

# La Mesnie

**Etablissement d'Hébergement  
pour  
Personnes Agées Dépendantes  
de Saint Pierre Sur Dives  
"La Mesnie"**



## **PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2011-2015**

**MAISON DE RETRAITE - M.A.P.A.D - FOYER LOGEMENT**

**Tél : 02 31 20 70 44 (lignes groupées) – MAPAD Tél : 02 31 20 57 15 (ligne directe) - Fax : 02 31 38 90**

**E.mail : mesnie @ wanadoo .fr**

**Rue des peupliers – 14170 SAINT PIERRE SUR DIVES .**

## Plan du projet d'établissement

### **Préambule: Page 4**

### **Données de cadrage démographiques et sanitaires: Pages 5 à 16**

1. Données de cadrage démographiques nationales: Pages 5 à 7
2. Données de cadrage démographiques du Calvados: Pages 8 à 12
3. Données de cadrage démographiques du Canton: Page 13
4. Données de cadrage sanitaires nationales: Page 14
5. Données de cadrage sanitaires du Calvados: Page 15
6. Données de cadrage sanitaires du Canton: Page 16

### **La politique gérontologique nationale et régionale: Pages 17 à 19**

1. La politique gérontologique nationale: Pages 17 à 18
2. La politique gérontologique régionale: Pages 19

### **La démarche du projet d'établissement: Pages 20 à 22**

1. Le projet d'établissement: Page 20
2. La méthodologie employée: Pages 20 et 21
3. Les étapes: Pages 21 et 22

### **Présentation de l'ALAPA: Pages 23 à 30**

1. Population: Pages 24 à 28
2. Dépendance: Pages 28 et 29
3. Bilan social: Pages 29 et 30

### **Volet projet managérial et architectural: Pages 31 à 39**

1. Valeurs de l'établissement: Page 31
2. Le projet: Pages 31 à 33
3. Le projet architectural: Page 33
4. Planification 2011-2015 du projet managérial et architectural: Pages 33 à 34
5. Projet du jardin thérapeutique Alzheimer: Pages 35 à 39

### **Volet projet accueil et intégration: Pages 40 à 41**

1. L'existant: Page 40
2. Planification 2011-2015 du projet accueil et intégration: Pages 40 et 41

### **Volet projet de vie: Pages 42 à 48**

1. Les enjeux: Page 42
2. Définition du projet: Page 42
3. Le contexte: Pages 42 à 43
4. Planification 2011-2015 du projet de vie: Pages 43 à 44
5. Enjeux du projet de vie personnalisé: Page 45
6. Planification 2011-2015 du projet famille, vie sociale et animation: Pages 45 et 46
7. Planification 2011-2015 du projet droits et libertés: Pages 47 et 48

**Volet projet de soins: Pages 49 à 53**

1. Elaboration du projet: Page 49
2. Les grandes orientations: Pages 49 et 50
3. Planification 2011-2015 du projet de soins de la Mesnie: Pages 50 à 51
4. Planification 2011-2015 du projet de soins de la MAPAD: Pages 52 à 53

**Volet projet qualité et gestion des risques: Pages 54 à 59**

1. Les enjeux: Page 54
2. La bienveillance: Page 54
3. Planification 2011-2015 du projet sur la bienveillance: Pages 54 à 55
4. La démarche qualité: Page 56
5. Planification 2011-2015 du projet sur la qualité: Pages 56 à 57
6. La gestion des risques: Page 58
7. Planification 2011-2015 du projet sur la gestion des risques: Pages 58 à 59

**Volet projet social et fonctions logistiques: Pages 60 à 61**

1. Les enjeux: Page 60
2. Les objectifs: Page 60
3. Planification 2011-2015 du projet sur le volet social et logistique: Pages 60 à 61

**Annexes: Page 62 et suivantes**

## Préambule

Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement de la population, nous nous trouvons aujourd'hui en présence de quatre générations qui cohabitent.

La part des personnes dites "du troisième âge" excède les 20 % de la population française.

En 2030, on évalue que le nombre de personnes de 60 ans et plus va passer de 12 à 20 millions.

Cette tranche d'âge représentera alors près du tiers (31%) de la population.

En conséquence du vieillissement, beaucoup de personnes âgées doivent avoir recours aux services d'un établissement d'hébergement collectif.

Une modification du paysage sanitaire et médico-social français est de facto engagée.

En adaptation permanente aux nouveaux besoins et attentes de cette population vieillissante, les établissements d'hébergement pour personnes âgées étoffent et diversifient leur offre d'accueil.

Le secteur médico-social rejoint le secteur sanitaire dans sa démarche d'évaluation des établissements et crée l'Agence Nationale pour l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM).

L'objectif de cette entité est d'assurer aux usagers une qualité de service minimale : Qualité de l'aide (accompagnement et soins), mais aussi des locaux, de l'accueil, des relations, de l'hôtellerie, de la vie sociale, soit autant de facettes de la qualité globale de la prise en charge que sont en droit d'attendre ceux, qui par choix ou par nécessité, viennent achever leur vie en institution ou y faire un court séjour permettant à la famille de se reposer.

C'est dans ce contexte évolutif que l'EHPAD de "La Mesnie" précise sa politique pour les cinq ans à venir dans ce projet d'établissement.

Ce projet permet la mise en cohérence entre le cadre institutionnel, l'établissement et son environnement. Il répond à la réglementation et aux recommandations départementales, tout en manifestant la volonté d'amélioration continue du service rendu aux résidents.

A travers la définition concertée des grandes orientations de la structure mais également des actions concrètes d'organisation de l'activité, le projet d'établissement constitue un instrument de pilotage fondamental.

L'ensemble de la démarche du projet est conduit par la volonté d'aider la personne accueillie à vivre selon ses choix personnels et ses habitudes au sein de la structure.

Ce projet d'établissement est à l'image de la dynamique des groupes pluridisciplinaires missionnés pour réfléchir à la construction de ce projet d'établissement réaliste et audacieux.

Le projet d'établissement 2011-2015 doit permettre à l'Association pour le Logement et l'Aide aux Personnes Agées d'améliorer et de pérenniser la prise en charge et la vie de nos résidents, pierres angulaires de notre raison d'être.

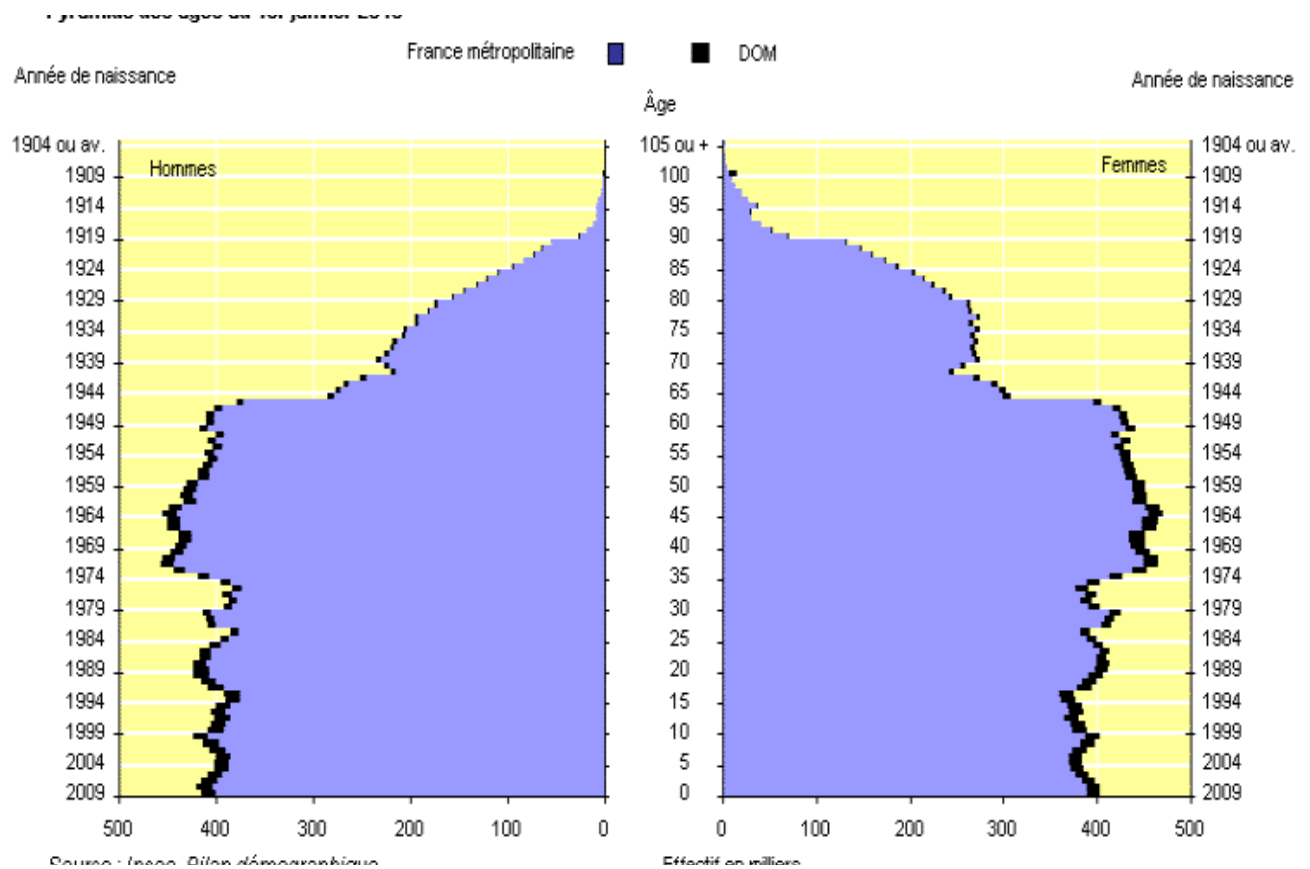
Comme le dit un proverbe chinois "si la personne est âgée, son cœur ne l'est pas".

## Données de cadrage démographiques nationales

Au 1er janvier 2010, la population française compte 64,7 millions d'habitants dont un quart est âgé de moins de 20 ans. Même si cette part diminue régulièrement, le nombre de jeunes continue d'augmenter grâce aux naissances relativement nombreuses de ces dernières années. Comme les premières générations du baby-boom d'après-guerre ont atteint ou dépassé les 60 ans depuis 2007, le nombre de personnes de 20 à 59 ans diminue depuis cette date. La part des personnes de 60 ans ou plus continue en revanche d'augmenter et atteint près de 23 %. Ce sont surtout les personnes les plus âgées (75 ans ou plus) qui sont de plus en plus nombreuses : en vingt ans leur nombre a augmenté de plus de 1 700 000, soit une hausse de 45 %. Dans le même temps, l'effectif des moins de 20 ans diminue de 3 % environ.

### Population par groupe d'âge

<i>en %</i>				
p : données provisoires.				
Champ : population au 1er janvier.				
Source : Insee, bilan démographique.				
	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
<b>France métropolitaine</b>				
1960	32,3	51,0	16,7	4,3
1970	33,1	48,8	18,0	4,7
1980	30,6	52,4	17,0	5,7
1990	27,8	53,2	19,0	6,8
2000	25,6	53,8	20,6	7,2
2007	24,8	53,8	21,5	8,5
<b>2008 (p)</b>	24,6	53,4	21,9	8,6
<b>2009 (p)</b>	24,5	53,1	22,4	8,8
<b>2010 (p)</b>	24,4	52,7	22,9	8,9
<b>France</b>				
1991	27,7	53,2	19,0	6,6
2000	25,8	53,8	20,4	7,1
2007	25,0	53,7	21,2	8,3
<b>2008 (p)</b>	24,9	53,4	21,7	8,5
<b>2009 (p)</b>	24,8	53,0	22,2	8,7
<b>2010 (p)</b>	24,7	52,7	22,6	8,8



En 2050, selon les projections de population, si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période projetée mais à un rythme de moins en moins rapide. En effet, la population vieillissant, le nombre de décès augmente fortement et dépasserait vers 2045 le nombre de naissances. En 2050, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2005. Les proportions de jeunes et de personnes d'âges actifs diminueraient. Au 1er janvier 2050, la France compterait alors sept habitants âgés de 60 ans ou plus pour 10 habitants de 20 à 59 ans. Ce ratio aurait presque doublé en 45 ans.

### Projection de population à l'horizon 2050 et structure par âge

en %

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, projections de population 2005-2050.

	Population au 1er janvier (en millions)	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2015	63,7	24,0	51,4	15,5	9,1
2020	65,0	23,7	50,1	17,1	9,1
2025	66,1	23,1	49,0	17,4	10,5
2030	67,2	22,6	48,1	17,3	12,0
2035	68,2	22,2	47,2	17,3	13,3
2040	69,0	22,1	46,9	16,7	14,3
2045	69,6	22,0	46,4	16,6	15,0
2050	70,0	21,9	46,2	16,3	15,6

**Données de cadrage démographiques du Calvados**

### ***Bocage, Bessin et Pays d'Auge Nord : des seniors plus présents***

Le Conseil général du Calvados a engagé en 2010 une nouvelle mission d'élaboration de schémas départementaux en faveur des personnes âgées. Afin d'évaluer les besoins à venir, l'Insee a réalisé pour le Conseil général des projections démographiques. S'appuyant sur les derniers recensements de population pour élaborer des hypothèses en matière de décès, de fécondité et de migrations, ces projections laissent entrevoir un vieillissement pour toutes les circonscriptions d'action sociale du département.

Dans ce scénario prospectif du Calvados à l'horizon 2021, la part des seniors de 65 ans ou plus progresse de 16,5 à 21,9 % (+ 5,4 points), celle des jeunes de moins de 25 ans diminuant de 32,4 à 29,9%(-2,5 points). De fait, l'indice de vieillesse(1) tend à augmenter pour toutes les circonscriptions. En 2031, pour la moitié d'entre elles, la part des seniors serait équivalente à celle des plus jeunes.

Le Bocage, territoire où la part des 65 ans ou plus est la plus élevée (21,6%en 2006 contre 16,5%pour le Calvados), restera relativement âgé en 2021, même si le nombre de seniors devrait y augmenter moins vite qu'ailleurs. Deux circonscriptions littorales, le Bessin et le Pays d'Auge Nord, présentent en 2006 une situation assez proche du Bocage : proportion de seniors et indice de vieillesse, comparables, y sont plus élevés que dans l'ensemble du Calvados. A la différence du Bocage, le vieillissement devrait y être plus rapide.

Elles deviendraient alors, avec le Bocage, les territoires du Calvados où l'indice de vieillesse sera le plus élevé en 2021.

Dans la périphérie caennaise (circonscriptions de Caen Ouest et de Caen Est), le nombre de personnes âgées augmenterait plus fortement qu'ailleurs (+ 75 % entre 2006 et 2021).

L'indice de vieillesse progresserait rapidement sur Caen Ouest, pour devenir en 2021 supérieur à la moyenne départementale. Caen Est, territoire où la part des moins de 25 ans dans la population est élevée, resterait un territoire jeune.

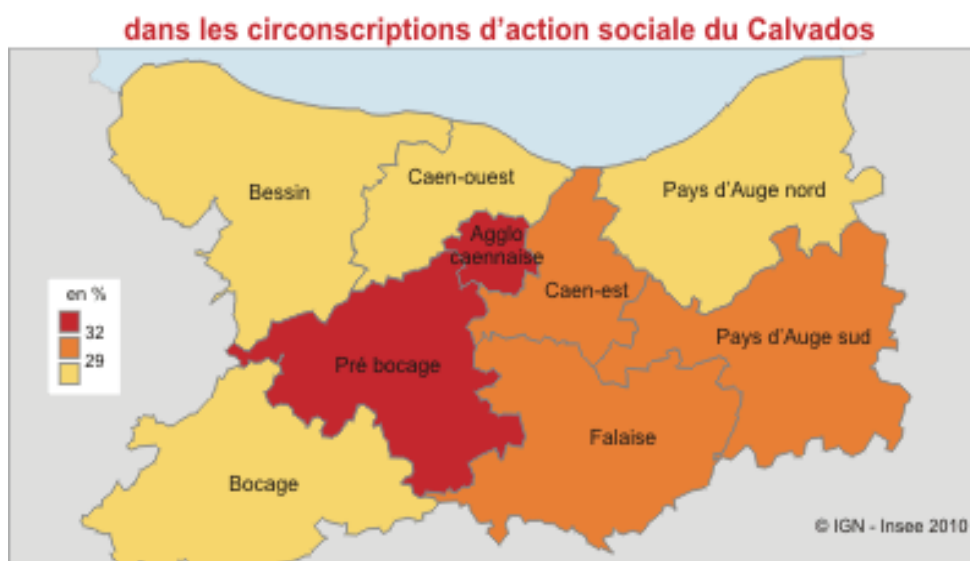
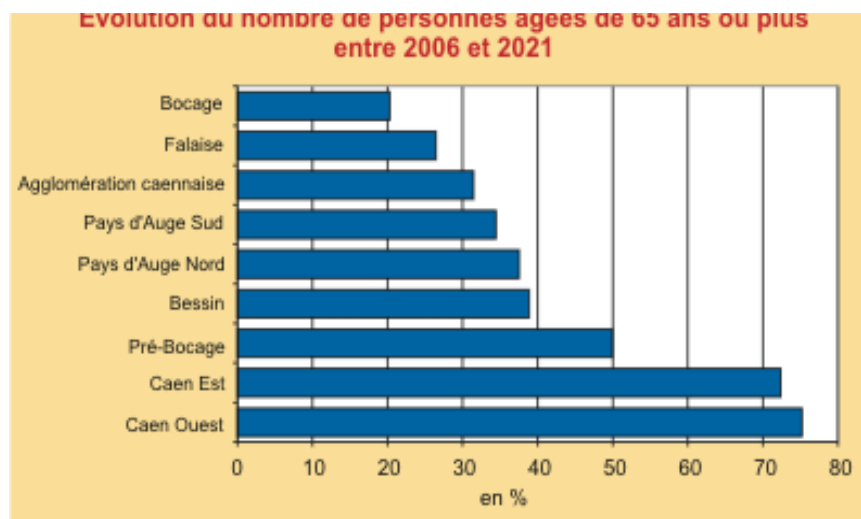
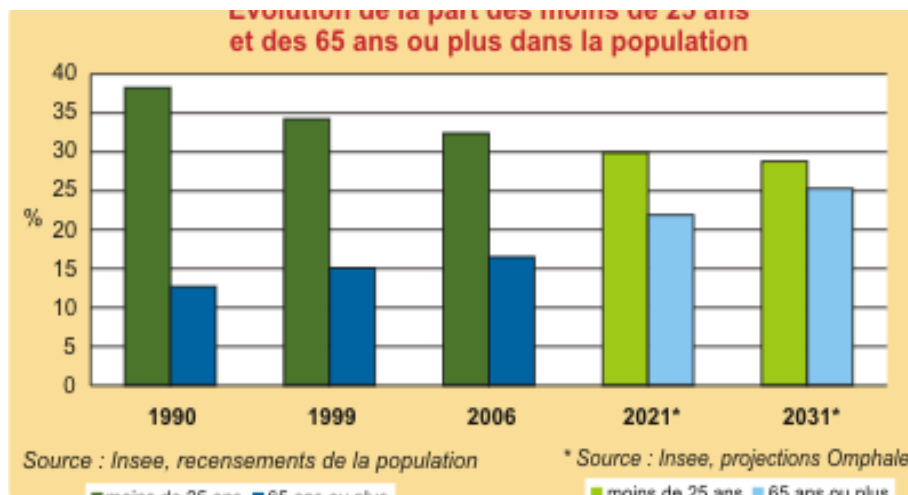
Le Pré-Bocage est la circonscription où la population devrait augmenter le plus à l'horizon 2021, pour toutes les classes d'âges. Aujourd'hui l'un des territoires calvadosiens les moins touchés par le vieillissement, il devrait être aussi le plus jeune en 2021, bénéficiant d'une baisse limitée de la part des jeunes et d'une augmentation toute relative de celle des seniors.

L'agglomération Caennaise fait aussi partie des territoires plus jeunes que la moyenne calvadosienne, et le restera en 2021. En effet, la part des moins de 25 ans est et demeurera plus importante qu'ailleurs, même si le nombre de jeunes devrait subir la plus forte baisse entre 2006 et 2021 (-10,8 %).

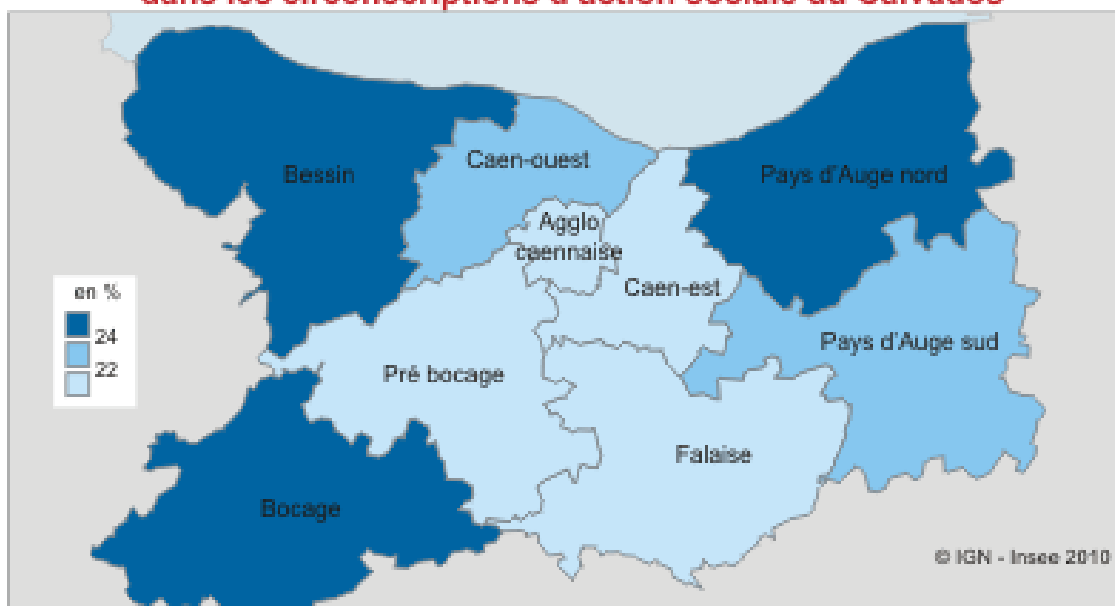
La circonscription de Falaise s'inscrirait également, en 2021, parmi les territoires les plus jeunes du Calvados, avec un indicateur de vieillesse inférieur à celui du département.

Enfin le Pays d'Auge Sud connaîtrait un rythme de vieillissement proche de celui du département.

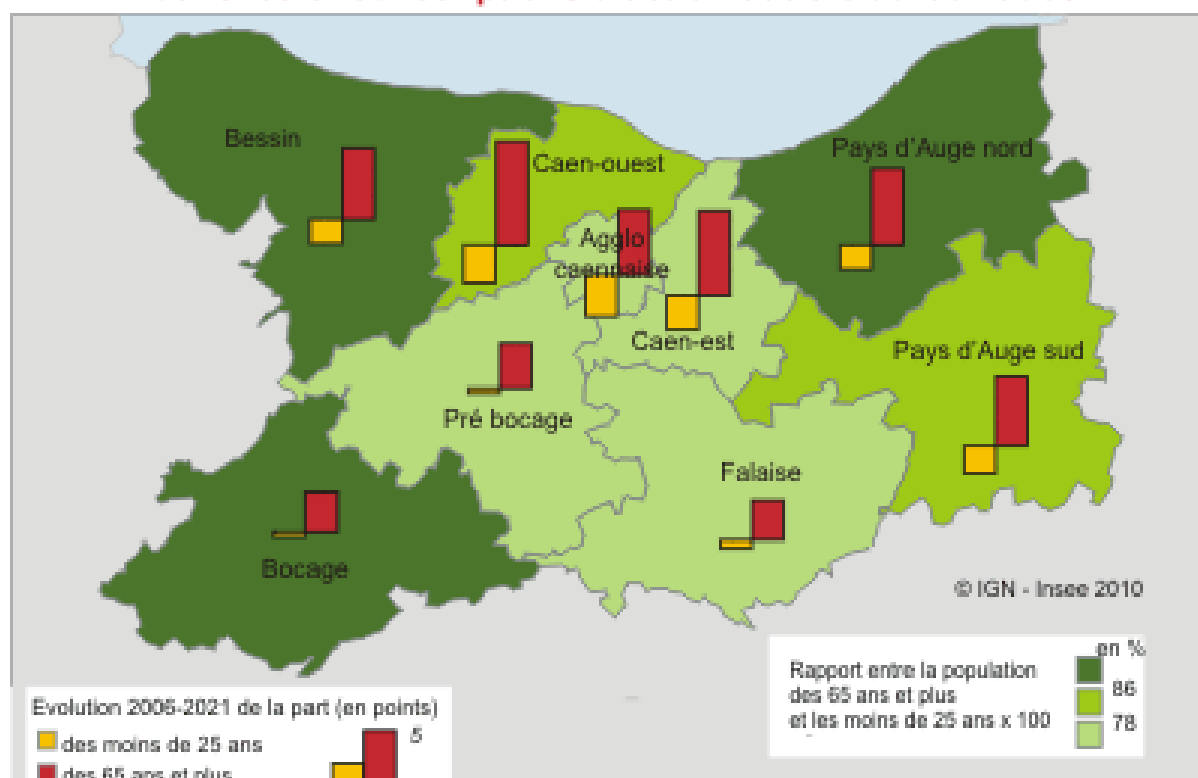




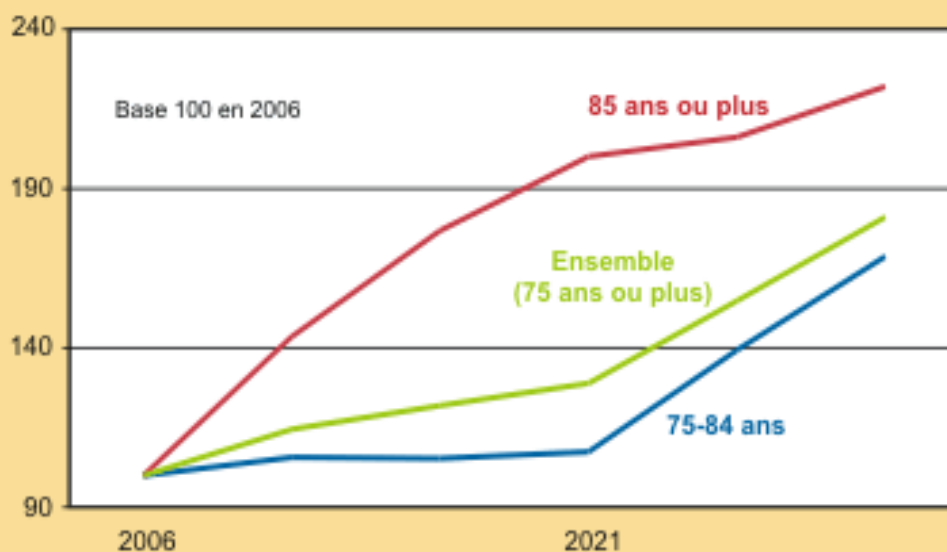
**dans les circonscriptions d'action sociale du Calvados**



**dans les circonscriptions d'action sociale du Calvados**

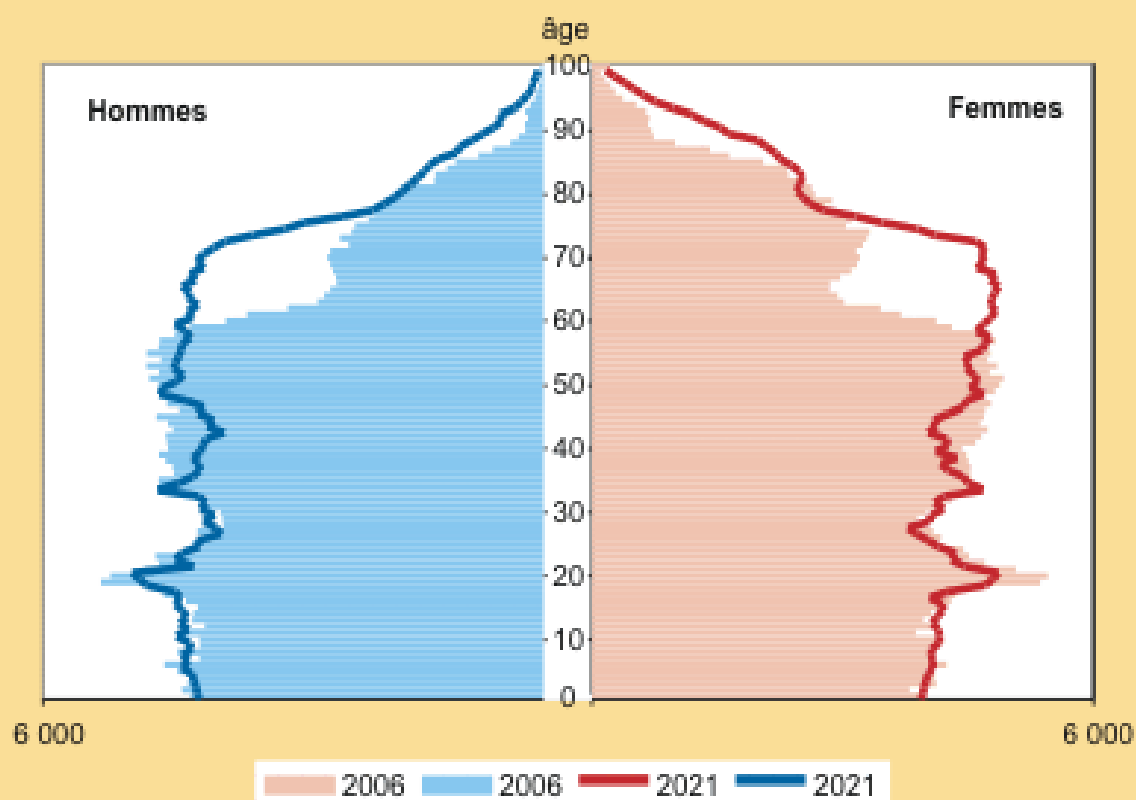


### Évolution du nombre de personnes âgées dans l'ensemble des circonscriptions d'action sociale du Calvados



Sources : Insee, recensements de la population - projections Omphale

### Pyramide des âges pour l'ensemble des circonscriptions d'action sociale du Calvados entre 2006 et 2021



Sources : Insee, recensements de la population - projections Omphale

### Entre 2006 et 2021, l'effectif des 85 ans ou plus doublerait dans le département

La part des seniors les plus âgés, de 75 ans ou plus, dans la population totale du Calvados, ne cesserait d'augmenter d'ici 2021. Elle passerait de 8,2 % en 2006 à 10,0 % quinze ans plus tard. L'effectif des 75 ans et plus progresserait en effet de 28,9 %. Il est vraisemblable que l'allongement attendu à l'avenir pour l'espérance de vie accentue le vieillissement déjà constaté.

Le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans, et celui des 85 ans ou plus, ne progresseraient cependant pas au même rythme entre 2006 et 2021.

Le nombre de seniors de 75 à 84 ans connaîtrait entre 2006 et 2021 une progression modérée (+ 7,4 %). Il s'agit en effet de personnes appartenant à des générations moins nombreuses, en majorité nées au cours de la seconde guerre mondiale, où le nombre de naissances est très restreint. Après 2021, leur nombre devrait en revanche s'accroître beaucoup plus rapidement.

Il faut par contre s'attendre à une forte augmentation entre 2006 et 2021 du nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus, avec l'arrivée à cet âge des personnes appartenant en majorité à la génération de l'entre deux guerres. Leurs effectifs pourraient ainsi doubler en quinze ans. La part de ces classes d'âge dans la population totale du département devrait alors atteindre 3,6 % en 2021 (contre 1,9 % en 2006). Au-delà de 2021, le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus continuerait d'augmenter, mais à un rythme moins soutenu.

Même si l'espérance de vie des hommes tend à rejoindre celle des femmes, ces dernières représenteront encore 70 % des calvadosiens de 85 ans ou plus en 2021.

#### Les circonscriptions d'action sociale du Calvados

	Part des 65 ans ou plus			Part des moins de 25 ans			Indice de vieillesse *		
	2006 en %	2021 en %	Evolution en points	2006 en %	2021 en %	Evolution en points	2006 (1)	2021 (2)	Evolution en points (2-1) Rapport entre la part des 65 ans ou plus et celle des moins de 25 ans
Pays d'Auge Sud	17,9	23,2	5,3	31,7	29,6	-2,1	0,56	0,78	0,22
Pays d'Auge Nord	20,5	26,3	5,8	28,5	26,6	-1,9	0,72	0,99	0,27
Agglomération caennaise	14,8	19,8	5,1	36,3	33,1	-3,2	0,41	0,60	0,19
Falaise	16,8	19,8	3,0	31,9	31,2	-0,7	0,53	0,63	0,11
Caen Ouest	14,9	22,8	7,9	31,6	28,7	-2,9	0,47	0,79	0,32
Caen Est	13,1	19,5	6,5	33,4	30,8	-2,6	0,39	0,63	0,24
Bocage	21,6	24,6	3,0	28,6	28,1	-0,5	0,75	0,87	0,12
Ensemble	<b>16,5</b>	<b>21,9</b>	<b>5,4</b>	<b>32,4</b>	<b>29,9</b>	<b>-2,5</b>	<b>0,51</b>	<b>0,73</b>	<b>0,22</b>

Sources : Insee, Recensements de la population-projections Omphale

## Données de cadrage démographiques du canton

Villes	Population en 2006	Taux de plus de 65 ans
Boissey	164	15,9
Brettevilles	303	15,8
Hiéville	282	17,4
Mittois	167	22,2
Montviette	170	22,9
Ouville	222	14,4
St Georges	96	15,6
St Margueritte	409	12,7
St Pierre / Dives	3647	27,6
Thiéville	302	27,6
L'Oudon	1543	16,4
Vaudeloges	194	18,6
Vieux Pont	292	15,8
Total	7791	21,5

Le comparatif du canton de St Pierre Sur Dives avec le Calvados permet de mettre en exergue le taux de plus de 65 ans particulièrement plus élevé, 21.5 % contre 16.5%.



## Données de cadrage sanitaires nationales

### Capacité d'accueil des établissements et services pour personnes âgées par région

#### Capacité d'accueil des établissements et services pour personnes âgées par région

*Données au 01/01/2008*

\*La population est celle au 1/1/2007 : Estimations Localisées de Population - Insee

Source : Drass, Finess.

Régions	Capacité d'accueil en :				Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus*
	Logement-foyer (nombre de logements)	Maisons de retraite (nombre de lits)	Services de soins à dom.(nombre de places)	Soins de longue durée (nombre de lits)	Héberg. permanent. ou temporaire
<b>Ile-de-France</b>	26 520	52 599	12 780	7 887	112,3
<b>Champagne-Ardenne</b>	3 701	9 893	2 066	1 885	118,9
<b>Picardie</b>	3 085	13 980	2 773	2 932	120,5
<b>Haute-Normandie</b>	8 416	12 872	2 433	1 701	150,6
<b>Centre</b>	4 178	23 897	3 926	3 644	116,8
<b>Basse-Normandie</b>	4 017	15 044	2 478	1 292	136,6
<b>Bourgogne</b>	3 267	19 860	3 097	1 573	137,9
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	10 359	19 396	5 171	4 261	103,0
<b>Lorraine</b>	6 068	17 041	3 115	2 995	123,5
<b>Alsace</b>	3 168	12 953	2 141	2 907	124,5
<b>Franche-Comté</b>	2 104	7 268	2 028	1 289	98,8
<b>Pays de la Loire</b>	12 186	34 493	5 258	4 649	156,0
<b>Bretagne</b>	13 336	25 207	5 562	5 121	134,3
<b>Poitou-Charentes</b>	4 570	18 772	3 095	1 894	127,5
<b>Aquitaine</b>	7 504	28 702	4 457	2 190	114,2
<b>Midi-Pyrénées</b>	5 010	25 851	5 426	2 562	111,3
<b>France métropolitaine</b>	148 591	460 735	91 030	67 400	118,0

## **Données de cadrage sanitaires du Calvados**

Le nombre d'établissements et de lits sont supérieurs dans le Calvados au regard de la moyenne nationale.

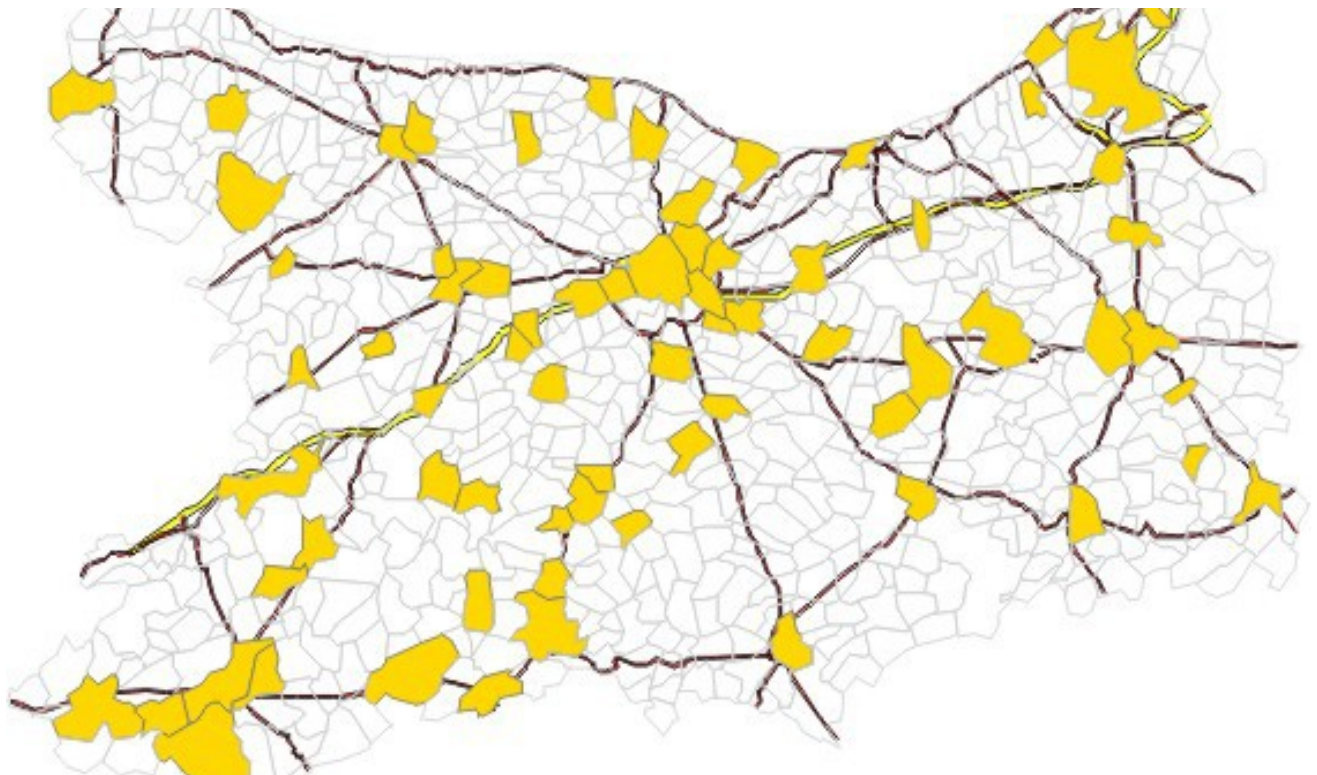
Ainsi, le département dispose de 97 EHPAD, 5776 lits dont 1473 de cure médicale soit un taux de médicalisation de 0.255% (France: 0.364%).

La création des places en maison de retraite depuis 1995 est globalement comparable avec la France métropolitaine (de 5420 en 1995 à 5776 en 2001).

Le Calvados se situe à un niveau médian pour le nombre de logements foyers et de places en logement foyers. Ainsi, le département dispose de 42 établissements, 1976 logements avec un taux de médicalisation de 0.034% (France: 0.047%).

En conclusion, le Calvados dispose d'équipements supérieurs en ce qui concerne les structures d'hébergement et les services de soins à domicile. Cependant, l'équipement concernant les lits médicalisés est moindre et l'accueil temporaire quasi inexistant.

### **EHPAD dans le Calvados en 2010**



## Données de cadrage sanitaires du Canton

	personnes	Poids dans le 14	Indice de vieillissement	2005	2010
moins de 60 ans	9507	7%	63%		
entre 60 et 74 ans	6266	7%	60%	moins 46 personnes	plus 1064 personnes
75 ans et plus	3241	7%	62%	plus 630 personnes	plus 1228 personnes

Les projections démographiques sur le canton de St Pierre sur Dives montrent un vieillissement important de la population à très court terme.

	USLD
places	110
Taux équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans	34/1000

	Maison de retraite hospitalière
places	200
Taux équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans	62/1000

	Maison de retraite publique
places	51
Taux équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans	16/1000

	Maison de retraite privée conventionnée
places	129
Taux équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans	40/1000

	Maison de retraite privée non conventionnée
places	84
Taux équipement pour 1000 personnes de plus de 75 ans	26/1000

Il est indéniable que la pénurie en matière d'accueil Alzheimer dans le canton doit orienter la politique de l'établissement à terme vers une extension de la MAPAD.



## La politique gériatologique nationale

Le gouvernement, conscient des mutations de la population française, a proposé 3 grands plans nationaux, afin d'accompagner et d'anticiper les attentes et besoins des personnes âgées pour garantir une pérennité :

Dans le cadre du phénomène de vieillissement de la société française, le plan national "Bien Vieillir" a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin pour un "vieillissement réussi", tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Ainsi le plan "Bien vieillir" a pour objectifs généraux de favoriser :

- des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques ;
- des comportements favorables à la santé ;
- l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie ;
- le renforcement du rôle social des "séniors" en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

La politique du plan national "Solidarité grand âge" repose sur cinq principes :

1/ Assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester a domicile.

- *Etre soigné à la maison;*
- *Développer l'offre de services à domicile;*
- *Soutenir des aidants familiaux (« droit au répit »);*
- *Assurer la continuité entre le domicile et la maison de retraite (créer de nouvelles formes de logement).*

2/ Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre.

- *Eviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite (accueil de jour, hébergement temporaire, services de soins infirmiers à domicile...);*
- *Augmenter le nombre et la formation de personnels soignants;*
- *Lutter contre la maltraitance;*
- *Développer une démarche qualité;*
- *Maîtriser les prix et diminuer le reste à charge des résidents et des familles;*
- *Poursuivre l'effort de création de places dans toute la France.*

3/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées.

- *Développer et labelliser les filières gériatriques;*
- *Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital.*

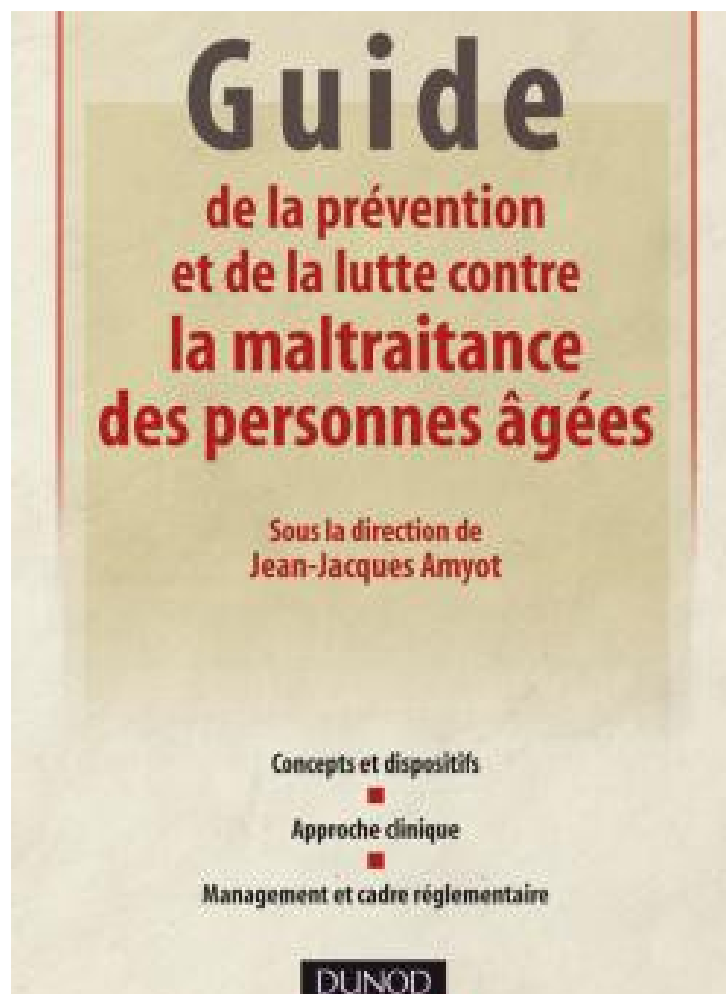
4/ Garantir pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance.

5/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Ce nouveau plan ministériel succède, aux deux premiers précédents plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer, mis en place respectivement en 2001 et 2004.

Les grandes orientations du Plan Alzheimer 2008-2012 portent notamment sur :

- Le développement de la recherche médicale ;
- La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille ;
- L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce;
- Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie.



## La politique gérontologique régionale

Dans le cadre du schéma gérontologique 2004-2009 du Calvados, quatre axes ont été définis autour desquels vingt actions sont déclinées.

1/ Améliorer la coordination entre les intervenants.

- ▣ développer les CLIC;
- ▣ développer les liens entre les professionnels pour favoriser la coordination;
- ▣ améliorer la coordination entre les établissements de santé et la prise en charge à domicile.

2/ Structurer et faire évoluer le dispositif.

- ▣ connaître les besoins;
- ▣ rééquilibrer l'offre de prise en charge sur le département;
- ▣ faire face à l'alourdissement de la prise en charge à domicile.

3/ Rendre le dispositif accessible à toutes les personnes âgées.

- ▣ développer de nouveaux modes d'accueil;
- ▣ mieux prendre en charge les personnes âgées désorientées;
- ▣ prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes;
- ▣ augmenter le nombre de places habilitées à l'aide sociale dans les établissements;
- ▣ repenser l'accueil en foyer logement;
- ▣ faire face à la saisonnalité de l'activité sur certains secteurs géographiques;
- ▣ développer et diversifier les animations au sein des établissements;
- ▣ renforcer l'implication des personnes âgées, de leur famille et des bénévoles;
- ▣ créer un site internet à destination des professionnels, des personnes âgées et de leur entourage.

4/ Harmoniser les pratiques.

- ▣ valoriser les ressources humaines;
- ▣ favoriser toute démarche améliorant la qualité;
- ▣ développer les actions de prévention;
- ▣ prévenir et mieux prendre en compte la maltraitance des personnes âgées;
- ▣ offrir un accompagnement psychologique de la personne âgée, de sa famille et des professionnels.

## **La démarche du projet d'établissement**

### **Le projet**

Le projet d'établissement est un document fondateur ou plutôt refondateur qui permet à la maison de retraite 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 la maison de retraite 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 :

- Le projet de vie personnalisé;
- Le projet de soins (qui est un des éléments du projet de vie et doit donc en respecter la démarche et les valeurs);
- Le projet qualité et de gestion des risques;
- Le projet social et des fonctions logistiques.

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 la maison de retraite dans les années futures.

### **La méthodologie employée**

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 septembre 2010 à octobre 2010.

La cartographie des processus ci-dessous représente et retraduit chaque composante de l'activité de la structure en éléments du projet d'établissement.

### **GROUPE PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**

Directeur;

Directeur adjoint;

Infirmières référentes;

RAQ;

Responsable blanchisserie;

Chef cuisine;

Responsable entretien;

IDE (1) et AS/AMP (2).

## **GROUPE PROJET SOCIAL ET LOGISTIQUE**

Directeur;  
Infirmières référentes;  
RAQ;  
Chef cuisine;  
Responsable entretien;  
Responsable blanchisserie;  
Délégués du personnel;  
Aides soignantes (3).

## **GROUPE PROJET DE SOINS**

Directeur;  
Directeur adjoint;  
Infirmières référentes;  
Médecin coordonnateur;  
Psychomotricienne;  
RAQ;  
IDE (3);  
AS / AMP (3).

## **GROUPE PROJET DE VIE**

Directeur;  
Directeur adjoint;  
Infirmières référentes;  
Médecin coordonnateur;  
Psychomotricienne;  
RAQ;  
Responsable liaison familles;  
Animatrice;  
IDE;  
AS/AMP/ASH.

### **Les 8 étapes de l'élaboration du projet**

#### *Etape 1 : Conception de la démarche*

La direction et l'encadrement ont défini les principes de la démarche d'élaboration du projet d'établissement, afin que ce dernier respecte et traduise les valeurs de la maison de retraite.

#### *Etape 2 : Diagnostic*

L'établissement a décidé de reprendre l'auto-évaluation (basée sur le référentiel "Angélique") réalisée en 2000 et la liste des actions émises à la suite de cet état des lieux, classées par ordre de priorité.

La synthèse des résultats d'une enquête de satisfaction des résidents et familles réalisée en 2010 constitue également une base de réflexion.

Enfin, des premiers jalons avaient été posés en 2010 avec le début du projet de soins et du projet de vie.

### *Etape 3 : Formulation d'orientations*

Des orientations générales de l'établissement pour les années à venir ont été définies par la direction, qui répondent aux orientations du schéma gérontologique du département. La mission générale de l'établissement est également rappelée.

Définition de la mission de l'EHPAD de La Mesnie :

**« Accueillir les personnes de plus de 60 ans en leur proposant un accompagnement personnalisé, afin de les AIDER A VIVRE selon leur volonté, en prenant en compte leurs ressources (physiques, familiales, sociales...) ».**

### *Etape 4 : Définition du plan d'actions*

Le plan d'action pour les années à venir a été élaboré lors des réunions des groupes de travail pluridisciplinaires. Les actions sont classées en "fiches projets" thématiques. Ces fiches projets apportent des renseignements quant à la réalisation des actions, leur suivi et évaluation.

### *Etape 5 : Formalisation du projet*

La formalisation du projet permet de conserver une trace de la réflexion menée lors de son élaboration : définition des valeurs et missions de l'établissement, principales orientations en matière de développement de la structure. Le projet d'établissement écrit est également un outil de pilotage de la structure.

### *Etape 6 : Validation du projet*

La validation des fiches projets a été réalisée par les participants des groupes de travail. Un dernier regard sur l'ensemble du projet est porté par le directeur de la maison de retraite avant validation définitive par le Conseil d'Administration.

### *Etape 7 : Mise en œuvre*

L'ensemble des actions retenues dans le projet d'établissement seront réalisées au cours des 5 années à venir.

### *Etape 8 : Evaluation et actualisation*

Une réactualisation du projet sera nécessaire, notamment dans le cadre de l'évaluation et du suivi des actions.

## Présentation de l'ALAPA

### 0 PREAMBULE

#### Historique

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, 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.

#### Statuts et gestion

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 ).

### **Missions**

Les missions de l'association concernent la prise en charge des personnes âgées quelque soit leur degré de dépendance .

- 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 POPULATION ACCUEILLIE**

### **1 Indicateurs socio-économiques**

#### **E.H.P.A.D " La Mesnie "**

Nombre de lits autorisés : **80**

Capacité totale : **81**

#### ***Taux d'occupation / capacité totale***

Nombre de journées prévisionnelles : **29100 soit 99,65 %**

Nombre de journées réalisées : 29560 soit 101,23 %

2008 : 29565 soit 101,25 %

#### ***Répartition des résidents par sexe***

Femmes : **55** soit 67,90 %

Hommes : **26** soit 32,10 %

#### ***Age moyen des résidents***

**82,23 ans** Femmes : 84,84 ans Hommes : 79,63 ans

#### ***Durée moyenne du séjour***

**38,40 mois**

**Nombre de décès : 18**



### ***Répartition géographique des résidents hébergés***

Département du Calvados : 75 soit 92,59 %  
Hors département : 6

### ***Résidents bénéficiant de l'aide sociale***

20 résidents soit 24,69%    Département 14 : 19  
Hors département : 1

### **E.H.P.A.D "La Mapad "**

Nombre de lits autorisés : 48

Capacité totale : 48

### ***Taux d'occupation / capacité totale***

Nombre de journées prévisionnelles : 17498 soit 99,87 %

Nombre de journées réalisées : 17511 soit 99,94 %

2008 : 17498 soit 99,87 %

### ***Répartition des résidents par sexe***

Femmes : 41 soit 85,41 %

Hommes : 7 soit 14,59 %

### ***Age moyen des résidents***

**80,21 ans**    femmes : 80,98 ans    hommes : 75,50 ans

### ***Durée moyenne du séjour***

**54 mois**

**Nombre de décès : 9**

### ***Répartition géographique des résidents hébergés***

Département du Calvados : 46 soit 95,83 %  
Hors département : 2

### ***Résidents bénéficiant de l'aide sociale***

23 résidents soit 47,94 %    Département 14 : 19  
Hors département : 4

## 12 Commentaires

### Taux d'occupation

Les excellents taux d'occupation prouvent la bonne vitalité des nos deux établissements. Le dépassement de la capacité autorisée au niveau de la Mesnie ( 101,23 % ) s'explique par l'utilisation permanente de la 81<sup>ème</sup> chambre initialement prévue comme chambre d'hébergement temporaire pendant la durée des travaux de rénovation de l'hébergement .

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 .

De fait, notre attractivité fonctionnelle 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)
- 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 :

La conjugaison de ces actions ont été particulièrement probantes puisqu'au cours de l'année 2009, 126 prises de contacts ( 99 en 2009 soit une augmentation de 21 % ) ont induit la transmission d'un dossier d'admission faisant suite à une visite des établissements ou à la réception d'un appel téléphonique.

### Répartition des résidents par sexe

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 ( 85,41 % de femmes ), et conforme à la moyenne nationale qui traduit une prédisposition plus accentuée des femmes à développer des troubles neurologiques de type Alzheimer.

### Age moyen des résidents

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

**Pour la Mesnie** : La stabilité de l'âge moyen ( 82,23 ans contre 82,58 ans en 2008 ) trouve son explication dans le fait que, à l'instar des autres EHPAD " non alzheimer" l'augmentation de la durée de vie, a un effet amplificateur sur l'âge des résidents lors de leur admission en

Maison de Retraite.

Un autre élément à prendre en compte réside dans la politique de maintien à domicile encouragées par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

Dans ce contexte , les 18 résidents sortis pour cause de décès au cours de l'année 2009 n'ont pas été remplacés par des personnes moins âgées.

**Pour la Mapad :** On assiste à une légère augmentation de l'âge moyen ( 80,21 % contre 78,97 % en 2008 ). Deux considérations doivent être prises en compte :

D'une part, le fort coefficient de rotation de l'année 2008 ( 22 décès ) n'a pas été compensé par une population plus jeune lors de leur admission ( augmentation de l'espérance de vie ; politique incitative de maintien à domicile )

D'autre part, l'âge moyen des résidents de notre structure Alzheimer est intrinsèquement moins élevé que dans les établissements prodiguant des soins courants (79 ans contre 82 ans).

Par ailleurs , la moyenne d'âge relativement faible des résidents de la Mapad dépend de l'effet conjugué du nombre de sorties par décès et par l'abaissement significatif de l'âge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ( fréquemment au dessous de 65 ans ). Cette moyenne d'âge demeure stable d'une année à l'autre ( autour de 80 ans entre 2006 et 2009 ).

### **Répartition géographique**

Le nombre de résidents ressortissant du département du Calvados ( supérieure à 92 % pour nos deux établissements), 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 .

### **Recours à l'aide sociale**

Le nombre important et soutenu des bénéficiaires de l'aide sociale est une des constantes principales de notre secteur associatif :

**MESNIE** 2006 : **20** 2007 : **20** 2008 : **23** 2009 : **20**

**MAPAD :** 2006 : **24** 2007 : **26** 2008 : **25** 2009 : **23**

Ces données appellent deux sortes d'observations :

Le recours à l'aide sociale traduit l'appauvrissement exponentiel de la population du 3<sup>ème</sup> 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 Général chargés de l'instruction des dossiers et de la mise à disposition des fonds.

## Durée moyenne de séjour

Les éléments constitutifs de la durée moyenne de séjour ( DMS ) des résidents pour l'année 2009 sont similaires pour les deux établissements avec un effet plus marqué pour la Mapad.

**Pour la Mesnie :** La stabilisation constatée en 2008 a évolué : 38,40 mois . Cette situation s'explique principalement par l'augmentation du coefficient de rotation entrées / sorties ( 22,22 % en 2009 contre 14,81% en 2008 )

**Pour la Mapad :** L'augmentation significative de la DMS ( 54 mois en 2009 contre 45 mois en 2008 ) met en évidence la forte diminution du coefficient de rotation ( 22 décès en 2008 contre 9 décès en 2009 )

Au delà des effets évidents d'une meilleure prise en charge propice au rallongement de la durée de vie des malades alzheimer , il convient de souligner les efforts entrepris pour admettre ,en priorité, des résidents présentant un début de pathologie neurologique.

## 2 PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

### 21 Les chiffres de la dépendance

*(données au 6 octobre 2009 retenues par la CDCM en annexe 1)*

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 .

#### EHPAD " La Mesnie "

GIR Moyen pondéré 2009 : **567**      2008 : **618**      écart : - **51 points**

	<b>2008</b>	<b><u>2009</u></b>
GIR 1 et 2 ( très dépendant)	36 soit 45,56 %	32 soit 41,02 %
GIR 3 et 4 ( Moyennement dépendant)	24 soit 30,37 %	24 soit 30,78 %
GIR 5 et 6 ( peu ou pas dépendant )	19 soit 24,07 %	22 soit 28,20%

#### EHPAD " La Mapad "

GIR Moyen pondéré 2009 : **861**      2008 : **812**      écart : + **49 points**

	<b>2008</b>	<b><u>2009</u></b>
GIR 1 et 2 ( très dépendant)	36 soit 78,26 %	39 soit 88,63 %
GIR 3 et 4 ( Moyennement dépendant)	8 soit 17,39 %	3 soit 6,81 %
GIR 5 et 6 ( peu ou pas dépendant )	2 soit 4,35 %	2 soit 4,56 %

## 22 Commentaires

Le GMP ( GIR Moyen Pondéré ) des deux établissements reste important malgré une nette chute de la dépendance au sein de la Mesnie ( - 51 points ). Il convient de noter une augmentation significative de la grande dépendance à la Mapad .

### *EHPAD " La Mesnie "*

La diminution significative du GMP ( - 51 points ) s'explique par le fort coefficient de rotation des entrées / sorties. Afin de soulager la charge de travail assurer par un personnel de proximité en nombre insuffisant , une attention particulière a été portée aux remplacements ( en 2009 : 18 décès soit 22% ) par des personnes ne présentant pas de pathologie trop lourde Cette démarche a eu pour conséquence d'améliorer la qualité de la prise en charge par une forte diminution du coefficient moyen de dépendance .

### *EHPAD "La Mapad"*

Le GMP de notre structure réservée aux malades souffrant de pathologie Alzheimer poursuit une progression exponentielle : 807 en 2006 ; 813 en 2007; 861 à la fin de l'année 2009 L'augmentation de la grande dépendance ( GIR 1 et 2 ) devient très préoccupante puisqu'elle évolue de 10,37 % entre 2009 et 2008 pour atteindre 88,63 % des personnes hébergées.

Comme il a déjà été précisé à plusieurs reprises, *cette lourde dépendance implique , de manière urgente , une forte médicalisation accompagnée de besoins largement supérieurs en personnels soignants.*

## 3 BILAN SOCIAL

### 31 Effectifs en personnels

Compte tenu de l'existence d'un pôle administratif et logistique commun aux deux EHPAD (unicité de direction, de services administratifs et logistiques), le tableau ci dessous est présenté en terme d'effectif consolidé.

L'annexe 1 reprend ces données sous forme de répartition nominative et par établissement.

**Tableau comparatif des effectifs budgétaires**

	<b>Effectifs Autorisés</b>	<b>Effectifs Réalisés</b>	<b>Ecart en ETP bruts</b>
<b>Direction administration</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2,00</b>
<b>Cuisines et services</b>	<b>5.5</b>	<b>5</b>	<b>-0,50</b>
<b>Animation</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>ASH et lingerie</b>	<b>34,64</b>	<b>34,64</b>	<b>0</b>
<b>ASD et AMP</b>	<b>23,60</b>	<b>23,60</b>	<b>0</b>
<b>Psychologue</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>- 1</b>
<b>Infirmière</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

<b>Autres auxiliaires</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0</b>
<b>Médecin</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0</b>
<b>TOTAUX</b>	<b>75,42</b>	<b>75,92</b>	<b>+0.50</b>

*\* Ces effectifs correspondent à un nombre de postes équivalents temps plein calculés à partir des effectifs autorisés au budget exécutoire 2009 des deux établissements*

### **32 Ancienneté du personnel**

Compte tenu du faible coefficient de rotation dans les mouvements de salariés, l'incidence de l'ancienneté moyenne du personnel relève essentiellement des départs à la retraite .

On observe une diminution de l'ancienneté moyenne des personnels de la Mesnie :

***EHPAD " La Mesnie " : 2009 : 13 ans 2008 : 14 ans***

***EHPAD " La Mapad " : 2009 : 10 ans 2008 : 9 ans et 9 mois***

Il importe de souligner l'incidence importante de l'ancienneté du personnel en ce qui concerne, d'une part, la masse salariale sensiblement impactée par le GVT " Glissement vieillissement Technicité " ( 0 ,66 % ) et, d'autre part , le degré de fatigabilité , élément prépondérant dans l'appréciation des accidents du travail .



## Volet projet managérial

### 1. Valeurs et mission de l'établissement

L'EHPAD La Mesnie accueille et accompagne des personnes âgées dépendantes dont le maintien à domicile est devenu difficile.

Les professionnels de l'établissement sont sensibles à l'accompagnement personnalisé des résidents à partir de leurs attentes et de leurs habitudes de vie, et au respect de leurs droits. La maison de retraite se réfère notamment à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et à la Charte des personnes âgées dépendantes.

Les valeurs essentielles de la maison de retraite de La Mesnie sont :

Le respect de la personne dans son intimité et son autonomie ;

Le respect de la dignité de la personne ;

Le respect de la liberté et de la responsabilité de la personne ;

Le droit de circuler où l'on veut ;

La valorisation de la personne âgée ;

Le droit d'avoir une vie sociale ;

La participation des résidents : l'usager est acteur de sa vie et de des projets ;

Le droit pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles de vivre comme les autres résidents ;

L'adaptabilité du personnel à l'évolution du handicap ;

L'acceptation de la différence par la tolérance : il s'agit de respecter l'homme dans ce qu'il a de commun et d'unique.



Afin de prendre en compte et de valoriser cette vision du "prendre soin" du résident, les professionnels souhaitent orienter le projet d'établissement sur une approche d'un accompagnement global de la personne, plus large qu'une approche trop "soins" ou trop "sécuritaire".

Le projet de soins de la personne n'est qu'un des éléments de son projet de vie.

## **2. Le projet managérial**

L'établissement a ciblé certaines orientations du Schéma Gérontologique du Calvados 2004-2009, du plan Alzheimer 2008-2012 et de la grille Angélique comme axes de travail pour élaborer les objectifs futurs de l'ALAPA.

### **Schéma gérontologique départemental**

#### **AXE I. AMÉLIORER LA COORDINATION ENTRE LES INTERVENANTS**

- développer les liens entre les professionnels pour favoriser la coordination;

#### **AXE II. RENDRE LE DISPOSITIF ACCESSIBLE AUX PERSONNES AGEES**

- développer de nouveaux modes d'accueil;
- mieux prendre en charge les personnes âgées désorientées;
- prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes;
- développer et diversifier les animations au sein des établissements;
- renforcer l'implication des personnes âgées, de leur famille et des bénévoles;
- créer un site internet à destination des professionnels, des personnes âgées et de leur entourage.

#### **AXE III. HARMONISER LES PRATIQUES**

- valoriser les ressources humaines;
- favoriser toute démarche améliorant la qualité;
- développer les actions de prévention;
- prévenir et mieux prendre en compte la maltraitance des personnes âgées;
- offrir un accompagnement psychologique de la personne âgée, de sa famille et des professionnels.

### **Plan Alzheimer 2008-2012**

### **Grille Angélique**

Voir annexes.

## **3. Projet architectural**

L'association a pour objectifs dans son projet d'établissement 2011-2015 de créer deux extensions distinctes répondant à une demande croissante et un vieillissement ascensionnel de la population du Canton.



**Extension de la maison de retraite de 80 lits à 93 lits.**

Cette extension est possible et souhaitable au vu de la liste d'attente (plus d'une année) ainsi que du plan d'occupation des sols qui permet ce agrandissement.

**Extension de la MAPAD de 48 lits à 72 lits.**

Cette extension est possible et souhaitable au vu de la liste d'attente (plus de deux années) ainsi que du plan d'occupation des sols qui permet ce agrandissement. Cette extension s'accompagnerait en même temps de la labellisation d'Unité d'Hébergement Renforcée.

Ces deux extensions feront l'objet de demandes conformément au futur schéma gérontologique départemental du Calvados 2010 – 2015.

**4. Planification du projet managérial et architectural 2011-2015**

De nombreuses actions sont planifiées dans le cadre du projet managérial et architectural 2011.2015, le tableau synthèse ci-dessous les énumère.

## 5. Projet du jardin thérapeutique Alzheimer



Des recherches récentes montrent que la mise à disposition d'un jardin thérapeutique auprès des personnes désorientées favorise leur prise en charge au titre des thérapies non médicamenteuses. Ces jardins ont une fonction utile en proposant un support thérapeutique qui favorisent le bien-être des personnes et facilitent leur accompagnement par le personnel. La mise en place de ce type de jardin nécessite la participation de l'ensemble du personnel mais aussi des résidents et de leur famille.

Pour qu'un jardin puisse remplir sa fonction thérapeutique, il doit être conçu en tenant compte

des divers besoins des personnes désorientées.

- **Prévenir la désorientation:**

les tracés des allées doivent être sécurisants et permettre dans la déambulation le retour vers la structure. Ces chemins doivent être balisés, jalonnés de points de repères visuels. Ils doivent favoriser la marche (absence d'obstacles, revêtement lisses mais antidérapants); Ces parcours doivent être pensés pour amener une déambulation agréable, offrant divers points de vue, des « surprises », des haltes de repos, une alternance ombre/soleil en fonction des saisons.

- **Stimuler les sens:**

La vue: l'utilisation adéquate des couleurs est importante tant dans le mobilier, les massifs (planter par couleur), les dégradés de verts des feuilles, le balisage.

L'odorat: des plantes aromatiques doivent se trouver en bordure des passages pour profiter de leur parfum.

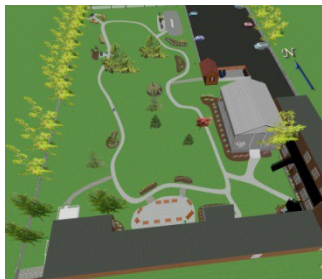
Le toucher: différentes textures de plantes doivent être proposées tout au long des chemins tout en évitant les plantes à risque de pique, d'égratignure ou urticantes.

Le goût: il est facile de proposer toutes sortes de plantes comestibles: herbes aromatiques et condimentaires, verger, petits arbustes à fruits, potager pouvant servir aux ateliers cuisine et pâtisserie.

L'ouïe: elle pourra être stimulée par le vent dans les plantes, une fontaine, des mobiles sonores, une volière...

- **La mémoire:**

La mise en place de parcours balisés et informatifs sont propices à l'évocation de nombreux thèmes et souvenirs avec les personnes désorientées.



- **Les allées:** la mise en place du jardin nécessite un réaménagement et la création de nouvelles allées afin de faciliter la déambulation à pied et en fauteuil roulant. Ces allées par souci esthétique et pratique devront être réalisées dans le même matériau que les allées existantes: dalles gravillonnées 40x40cm.



- **Le verger:** il existe déjà dans le jardin un cerisier et un prunier donnant des mirabelles. Nous souhaiterions le compléter en plantant dans la zone sud, actuellement inexploitée, un pommier « reine des reinettes », un prunier « reine Claude » et un abricotier ou un pêcher.

Ce lieu étant en « cul de sac », il sera nécessaire d'aménager une allée praticable et organisant un sens de circulation pour revenir vers l'espace central.



- **Les fruits rouges:** nous souhaiterions planter des groseilliers, des framboisiers, des cassissiers afin de pouvoir récolter des fruits pouvant être consommés en pâtisserie ou en confiture réalisées par les résidents et pour les résidents.



- **Les plantes aromatiques:** Un espace nu près du sas d'accès au jardin et sous les fenêtres du Cantou A et exposé sud semble favorable à la plantation de ciboulette, thym, verveine, persil, sauge, romarin.... permettant une cueillette facile et sollicitant l'odorat.



- **Le potager:** nous souhaiterions proposer un potager mobile et à hauteur de fauteuil roulant pour un atelier jardinage et utiliser les légumes dans la réalisation de potages



- **Les massifs:** nous souhaiterions planter des massifs de fleurs pouvant agrémenter les Cantous en respectant les couleurs dominantes plus visibles et plus « repérables »: le massif bleu, le massif rouge, le blanc, le jaune...tout en tenant compte de l'étalement



des floraisons.

- **La fontaine:** elle pourra être un point de repère, un lieu de repos ombragé, lieu de stimulation sonore



- **Les animaux:** il serait intéressant de réfléchir à la possibilité d'animer le jardin par la présence d'animaux (en dehors du chien). Dans certaines maison de retraite existe une cage pouvant accueillir des oiseaux pouvant rester dehors comme les paons, les poules d'ornements ou les tourterelles.





- **La signalisation:** elle doit être suffisamment visible et lisible permettant autant l'orientation que l'information:

\*balisage des allées permettant le retour vers l'espace central et l'entrée de la MAPAD;

\*panneaux donnant des informations sur les diverses plantations;

\*les bancs doivent pouvoir se voir de loin (différentes couleurs vives) permettant l'orientation et l'animation visuelle.



- **Les éléments décoratifs:** destinés à susciter l'intérêt, la surprise, la remémoration, ils peuvent être de tous ordres comme des sculptures, des suspensions sonores, des épouvantails... Certains de ces éléments pourront être créés par les résidents ou des bénévoles...



- **Les différents lieux d'attraits:** en plus des éléments ci-dessus, la possibilité d'installer une **pergola** (passage ombragé par des plantes grimpantes sur des supports de bois) peut permettre de créer une mini roseraie, fleur très appréciée, et donc avec de grandes qualités de remémoration pour les résidents. De même, l'implantation d'un lieu de regroupement couvert (style **gloriette**) permettant la prise de repas, de goûters, la tenue d'animations est indispensable au moment des beaux jours et apporte un attrait de plus au jardin. On peut aussi imaginer un **parcours moteur** simple stimulant la motricité et l'activité physique.

Afin de donner une unité au jardin, il sera nécessaire de créer de nouveaux lieux de passage à l'identique si possible des allées actuelles, ainsi qu'une illumination pour le soir.

## Volet projet accueil et intégration

### 1. L'existant

Des protocoles qualités et des procédures ont déjà été écrits en ce qui concerne l'accueil et l'admission des nouveaux résidents, la dernière enquête de satisfaction du mois de mai 2010 souligne ainsi que 96% des résidents et 100% des familles sont satisfaits de l'existant. Par ailleurs, une responsable "cellule liaisons familles et extérieurs" a été nommée à compter du 15 septembre 2010 conformément à une directive du schéma gérontologique 2004-2009 du Calvados afin de professionnaliser ce secteur primordial. L'association veut ainsi passer la vitesse supérieure dans ce domaine et se fixe donc une planification 2011-2015 des actions volontariste et réaliste.



## **2. Planification du projet accueil et intégration 2011-2015**

Une kyrielle d'actions sont planifiées dans le cadre du projet accueil et intégration 2011.2015, le tableau synthèse ci-dessous les énumère.



## Volet projet de vie

### 1. Les enjeux

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 préambule 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. 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 Gériatrie – 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'hypothèse 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.

## **3. Le contexte**

Le projet de "La Mesnie" est de pouvoir proposer une résidence où chaque habitant puisse aménager un "chez-soi" et y mener une vie ordinaire à caractère familial : un lieu de vie ouvert dans lequel tous sont acteurs du quotidien.

Pour inscrire ces intentions dans la vie de chacun, le personnel de tous les services de l'association travaille dans le sens des objectifs globaux suivants :

- ☞ Respecter les habitudes, les rythmes, les repères;
- ☞ Favoriser l'autonomie et respecter les choix;
- ☞ Personnaliser;
- ☞ Favoriser l'entraide, proposer un rôle;
- ☞ Favoriser la convivialité, les échanges, la communication;
- ☞ Assurer une présence, une continuité dans l'accompagnement;
- ☞ Ouvrir sur la vie extérieure;
- ☞ Travailler en équipe;
- ☞ Associer les familles;
- ☞ Associer les partenaires.

C'est dans cette direction que le nouvel habitant de "La Mesnie" sera accompagné dans la préparation de son emménagement.

C'est sur cette base professionnelle que chaque employé de l'association sera recruté et soutenu.



#### **4. Planification 2011-2015 du projet de vie Mesnie/MAPAD**

### **5. Enjeux du projet de vie personnalisé**

Conscient que la finalité de l'activité de la maison de retraite est la satisfaction d'un individu souvent fragilisé, l'EHPAD de La Mesnie souhaite faire de sa préoccupation première la prise en compte des attentes et des besoins de chaque personne accueillie.

Il s'agit donc de réfléchir à une organisation optimale qui permette de prendre en compte chaque personne dans sa singularité.

La finalité de ces nouvelles pratiques serait le maintien de l'autonomie et de la liberté de chaque personne âgée.

**La perspective de la personnalisation du Projet de vie impose de penser les prestations non comme des réponses institutionnelles à des demandes sociales, mais comme des réponses personnalisées à des questions singulières.**

**Il s'agit de passer de la « prise en charge » à la « prise en compte » et du « soin » à l'« accompagnement » de la personne.**

Un groupe pluridisciplinaire a été constitué spécialement pour réfléchir aux valeurs fondamentales du projet de vie et aux modalités pratiques de sa mise en œuvre : définition des objectifs, programmation sur 5 ans et recensement des ressources nécessaires à la réalisation.

L'organisation du travail intègre déjà des démarches de rencontres individuelles résident – personnel.

Cette démarche est importante car elle est avant tout une démarche d'écoute du résident : désirs, goûts, habitudes de vie, souffrance morale.

D'autres actions sont également réalisées à cette occasion, notamment : aide à l'écriture du courrier, promenade, lecture de revues.

Une évaluation de cette organisation a montré que ces temps sont souvent supprimés, et qu'il était nécessaire de les repenser. Ils sont la base d'une organisation recentrée sur l'accompagnement personnalisé.

Dans l'objectif d'aider chaque résident à vivre à la maison de retraite selon ses choix et habitudes de vie, l'établissement a défini les actions suivantes :

- Réaliser quotidiennement des temps de rencontre entre un professionnel et un résident ;
- Missionner des référents institutionnels ;
- Planifier des réunions de mise en œuvre des projets de vie personnalisés ;
- Organiser le recueil des habitudes de vie de chaque résident ;
- Formaliser la prise en compte personnalisée ;
- Mettre en place une écoute accrue des résidents pour détecter leur douleur morale.

Le projet d'animation doit être recentré sur les attentes des personnes. Il doit donc être une aide à vivre pour les résidents.

Mise en place d'actions planifiées en ce sens :

- Planifier des actions d'animation et de rencontres entre résidents quotidiennes pour tous les services ;
- Rendre accessibles les moyens de communication entre le résident et sa famille (téléphone, email, courrier) ;
- Organiser des rencontres des familles avec le personnel.

## **6. Planification 2011-2015 du projet famille, vie sociale et animation:**

**7. Planification 2011-2015 du projet droits et libertés:**





## **Volet projet de soins**

### **1. Elaboration du projet**

En conformité avec les spécifications de la convention tripartite signée en 2006, le projet de soins précise les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement, en fonction de



l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants. Il a été élaboré avec l'équipe pluri disciplinaires et le médecin coordonnateur. La réflexion sur le projet de soins s'est appuyée sur les résultats de l'auto-évaluation *Angélique*, le cahier des charges des EHPAD, l'enquête de satisfaction et la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

Les grandes orientations de ce projet de soins avaient déjà été définies en 2006.

La construction de ce projet en équipe a permis de confronter les différents points de vue des professionnels intervenant dans les soins proposés aux résidents et de sortir du cadre restrictif purement "médical" et d'une approche trop médicalisée.

En effet, l'objectif des soins proposés à une personne âgée en hébergement de longue durée ne s'appréhende pas de la même manière que pour un patient hospitalisé dans une structure de court séjour.

Ici, il ne s'agit pas de guérir une maladie à laquelle on assimilerait trop souvent la vieillesse (la vieillesse n'est pas une maladie !), mais de préserver la santé du résident et de lui permettre de profiter du temps de vie restant sans souffrance inutile, sans contraintes et dépendance abusive.

Ce projet de soins est axé sur l'attention portée aux résidents de l'établissement. Il porte en effet sur les moyens apportés pour "prendre soin" de ces personnes âgées.

Il précise notamment comment les soignants réalisent les objectifs de ce projet vis-à-vis des prises en charge spécifiques (état de démence, fin de vie).

Dans son objectif principal de maintien d'un maximum d'autonomie du résident, il est à ce sens imbriqué dans le projet de vie de l'établissement, mais dans son versant "sanitaire".

Le projet de soins d'une personne n'est qu'un des éléments de son projet de vie.

Le projet de soins ne peut donc être défini que dans le cadre plus global du projet de vie et de l'accompagnement de la personne.

## 2. Les grandes orientations

Les grandes orientations du projet de soins définies en 2006 ont été revues à l'occasion de la réflexion sur le projet d'établissement.

Quatre principes de conservation:

- conservation de l'énergie;
- conservation de l'intégrité structurelle;
- conservation de l'intégrité personnelle;
- conservation de l'intégrité sociale.

Notre "prendre soin" s'appuie sur la continuité de la vie et sur le maintien de l'autonomie afin que la personne se sente respectée dans sa liberté.

A La Mesnie, le "prendre soin" s'appuie sur les ressources diverses, tant personnelles qu'environnementales.

Il tend à rétablir ou à maintenir la santé avec pour **objectif principal l'autonomie**, en évaluant les bénéfices et les risques.

Les objectifs de la réorganisation des soins engagés par l'établissement sont multiples :

- Adapter les soins personnalisés aux attentes des résidents;
- uniformiser les pratiques professionnelles dans un accompagnement personnalisé;
- améliorer la qualité des soins;
- sécuriser l'organisation des soins.

Une kyrielle d'actions ont été définies et précisées dans leur mise en œuvre :

- obtenir des ETP de psychologue, de kiné et d'ergothérapeute;
- Répondre à la réglementation en matière de prescriptions médicales;
- améliorer l'information gérontologique auprès des personnels soignants;
- établir un bilan annuel de l'activité médicale;
- optimiser la démarche de transmissions;
- permettre à tout professionnel concerne de savoir utiliser le logiciel du dossier du résident;
- formaliser un protocole d'intervention du personnel, la nuit, en cas d'urgence médicale;
- formaliser et améliorer le suivi des chutes;
- optimiser la mise en formation;
- récrire les fiches de poste du personnel soins;
- respecter les régimes individuels;
- formaliser et optimiser la surveillance sur la déshydratation et la dénutrition;
- améliorer l'accompagnement fin de vie en coordination avec le médecin coordinateur;
- faire réaliser le test MMS à chaque entrée.



### 3. Planification 2011-2015 du projet de soins de la Mesnie

#### **4. Planification 2011-2015 du projet de soins de la MAPAD**



## **Volet projet qualité et gestion des risques**

### **1. Les enjeux**

La définition d'actions concrètes d'amélioration concernant la démarche qualité de l'EHPAD



de La Mesnie a pour objectifs une optimisation et une uniformisation des pratiques professionnelles et une amélioration de la communication interne.

L'enjeu de ces actions est d'offrir aux résidents un meilleur accompagnement personnalisé, dans le respect des valeurs de liberté, d'égalité et d'équité énoncées par la maison de retraite. L'amélioration continue de la qualité permet également une diminution et une meilleure maîtrise des coûts de l'établissement (optimisation de l'organisation du travail).

## **2. La bientraitance**

La bientraitance est un axe névralgique de travail depuis de très nombreuses années au sein de l'association, une kyrielle de formations peuvent en abonder.

Cependant, il convient de renforcer cette pierre angulaire durant les cinq prochaines années afin de faire de l'ALAPA un modèle dans ce domaine.

Cinq axes de travail ont été ainsi déterminés en réunions de coordination:

- 1/ Mobiliser les équipes dans une dynamique de questionnement et de formation sur ce thème;
- 2/ Faire évoluer les pratiques professionnelles autour d'un projet collectif;
- 3/ Communiquer avec les familles et les résidents sur le fonctionnement de la structure;
- 4/ Optimiser l'organisation du travail sur ce thème;
- 5/ Rendre possible pour chaque résident le triptyque "pouvoir penser- décider – s'exprimer".



## **3. Planification des axes d'amélioration sur la bientraitance 2011-2015**

#### **4. La démarche qualité**

La nomination d'une aide soignante qualifiée le 20 avril 2006 en tant que responsable qualité logistique a permis une amélioration tangible de la qualité et de la coordination logistique au sein de l'association.

Le projet d'établissement 2011-2015 a recensé sept piliers d'amélioration qui constitueront

l'ossature du travail dans ce domaine pour les cinq années à venir:

- 1/ Sensibiliser l'ensemble du personnel aux méthodes de l'amélioration de la qualité;
- 2/ Structuration de la démarche pour une amélioration continue dans ce domaine;
- 3/ Evaluation périodique des pratiques;
- 4/ Garantir la meilleure qualité possible aux résidents;
- 5/ Optimisation et uniformisation des pratiques professionnelles;
- 6/ Mettre en place des indicateurs qualités fiables;
- 7/ Répondre aux obligations législatives et réglementaires et aux critères de qualités imposés par les autorités de tutelle.



## **5. Planification des axes d'amélioration sur la démarche qualité 2011-2015**



## **5. La gestion des risques**

Les nombreux problèmes sociaux traversés par l'association durant la période 2006-2009 ont mis le CHSCT hors jeu.

Ses attributions lui ont été redonnées au tout début 2010.

Cinq actions sont donc planifiées entre 2011 et 2015:

- 1/ Redynamisation et rationalisation du fonctionnement du CHSCT;
- 2/ Formation des membres du CHSCT à leur fonction;
- 3/ Exercices incendies annuels;
- 4/ Elaboration d'un plan incendie avec le coordinateur SSI;

5/ Remise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.



**6. Planification des axes d'amélioration sur la gestion des risques 2011-2015**

## **Volet projet social et fonctions logistiques**

### **1. Les enjeux**

Le projet social repose sur l'implication de l'ensemble du personnel ; la motivation et l'engagement de chacun jouant un rôle important. Plus qu'un simple cadre définissant le rôle de chacun dans l'atteinte des objectifs, le projet social est l'outil de management qui permettra de gérer les ressources humaines de l'établissement dans un rapport gagnant/gagnant. Cette gestion est déclinée à travers :

- L'adaptation des effectifs à la charge de travail;
- l'adaptation de l'organisation du travail;
- l'adaptation des qualifications aux modes de prises en charge;

- la participation des personnels à la réflexion sur les pratiques, la définition et l'évaluation des objectifs;
- l'adaptation de l'outil de travail;
- le soutien psychologique du personnel.

Le projet social a pour objet à la fois la satisfaction des résidents et celle des personnels. L'établissement engage une réflexion pour une organisation optimale qui permettrait d'assurer un meilleur accompagnement des résidents dans leur projet de vie personnel et une satisfaction des professionnels dans la réalisation de ce service à la personne âgée.

## **2. Les objectifs**

Les objectifs du volet projet social et fonctions logistiques peuvent se décliner en sept piliers:

- 1/ Assurer une prise en charge personnalisée et optimale du résident;
- 2/ Améliorer les relations sociales de l'association;
- 3/ Optimiser la GRH;
- 4/ Favoriser la promotion interne;
- 5/ Evaluer le personnel;
- 6/ Développer la bientraitance;
- 7/ Prévenir les risques liés à l'activité professionnelle.

## **3. Planification des axes d'amélioration sur le projet social et logistique 2011-2015**

## **ANNEXES**

- 1. Organigramme de l'association;**
- 2. Référence Angélique 2008;**
- 3. Objectifs de l'association 2006-2010.**