: none"> - Parler du menu et de ses composantes. Faire appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner « envie » - A l'office, un mixeur de bonne qualité permet de réaliser des mousses de fruits, des gaspachos (soupes froides de crudités d'été) et des veloutés (melons, pastèques) - Privilégier les produits laitiers pour pallier à une insuffisance de consommation de viande ou de poisson - Enrichir en priorité avec des aliments de base (œufs, lait concentré, fromages : béchamel, purées, gratin, flan, crèmes, clafoutis, fromage blanc, yaourts, lait parfumé sans augmenter le volume) | <ul style="list-style-type: none"> - Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent. Ne pas laisser le temps de manger. - Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent. Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. Les plats doivent rester identifiables - Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours - La perte d'appétit est un indicateur fiable à noter dans le dossier médical après l'avoir notifié au médecin |
| A besoin d'aide | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les maintenir : cuillère à dessert, assiette à rebord,... Voir ce qui peut être réalisé ou non : couper, boire, mise en bouche ▪ Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladresses | <ul style="list-style-type: none"> - Mélanger les différents éléments du plat chaud. Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle - Se mettre face au résident pour donner à manger. Préférer l'angle de la table (90°) pour libérer le champ visuel, apporter une aide efficace et plus discrète |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive ▪ Stimuler la personne par la parole et le toucher augmente la prise alimentaire. La chaleur humaine, le sourire et les paroles aident à tolérer la dépendance ▪ Laisser le temps d'avaler | <ul style="list-style-type: none"> - Faire manger plusieurs personnes à la fois « machinalement ». Dans ce cas dire quelques mots personnalisés pour « reconnecter » la communication - Parler à ses collègues pendant qu'une aide est apportée - Précipiter le repas |
| Pour le sujet dément | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôler régulièrement son poids Le solliciter doucement, avec patience pour absorber les aliments - Lui laisser la possibilité de : <ul style="list-style-type: none"> ● mélanger les éléments de son repas ● manger debout s'il le souhaite ● grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs,...) l'essentiel est qu'il mange ● déambuler dans les couloirs | |

2.4.7. PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE LOCOMOTRICE

Un masseur kinésithérapeute, salarié à temps partiel dans l'établissement, intervient actuellement sur le site de la Mapad pour une quotité réduite de son temps de présence. S'il effectue essentiellement des soins d'urgence et de rééducation, il ne peut assurer qu'épisodiquement l'entretien des acquis auprès des résidents. La prise en charge régulière des complications de l'immobilisme au fauteuil et de l'alitement prolongé (activité musculaire, entretien orthopédique, stimulation fonctionnelle,...) ne sera possible qu'avec la participation d'autres intervenants dans des conditions matérielles adaptées. Notre projet vise à résoudre cette problématique en proposant les moyens humains et matériels nécessaires à la mise en place d'une politique de prévention et d'entretien des capacités physiques des résidents de la Mapad. Cette politique serait guidée par le masseur-kinésithérapeute mais réalisée par les équipes en tenant compte de leurs compétences propres.

L'entretien de la marche ne peut se réduire à quelques « tours de services » et il est dommage d'utiliser le temps du masseur-kinésithérapeute pour cela. Nous avons donc mis en place un parcours de santé seniors situé à l'extérieur du bâtiment. Celui-ci est composé classiquement de différentes surfaces de contact (terre, sable, herbe, bitume, graviers,...), d'obstacles de faible hauteur à enjamber et de pentes douces (pont de bois). Des postes de repos sont placés le long du parcours et tous les obstacles sont évitables. Une éducatrice sportive est présente le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine afin d'accompagner les résidents sur ce parcours. La présence quotidienne (du lundi au vendredi) d'un jeune du service civique permet l'accompagnement à la marche de certains résidents.

Afin d'entretenir les capacités physiques des patients de la Mapad, une gymnastique douce hebdomadaire en groupe pourra être proposée. Celle-ci sera également menée par des membres de l'équipe animation après que l'équipe médicale et le kinésithérapeute en aient validé l'intérêt et les limites pour chaque résident sélectionné. D'une durée de 30 mns maximum, elle ne nécessite pas d'achat de matériel puisque celui-ci existe déjà et était utilisé par un intervenant extérieur dont le contrat s'est arrêté à la fin 2013.

Un programme d'action spécifique est déjà en cours dans l'établissement à propos de la prévention des chutes des résidents de la Mesnie. Pour compléter cette procédure, une action spécifique et individualisée pourra être effectuée par le masseur-kinésithérapeute en réponse à une ordonnance médicale. Chronophage, cette prise en charge individuelle consiste en des mises en situation avec travail des relevés du sol et des transferts faisant suite à la réalisation et à l'interprétation de bilans complexes et spécifiques (Tinetti, Berg,...) ainsi qu'à une étude et une modification éventuelle du lieu de vie du résident. Si cette action est réalisée hors du temps de présence habituel du masseur-kinésithérapeute salarié de la Mesnie, elle sera codifiée et rémunérée en actes équivalents à ceux applicables pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

2.4.8. SECURITE MEDICAMENTEUSE ET SURVEILLANCE MEDICALE

La prise des médicaments est sous la surveillance des infirmières et des aides-soignantes (en collaboration étroite avec les IDE). Les médicaments sont préparés à l'avance par le pharmacien référent de l'établissement sur prescription du médecin traitant consultable sur le dossier informatisé. Chaque résident a une fiche traitement.

Le médecin coordonnateur a pour mission de limiter le risque iatrogène :

- La mesure de la clairance de la créatinine
- La surveillance des éventuelles interactions médicamenteuses
- La prévention des effets secondaires : troubles du transit, troubles de la vigilance...
- La limitation des médicaments psychotropes : benzodiazépines, neuroleptiques (tout particulièrement les phénothiazines)

Enfin, le médecin coordonnateur devra favoriser les diagnostics étiologiques des démences pour pouvoir faire bénéficier chaque résident des thérapeutiques médicamenteuses validées dans certaines démences (anticholinestérasiques et mémantine), et s'assurer de leur bonne utilisation en accord avec leur autorisation de mise sur le marché. Une surveillance toute particulière sera portée à la survenue d'épisodes dépressifs majeurs dont le diagnostic est particulièrement délicat chez la personne démente, ainsi qu'à leur traitement, préférentiellement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

La surveillance médicale est assurée par le médecin traitant du résident, choisi par lui ou sa famille et proposé sur une liste de médecins intervenant dans l'établissement. Il donnera toutes indications aux infirmiers quant aux mesures spécifiques de la surveillance des pathologies somatiques chroniques du résident : mesures des constantes vitales (TA, pouls, saturation en oxygène), glycémie capillaire, surveillance de l'état cutané...

2.4.9. COLLABORATION AVEC LES FAMILLES ET L'ENTOURAGE

Les liens du résident avec son entourage, familial ou non, seront maintenus et encouragés, ainsi que la vie de couple. Le maintien d'une vie relationnelle affective stable du résident dément est un atout majeur pour la prévention des troubles du comportement. Les familles seront invitées à participer à la vie de l'unité : partage des repas, sorties éventuelles, décoration des locaux, participation aux animations de loisirs...

Enfin, les familles pourront bénéficier d'une information sur un plan général et sur un plan individuel. Ainsi, les familles, ayant pu anticiper les modifications de l'état de santé de leur proche, seront plus facilement partie prenante du projet de soins individualisé.

Des réflexions sont menées par un groupe de travail sur le thème « couple et sexualité » et des réunions d'informations et d'échanges sont proposées aux familles avec les soignants.

2.4.10. COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Sur un plan déontologique, chaque résident a le choix des intervenants médicaux et paramédicaux qui prendront en charge sa santé : médecin traitant, lieu d'hospitalisation, kinésithérapeute, biologiste, radiologue, pharmacien...Le médecin coordonnateur de l'établissement aura donc pour tâche de coordonner l'action de chaque professionnel de santé intervenant à la Mapad dans le respect du projet de soins et du code de déontologie. Le dossier de soins informatisé individuel, tenu à jour, rapportera tous les événements marquants de la vie et de la santé du résident et sera à disposition de ces professionnels de santé qui devront, eux aussi, transmettre toutes informations et recommandations qu'ils jugeront utiles. Une convention de partenariat a été signée avec le CH. de Falaise et l'EPSM de Caen, pour proposer dans les meilleures conditions d'éventuelles hospitalisations en mode d'entrée directe. L'objectif est de limiter au maximum ces hospitalisations pour élaborer des prises en charge adaptées et éviter ces hospitalisations.

2.4.11. FORMATIONS DE L'EQUIPE SOIGNANTE

La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont des pathologies complexes, chroniques et d'évolution longue. Tout membre de l'équipe soignante, à son niveau, doit pouvoir bénéficier de formations externes lui permettant d'améliorer ses pratiques. La psychologue de l'établissement réunit l'équipe soignante régulièrement pour permettre à chaque membre de l'équipe de pouvoir exposer ses difficultés rencontrées au contact des résidents déments avec troubles du comportement. Enfin, des sessions de formation sont organisées dans l'établissement (ou à l'extérieur en fonction des thèmes) afin de permettre au personnel de prendre en charge de façon optimale les résidents. A ce jour, les formations dispensées pour l'équipe soignante sont :

| 2014 | | | 2015 | | |
|-----------------------------------|-------------|----------------|---|-------------|--------------------------------|
| Formations | Nb de pers. | Formateurs | Formations | Nb de pers. | Formateurs |
| Prise en charges Snoezelen | 11 | H CARE | Accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzh., dans les actes de la vie quotidienne | 34 | MME LOISEL |
| Les soins palliatifs | 12 | ABIVEN | Les soins palliatifs | 12 | ABIVEN |
| Prise en charge de la douleur | 29 | INTERNE | Plaies et cicatrisation | 2 | INTERNE |
| Humanitude | 46 | MME LOISEL | Humanitude | 26 | MME LOISEL |
| Prise en charge de l'incontinence | 51 | HARTMANN | Prise en charge de l'incontinence | 45 | HARTMANN |
| Zoothérapie | 6 | HUMANIMA | PRAP | 5 | INTERNE |
| V.A.E | 2 | IRTS Caen | V.A.E | 2 | IRTS Caen |
| RABC | 2 | LEXOM | Transmissions ciblées | 10 | IRFA EVOLUTION |
| HACCP | 9 | IRFA EVOLUTION | Sexualité des résidents | 2 | IRFA EVOLUTION |
| Hygiène des mains | 15 | INTERNE | Dispositifs d'oxygénothérapie | 7 | Pharmacie St Patrice de BAYEUX |
| Les pansements | 1 | C.H.U Caen | | | |
| Evaluation du personnel | 3 | APAVE | | | |

- Prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement :
 - ✓ « Humanitude »
 - ✓ « Snoezelen »

- Prise en charge de la douleur
- Formation « fin de vie », soins palliatifs
- Formation « bientraitance »
- Formation « consolidation des savoirs dans le domaine des démences et maladies apparentées »
- 80% du personnel a été formé à la prise en charge de l'incontinence

CONCLUSION

Ce projet de soins en unité de soins Alzheimer concentre tous ses objectifs sur le maintien de la qualité de vie des résidents qui y vivent et propose un complément thérapeutique non médicamenteux à la prise en charge de la démence. Ces pathologies neurodégénératives qui sont des maladies longues et pour lesquelles il n'existe pas encore de traitements curatifs, nécessitent une prise en charge difficile pour l'équipe soignante et pour l'entourage du résident. Dans le respect constant de l'individu malade, toutes les actions de soins décrites ci-dessus permettront aux résidents de rester dignes dans leur maladie en limitant, dans la mesure du possible, les souffrances physiques et psychiques occasionnées par leurs pathologies.

Dans ce cadre, « un accueil de jour », voir un accueil de nuit, permettrait de répondre davantage à ces objectifs de respect de qualité de vie des résidents et/ou des aidants.

2.4.12. Les axes de progression 2016 - 2021

| L'autonomie, l'accompagnement et les soins | |
|---|----------------------------------|
| Projets | Délais |
| Une formation « soins palliatifs » a été dispensée dans notre structure. 24 personnes ont déjà été formées. Le projet est de former 20 personnes supplémentaires à cette formation par an. | 2017 ; 2018 ; 2019 ; 2020 ; 2021 |
| Les professionnels de santé vont être formés à la prise en soins des résidents présentant un risque suicidaire. | |
| PRAP: Poursuivre les formations du personnel sur le bon mode de manutention à utiliser en fonction de l'autonomie du résident | 2017 |
| Permettre la traçabilité des contentions effectuées en disposant d'indicateurs de suivi par l'intermédiaire du logiciel TITAN. Organiser des réunions de réflexion sur le bien-fondé de mettre en place une contention lorsque celle-ci est proposée et chercher des moyens alternatifs | |
| Mettre en place une évaluation du taux de contention passive et des indicateurs | |
| S'autoévaluer sur les risques infectieux relatifs aux soins par l'intermédiaire du dispositif mis en place par le GREPHH. Son efficacité sera évaluée à l'aide d'indicateurs. | |
| Mettre en place une analyse des pratiques au moins une fois par an sur la question de l'accompagnement en fin de vie des résidents | |
| Persévérer au niveau de la traçabilité des soins sur notre logiciel de soins Titan | |
| Utiliser la salle Snoezelen au maximum afin de gérer au mieux les troubles du comportement et ainsi diminuer la prise en charge médicamenteuse | |
| Continuer les formations « humanitude » permettant une prise en charge de qualité : Objectifs 100% du personnel formé et évaluation des pratiques | |
| Continuer les réunions à thèmes sur la bientraitance avec la psychologue afin de sensibiliser le personnel à la charte des droits et libertés de la PA | |
| Réunions à mettre en place pour analyser les chutes (protocole prévention des chutes) et mettre en place les actions correctives | |
| Evaluer à chaque fois que nécessaire les plans de soins de chaque résident afin de prendre en charge de manière personnalisée chaque résident, et tracer les soins effectués | |
| Développer le parcours santé afin de maintenir l'autonomie dans les déplacements et ainsi diminuer les chutes | |
| Maintenir le niveau de sécurité au niveau du circuit du médicament : Système Oréus, traçabilité, liste des médicaments actualisée. | |

Projet d'animation

2.5.1. INTRODUCTION

L'animation au quotidien dans une maison de retraite ne renvoie pas seulement à la mise en place d'occupations ponctuelles, mais relève d'un projet global, qui selon l'étymologie du mot « animer », vise :

- A donner la vie
- A donner une âme
- A donner du sens

La mission pour une animatrice sera de proposer des activités afin de faire participer les personnes âgées et handicapées ou malades Alzheimer de notre établissement. Ces activités se déroulent sous forme d'ateliers d'une grande diversité et seront complémentaires aux soins apportés par le personnel.

1. Mission de l'animatrice

Proposer et adapter des activités d'animation de manière à construire le projet d'animation de l'établissement, en prenant en compte:

1. La personne âgée: Spécificité du public accueilli au regard des aptitudes physiques mentales et intellectuelles des souhaits et des vœux des résidents.
2. Le vécu individuel de chaque résident.
3. L'environnement interne et externe: De manière à créer du lien à l'intérieur de la structure et également avec les ressources extérieures.
4. Les données : financières et les contraintes financières

2. Activités principales

- Assurer une proposition d'activités diversifiées et adaptées aux personnes âgées de manière à maintenir, voire à améliorer les capacités des personnes en tenant compte des possibilités et des troubles de chacune d'entre elles et en élaborant un projet de vie individualisé en organisant des animations journalières :
- Entretenir un échange quotidien avec tous :
 - La visite aux personnes fatiguées.
 - La diffusion des informations (affichage planning, communication téléphonique, donner des nouvelles des personnes hospitalisées...)
 - L'accueil du nouveau résident.
 - Permettre aux résidents d'établir des liens avec l'extérieur (faire venir des intervenants extérieurs, club des aînés de même ou d'autres communes ...
 - Favoriser les échanges inter- générations.
 - Travailler en partenariat avec les acteurs locaux (bibliothèque, école, office du tourisme....)
 - Assurer la gestion de l'intendance liée à la mise en place des activités (appel téléphonique, achats, aménagement de salle, rangement, gestion des stocks...)
 - Rendre le lieu de vie des résidents le plus accueillant possible.
 - Décorer l'établissement en fonction des saisons, des fêtes.
 - Evaluer régulièrement la qualité des animations (questionnement oral ou écrit...) et proposer des solutions correctives et assurer une permanence dans la dynamique.
 - Tenir à jour des fichiers (planning, présence...)

3. Relations fonctionnelles

Animatrice/ Direction

- Soumettre le projet d'animation pour validation.
- Prendre en compte les données financières.
- Faire part des difficultés, des solutions à proposer

Animatrice / personnel administratif/cadre

- Assurer la transmission des informations à porter administrative (liaison courrier, démarche administrative)
- Diffuser à l'égard du personnel d'administration le planning des activités.
- Recueillir les informations relatives aux résidents par l'intermédiaire du secrétariat, de l'infirmière cadre et support informatique (Titan).

Animatrice/agent de maintenance

- Transmettre les besoins des résidents (problème de télévision...)

Animatrice/ équipe

- Renseigner le personnel sur les activités et la dynamique à développer.
- Faire participer les membres de l'équipe à la soutenance des projets d'activités, à la motivation et à l'implication des personnes âgées.

4. Compétences

Etre capable de:

- Organiser, planifier et encadrer des activités.
- Prendre de la distance à l'égard des événements et de proposer des solutions innovantes.
- Insuffler de la dynamique et de la motivation à l'égard des résidents.
- Gérer la dynamique de groupe.
- Travailler seul et en équipe.
- Gérer un budget.

Savoir Faire / Savoir Etre

- Connaissance de la personne âgée, du vieillissement.
- Connaissance de l'outil informatique.
- Maîtrise des activités occupationnelles spécifiques à la personne âgée.
- Connaissance de la structure grammaticale de la langue française.
- Diffuser les savoir techniques de l'animation.
- Encadrer un groupe.
- Réaliser des activités d'animation.
- Travailler en équipe.
- Sens relationnel et de communication.
- Capacité d'écoute et d'observation.
- Disponibilité.
- Encadrement des stagiaires.
- Sens des initiatives et de l'organisation.
- Avoir des notions musicales.
- Permis de conduire nécessaire.

5. Objectifs des activités d'animation

L'animation est généralement dotée de trois types d'objectifs:

Le plaisir offert aux participant-e-s

- Apprendre et réapprendre, manipuler, créer, écouter, dialoguer, être considéré et valorisé...
- L'accroissement de la confiance en soi.
- Se rendre compte que l'on sait faire des choses que l'on avait oubliées.

L'amélioration de la sociabilité

- Les activités communes permettent de découvrir les autres en ayant besoin d'eux et en les aidant.

Ce qui est spécifique à l'animation en cours

- Améliorer ou maintenir sa mémoire.
- Améliorer sa fluidité verbale.
- Se ré- entraîner à l'écriture.

« Stimuli » :

Le but principal est de stimuler les personnes âgées par des activités spécifiques. Les personnes âgées seules et isolées ont un nombre de stimuli considérablement réduits. Par exemple certaines n'ont plus à penser aux repas qui seront apportés par une tierce personne ou encore au ménage qui sera fait par le personnel...

Si rien n'est fait pour avoir des stimuli de bonne qualité comme un sourire, un compliment, un geste d'affection, une conversation équilibrée...L'individu ira chercher d'autres stimuli de moins bonne qualité, comme des disputes, des désaccords avec autrui... Mon rôle sera donc de créer des stimuli par le dialogue et l'animation, ce qui pourra permettre aux personnes âgées de recevoir et d'échanger des stimuli de bonne qualité.

Comment se structure le temps des stimuli chez la personne âgée?

Il est divisé en cinq parties, les plus fréquemment observées sont la première et la seconde.

1^{ère} partie: Le retrait sur soi et l'isolement (peu de stimuli)

2^{ème} partie: Les rituels, les plaintes comme: « J'ai mal dormi, j'ai mal là, la nourriture n'est pas bonne, quel jour sommes-nous.... » (Peu de stimuli)

3^{ème} partie: les activités et ateliers

- Mémoire
- Bricolages
- Poésie/ lecture/écriture.....

4^{ème} partie: L'intimité:

- Les soins esthétiques
- La relaxation
- La gymnastique douce
- La relaxation....

(Beaucoup de stimuli)

5^{ème} partie: Les jeux:

- Triomino
- Jeux de société
- Scrabble
- Loto

L'objectif est de rééquilibrer les différentes parties en plusieurs séances. Un bilan sera effectué et informatisé pour chaque participant.

6. La commission de coordination animation

Cette commission a pour objectif de trouver une cohérence rationnelle entre la future programmation des activités trimestrielles de l'animation (activités thérapeutiques et occupationnelles), les projets de soins et les PAP. Cette commission se réunit 4 fois par an et arrête une programmation trimestrielle des animations. Le programme d'animation est affiché aux endroits stratégiques de l'établissement afin d'être visible par tous les résidents.

PROJET ANIMATION MESNIE

1. Stimulation cognitive

1.1. Atelier mémoire

Objectifs :

- Connaître les différentes mémoires et leur fonctionnement.
- Situer l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives et la mémoire.
- La remobilisation des résidents, la revalorisation de l'image d'eux-mêmes et la création de lien social.
- Développer la capacité et améliorer les stratégies mnésiques.

Public : Le vieillissement normal et le vieillissement pathologique.

Groupe fermé

Groupe de 10 personnes

Encadrant : Animatrice / AS ou Psychologue (supervise).

Contenus : Les ateliers seront organisés en trois phases : une première phase d'accueil des participants autour d'un café, afin de créer une ambiance détendue.

La seconde phase sera constituée d'un exercice de fluence, de type petit bac. Cette activité, à préparer en amont, permettra de créer et maintenir une stratégie de recherche d'information. Cette stratégie mise en pratique équivaut à une stimulation cognitive. A travers cet exercice nous espérons permettre aux sujets de développer une envie de découverte. C'est à dire un réinvestissement de la vie quotidienne et de la sphère sociale.

Enfin, la dernière phase consistera à évoquer et mettre en pratique des stratégies de maintien mnésique, comme l'imagerie mentale ou l'estompage. Ainsi mettre à disposition des patients, des outils afin de pallier au problème mnésique observés dans leur vie quotidienne. Cette prise en charge permet la découverte de soi et l'exploitation de ses capacités, l'insertion et la lutte contre l'exclusion, le développement de la vie sociale et la promotion des individus et du groupe.

Supports : Fiches techniques, jeux de mémoire

Durée de l'activité : 1h30

1.2. Loto

Objectifs :

- Favoriser le lien social, la concentration et l'écoute
- Stimuler la mémoire
- Répondre au besoin de se récréer et de se divertir

Encadrant : animatrice

Public : Toutes les personnes intéressées, groupe ouvert.

Contenus : Accueil et explication des règles du jeu.

Supports : Mise en place du matériel : roue, boules numérotées, cartes. Les règles du jeu sont définies en début de partie. Celui ou celle qui réalise le premier une quine, une double quine (2 lignes) ou un carton plein, est gagnant d'un lot. Le silence est demandé pour une bonne écoute et une bonne concentration.

Durée : 3h environ (suivant support)

1.3 Jeux de société

Objectifs : Se faire plaisir, jeux d'équipe....

Le sens du dépassement de soi, en incluant la « compétition » dans le jeu.

Stimulation cognitive.

Continuité des activités antérieures (à domicile)

Encadrant : animatrice ou AS.

Public : Groupe ouvert.

Contenus : Accueil et explication des règles du jeu.

Supports : Dominos, loto, jeux de cartes, puzzle, jeux de motricité...

Durée : 2h environ (suivant support)

1.4 Chant (projet de chorale)

2. Revalorisation et maintien du lien social

2.1. Café presse

Objectifs :

- Faire s'exprimer chaque personne sur un thème choisi ou lu et débattre.
- Faire émerger et redonner une place d'acteur dans la vie sociale, avec ses propres idées.

Encadrant : Animatrice ou AS

Contenus :

Journal Ouest- France, pays d'auge...)

Café de convivialité.

Annonce des décès, obsèques (journaux et institution).

Durée :

1h00 Tous les matins de 10h45 à 11h45

Public : Groupe ouvert.

2.2. Anniversaires

Objectifs : Se repérer dans le temps, s'accorder un moment festif et de plaisir.

Encadrant : Animatrice ou AS.

Publics : Les résidents concernés par cet événement.

Contenus : A la date anniversaire, au début du repas, annonce à l'assemble des résidents en chansons et une rose est offerte.

Supports : liste d'anniversaire et rose.

Durée : à 12h00.

2.3. Soins esthétiques

Objectifs :

- Revaloriser non seulement « l'image » mais leur « être » en profondeur.
- Sensibiliser à la communication tactile.
- Apporter des conseils de beauté et de confort.
- S'accorder un moment de détente, se sentir mieux dans son corps et prendre soin de soi.

Encadrant : Animatrice ou AS

Contenu : Pratique des soins esthétiques, shampoing, mise en plis, soins du visage, manucure...

Pratique du modelage corporel, « toucher douceur ».

Animation socio esthétique en chambre ou en salon.

Palette de maquillage, set de manucure, bigoudis, crème de soins, masque

Les résidents prennent un rendez-vous auprès de l'animatrice qui leur remettra une carte avec l'heure du rendez-vous pour le soin souhaité.

Durée : Uniquement le matin de 9h15 à 10h30. Cinq personnes par séance.

Public : Groupe ouvert, attention : souhait implicite et explicite à prendre en compte.

2.4. Sorties

Objectifs : Garder un lien social, prendre du plaisir, découvrir ou redécouvrir ...

Encadrant : Animatrice, AS, infirmière, psychologue.

Public : Groupe ouvert (selon possibilité physique et psychique).

Contenus :

- ♣ cinéma à Saint Pierre sur Dives tous les derniers vendredis de chaque mois.
- ♣ invitation dans l'autre maison de retraite de Saint Pierre sur Dives « St Joseph »
- ♣ plage /mer
- ♣ grandes surfaces (tous les 15 jours le jeudi)
- ♣ achats ou des rendez-vous
- ♣ restaurant
- ♣ musée.....

Supports : 3 véhicules (dont un équipé pour fauteuil roulant)

Durée : Variable.

2.5. Cinéma

Objectifs : Plaisir, distraction, découverte, initiateur de débats ...

Encadrant : AS ou avec animatrice si débat.

Public : Groupe ouvert

Contenus : Des projections de films récents ou plus anciens ainsi que des documentaires sont proposés.

Supports : Une salle cinéma a été mise en place avec rétroprojecteur et grand écran pour le site Mesnie – pour le site MAPAD, télévision à écran plat et lecteur DVD Cantou B, prévoir matériel de projection.

Durée : selon films - le mardi, jeudi et dimanche soir à partir de 19h45 pour le site Mesnie.

2.6. Ateliers proposés par les agents de cuisine

Objectifs : Plaisir, mémoire sensorielle, revalorisation de soi

Encadrant : Equipe de restauration

Contenus : Epluchage de légumes et fruits, confection de gaufres ou crêpes, jeux de société, promenades dans le parc.....

2.7. Repas annuel : la Saint Jean

Repas annuel avec les amis et la famille.

Cet évènement se prépare chaque année avec les membres du Conseil d'Administration, le Conseil de la Vie Sociale, le personnel, les résidents, les bénévoles. Ce repas partagé avec les familles est suivi d'une animation musicale.

Les résidents participent à la décoration de la salle en lien avec les activités bricolage effectuées auparavant, participent à la mise en place des tables, au pliage des serviettes, à la réalisation des plaquettes de menu (collage, écriture...).

Objectifs :

Entretenir les liens familiaux

Favoriser les échanges

2.8 Célébration religieuse

De nombreux résidents sont très attachés à leur foi ainsi qu'à la pratique religieuse. Les horaires, les difficultés de déplacement, les empêchent de participer aux offices de la paroisse de la commune. Il s'agit donc de permettre aux résidents, qui le désirent de participer aux offices religieux organisés dans l'établissement.

Le diacre de l'abbaye de la commune se déplace le mercredi après-midi, 1 semaine / 2. Les gens du voisinage se joignent parfois à la cérémonie. Ils assurent un service de visite et d'écoute auprès des résidents isolés. Le fait de pouvoir pratiquer en communauté leur religion apporte aux résidents une certaine sérénité.

Cela permet aux résidents de pratiquer leur religion, de vivre leur foi, d'entretenir leurs valeurs spirituelles et de maintenir le lien social.

1. Activités pratiques et gestuelles

1.1. Bricolage (art thérapie)

Mise en place d'ateliers collectifs d'art plastique et de peinture ;

Objectif : Apprendre à se repérer dans son milieu de vie

Objectif général :

Aider les résidents, les familles, les proches ainsi que les visiteurs à se repérer facilement dans les étages, les chambres, les salles de vie etc... dans l'établissement sans être dans l'obligation de demander au personnel

Objectif opérationnel :

- Expérimenter par la peinture et les arts plastiques ce qu'on ne peut exprimer par la parole et se faire plaisir en jouant avec les matières.
- Travailler autour de différents thèmes choisis en groupe, tout en apportant sa touche individuelle, en expérimentant et en découvrant des matières et des techniques nouvelles ;
- Stimuler l'imagination, travailler la mémoire, provoquer la créativité, tout en acquérant des repères et une certaine « maîtrise artistique » ;
- Mettra les résidents en situation d'acteurs et non en situation de sujets, et partager de bons moments autour d'une activité commune ;
- Susciter, par des techniques proposées, la curiosité et la motivation des résidents pour leur donner envie de construire un projet commun ;
- Permettre à chaque résident de prendre conscience de ses capacités propres et de se découvrir personnellement des talents parfois cachés ou enfouis, de trouver ou retrouver confiance et estime en lui par le biais de l'art, et de permettre d'être fier de lui, de sa réussite et de son travail ;
- Générer une ouverture sur le monde extérieur.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous devons nous adapter en permanence aux résidents, à leurs désirs, leurs besoins et leurs attentes pour qu'ils se sentent en sécurité et en confiance, pour qu'ils puissent s'investir à part entière dans le projet et qu'on leur offre un épanouissement personnel.

Public : tous les résidents

Encadrement : Animatrices

Contenu :

- Mettre en place un panneau signalétique visible dès l'ouverture de la première porte qui permet l'entrée dans l'espace vie. Le projet : 2 arbres
- Mettre en place une signalétique avec des symboles de couleur et des thèmes bien choisis sur chaque porte et différente selon les couloirs.
- Créer un tableau de porte pour chaque résident autour d'un thème choisi.
- Chaque résident devra avoir l'opportunité d'ajouter sa touche personnelle et individuelle (goût, désir..) sur le tableau de sa porte afin d'avoir un repère supplémentaire et surtout un choix individuel (couleur, forme...)

Supports : Tableaux, peinture, bois, affiches...

1.2. Jardinage (en parallèle avec le projet signalétique)

Objectifs :

- Nouer ou renouer le lien social
- Développer la créativité
- Stimuler les 5 sens et la mémoire
- Se récréer : répondre au besoin de se divertir
- Partager ses connaissances

Encadrant : Les animatrices / la psychologue

Supports : Bacs à fleurs à hauteur dans le parc, fleurs.....

Durée : Printemps et été

Public : Atelier ouvert à tous, avec un engagement de 6 résidents référents (1/secteur)

Contenu :

Mai 2016 : peindre les 6 bacs à fleurs en lien avec le projet signalétique.

Juin 2016 : plantations

Entretien 1 fois/ semaine : arrosage, désherbage....

Echange sur les souvenirs et les connaissances

1.3. Projet de fresque murale

Objectifs : Créer du lien social intergénérationnel,
Projet en collaboration avec les élèves du collège Jacques Prévert

Contenu : Réalisation d'une fresque peinte sur les murs orange donnant sur le parc de la Mesnie

Public : Les résidents volontaires

1.4. Bourse aux vêtements « braderie »

Objectifs :

- Elle a pour but, à chaque changement de saisons, de revoir le vestiaire de chaque résident et de renouveler la garde-robe de certains résidents.

Encadrant : Les animatrices

Supports : Vêtements

Durée : 2 jours

Public : tous les résidents

Contenu :

Les vêtements, en bon état, sont triés et exposés sur des tables ou des portants, à la vue et à la portée de tous, dans une salle prévue à cet effet. Ils sont classés par genre, par taille, un côté hommes et un côté femmes afin de choisir librement.

Les résidents choisissent eux-mêmes, ils peuvent essayer et même changer d'avis s'ils le souhaitent. La notion du choix est très importante.

Tout se passe dans la convivialité ; on parle, on rit ensemble, cela favorise la communication.

PROJET ANIMATION MAPAD

1. Stimulation cognitive

1.1 Atelier de réminiscence

Objectifs :

- Faciliter l'émergence et l'expression de souvenirs.
- Permettre aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés dans les stades légers, d'échanger sur leur histoire.
- Mieux connaître l'histoire de vie des résidents, et permettre de la restituer dans l'histoire générale.
- Placer la famille comme partenaire privilégié.
- Redonner au sujet une place d'acteur et de détenteur de connaissance.
- Favoriser le lien social.

Public :

Toutes personnes de l'institution. Groupe fermé.

Groupe de 5 personnes âgées

Encadrant : Animatrice / AS ou Psychologue (supervise).

Contenus : Élaboration d'un atelier : constitution d'un groupe, déroulement d'un atelier et évaluation.

Cadre : Confidentialité des choses dites dans cette espace, absence de jugement, et acceptation des personnes telles qu'elles sont, il est possible et encouragé d'apporter des objets personnels, à chaque fin de séance ,compte rendu écrit des choses générales dites en séance avec le groupe, groupe formé = constant, la parole est libre, nul ne sera obligé de parler, respect de la volonté de chacun.

Déroulement des séances : toujours avec support, sous forme de comparaison du passé vers le présent, puis compte rendu écrit, la séance peut être modifiée sur demande des sujets (exemples : parler de musique, jardinage ... en fonction des centres d'intérêt des personnes). Du général vers le personnel.

Durée de l'activité : 1h00

1.2 Atelier mémoire

Objectifs :

- Connaître les différentes mémoires et leur fonctionnement.
- Situer l'impact du vieillissement normal sur les fonctions cognitives et la mémoire.
- La remobilisation des résidents, la revalorisation de l'image d'eux-mêmes et la création de lien social.
- Développer la capacité et améliorer les stratégies mnésiques.

Public :

Le vieillissement normal et le vieillissement pathologique.

Groupe fermé

Encadrant :

Animatrice / AS ou Psychologue (supervise).

Contenus :

Les ateliers seront organisés en trois phases : une première phase d'accueil des participants autour d'un café, afin de créer une ambiance détendue.

La seconde phase sera constituée d'un exercice de fluence, de type petit bac. Cette activité, à préparer en amont, permettra de créer et maintenir une stratégie de recherche d'information. Cette stratégie mise en pratique équivaut à une stimulation cognitive. A travers cet exercice nous espérons permettre aux sujets de développer une envie de découverte. C'est à dire un

réinvestissement de la vie quotidienne et de la sphère sociale.
Enfin, la dernière phase consistera à évoquer et mettre en pratique des stratégies de maintien mnésique, comme l'imagerie mentale ou l'estompage. Ainsi mettre à disposition des patients, des outils afin de pallier au problème mnésique observés dans leur vie quotidienne. Cette prise en charge permet la découverte de soi et l'exploitation de ses capacités, l'insertion et la lutte contre l'exclusion, le développement de la vie sociale et la promotion des individus et du groupe.

Supports :

Fiches techniques, jeux de mémoire

Durée de l'activité : 1h30

1.3 Café presse

Objectifs :

Faire s'exprimer chaque personne sur un thème choisi ou lu et débattre.

Faire émerger et redonner une place d'acteur dans la vie sociale, avec ses propres idées.

Encadrant : Animatrice ou AS

Contenus :

Journal Ouest- France, pays d'auge...)

Café de convivialité.

Annnonce des décès, obsèques (journaux et institution).

Durée :

1h00 Tous les matins de 10h45 à 11h45

Public : Groupe ouvert.

1.4 Loto

Objectifs :

Favoriser le lien social, la concentration et l'écoute

Stimuler la mémoire

Répondre au besoin de se récréer et de se divertir

Encadrant : animatrice

Public : Toutes les personnes intéressées, groupe ouvert.

Contenus : Accueil et explication des règles du jeu.

Supports : Mise en place du matériel : roue, boules numérotées, cartes. Les règles du jeu sont définies en début de partie. Celui ou celle qui réalise le premier une quine, une double quine (2 lignes) ou un carton plein, est gagnant d'un lot. Le silence est demandé pour une bonne écoute et une bonne concentration.

Durée : 3h environ (suivant support)

1.5 Projet chant

Objectifs :

Rencontre intergénérationnelle

Favoriser et maintenir le lien social

Projet en lien avec les élèves de primaire de l'école Ste Thérèse de Saint Pierre sur Dives.

2. Revalorisation et maintien du lien social

2.1 Cinéma

Objectifs : Plaisir, distraction, découverte, initiateur de débats ...

Encadrant : AS ou avec animatrice si débat.

Public : Groupe ouvert

Contenus : Des projections de films récents ou plus anciens ainsi que des documentaires sont proposés.

Supports : Une salle cinéma a été mise en place avec rétroprojecteur et grand écran pour le site Mesnie – pour le site MAPAD, télévision à écran plat et lecteur DVD Cantou B, **prévoir matériel de projection.**

Durée : selon films - le mardi, jeudi et dimanche soir à partir de 19h45 pour le site Mesnie. Et suivant la météo au site MAPAD en journée (**horaire à redéfinir**).

2.2 Soins esthétiques

Objectifs :

- Revaloriser non seulement « l'image » mais leur « être » en profondeur.
- Sensibiliser à la communication tactile.
- Apporter des conseils de beauté et de confort.
- S'accorder un moment de détente, se sentir mieux dans son corps et prendre soin de soi.

Encadrant : Animatrice ou AS

Contenu : Pratique des soins esthétiques, shampoing, mise en plis, soins du visage, manucure...

Pratique du modelage corporel, « toucher douceur ».

Animation socio esthétique en chambre ou en salon.

Palette de maquillage, set de manucure, bigoudis, crème de soins, masque

Les résidents prennent un rendez-vous auprès de l'animatrice qui leur remettra une carte avec l'heure du rendez-vous pour le soin souhaité.

Durée : Uniquement le matin de 9h15 à 10h30. Cinq personnes par séance.

Public : Groupe ouvert, attention : souhait implicite et explicite à prendre en compte.

2.3 Anniversaires

Objectifs : Se repérer dans le temps, s'accorder un moment festif et de plaisir.

Encadrant : Animatrice ou AS.

Publics : Les résidents concernés par cet événement.

Contenus : A la date anniversaire, au début du repas, annonce à l'assemble des résidents en chansons et une rose est offerte.

Supports : liste d'anniversaire et rose.

Durée : à 12h00.

2.4 Médiation animale

Objectifs :

- Créer ou maintenir le lien social
- Favoriser la revalorisation de soi
- Stimuler la mémoire et la praxie (gestuelle)
- Renforcer la confiance en soi
- Permettre l'expression individuelle et collective

Encadrant : Animatrice/ AS/ psychologue.

Publics : Les résidents qui le désirent.

Contenus : Présentation des participants et de la date.

L'atelier débute par la présentation des animaux : exercice de mémoire sur le nom, la race... et évocation spontanée des résidents.

Chaque résident est invité à pratiquer des exercices : caresser, brosser et promener le chien. Certains s'y aventurent volontiers, d'autres les récompensent ou prennent l'animal sur leurs genoux. Au-delà de l'aspect récréatif, cette séquence présente bien des intérêts : nous travaillons sur le registre émotionnel et affectif ; ce qui a du sens pour des personnes en perte de repères et parfois d'affects.

Supports : Chien, lapins ;

Durée : 2h.

2.5 Sorties

Objectifs : Garder un lien social, prendre du plaisir, découvrir ou redécouvrir ...

Encadrant : Animatrice, AS, infirmière, psychologue.

Public : Groupe ouvert (selon possibilité physique et psychique).

Contenus :

- ✧ cinéma à Saint Pierre sur Dives tous les derniers vendredis de chaque mois.
- ✧ invitation dans l'autre maison de retraite de Saint Pierre sur Dives « St Joseph »
- ✧ plage /mer
- ✧ grandes surfaces (tous les 15 jours le jeudi)
- ✧ achats ou des rendez-vous
- ✧ restaurant
- ✧ musée.....

Supports : 3 véhicules (dont un équipé pour fauteuil roulant)

Durée : Variable.

2.6 Accompagnement individuel

Objectifs : Garder un lien social, instaurer une relation de confiance.

Encadrant : Animatrice, AS, IDE, psychologue ;

Public : Tous les résidents

Contenus : Echanges et conversations

Supports : Observation, écoute, stimulation à la lecture et à l'écriture

Durée : Variable.

2.7 Rencontres intergénérationnelles

Objectifs : briser les stéréotypes sur le vieillissement, créer du lien social, prendre du plaisir et transmettre leur savoir (place d'acteur pour les résidents).

Encadrant : Animatrice, Intervenant extérieur/ AS

Public : Groupe ouvert (adaptée aux capacités des résidents)

Contenus : variable selon les rencontres ex : semaine bleue (organisée et financée par la MSA.) Rencontres avec les écoles, centre de loisirs ...

Supports : musique, chant, dessin, objets ...

Durée : Variable.

2.8 Repas annuel : la Saint Jean

Repas annuel avec les amis et la famille.

Cet évènement se prépare chaque année avec les membres du Conseil d'Administration, le Conseil de la Vie Sociale, le personnel, les résidents, les bénévoles. Ce repas partagé avec les familles est suivi d'une animation musicale.

Les résidents participent à la décoration de la salle en lien avec les activités bricolage effectuées auparavant, participent à la mise en place des tables, au pliage des serviettes, à la réalisation des plaquettes de menu (collage, écriture...).

Objectifs :

Entretenir les liens familiaux

Favoriser les échanges

2.9 Célébration religieuse

De nombreux résidents sont très attachés à leur foi ainsi qu'à la pratique religieuse. Les horaires, les difficultés de déplacement, les empêchent de participer aux offices de la paroisse de la commune. Il s'agit donc de permettre aux résidents, qui le désirent de participer aux offices religieux organisés dans l'établissement.

Le diacre de l'abbaye de la commune se déplace le mercredi après-midi, 1 semaine / 2. Les gens du voisinage se joignent parfois à la cérémonie. Ils assurent un service de visite et d'écoute auprès des résidents isolés. Le fait de pouvoir pratiquer en communauté leur religion apporte aux résidents une certaine sérénité.

Cela permet aux résidents de pratiquer leur religion, de vivre leur foi, d'entretenir leurs valeurs spirituelles et de maintenir le lien social.

3 Activités pratiques et gestuelles

3.1. Cuisine

Objectifs : Favoriser le lien social

- Solliciter la mémoire procédurale et sensorielle
- Permettre la communication avec et entre les résidents
- Se récréer : répondre au besoin de se divertir
- Chacun peut s'exprimer et cela permet de pointer des difficultés, des problèmes ou des souhaits. Elle permet également de mettre en avant les talents préservés de chacun, ainsi que de stimuler les 5 sens.
- C'est aussi l'occasion de se remémorer les souvenirs du passé. Cette activité a lieu en semaine, en début d'après-midi. Elle a été mise en place suite à une demande des résidents.

Public : Groupe ouvert, toutes les personnes intéressées.

Contenus : Explication de la recette des ingrédients et des étapes à suivre pour la réalisation d'un gâteau, d'une salade de fruits, d'une compote...

Une fois la réalisation réalisée par les résidents, une dégustation est prévue pour le goûter ou le repas du soir

Supports : Fruits, légumes, différents ingrédients en fonction des recettes

Encadrant : Animatrice, AS

Durée : Variable.

PROJET : Aménagement et sécurisation du rez de chaussée de l'appartement adjacent à la structure Mapad afin de permettre aux résidents de se retrouver dans une vraie cuisine.

3.2. Gym douce (éveil musculaire)

Objectifs :

Maintenir une image positive de soi, garder une certaine tonicité musculaire grâce à des exercices.

Encadrant:

Animatrice avec supervision du kinésithérapeute

Contenus:

Initiation aux techniques douces et d'apaisement : étirements, relaxation, automassages, techniques respiratoires... maintien de la souplesse : renforcement musculaire et équilibre.

Support : Ballons, balles, cerceaux, musique de relaxation...

Tous les jeudis après-midi de 14h à 15h00

Public : 7-8 personnes

3.3. Bricolage (art thérapie) ; projet signalétique « portes de chambres »

Objectifs :

Acquérir des techniques à l'aide de différents matériaux.

Permettre de développer l'esprit créatif tant sur le plan technique que psychologique.

Développer la convivialité et la créativité de chacun.

Créer des objets dans un but bien précis et préparer des expositions de leurs créations (exemples : Marché de Noël, Pâques, décoration pour les festivités...)

Encadrant : Animatrice et/ou AS

Contenu :

L'expression plastique, dessin, peinture, modelage, collage... et autres moyens stimulant la créativité.

Les effets passifs, les effets actifs : le domaine de la contemplation et de l'action.

- Mettre en place une signalétique avec des symboles de couleur et des thèmes bien choisis sur chaque porte et différente selon les couloirs.

- Créer un tableau de porte pour chaque résident autour d'un thème choisi.
- Chaque résident devra avoir l'opportunité d'ajouter sa touche personnelle et individuelle (goût, désir..) sur le tableau de sa porte afin d'avoir un repère supplémentaire et surtout un choix individuel (couleur, forme...)

Supports : différents matériaux neufs ou de récupération (tissus, livres, papiers, carton, laine, paniers...), tableaux, peinture, bois, affiches...

Durée : Tous les mardis de 14h30 à 16h30

Public : Tous les résidents.

3.4. Jardinage

Objectifs :

Retrouver l'envie de semer, de planter des aromates, des fleurs, des légumes...

Arrosage.

Apprécier le moment de la récolte. Prendre plaisir.

Valorisation de la personne, de l'estime de soi.

Encadrant :

Deux élus du CVS / Animatrice ou AS.

Supports : parcelle de jardin à la MAPAD, matériel sur place.

Durée : 14h 16h tous les mercredis après-midi.

Public : groupe ouvert, trois personnes par site.

3.5. Marché de Noël

Objectifs :

Revalorisation des résidents

Favoriser et maintenir le lien social

Les bénéfices de la vente sont utilisés pour l'achat de matériel pour l'animation

Encadrant : Animatrices

Supports : Vente d'objets réalisés par les résidents ou récupérés sur le site Mesnie ou à l'extérieur

3.6. Bourse aux vêtements « braderie »

Objectifs :

Elle a pour but, à chaque changement de saisons, de revoir le vestiaire de chaque résident et de renouveler la garde-robe de certains résidents.

Encadrant : Les animatrices

Supports : Vêtements

Durée : 2 jours

Public : tous les résidents

Contenu :

Les vêtements, en bon état, sont triés et exposés sur des tables ou des portants, à la vue et à la portée de tous, dans une salle prévue à cet effet. Ils sont classés par genre, par taille, un côté hommes et un côté femmes afin de choisir librement.

Les résidents choisissent eux-mêmes, ils peuvent essayer et même changer d'avis s'ils le souhaitent. La notion du choix est très importante.

Tout se passe dans la convivialité ; on parle, on rit ensemble, cela favorise la communication.

Projet architectural

2.6. Les projets 2016-2021

2.6.1. Projet de modernisation des « logements-foyers » : les « résidences-autonomie »

D'après le ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, 110 000 places en résidences autonomie seraient vacantes, véritable alternative entre une vie résidentielle devenue trop contraignante et l'EHPAD, dont l'offre à ce jour ne peut satisfaire le nombre croissant des demandes.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement propose de donner un nouveau souffle aux anciens « logements-foyers », que la loi prévoit de remplacer par des « résidences autonomie ». Cette forme d'établissement pourrait bien devenir dans les années à venir l'une des cartes maitresses de la politique de maintien à domicile promise par le gouvernement. Aujourd'hui, on recense plus de 2200 résidences autonomie qui accueillent majoritairement des âgés valides et autonomes. Le choix de la résidence autonomie s'avère être une alternative préférable tant que le résident est plus autonome que dépendant.

Gage de qualité, ces établissements doivent « répondre de manière efficace dès les premiers signes de fragilité », « autoriser l'admission dérogatoire de personnes relevant du GIR 4 » et élaborer « un forfait autonomie » selon un cahier des charges précis.

a) Objectifs : Développer le logement intermédiaire

La loi donne un nouveau souffle aux logements-foyers afin de transformer cette forme d'établissement médico-social en véritable atout autonomie. Ils doivent désormais constituer une réponse efficace dès l'apparition des premières fragilités et surtout une alternative souhaitée aux maisons de retraite médicalisées quand l'âge est plus autonome que dépendant. La nouvelle appellation, « résidence autonomie », témoigne de ce renouveau.

Les résidences autonomie représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements foyers qui accueillent très majoritairement des âgés valides et autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie. Les premiers résultats de l'enquête DREES - EHPA 2011 (70 % des logements foyers qui ont répondu), font ressortir que 71 000 résidents étaient ainsi accueillis en logement-foyer au 31 décembre 2011, dont 63 % relevant du GIR 6, 14 % du GIR 5, 17 % du GIR 4, 4 % du GIR 3 et 2 % du GIR 2. Initiés dans les années 60, ils nécessitent aujourd'hui d'être revisités pour mieux remplir leurs engagements. Pour parvenir à ces objectifs, le gouvernement a fixé deux principaux objectifs, qui sont de :

1. **Mettre en place un forfait autonomie pour renforcer la mission de prévention des résidences autonomie**
2. **Aider les résidences autonomie qui en ont le plus besoin à engager des travaux de réhabilitation**

b) Résidences autonomie : Cadre légal

« III. – Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.

« Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.

« L'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du présent code ou le cas échéant au IV ter du présent article et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10, à une aide dite "forfait autonomie", allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.

« Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile. Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.

« Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

« Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au même I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III. » ;

c) Cahier des charges pour obtenir le label

Pour obtenir le label « résidence-autonomie » plusieurs conditions devront être remplies. En effet, l'établissement devra disposer :

- d'un accès à un service de restauration
- d'un service de sécurité
- d'un service d'entretien du linge
- d'un service d'animation / prévention

Un délai de 3 à 5 ans est accordé à l'établissement pour permettre de bénéficier de l'appellation « résidence-autonomie » et de pouvoir bénéficier du « forfait autonomie » dont l'octroi se fera à condition que les résidences proposent à leurs résidents des prestations individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie. En ce qui concerne notre établissement, un chiffrage sur les coûts liés à la rénovation des foyers logements (et de la création d'une unité spécifique Alzheimer) sera effectué avec le bailleur "logipays".

2.6.2. Projet « Accueil de jour »

Les différents dispositifs mis en place dernièrement ou réactualisés par le gouvernement encouragent la diversification des formes d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées : l'accueil temporaire en est une illustration. L'accueil temporaire est régi actuellement par un décret du 17 mars 2004 qui le définit ainsi :

« L'accueil temporaire s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ».

L'accueil temporaire peut ainsi être décliné en hébergement temporaire ou accueil de jour ou de nuit, et s'inscrit dans la réglementation portant sur les petites unités de vie.

Notre projet

Notre projet (intégralité du projet en annexe) consiste en la création d'un accueil de jour de 6 places situé sur la commune de Saint Pierre sur Dives et destiné :

- Aux personnes âgées en situation d'isolement social : troubles amnésiques, anxiété, dépression, désocialisation, caractérisent ce public pour lequel l'accueil de jour est un repère important dans la semaine, un lieu de préservation et de stimulation des acquis, un lieu de veille et d'alerte de l'état de santé des personnes.
- A toute personne vivant à domicile et présentant des troubles du comportement. Les personnes accueillies devront pouvoir vivre dans un environnement social : la limite étant un comportement agressif, voire violent, une volonté impérative de partir ou une dépendance physique trop lourde

Moins stigmatisant que s'il était réservé aux seules personnes atteintes de troubles du comportement, l'accueil de jour demeure aux yeux des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles, un réel dispositif de soutien à domicile: préservation de l'autonomie, de la dignité, de la place de citoyen.

Par ailleurs, il faut ajouter que les structures assurant l'accueil de jour peuvent être des structures autonomes ou des structures rattachées à un établissement existant. Notre projet s'inscrit dans le deuxième cas.

Cet accueil se fera sous la forme de demi-journées et/ou de journées entières. Afin de répondre aux besoins et à la demande des personnes âgées d'une part, et des familles d'autre part, notre projet comprend les services suivants :

- L'organisation du transport du domicile à l'accueil de jour
- L'accompagnement, l'animation
- La restauration (un repas et une collation)
- Les soins de nursing
- L'entretien des locaux
- L'administration, la gestion

Pour faciliter l'organisation, et ne pas pénaliser d'éventuelles personnes sollicitant un accueil, des contrats avec un engagement réciproque seront signés par les familles. Les repas, pris en commun, seront élaborés et livrés par la prestation hôtellerie/restauration de l'EHPAD la Mesnie. Le transport des personnes accueillies pourra être assuré par des professionnels référencés et conventionnés avec notre structure. (Convention de partenariat)

Le projet s'articule autour de deux grands axes :

- **Les personnes accueillies** : permettre aux personnes de vivre à leur domicile tout en ayant des lieux de rencontre, de stimulation, de rééducation et aussi... de plaisir,
- **Les aidants familiaux** : partager des journées avec la personne accueillie dans le cadre des animations proposées mais également échanger avec d'autres familles au cours d'entretien de groupe.

Il est donc important d'imaginer le projet de service en fonction également de ces périodes de répit. L'accueil de jour est une réponse qui doit permettre à la fois d'accompagner le projet de vie et le projet thérapeutique d'une personne et de permettre à des aidants de pouvoir remplir leur mission, en évitant l'épuisement lié à l'accompagnement et à la prise en charge au quotidien. De même, en collaboration avec l'aidant familial, la prédominance sera donnée au projet de vie par rapport au projet thérapeutique.

2.6.3. Création d'une Unité Spécifique Alzheimer

Conscient de l'évolution toujours plus importante des maladies neurodégénératives (et notamment de la maladie d'Alzheimer) et de la demande toujours plus importante de ces personnes, nous souhaitons dès à présent adapter les locaux de notre établissement aux besoins de cette population.

C'est pourquoi, dans le cadre du plan national 2014-2019 de lutte contre les maladies neurodégénératives et de la loi relative au vieillissement de la population, notre projet consiste à créer un cinquième C.A.N.T.O.U. spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou s'y apparentant. Pour ce faire, nous souhaitons transformer et moderniser les locaux vacants du secteur médico-social « Mesnie » en un nouveau cantou, s'ajoutant aux quatre déjà existants dans le secteur M.A.P.A.D.

Par cette initiative, notre établissement espère prévenir l'évolution programmée de ces pathologies pour répondre, de façon personnalisée, aux besoins de chacun.

Projet social

2.7.1. Les fonctions et responsabilités

2.7.1.1. L'organigramme de l'association (annexe 1)

2.7.1.2. La répartition des postes en 2015

| | Effectifs Autorisés | Effectifs Réalisés |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|
| Direction / Administration | 4 | 4,63 |
| Cuisine / Services généraux | 5,50 | 9,58 |
| Animation | 1 | 1 |
| ASH | 34,64 | 29,06 |
| Aides-soignantes | 28,36 | 31,86 |
| Psychologue | 1 | 1 |
| Infirmières | 8,5 | 8,05 |
| Kinésithérapeute | 1 | 0,75 |
| Médecins | 0,60 | 0,26 |
| Pharmacien | 0 | 0,02 |

2.7.1.3. La définition des métiers

a) Professions « cadre »

- **Cadre administratif responsable cellule accueil/comptabilité**
Missions : Produire et superviser les états financiers de l'association, l'application des normes comptables, en relation avec les tiers.
- **Cadre administratif responsable cellule logistique et qualité**
Missions : Assurer le suivi et l'animation des démarches qualité et de la gestion des risques ; Veiller à la création et à la mise en application d'une démarche qualité dans l'établissement ; Participer au développement d'une culture qualité au sein de l'établissement ; Mettre en place le pilotage, la coordination et l'évaluation du programme qualité ; Organiser les prestations hôtelières en dehors du champ de la restauration ; Assurer le suivi des achats de l'économat ; Contrôler la qualité des prestations hôtelières dont elle a la responsabilité.
- **Cadre de santé**
Missions : Etre le relais de la politique de l'institution au plus près des personnes soignées, de leur entourage et des équipes ; Décliner avec l'équipe paramédicale dont elle est responsable, l'ensemble des projets en lien avec le projet de soins et le projet d'établissement ; S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ; Etre l'interlocutrice permanente des intervenants médicaux et paramédicaux qui exercent dans l'établissement, de l'ensemble des prestataires et résidents avec lesquels elle développe une relation contractuelle ; Coopérer avec l'équipe de direction et les responsables de cellule ; Etre garante de l'application et du respect des règles professionnelles et déontologiques. Elle s'engage à initier et maintenir avec son équipe une réflexion éthique à l'attention des personnes soignées ; Du respect des règles institutionnelles ; De la gestion des risques encourus par les résidents, par leurs proches et par les professionnels eux-mêmes.
- **Cadre rééducateur (Kinésithérapeute)**
Missions : Exercer son métier au sein de l'équipe pluridisciplinaire des établissements de l'association A.L.A.P.A. Celle-ci travaille dans une dynamique axée sur la transversalité et en accord avec le projet d'établissement. Il agit sur prescription médicale ; Développer une démarche

de soins qui puisse s'intégrer dans les codes scientifiques et sociaux d'une culture de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation ; Mettre en pratique des concepts de rééducation, de la réadaptation et de la réinsertion.

- **Chef de cuisine**

Missions : Organiser son poste de travail ; Réaliser les préparations culinaires ; Contrôler et évaluer les stocks, les marchandises, les préparations, le matériel et les locaux ; Communiquer au sein des équipes pluridisciplinaires et avec les résidents.

- **Psychologue**

Missions : Veiller au bien être psychologique des résidents, en promouvant leur unicité et leur autonomie.

b) Professions « Logistique »

- **Agent de service logistique bio-nettoyage**

Missions : Effectuer les travaux de nettoyage et d'entretien des locaux communs et des surfaces en respectant les procédures définies par l'établissement ; Effectuer les travaux de nettoyage et d'entretien des chambres des résidents ; Distribution du linge et des garnitures ; Aide fonctionnelle d'aide à la personne âgée dépendante.

- **Agent de service logistique entretien**

Missions : Exécution des transports inter – services et des travaux d'entretien et de maintenance des locaux et de l'infrastructure en général

- **Agent de service logistique lingerie**

Missions : Prise en charge du linge des résidents de l'ALAPA ; Aide fonctionnelle à la prise en charge de la personne âgée dépendante, systématiquement pour la 1ère ronde et ensuite à la demande du veilleur de nuit MAPAD.

- **Contremaître**

Missions : Assurer la responsabilité et la coordination du personnel du service technique ; Exécution des travaux d'entretien et de maintenance ; Assurer la prévention et la sécurité incendie (SSIAP 1) ; Réalisation de travaux neufs (installation, amélioration, modification) ; Activités connexes (sélection du matériel, entretien des outils, suivi des consommables, suivi des interventions) ; Assurer les transports inter - services ; Entretien des espaces verts.

c) Professions « Restauration »

- **Chef cuisinier**

Missions : Organiser son poste de travail ; Réaliser les préparations culinaires ; Contrôler et évaluer les stocks, les marchandises, les préparations, le matériel et les locaux ; Communiquer au sein des équipes pluridisciplinaires et avec les résidents.

- **Cuisinier**

Missions : Organiser son poste de travail ; Réaliser les préparations culinaires ; Communiquer au sein des équipes pluridisciplinaires et avec les résidents.

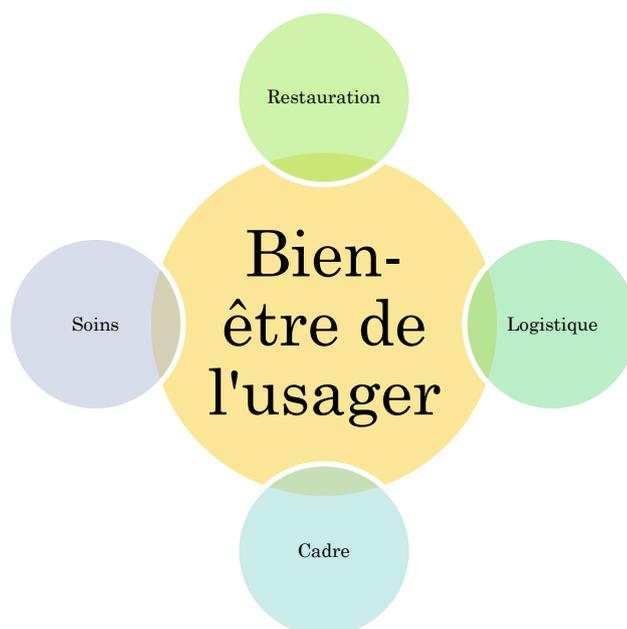
- **commis de cuisine**

Missions : Organiser son poste de travail ; Réaliser les préparations culinaires ; Communiquer au sein des équipes pluridisciplinaires et avec les résidents.

- **Agent de service logistique restauration**
Missions : Accueillir et servir les résidents en salle ; Plonge ; Veiller à la présentation et la propreté du restaurant ; Aide fonctionnelle à la personne âgée dépendante.

d) Professions « Soins »

- **Agent de service logistique polyvalent**
Missions : Aide fonctionnelle d'aide à la personne âgée dépendante sous la responsabilité des IDE et des aides-soignants.
- **Aide médico-psychologique (AMP)**
Missions : Dispenser des soins d'hygiène, de confort et de bien-être auprès des résidents en collaboration avec les IDE
- **Aide-Soignant-e (AS)**
Missions : Dispenser des soins d'hygiène, de confort et de bien-être auprès des résidents en collaboration avec les IDE
- **Infirmier-e Diplômé-e d'Etat (IDE)**
Missions : Réalisation des actes professionnels IDE suivant le code de la santé publique : Articles R.3411-1 à R.4311-15.
- **Veilleur de nuit agent de service logistique, AMP et AS**
Missions : Aide fonctionnelle d'aide à la personne âgée dépendante sous la responsabilité des IDE et des aides-soignants ; Surveillance nocturne ; Assurer la sécurité des biens et des personnes pendant son service et effectuer des tâches d'entretien des locaux ; Participation au soin animation ; Aide au pliage du linge.
- **Responsable IDE**
Missions : Réalisation des actes professionnels IDE suivant le code de la santé publique : Articles R.3411-1 à R.4311-15. Référent du projet spécifique de l'unité Alzheimer.
- **Médecin coordonnateur**
Missions : Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (décret N° 2011-1047 du 2 septembre 2011, article D312-158 du CASF)



2.7.1.4. Les compétences requises et détenues au sein de l'ALAPA

| <i>Postes</i> | <i>Diplômes obligatoires</i> |
|---------------------------|---------------------------------|
| Directeur | CAFDES |
| Comptable | BTS Comptabilité (recommandé) |
| Médecin coordinateur | Diplôme de docteur en médecine |
| Infirmier | Diplôme d'Etat d'Infirmier |
| Aide-soignant | Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant |
| Aide Médico-Psychologique | Diplôme d'Etat d'AMP |
| Psychologue | Master Psychologie Clinique |
| Kinésithérapeute | Diplôme d'Etat de Masseur Kiné. |

2.7.1.5. Les responsabilités

De l'employeur : Selon l'article L4121-1 du Code du Travail, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de tous travailleurs de son établissement. Il est tenu également de prévenir et d'agir contre la maltraitance conformément à l'article 121-2 du Code pénal et de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents eux-mêmes dans la limite de l'exercice de leur liberté.

De la Direction : Le directeur représente l'employeur dans le cadre des attributions et conditions définies dans la délégation de pouvoir. Il assume alors la responsabilité des décisions prises dans les domaines visés et celle découlant de tout défaut de respect de la réglementation.

Du médecin coordonnateur: Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (décret N° 2011-1047 du 2 septembre 2011, article D312-158 du CASF)

Des professionnels tenus au secret professionnel : Les personnes dépositaires de l'information secrète sont les personnes en raison de leur état, les professions particulières (médecin, aides-soignants quand ils collaborent avec l'infirmière) et les personnes exerçant une fonction ou une mission temporaire (aide sociale, protection maternelle et infantile, personne prenant connaissance du registre d'entrée et sortie des personnes).

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 dans le contrat de travail et le règlement intérieur.

2.7.2. L'organisation de l'activité et des transmissions entre équipes

Pour assurer une prise en charge optimale des résidents de l'établissement, la Direction a mis en place une organisation de travail composée de 8 soignants par établissement et par jour, travaillant 10h par jour en coupé. Ainsi, notre personnel assure le bon soin de nos résidents de 6h45 à 21h. La nuit, 2 veilleurs sont présents en cas de nécessité. Du Lundi au Dimanche, la prise en charge reste la même.

| Organisation de service actuelle | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|
| en semaine | Mesnie | M.A.P.A.D | total heures |
| | Journée | Journée | |
| total heures / jour | 8 agents x 10 h (3 horaires) | 8 agents x 10 h (3 horaires) | 160 |
| | 80 | 80 | |
| total heures / semaine | 400 | 400 | 800 |
| weekend | Mesnie | M.A.P.A.D | total heures |
| | Journée | Journée | |
| total heures / W-E | 8 agents x 10h | 8 agents x 10h | 320 |
| | 160 | 160 | |
| Total Général | 1120 h / semaine | | |

Des transmissions ont lieu deux fois par jour dans l'ensemble de l'établissement :

- Matin (équipe nuit et jour) : 6h45 et 11h30-12h (M.A.P.A.D)
- Après-midi : 16h30 (Mesnie)

2.7.3. Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels

Le recrutement s'effectue selon une procédure standard formalisée dans l'organisation médico-administrative de l'établissement. Le candidat devra adresser sa candidature par courrier obligatoirement par courrier. Par la suite, un entretien de recrutement sera effectué entre le candidat, le directeur adjoint (DA) et la responsable de cellule. En cas de décision défavorable, un courrier (maximum 15 jours après courrier) de refus sera envoyé au candidat. En cas de décision favorable, un courrier d'embauche lui sera envoyé, puis seront programmées:

- Signature du contrat de travail (Directeur si CDI ; DA si CDD)
- Signature de la fiche de poste
- Remise du planning de travail (avec carte de travail ; livret d'accueil ; code TITAN ; règlement intérieur)

- Déclaration à l'URSSAF

Ensuite, une visite médicale sera programmée avec la PST (médecine du travail) dans les 8 jours après signature du contrat. Dès le 1^{er} jour dans la structure, la responsable de service concernée se chargera :

- De l'accueil du salarié
- De la visite de la structure
- De la présentation des collègues
- De la présentation des chefs de service

2.7.4. La gestion de l'absentéisme

L'absentéisme peut, lorsqu'il est trop important, mettre en péril la qualité de la prise en charge des résidents mais aussi la santé du personnel. Soucieux du bien-être des résidents comme des salariés, notre établissement a mis en place un certain nombre de mesures dégradées pour faire face à ce phénomène :

| SOINS MESNIE | |
|---|--|
| Horaires concernés par une absence inopinée | Mesures dégradées |
| 1 ou 2 | Mesure 1: utilisation du sureffectif (1+,2+ ou 3RE) Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un agent de bio-nettoyage sur un Cantou de 8h à 9h30 • Bascule d'un horaire 1 Mapad de 9h30 à 13h30 (que si pas d'absent sur Mapad) • Intervention d'un IDE dès 9 pour réalisation de toilettes sur Mapad • Pas de remplacement sur Mesnie de 15h30 à 20h00 |
| 3 | Mesure 1: utilisation du sureffectif (1+,2+ ou 3RE) Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Bascule d'une horaire 3 mapad sur toute la journée (uniquement si absent sur mapad) • Aide d'un IDE dès 9h pour réalisation de 2 à 3 toilettes • Un agent du bio-nettoyage complètera l'effectif Mapad de 13h30 à 15h30 Pas de remplacement sur mapad de 18h à 21h |

| SOINS MAPAD | |
|---|--|
| Horaires concernés par une absence inopinée | Mesures dégradées |
| 1 ou 2 | Mesure 1: utilisation du sureffectif (1+,2+ ou 3RE) Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un agent de bionettoyage sur un cantou de 8h à 9h30 • Intervention d'un IDE dès 9 pour réalisation de toilettes sur mapad • Bascule d'un agent Mesnie de 16h30 à 20h (si pas d'absence sur mesnie) |
| 3 | Mesure 1: utilisation du sureffectif (1+,2+ ou 3RE) Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Pas de remplacement • Un agent du bio-nettoyage complètera l'effectif Mapad de 13h30 à 15h30 • Intervention d'un IDE dès 9h pour réalisation de 2 à 3 toilettes |

| IDE | |
|---|---|
| Horaires concernés par une absence inopinée | Mesures dégradées |
| 11 et 12 | Non remplacement : Préparation de gouttes par l'IDE présente sur les deux sites et délégation aux agents pour la distribution des médicaments |
| 13 | Non remplacement : voir pour décaler le départ de l'horaire 11 d'une ½ heure de 15h30 à 19h00 |

| BIO-NETTOYAGE | |
|---|---|
| Horaires concernés par une absence inopinée | Mesures dégradées |
| 3 ou 3M ou 3S ou 3SM | 1 ^{ère} mesure : Bascule du sureffectif ASH soins (1+,2+ ou 3RE) sur bio-nettoyage 2 ^{ème} mesure (si pas de sureffectif) ; non remplacement |

| CUISINE | |
|---|--|
| Horaires concernés par une absence inopinée | Mesures dégradées |
| 1 | Mesure 1: bascule du sureffectif ASH soins (1+,2+ ou 3RE) de 8h à 22h ; Pas de remplacement de 12h à 17h. Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un agent de bio-nettoyage de 8h à 10h • Pas de remplacement de 12h à 17h |
| 2 | Mesure 1: bascule du sureffectif ASH soins (1+,2+ ou 3RE) de 8h à 12h et de 18h à 20h ; Pas de remplacement de 12h à 14h Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un agent de bio-nettoyage de 8h à 10h et de 18h à 20h • Pas de remplacement de 12h à 14h |
| C | Mesure 1: bascule du sureffectif ASH soins (1+,2+ ou 3RE) de 17h à 20h ; Pas de remplacement de 10h à 17h. Mesure 2: (si pas de sureffectif) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'un agent de bio-nettoyage de 17h à 20h • Pas de remplacement de 10h à 17h |

2.7.5. L'accueil des stagiaires

La procédure concernant l'accueil des stagiaires se fait comme suit : Les personnes souhaitant effectuer un stage doivent prendre rendez-vous pour un entretien auprès de la Cadre de santé. L'entretien permet d'établir : Les motivations du stagiaire ; La validation ou non du stage ; Le secteur d'activités (soins, bio-nettoyage, cuisine...) et les tâches qu'il pourra effectuer ; Les horaires de stage ; Le nom du tuteur ; La remise du livret d'accueil contre signature.

- Le/La stagiaire devra respecter (Cf. livret d'accueil) : Le guide de la bonne stagiaire ; Les indications pour bien communiquer avec une personne âgée ; La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- Les salariés doivent : Accompagner le ou la stagiaire tout au long de sa formation ; Respecter le statut de « stagiaire » ; Organiser et évaluer le travail du stagiaire ; Assister au bilan.
- Un bilan de mi-stage (cadre de soins, tuteur, stagiaire) permet : D'évaluer les capacités acquises ou en cours d'acquisition ; D'apporter les améliorations nécessaires au bon déroulement du stage ; De répondre aux questions du stagiaire.
- Un bilan de fin de stage (cadre de soins, tuteur, stagiaire) : Participer à l'évaluation notée ou non ; Apporter la note de fin de stage quand celui-ci est noté.

2.7.6. L'évaluation annuelle du personnel et la formation

Depuis 2015, notre établissement a mis en place une évaluation annuelle du personnel. L'objectif est d'échanger avec le personnel sur leurs points forts, points faibles et sur leurs aspirations professionnelles pour l'année à venir. De ces échanges, des plans de formation sont mis en place chaque début d'année en fonction des besoins constatés lors des évaluations. Ainsi, on peut constater qu'en 2014 et 2015, 22 formations ont été mises en place dans ce sens (voir « projet de soins »)

- A la demande des salariés (DIF, CPF, VAE etc...)
- A la demande du CHSCT et du CE

2.7.7. La prévention des risques professionnels (dont les risques psychosociaux)

L'établissement s'est engagé en Novembre 2013 dans une démarche d'évaluation des risques professionnels, conformément au décret n° 2001-1016 du 5 Novembre 2001, de la circulaire n°6 DRT du 18 Avril 2002, venant préciser les conditions d'application de la loi n° 91-1414 du 31 Décembre 1991 concernant l'évaluation des risques professionnels. De cette évaluation globale est ressortie plusieurs éléments :

- Un Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)
- Un listing d'actions correctives destiné à améliorer les conditions de travail des salariés par secteur (Bio-nettoyage ; Nuit ; Soins ; Cuisine)

Par la suite, une véritable politique de prévention des risques professionnels s'est mise en place. Pour la question de la santé mentale des salariés, un questionnaire, basé sur la grille d'analyse de l'INRS, a été réalisé pour évaluer périodiquement le ressenti des salariés sur leurs conditions de travail. Une évaluation 2016 est d'ailleurs programmée. Le CHSCT s'interroge régulièrement sur ces questions, et constitue des groupes de paroles préalablement aux réunions fixées.

2.7.8. La communication interne

L'établissement garantit la communication interne sous plusieurs formes :

- Les séances de transmission.
- Les notes de service disposées sur tous les tableaux d'affichage de la structure
- Le logiciel TITAN permettant entre autres de communiquer via intranet sur les résidents de manière générale
- Les différentes réunions réglementairement dispensées (CHSCT, CE, CVS...)

Il est à noter que des réunions d'expression sont systématiquement mises en place pour les salariés dans le cas de changements organisationnels importants.

2.7.9. La communication externe

L'établissement dispose d'un site internet : <http://www.maisonderetraitelamesnie.fr> régulièrement mis à jour par la Direction.

2.7.10. Les axes de progression 2016-2021

| La gestion des ressources humaines | |
|---|--------|
| Projets | Délais |
| Mettre en place un livret de formation | |
| Continuer de permettre aux employés à se former à l'optimisation de leur pratique professionnelle. | |
| Maintenir notre politique préventive sur les risques psychosociaux et proposer annuellement aux salariés un questionnaire de satisfaction sur leurs conditions de travail | |
| Mettre en place des échanges inter-établissements afin de permettre aux salariés d'échanger sur leurs pratiques professionnelles | |
| Mettre en place des sessions d'analyse des pratiques professionnelles | |
| Continuer de mettre en place des groupes de parole multithématiques | |
| Actuellement, 90% du personnel est évalué tous les ans. L'objectif est de parvenir à 100% d'évaluations annuelles | 2017 |

Le projet de gestion des risques et d'amélioration de la qualité

2.8 Projet de gestion des risques et d'amélioration de la qualité

2.8.1. L'organisation de la démarche qualité

Depuis 1999, l'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité notamment par la mise en place d'actions correctives suite aux recommandations de l'audit organisationnel commandé par la Direction en 2011. En 2016, l'EHPAD poursuit toujours dans cette logique d'amélioration continue de la qualité, avec pour principal objectif la satisfaction de ses résidents (ainsi que l'entourage et la famille) mais aussi celle des différents collaborateurs travaillant dans ce sens (personnel, tutelles, fournisseurs...).

Pour y parvenir, l'établissement a mis en place une démarche qualité basée sur la méthode de gestion de la qualité de William Edwards Deming : le PDCA. Cette méthode, représentée par la « Roue de Deming », consiste à repérer les différentes étapes à suivre pour améliorer la qualité dans une organisation. Ces étapes, que notre établissement s'évertue de suivre dans le cadre de cette démarche, sont :

1. **P**lan (planification): Planifier et préparer le travail à effectuer. Etablir les objectifs, définir les tâches à exécuter.
2. **D**o (action): Faire, réaliser. Exécuter les tâches prévues. Il peut être intéressant de limiter l'ampleur et la portée des tâches à exécuter afin de disposer d'un meilleur contrôle
3. **C**heck (vérification): Vérifier les résultats. Mesurer et comparer avec les prévisions.
4. **A**ct (réaction): Agir, corriger, prendre les décisions qui s'imposent. Identifier les causes des dérives entre le réalisé et l'attendu. Identifier les nouveaux points d'intervention, redéfinir les processus si nécessaire.



2.8.2. L'évaluation interne (résultats + plan d'actions correctives : annexe 2)

a) Méthodologie

En 2014, l'établissement a constitué son premier rapport d'évaluation interne, qui se fonde notamment sur :

- le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation (articles D312-198 à D312-201 du CASF et annexe 3-108).
- la recommandation de l'ANESM d'avril 2008 intitulée « *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés* »
- la recommandation de l'ANESM de juillet 2009 intitulée « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF* »
- la circulaire du 21 octobre 2011 relative à « *l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* ».
- la recommandation de l'ANESM de février 2012 intitulée « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* ».

L'évaluation s'est basée sur les recommandations de l'ANESM de février 2012 intitulée « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », préconisant d'évaluer les activités centrées sur les résidents sur cinq « axes », lesquels se déclinent en plusieurs « thèmes » :

| « Axes » | « Thèmes » |
|---|---|
| La garantie des droits individuels et collectifs | Garantie des droits individuels et collectifs |
| Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents | Prévention et prise en charge de la douleur Prévention et prise en charge des chutes Prévention et prise en charge des escarres Prévention et prise en charge de la dénutrition Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement Analyse et maîtrise du risque infectieux Continuité des soins |
| Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance | Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale |
| Personnalisation de l'accompagnement | Projet personnalisé Personnalisation des activités individuelles et collectives Possibilité du maintien des liens sociaux |
| Accompagnement de la fin de vie | Accompagnement de la personne Le soutien des proches et des professionnels |

Cette recommandation a été partiellement explorée dans le cadre de l'évaluation interne. Il convient également de rappeler dans le présent rapport l'ensemble des autres recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM s'appliquant aux EHPAD. Elles figurent dans le tableau ci-après :

| | |
|---|---|
| Programme 1 : les fondamentaux | <ul style="list-style-type: none"> - Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010) - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008) |
| Programme 2 : l'expression et la participation | Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012) |
| Programme 3 : les points de vigilance et la prévention des risques | <ul style="list-style-type: none"> - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008) |
| Programme 4 : le soutien aux professionnels | <ul style="list-style-type: none"> - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement - document réalisé conjointement par l'Anesm et la HAS (avril 2012) - L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012) - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) - La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009) - Mise en oeuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008) |
| Programme 5 : les relations avec l'environnement | Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008) |
| Programme 7 : la qualité de vie | <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (novembre 2012) - Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad (janvier 2012) - Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011) - Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011) - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009) - L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement (février 2009) - Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008) |

La réalisation de l'évaluation interne et la rédaction du rapport qui en découle se sont inscrits dans le prolongement logique des chantiers entrepris à l'échelle de l'association depuis 1999 dans le cadre de sa démarche qualité. Cette continuité s'est traduite à travers un enchaînement de documents s'alimentant les uns les autres et travaillés dans l'ordre suivant pour les EHPAD :

- En 2001 : Choix du référentiel ANGELIQUE comme base de travail de la démarche qualité, notamment dans la perspective de la négociation des conventions tripartites de deuxième génération. (cabinet retenu HEBERT)
- En 2011 : Confirmation du choix du référentiel ANGELIQUE. Lancement de la démarche qualité à l'occasion de la restitution de l'audit interne « rapport d'audit organisationnel d'Avril 2011.

Cet audit en organisation demandé par la nouvelle direction dès sa prise de fonction a permis d'identifier certaines problématiques. Le rapport construit sur les bases des axes préconisés de la prise en charge en lien avec les recommandations de bonnes pratiques a permis d'aboutir à une proposition de réorganisation avec des préconisations stratégiques et opérationnelles. Ce rapport couplé aux deux premiers supports a servi de base à la conduite de l'évaluation interne au niveau de l'établissement.

- En 2011/2013 : Début de réalisation pour l'établissement de son auto-évaluation sur la base du référentiel ANGELIQUE.
- En 2011/2015 : Signature de la convention tripartite, et validation des « volets projets » du nouveau projet d'établissement en lien avec la démarche qualité engagé dans l'établissement.
- 2014 : Réalisation de l'évaluation externe

2.8.3. L'évaluation externe – Synthèse (annexe 2)

2.8.4. La gestion des événements indésirables et des plaintes

1. Comité d'étude des événements indésirables et de leurs traitements

Face aux événements indésirables, l'établissement a mis en place un comité d'étude des événements indésirables et de leurs traitements. Son objectif est d'étudier les événements indésirables mensuels, d'engager une réflexion sur les corrections à apporter, de mesurer l'impact de ces corrections et d'assurer la promotion de l'information pour promouvoir les bonnes pratiques professionnelles. Le comité est composé de :

- Direction ou représentant (membre permanent) ;
- Médecins Co (membre permanent) ;
- Cadre de Santé (membre permanent) ;
- Responsable évaluation interne (membre permanent) ;
- Cadres ou salariés Mesnie/MAPAD désignés par la direction en fonction des fiches traitées.

Les réunions se tiennent 1 fois par mois ou chaque fois que nécessaire.

2. Procédure de signalement des événements indésirables

De plus, une procédure de signalement des événements indésirables existe. Salariés, familles, résidents, visiteurs : Tous peuvent remplir la fiche d'évènement indésirable dès lors qu'il est constaté un risque d'incident ou d'accident, un dysfonctionnement qui révèlent un état de risque, d'insécurité ou de non qualité. La fiche sera transmise à la responsable qualité qui déterminera avec le chef de cellule le délai de réponse en fonction de la gravité des éléments constatés. En dernier lieu, c'est le directeur qui validera la réponse :

- Si validation par Directeur : Information puis classement
- Si non validation par Directeur : Retour pour étude complémentaire

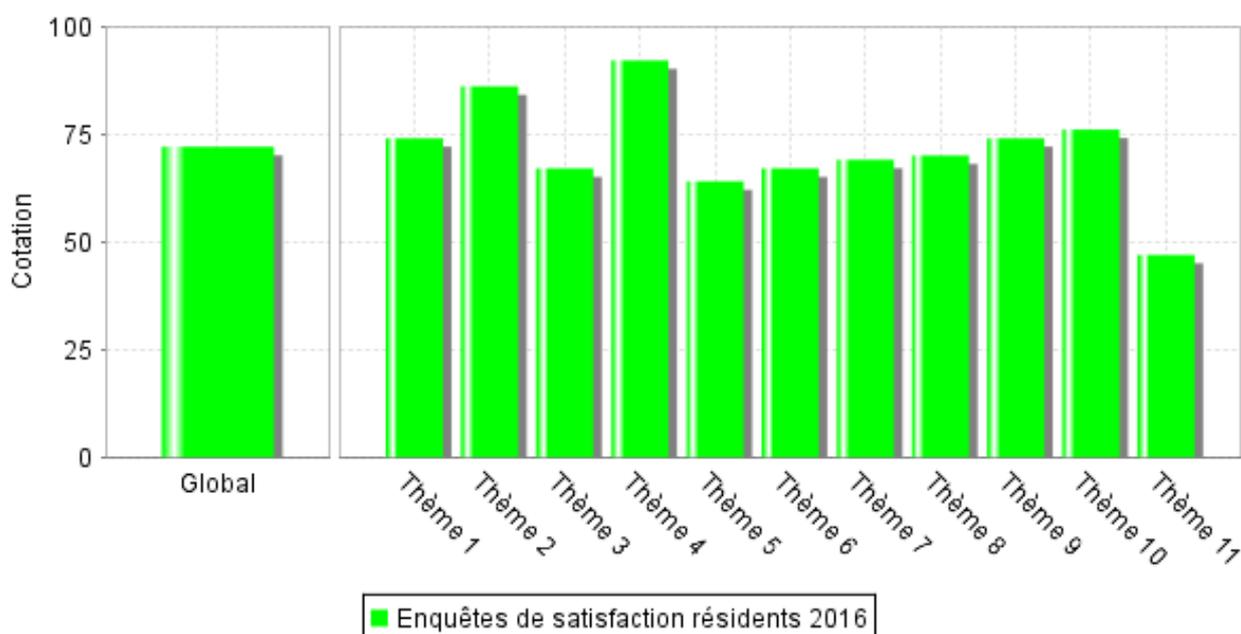
2.8.5. L'enquête de satisfaction des résidents et des familles

En 2016, deux enquêtes ont été réalisées avec le logiciel « kalitexpert » :

- Une enquête de satisfaction à destination des résidents
- Une enquête de satisfaction à destination des familles

Le but est de quantifier le degré de satisfaction des résidents et des familles au regard de leurs désirs et attentes. Cela permet de recueillir « la parole des résidents » et « la parole de la famille ». Parmi les résultats notables de ces enquêtes, il est à noter que :

- Les résidents sont globalement satisfaits de leur séjour à l'EHPAD
- Le taux de retour de l'enquête « résident » est de 53% (52 personnes interrogées)



Thème 1 = ACCUEIL

Thème 2 = INFORMATION/COMMUNICATION

Thème 3 = QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Thème 4 = QUALITE DE VIE

Thème 5 = QUALITE DES REPAS

Thème 6 = CONFORT HOTELIER

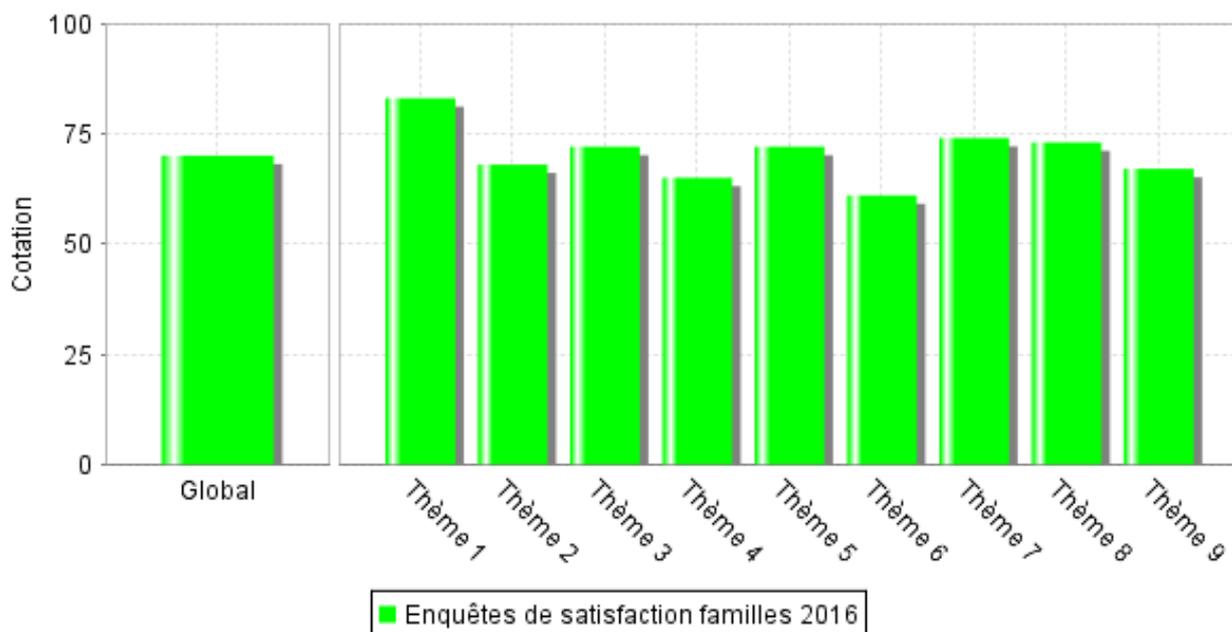
Thème 7 = QUALITE DE L'ENTRETIEN DES ESPACES/HYGIENE DES LOCAUX

Thème 8 = QUALITE DE LA PRESTATION LINGE

Thème 9 = QUALITE DES PRESTATIONS DE CONFORT

Thème 10 = VIE SOCIALE – ANIMATIONS – VIE SPIRITUELLE

Thème 11 = IMPRESSIONS GENERALES



Thème 1 = ACCUEIL/ INFORMATIONS/GESTION ADMINISTRATIVE

Thème 2 = ORGANISATION DES SOINS ET HYGIENE

Thème 3 = LE PERSONNEL

Thème 4 = VIE SOCIALE - ANIMATION

Thème 5 = CADRE DE VIE

Thème 6 = LINGE

Thème 7 = REPAS

Thème 8 = VIE QUOTIDIENNE

Thème 9 = INFORMATION D'ORDRE GENERAL

2.8.6. Les axes de progression 2016 - 2021

| L'amélioration continue de la qualité | |
|---|--------|
| Projets | Délais |
| Actualiser le DUERP et prendre en compte les nouvelles considérations apportées pour maintenir ou améliorer les conditions de travail | |
| Continuer de sensibiliser le personnel à la démarche qualité afin d'améliorer la prise en charge des résidents | |
| Maintenir une démarche participative à l'ensemble du personnel tous secteurs d'activités confondus | |
| Communiquer le plan d'actions | |
| Hiérarchiser les sources des actions dans un PAQ global | |
| Maintenir les réunions mensuels du comité de l'évaluation interne afin de suivre l'avancé du plan d'actions | |
| Suivre les axes de progression de l'évaluation interne, externe et les résultats des enquêtes de satisfaction annuelles. | |
| Maintenir les enquêtes de satisfaction annuellement | |
| Gérer les fiches d'évènements indésirables mensuellement et communiquer aux déclarants la suite donnée | |

2.9. Bilan de la nouvelle évaluation interne

Un travail a été engagé par le comité de pilotage chargé de l'évaluation de l'établissement. L'évaluation a été effectuée avec le logiciel « kalitexpert », prenant en compte les recommandations de la dernière évaluation interne, externe ainsi que de la convention tripartite. Voici les résultats obtenus :

Chapitre 1 : L'accueil de la personne dans le respect de ses droits

Chapitre 2 : Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations

Chapitre 3 : La politique d'amélioration continue de la qualité ; la gestion et la maîtrise des risques ; le positionnement éthique dont le volet bientraitance

Chapitre 4 : Le projet d'établissement

Chapitre 5 : L'organisation médico-administrative de l'établissement

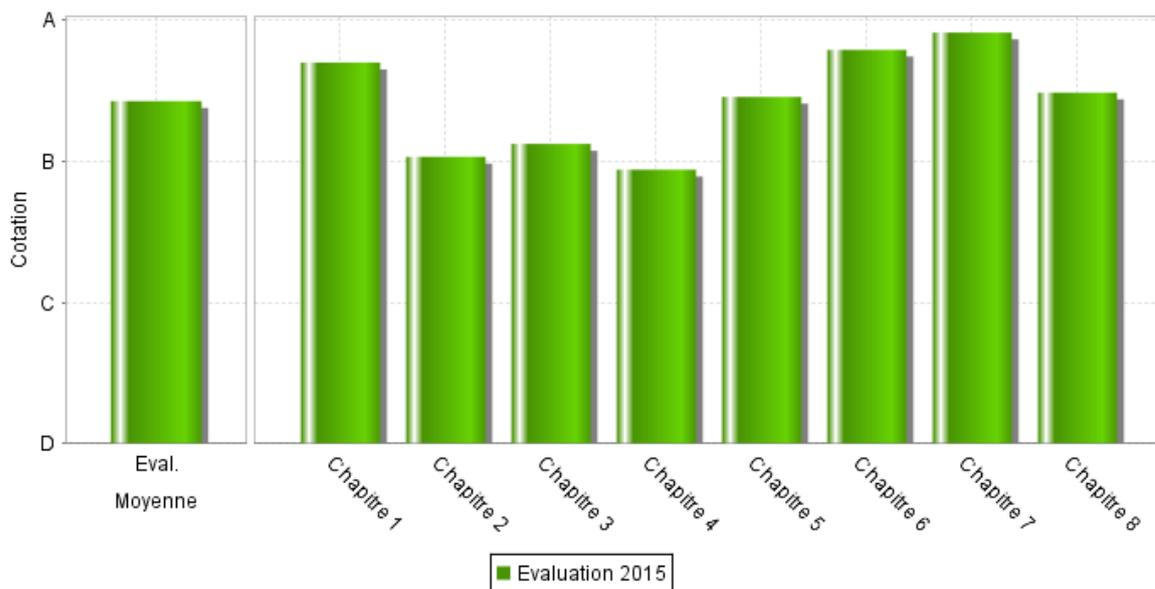
Chapitre 6 : Les prestations hôtelières et logistiques

Chapitre 7 : L'établissement dans son environnement

Chapitre 8 : L'autonomie, l'accompagnement et les soins

| |  |  |  |  |  | Total |
|------------|---|---|---|---|---|-------|
| Chapitre 1 | 0 | 36 | 5 | 2 | 2 | 45 |
| Chapitre 2 | 0 | 45 | 9 | 19 | 0 | 73 |
| Chapitre 3 | 0 | 38 | 16 | 11 | 0 | 65 |
| Chapitre 4 | 0 | 17 | 2 | 9 | 1 | 29 |
| Chapitre 5 | 0 | 59 | 6 | 11 | 0 | 76 |
| Chapitre 6 | 0 | 52 | 5 | 2 | 0 | 59 |
| Chapitre 7 | 0 | 15 | 1 | 0 | 1 | 17 |
| Chapitre 8 | 0 | 131 | 10 | 23 | 1 | 165 |
| Total | 0 | 393 | 54 | 77 | 5 | 529 |

-  Correspond à un point non évalué
-  Correspond à un point réalisé, un atout
-  Correspond à un point à améliorer
-  Correspond à un point à développer
-  Correspond à un point non applicable



La cotation A, B, C, D correspond à :

- A : La structure correspond totalement aux exigences du critère
- B : La structure satisfait en grande partie aux exigences du critère
- C : La structure ne satisfait que très partiellement aux exigences du critère
- D : La structure ne satisfait pas aux exigences du critère

Conclusion

L'élaboration du projet d'établissement a permis de redonner une dynamique au sein de l'équipe et de clarifier les actions à entreprendre pour les 5 prochaines années à venir. Des améliorations ont été apportées tout au long du processus, confirmant ainsi une démarche d'amélioration continue et une volonté de progression constante.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Organigramme de l'association

ANNEXE 2 : Résultats évaluations interne et externe + Plan d'actions correctives

ANNEXE 3 : Charte « Droits et libertés des résidents »

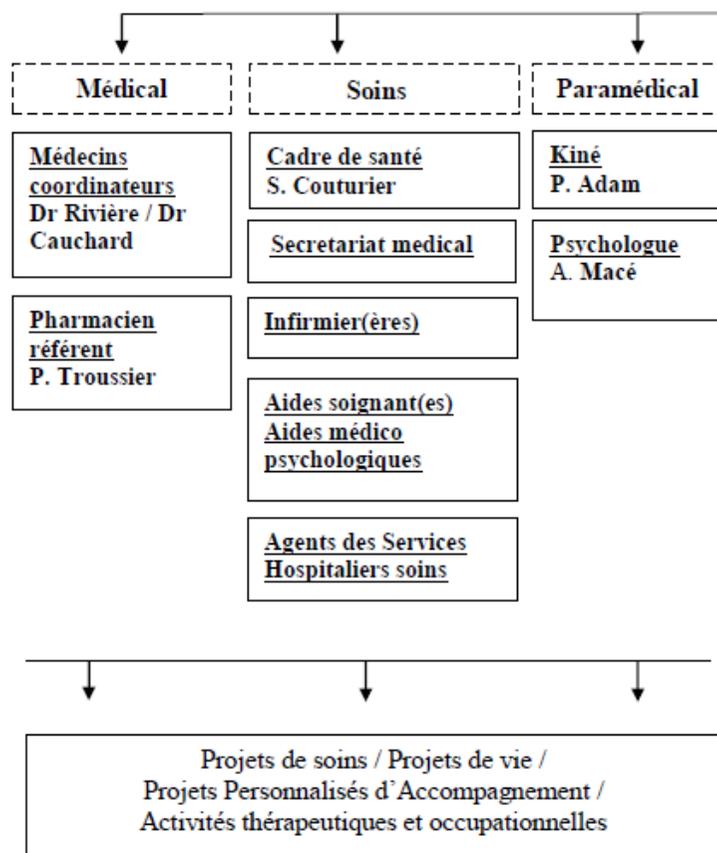
La Mesnie

ORGANIGRAMME (Mis à jour le 26/04/2016)

DIRECTION

O. Anfry Directeur ALAPA
B. Le Douget Adjoint ALAPA

SECTEUR SOINS



SECTEUR ADMINISTRATIF

Accueil/
Comptabilité

Responsable
de cellule
S.Massé

SECTEUR HEBERGEMENT

Logistique/Qualité/Restauration

Responsable de cellule
F. Capron

Cuisines

Entretien

Lingerie

Equipe bio nettoyage

ANNEXE 2 : Résultats évaluations interne et externe + Plan d'actions correctives

a) Synthèse des critères défavorisant pour notre établissement

| 1/ ATTENTES ET SATISFACTION DES FAMILLES | | SCORE/THEME | SCORE NORME 1 |
|--|---|-------------|------------------|
| 1.1 Accueil et admission | <ul style="list-style-type: none"> • Une réponse peut-elle être obtenue la nuit et le week-end ? Q2 | 93.10% | 80.53% |
| 1.2 Droits et libertés | <ul style="list-style-type: none"> • Application de la charte « droits et libertés »/Respect de la personne Q12 • Pratique des différents cultes Q13 • Réunion d'infos usagers/personnel Q18 • Information : diffusion et affichage/infos sur les soins apportés Q30 et Q32 | 78.13% | |
| 1.3 Restauration | <ul style="list-style-type: none"> • Plats de substitution Q35 • Choix du voisin de table Q37 • Procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre Q41 • Suivi médical des repas mixés Q44 | 66.67% | |
| 1.4 Vie sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Projet d'animation à présenter aux IRP, à diffuser aux résidents et aux familles, à évaluer Q47 | 82.14% | |

| 2/ REPONSES APPORTEES AUX RESIDENTS EN TERME D'AUTONOMIE, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS | | SCORE/THEME | SCORE NORME 2 |
|--|---|-------------|------------------|
| 2.1 Maintien de l'autonomie | <ul style="list-style-type: none"> ● Accessibilité hors de l'établissement Q56 ● Signalétique mal voyants (braille) Q60 ● Projets de vie individualisés pour chaque résident Q63 | 77.78% | |
| 2.2 Organisation des soins | <ul style="list-style-type: none"> ● Elaboration du projet institutionnel avec le médecin CO Q67 ● Information gérontologique par le médecin CO à tous les intervenants Q71 ● Rapport d'activités médicales annuel Q72 ● Projet de soins Q73 ● Objectifs de soins dans le dossier individuel du résident Q78 ● Evaluation globale de la personne Q79 ● Prescriptions médicales écrites, lisibles et signées Q81 ● Procédure permettant de vérifier l'efficacité et les effets secondaires du traitement Q83 | 48.15% | |
| 2.3 Aide et soins spécifiques | <ul style="list-style-type: none"> ● Protocole dénutrition et sondes gastriques Q84 ● Bilan étiologique pour chaque résident présentant un problème d'incontinence Q86 ● Bilan diagnostique pour toutes les personnes atteintes de détérioration intellectuelle Q88 ● Prestation de type psychiatrique avec des interventions extérieures Q89 et Q93 ● Prise en charge de la douleur Q94 | 0.54% | |

| | | | |
|----------------|---|--------|--------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Protocole « escarres » Q95 ● Protocole « contention » Q96 ● Procédure « fin de vie » et formation du personnel Q97 | | 50.71% |
| 2.4 Hôtellerie | <ul style="list-style-type: none"> ● Procédure de change du linge plat Q101 ● Procédure permettant le nettoyage en dehors des heures de ménage Q103 ● Procédure élimination des déchets (activités soins) Q104 | 76.92% | |
| 2.5 Personnel | <ul style="list-style-type: none"> ● Procédure « Accueil des stagiaires » Q106 ● Formation aux gestes de survie Q108 / A l'hygiène générale des soins Q109 ● Evaluation du personnel Q110 ● Soutien psychologique du personnel Q111 ● Echange de personnel avec d'autres institutions Q113 | 33.33% | |

| 3/ L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT | | SCORE/THEME | SCORE NORME 3 |
|---|---|-------------|------------------|
| 3.1 Ouverture vers l'extérieur | <ul style="list-style-type: none"> ● Convention avec un établissement de santé Q114 ● Convention avec un service de consultation gériatrique Q115 ● Convention avec un secteur psychiatrique Q116/ Consultation mémoire ? Q117 ● Collaboration avec d'autres établissements Q118 ● L'établissement fait-il partie d'un réseau ou d'un système de soins coordonnés ? Q119 ● L'établissement propose-t-il des formules complémentaires à son hébergement permanent ? Q120 | 25.00% | 59.09% |
| 3.2 Sécurité et maintenance | <ul style="list-style-type: none"> ● Existe-t-il un plan d'action destiné à la prévention des accidents ? Q128 | 82.35% | |
| 3.3 Projet institutionnel | <ul style="list-style-type: none"> ● Existe-t-il un suivi de mise en œuvre du projet institutionnel ? Q130 ● Présentation du projet institutionnel aux instances consultatives Q133 ● Existe-t-il un dispositif permettant d'adapter le projet institutionnel à l'évolution de l'état de santé des résidents ? Q134 | 73.00% | |

| 4/ DEMARCHE QUALITE | | SCORE/THEME | SCORE NORME 4 |
|----------------------|---|--|------------------|
| 4.1 Démarche qualité | <ul style="list-style-type: none"> ● Réponses apportées à ce questionnaire avec les résidents ou leurs représentants? Q137 ● Planification des objectifs pour l'amélioration de la qualité / Démarche structurée associant les résidents et les professionnels? Q138 ● Démarche périodique d'évaluation des pratiques Q139 ● Formation du personnel aux méthodes d'amélioration de la qualité Q139 ● Groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité ● L'organisation et les pratiques engageant la qualité au sein de l'institution ● sont-elles : identifiées, formalisées, évaluées? ● Incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse? ● Les propositions d'amélioration de la qualité font-elles l'objet d'une validation ● explicite par la direction? ● La diffusion des documents destinés au personnel fait-elle l'objet d'un ● accompagnement organisé? ● Existe-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont ● effectivement appliquées? ● Existe-il un suivi périodique des indicateurs qualité? ● Suivi régulier de l'avancement de la démarche? Q146 ● Communication interne/externe des actions d'amélioration? Q147 | <p style="text-align: right;">Q142</p> <p style="text-align: right;">Q143 6</p> <p style="text-align: right;">Q144</p> | 43.33% |

b) Résultats de l'auto-évaluation de la qualité

| Attentes et satisfaction des résidents et familles | Nombre de critères | 2014 |
|--|--------------------|------------------------|
| Accueil et admission | 11 | 93,10% |
| Droits et libertés | 21 | 78,13% |
| Restauration | 13 | 66,67% |
| Vie sociale | 8 | 82,14% |
| | | Score Qualité |
| Total | 53 | de la norme 1 : 80,53% |

| Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins | Nombre de critères | Score Qualité |
|--|--------------------|------------------------|
| Maintien de l'autonomie | 12 | 77,78% |
| Organisation des soins | 18 | 48,15% |
| Aides et soins spécifiques | 15 | 40,54% |
| Hôtellerie | 6 | 76,92% |
| Personnel | 9 | 33,33% |
| | | Score Qualité |
| Total | 60 | de la norme 2 : 50,71% |

| L'établissement et son environnement | Nombre de critères | Score Qualité |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------|
| Ouverture sur l'extérieur | 8 | 25,00% |
| Sécurité et maintenance | 8 | 82,35% |
| Projet institutionnel | 7 | 73% |
| | | Score Qualité |
| Total | 23 | de la norme 3 : 59,09% |

| Démarche qualité | Nombre de critères | Score Qualité |
|------------------|--------------------|------------------------|
| | | Score Qualité |
| Total | 11 | de la norme 4 : 43,33% |

| | Nombre de critères | Score Qualité de l'établissement |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Score qualité de l'établissement | 147 | 61,47% |

c) Plans d'action 2014-2018

| Thèmes | Critères | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|---|------|------|------|------|------|
| Droits et libertés | Application de la charte « droits et libertés » | X | X | | | |
| | Diffusion/Affichage/Infos sur soins apportés | X | | | | |
| Restauration | Plats de substitution | X | | | | |
| | Procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre | | X | | | |
| | Suivi médical des repas mixés | | X | | | |
| Vie sociale | Projet d'animation à présenter aux IRP, à diffuser aux résidents et aux familles, à évaluer | X | | | | |
| Maintien de l'autonomie | Projets de vie individualisés | X | X | X | X | X |
| Organisation des soins | Elaboration du projet institutionnel avec le médecin CO | X | | | | |
| | Information gérontologique à tous les intervenants | | X | X | X | X |
| | Rapport d'activités médicales annuel | X | | | | |
| | Projet de soins | X | | | | |
| | Objectifs de soins dans le dossier individuel du résident | X | | | | |
| | Evaluation globale de la personne | X | | | | |
| | Prescriptions médicales écrites, lisibles et signées | | X | | | |
| | Procédure permettant de vérifier l'efficacité et les effets secondaires du traitement | | X | | | |

| Thèmes | Critères | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------|--|------|------|------|------|------|
| Aide et soins spécifiques | Protocole dénutrition et sondes gastriques | X | | | | |
| | Protocole chute, escarres, contention | X | | | | |
| | Prise en charge de la douleur | X | | | | |
| | Procédure « fin de vie » et formation du personnel | X | | | | |
| | Prestation de type psychiatrique avec intervenants extérieurs | | X | | | |
| | Bilan diagnostique pour toutes les personnes atteintes de détérioration intellectuelle | X | | | | |
| | Bilan étiologique pour chaque résident présentant un Pb d'incontinence | | X | | | |
| Hôtellerie | Procédure de change du linge plat | | | X | | |
| | Procédure permettant le nettoyage en dehors des heures de ménage | | | X | | |
| | Procédure « élimination des déchets (activité soins) | X | | | | |
| Personnel | Procédure « Accueil des stagiaires » | X | | | | |
| | Formation aux gestes de survie/ à l'hygiène générale des soins | | | X | | |
| | Evaluation du personnel | X | X | | | |
| | Soutien psychologique du personnel | | | | | X |
| | Echange de personnel avec d'autres institutions | | | | | X |

| Thèmes | Critères | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------------|--|------|------|------|------|------|
| Ouverture vers l'extérieure | Convention avec un établissement de santé | X | | | | |
| | Convention avec un service de consultation gériatrique | | X | | | |
| | Convention avec un secteur psychiatrique/ Consultation mémoire | X | | | | |
| | Collaboration avec d'autres établissements | | | | | X |
| | Faire partie d'un réseau ou d'un système de soins coordonnés | | | | | X |
| Sécurité et maintenance | Plan d'action destiné à la prévention des accidents | | | X | | |
| Projet institutionnel | Suivi de mise en œuvre du projet institutionnel | X | | | | |
| | Présentation du projet institutionnel aux instances consultatives | X | | | | |
| | Dispositif permettant d'adapter le projet institutionnel à l'évolution de l'état des résidents | | X | | | |
| Démarche qualité | Communication, amélioration, évaluation, suivi..... | X | X | X | X | X |

2.8.3. L'évaluation externe - Synthèse

a) La démarche d'évaluation interne

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|---|---|---|
| Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne | L'appropriation du process par l'établissement à partir des RBPP + comité de pilotage | | Poursuivre la démarche |
| Participation du personnel et des usagers à l'évaluation interne | Participation active du personnel selon ses qualifications. La communication du plan d'action. | | Maintenir cette démarche participative. |
| Contribution de la démarche d'évaluation interne à la dynamique de la qualité de l'accompagnement | L'évaluation a fait émerger des Axes d'amélioration. Un plan d'action effectif et suivi. Des comités et commissions de travail effectifs. | Le projet d'établissement ne reprend pas les axes travaillés | Lors des réévaluations du projet d'établissement mettre en lien l'avancé des résultats de l'évaluation interne. |
| Mise en œuvre des actions pour faire vivre la démarche qualité dans l'établissement | Les axes d'amélioration issus de l'évaluation interne sont identifiés et connus. | d'identification des sources (demandes/ projet d'établissement /évaluation interne) | Identifier les sources des actions dans un P.A.Q. global. Hiérarchiser les actions en fonction de leur importance et les planifier dans ce sens. |
| Suivi des résultats de l'évaluation interne | Un plan d'action structuré et complet en lien avec l'outil ANGELIQUE | | Poursuivre la démarche |

b) La prise en compte des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'EHPAD

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|---|--|--|
| Efficacité de l'appropriation des recommandations par tous les acteurs ou professionnels de l'établissement | Les RBPP sont connus des encadrants. Le projet d'établissement y fait référence. | Les RBPP ne sont pas toujours identifiées en tant que tel par l'ensemble du personnel. | Poursuivre appropriation des RBPP par personnel. Mettre à dispositions des salariés, des intervenants extérieurs les RBPP et recommandations les concernant, dans leur version abrégée. |
| Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités | Les RBPP ont et sont utilisés pour certaines thématiques. | Utilisation à approfondir | Faire référence aux RBPP lors d'étude de cas durant les transmissions, les réunions, etc... |
| La bientraitance | Axe du plan de formation de l'établissement. Une référente est en place. Culture de l'établissement. Existence d'un Comité d'éthique Fiche de signalement d'un acte soupçonné de maltraitance | Pas de communication spécifique. Pas de procédure en cas de suspicion de maltraitance (RH). | Mettre à l'ordre du jour la thématique Bientraitance dans un (à minima) conseil de la vie sociale. Rédiger une procédure et en informer l'ensemble des usagers et salariés. |

c) Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|--|--|---|
| Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée | Des documents de recueil d'information pertinents. Un diagramme de soin personnalisé | | Poursuivre le suivi des effets attendus. (projet personnalisé, etc.) |
| Développement des compétences et de la stabilité du personnel (plan de formation, dialogue social et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) | Les formations internes et externes adaptées. Un climat social assaini. Existence d'un CE et CHSCT | Tous les entretiens professionnels n'ont pas été organisés (en cours). | Planifier tous les entretiens professionnels de tous les salariés (en cours). Utiliser les valisettes Mobiquial et les RBPP lors de formations internes. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Caractérisation de la population accompagnée | Le personnel connaît les résidents. | | Poursuivre la politique d'admission (pré visite). |
| Elaboration et révision du projet d'établissement en cohérence avec les objectifs de l'établissement et les besoins/attentes des usagers | Un projet d'établissement porteur de valeur et participatif. | Peu d'indicateurs dans le projet d'établissement | Intégrer à chaque thématique des objectifs mesurables (indicateurs d'objectifs et de performance par thématique : ANESM, les outils utilisés, les résultats attendus et ceux déjà obtenus) |

d) L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|---|---|---|
| Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires | L'image véhiculée par l'EHPAD est positive. | | Communiquer sur l'ensemble des axes de travail en cours et à venir (projet de soin, projet architectural) |
| Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur | Des partenariats et des sous-traitances formalisés. De nombreux partenariats efficaces. Les CCG sont effectives. | Tous les partenariats ne sont pas formalisés en convention. | Poursuivre la formalisation des partenariats. |
| Collaboration, formations et conventions avec les différents acteurs du secteur | Un secrétariat médical Des conventions établies. | | Poursuivre les conventions (Ex : partenariat avec la SGF). |
| Vie culturelle de l'établissement | Projet d'animation formalisé + fiches animations organisées. Une commission de coordination animation. Des initiatives intergénérationnelles appréciées | Tous les espaces d'animation ne sont pas utilisés également | Utiliser le potentiel de la salle de cinéma. |

e) Personnalisation de l'accompagnement

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|--|--|---|
| Capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne | Les supports de recueil d'information y font référence dès l'admission. Une cellule économie sociale et familiale en place. Des visites préalables à l'admission planifiées dans la procédure d'admission. Les familles sont accueillies Dans l'établissement et épaulées. | Le livret de vie n'est pas toujours remis complété. | Inciter les futurs résidents et les familles à remplir le document. |
| Elaboration, rédaction, actualisation du projet personnalisé (volet associatif, pédagogique, soins, autonomie...) | Les projets personnalisés sont en cours de formalisation. | Les projets personnalisés ne sont pas tous formalisés. Les modalités de réévaluation ne sont pas formalisées Les objectifs et les moyens ne sont pas en corrélation directs dans les écrits. | Planifier la rédaction des projets personnalisés de tous les résidents selon un ordre prioritaire. Les observations de tout le personnel pourrait être reprises dans un document unique de suivi. Objectifs et moyens devraient être définis parallèlement (un objectif/ des moyens). Les objectifs de l'accompagnement doivent être suivis et analysés pour pouvoir les réévaluer efficacement. Les projets personnalisés doivent être contractualisés annuellement. |
| Conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé | Les projets de vie sont élaborés En pluridisciplinarité avec les résidents, les familles et utilisés | Les équipes de nuit sont sollicitées | Développer et accompagner la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. |
| Entrée dans l'établissement, liens entre les usagers et relation avec le personnel | Un référent est désigné pour tous les résidents. Une équipe proche des résidents et des familles | | Définir le rôle des référents dans la durée. |

f) L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|--|--|--|--|
| Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers | Plusieurs commissions sont en place | | Développer les commissions animation et Bienveillance, éthique à moyen terme. |
| Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement | Le CVS est actif et se réunit régulièrement. Des enquêtes qualités Des Coprésidentes du conseil de la vie sociale concernées. | Les Coprésidentes du CVS sont des représentants des familles | Dresser un procès-verbal de carence justifiant l'élection de représentants des familles au poste de coprésidents. Mettre la thématique Bienveillance à l'ordre du jour d'un ou plusieurs conseil de la vie sociale. |
| Recueil et traitement des plaintes et des réclamations | Une commission éthique en place qui se réunit régulièrement. Des documents et des dispositifs à disposition des usagers et des professionnels | Diversités des supports | Unifier certains documents (cahier de relation avec les usagers) |

g) La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

| Thèmes | Forces | Faiblesses | Propositions/Préconisations |
|---|--|------------|---|
| Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'EHPAD | Un projet de soins complet. Des évaluations en cours et suivies | | Poursuivre dans cette démarche Une cartographie synthétique des risques par thématique serait à mettre en place. |
| Modes de concertation, traitement des faits de maltraitance | Des formations Bienveillance. Une commission éthique en place. Une procédure dans le cadre de fait de maltraitance soupçonnée. | | Donner une valeur statutaire et paritaire à la commission éthique. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Respect de la vie privée, liberté d'aller et venir | Personnel respectueux. Des Fondamentaux qui sont inscrits dans le projet d'établissement. | | Visiter le droit aux risques dans le projet personnalisé des résidents. |
|--|---|--|---|

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng
Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



