Rapport

d'évaluation interne

Réalisation : 2010-2011-2012

Etablissement : « EHPAD »
Centre Hospitalier
" St Alexandre"
Adresse : 14, Route de Poitiers
85290 Mortagne sur sèvre

SOMMAIRE

Introduction **p 5**

A- Présentation de l'établissement

Présentation Générale

a-Identification p 6

b-Situation géographique p 6

c-Organisation architecturale p 7 à 12

d-Ressources humaines p 13 à 20

I- Présentation des missions

I-1 Les missions, le cadre réglementaire contenus dans l'autorisation p 21

I-2 Les contractualisations engagées (CPOM, conventions tripartites ou autres) p 22 à 25

I-3 Les principales valeurs de l'établissement et les références du projet d'établissement p 25-26

I-4 Les orientations et les objectifs généraux qui en découlent p 26

1-5 Les recommandations de bonnes patiques professionnelles s'appliquant à l'établissement p 27

II- Caractérisation de la population et dimensions de l'accompagnement

II-1 Caractéristiques communes identifiées p 28-29

II-2 Evolutions significatives constatées dans le temps p 29-30

II-3 Dimensions de l'accompagnement : p 30 à 36
1- Les pathologies
2- Les soins infirmiers
3- Les soins de base
4- L'éducation
5- L'insertion sociale
6- La dimension psychologique
7- L'animation

III- Spécification des objectifs

III-1 La garantie des droits individuels et collectifs p 37 à 39

III-2 Prévention des risques liés à la santé p 39 à 43

III-3 Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance p 43-44

III-4 Personnalisation de l'accompagnement p 44 à 46

III-5 Accompagnement fin de vie p 46-47

B- Eléments de méthode

I- Procédure d'évaluation

I-1 choix d'entrée et temporalité p 48

I-2 difficultés éventuelles rencontrées p 48

II- Modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche

p 48 à 51

II-1 Implication de la direction, du COPIL et du groupe de travail

II-2 Consultation des usagers aux différents étapes de la démarche

II-3 Association des professionnels aux différentes étapes de la démarche

III- Les grandes modalités de la remontée des informations

p 51 à 53

III-1 Les principaux indicateurs retenus

III-2 Les référentiels éventuellement utilisés

III-3 Les outils complémentaires éventuellement mobilisés

C- Présentation des résultats

I- Les principaux constats sont présentées de manière synthétique

I-1 Le niveau de réalisation des objectifs p 55 à 57

I-2 Le niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles, et les effets constatés sur les usagers p 58 à 71

II- Le plan d'amélioration du service rendu est précis, il comprend :

II-1 Les objectifs d'amélioration priorisés et les résultats attendus p 72

II-2 Le calendrier de son déploiement p 73

III- Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres p 74

III-1 Les moyens humains et les compétences

III-2 L'organisation et le management

III-3 Les moyens matériels et financiers

III-4 L'information et la communication

III-5 Les partenariats à solliciter

INTRODUCTION

La démarche dévaluation interne réalisée concerne :

- **Le secteur hébergement de personnes âgées dépendantes composé de :**
  - 114 lits d'accueil de personnes âgées
  - dont 24 places U.P.A.D.(Unité Personnes Agées Désorientées) (ancien cantou)
  - et 4 places d'accueil de jour

La démarche d'évaluation interne, engagée à l'initiative de l'établissement, a porté sur le cœur de ses missions :

- Les effets produits par ses activités.
- Leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accompagnées.

Elle a reposé sur :

- La caractérisation du profil de la population.
- La spécification des objectifs d'accompagnement.
- Le recueil de données sur l'établissement, les processus mis en œuvre et les effets.
- L'analyse des conditions de faisabilité.

Sur le plan méthodologique, cette évaluation a associé deux dimensions :

- La collecte d'informations systématiques et diversifiées sur les activités. Il est à noter que par souci de cohérence et dans le cadre du déploiement de la démarche d'amélioration de la qualité et la prévention des risques, l'établissement a utilisé un référentiel « ANGELIQUE », et s'est appuyé sur la certification HAS V2007, et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.
- Une appréciation critique portée en référence aux critères et des préconisations en vue d'une décision.

A - Présentation de l'établissement

Présentation générale

a)- Identification

Nom : CENTRE HOSPITALIER ST ALEXANDRE (ancien Hôpital Local)

Raison sociale : Etablissement public de santé

FINESS et Siret :

- FINESS : 850020298
- Siret : 26850029700038

Adresse : 14, route de Poitiers 85290 Mortagne Sur Sèvre

Coordonnées téléphoniques, fax, mail :

- Téléphone : 02.51.65.12.30
- Fax : 02.51.65.22.64
- Courriel : christian.moller@hopitalmortagne.com

Caractéristiques de l'établissement : Etablissement accueillant des personne âgées dépendantes
Statut : EPS
Tarification : tripartite

Date d'ouverture et de renouvellement de l'autorisation de fonctionnement :

- Date d'ouverture : 29 juin 1990
- Date de renouvellement de l'autorisation de fonctionnement : 1er aout 2008

Capacité au 31 décembre 2011

- Totale : 110 lits

  dont nombre de lits dédiés Alzheimer : 24

- Nombre de places en accueil de jour : 4

b)- Situation géographique

L'hôpital local de Mortagne S/Sèvre est situé en Vendée, au carrefour de trois départements (Vendée, Maine et Loire, Deux-Sèvres) et à proximité de La Loire Atlantique. Le Centre Hospitalier de Cholet est situé à une distance de quelques kilomètres.

c)- Organisation architecturale

➢ **Organisation en unités de vie :**

1- Maison de retraite : 5 unités sur 3 niveaux

- Organisation par étage : 3 niveaux
- Nombre de chambres simples : 81
- Nombre de chambres doubles (pour accueil de couples) : 4

1-1 Les espaces individuels :

UNITES	Amourettes 18 chambres rez chaussée	Aumônerie 17 chambres rez chaussée	Caillette 16 chambres 1er étage	Boulaie 17 chambres 1er étage	Ouin 17 chambres 2ème étage
Chambres 18 m2	8	13	7	13	13
Chambres 22 m2	5	4	5	4	4
Chambres 26,5 m2	1		4		
Chambres aménagées pour couples 26,5 m2	4				

1-2 Les espaces collectifs :

UNITES	Amourettes	Aumônerie	Caillette	Boulaie	Ouin
Salon	1	1	1	1	1
Salle de soins	1		1		
Bureau IDE	1		1		
Autres bureaux	psychologue		2 1 pour le cadre 1 pour le médecin		
Lingerie	1	1	1	1	1
Local ménage	1	1	1	1	1
Office	1	1	1	1	1
Restaurant		1	1	1	
Salle de bains	1	1	2 1 baignoire 1 chariot douche	1	1
Rangement matériel	1	1	1	1	1
Local linge sale	1		1		
Salle de réunions			1		

- La salle de soins et le bureau IDE sont communs aux deux services (L'Aumônerie et les Amourettes)
- La salle de soins et le bureau IDE sont communs aux trois services (La Caillette, l'Ouin et la Boulaie)
- Le restaurant principal est commun pour des résidents en provenance de l'Aumônerie, des Amourettes, de la Boulaie et de L'Ouin. Un restaurant de plus petite capacité a été crée au 1er étage, accueillant les personnes bénéficiant du PASA.

1-3 Description des locaux – Maison de retraite :

- L'entrée

L'entrée par la galerie de liaison conduit d'un côté au pôle administratif, et de l'autre côté aux unités de vie, d'hébergement et de soins.
La rénovation de l'ensemble de ces locaux (réfection sols, peintures, tapisseries, salle de bains, salons...) s'est terminée fin 2005.
Dans le hall d'entrée nous pouvons accéder au salon de coiffure, à la bibliothèque, à la boutique et à un salon dont les grandes baies vitrées donnent sur le parc et l'entrée principale de l'établissement.
Ce hall d'entrée dessert les unités de l'Aumônerie et des Amourettes, et le restaurant principal. Ce dernier est situé entre la Maison de retraite et les unités de soins longue durée, il est spacieux avec un espace podium agréable pour les animations et un coin cheminée et salon.
Une chapelle est à disposition des résidents avec également un accès facile au 1er étage par la tribune.
Au Ier étage, le hall est spacieux, avec agencements de canapés et fauteuils constituant trois points salon. De ce hall, on accède au bureau de l'animatrice, au salon vidéo, à la salle de réunion, à la salle de soins, au bureau du médecin coordonnateur et du cadre de santé, ainsi qu'aux unités de La Caillette et de La Boulaie. Une estrade permet des animations théâtre ainsi que des décorations à thème. Un espace vitré donnant sur le jardin côté route de Poitiers est utilisé en espace restauration pour une capacité de 15 résidents nécessitant un accompagnement spécifique. Des activités s'y déroulent dans le cadre de l'organisation du PASA.
L'unité de vie l'Ouin, située au deuxième étage est accessible par l'escalier et l'ascenseur, 17 personnes y résident.

- Les chambres :

Comme pour l'ensemble de l'établissement des noms de cours d'eau sont choisis pour personnaliser les espaces
Toutes les chambres, allant de 18 à 26 m2, sont individuelles et sont équipées d'un cabinet de toilette avec une douche à l'italienne.
Les chambres plus grandes, aménagées pour les couples, bénéficient du même aménagement.
Cet espace privé offre au résident la possibilité de moments d'intimité et favorise la relation avec son entourage.
Par unité de vie, cinq chambres sont équipées de fluides médicaux.
En cas de besoin dans une chambre non équipée, nous utilisons un obus d'O2 transportable ou un des deux appareils extracteurs d'oxygène.

► Points forts des espaces

Toutes les unités offrent la possibilité d'un accueil en chambre individuelle. Des chambres plus spacieuses permettent l'accueil de couples.
Les salons au sein de chaque unité ainsi que le restaurant « La Caillette » sont climatisés et nous permettent de faire face aux éventuelles canicules.
Les espaces de restauration sont appréciés pour leur clarté et la décoration qui y est régulièrement renouvelée.

►Points faibles des espaces

En fonction des années de conception et de construction des bâtiments, il en ressort des points faibles architecturaux pour les unités de vie de la Maison de retraite (linéarité des couloirs, accès largeur de portes insuffisante et salles de bains trop petites pour personne en situation de handicap).

2- U.P.A.D. : 2 unités de 12 chambres, en rez de chaussée
+ *4 places « accueil de jour »*

2-1 Les espaces individuels et collectifs :

UNITES	Le Bois de Céné 12 chambres	La Crûme 12 chambres	Accueil de jour
Chambres 20 m2	12	12	
Places de jour			4
Salle d'activités	1	1	1
Salle de soins		1	
Bureau IDE		1	
Salle de réunions	1	1	
Lingerie	1	1	
Local ménage	1	1	1
Salon, Office, Restaurant	1	1	1
Salle de bains	1	1	1
Rangement matériel	1	1	1
Local linge sale	1	1	
WC	1	1	1

Le bureau IDE, la salle de réunions et la pièce «activités » sont communs aux trois unités (Le Bois de Céné, la Crume, et l'Accueil de jour), cependant, depuis le fonctionnement en deux équipes, la salle d'activités est le lieu des informations concernant l'unité du BOIS DE CENE .

2-2 Description des locaux – U.P.A.D :

Le bâtiment a été construit autour de 2 patios

- L'entrée

Une entrée spacieuse et accueillante dessert les trois unités.
Elle est éclairée par une lumière naturelle.
Une décoration a été réalisée en collaboration avec les résidents et le personnel.
Un agenda lumineux favorise les repères dans le temps.
Sur la porte d'entrée (intérieur et extérieur) est peint un paysage dans le but de réduire l'effet anxiogène de la sortie, accessible par une porte à code, nécessaire pour protéger les résidents des risques de déambulation à l'extérieur, et donc une mise en danger.

- L'unité

« La Mare aux fées », construite en prolongement du bâtiment principal comporte 3 unités « La Crûme », « Le Bois de Céné » et l'espace « accueil de jour » ouvert au 1er octobre 2004.
Les trois unités communiquent entre elles, cependant, les portes de communication peuvent être fermées à clé en cas de nécessité pour éviter notamment la déambulation sans surveillance, particulièrement la nuit.
Ces portes sont asservies au système de détection d'incendie pour ouverture en cas d'urgence.
Comme pour l'ensemble de l'établissement des noms de cours d'eau sont choisis pour personnaliser les espaces.
Chaque unité, la « Crûme » et le « Bois de Céné » accueille 12 résidents.

L'accueil de jour est prévu pour quatre personnes de l'extérieur, 4 jours par semaine, de 9 heures 30 à 17 heures.
Actuellement, les résidents sont accompagnés par un agent les mardi et jeudi, et, les lundi et vendredi l'accueil des résidents a lieu au sein des unités.

- Les chambres :

12 chambres individuelles par unité, d'une superficie de 20 m2, sont équipées d'un cabinet de toilette avec une douche à l'italienne.
Cet espace privé offre au résident la possibilité de moments d'intimité et favorise la relation avec son entourage.

- Les espaces communs

Un espace commun a été pensé convivial et sécurisant, se rapprochant d'un environnement familial.
Cet espace sert de restaurant, de lieu de rencontres.
Une cuisine aménagée ouverte, favorise les activités cuisine.
Un coin cheminée aménagé en salon participe à cette recherche d'ambiance familiale, avec chaîne hi fi et TV.
Les salles d'activité permettent des activités individuelles ou collectives.
Les espaces communs sont conçus pour permettre aux résidents déambulants de circuler librement.
L'accueil de jour est composé d'une grande pièce, plus des locaux annexes, offrant un cadre identique à ce que l'on peut avoir chez soi : une salle à manger avec une table et des chaises jouxtent un espace cuisine aménagé de façon à pouvoir circuler autour.
Une cheminée « fonctionnelle » donne une note chaleureuse au salon, lieu de repos privilégié des résidents accueillis, des fauteuils s'adaptent à un confort favorisant une bonne sieste.
Le mobilier (bibliothèque, étagères, mobilier de rangement) est agrémenté d'objets de décoration.
Cet espace est également utilisé pour les activités programmées pour la journée.

► Points forts des espaces

- Chambres individuelles
- Espaces de circulation modulables
- Espaces de restauration conviviaux
- Accès sur les patios de plein – pied
- Lumière naturelle
- Décoration domestique rappelant le domicile
- Présence de pictogrammes sur les portes pour favoriser les repères

► Points faibles des espaces

- Système porte coupe-feu : conception du système inadaptée à la libre déambulation et à la prise en compte des troubles du comportement, mais en respect de la réglementation sur la sécurité incendie.

► Normes de sécurité incendie

L'établissement répond aux normes de sécurité, selon l'arrêté du 25 juin 1980, portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP). Le dernier contrôle de la commission de sécurité a été réalisé le 30 juin 2010, sans aucune reparque.

Les espaces communs situés dans les locaux de l'administration

- Administration
- Bureau du mandataire judiciaire
- Salle Maupillier pour les expositions, accessible avec ascenseur.
- Des salles pour des activités sont disponibles dans le bâtiment 1840.

3- ESPACES EXTERIEURS

Ils se composent :

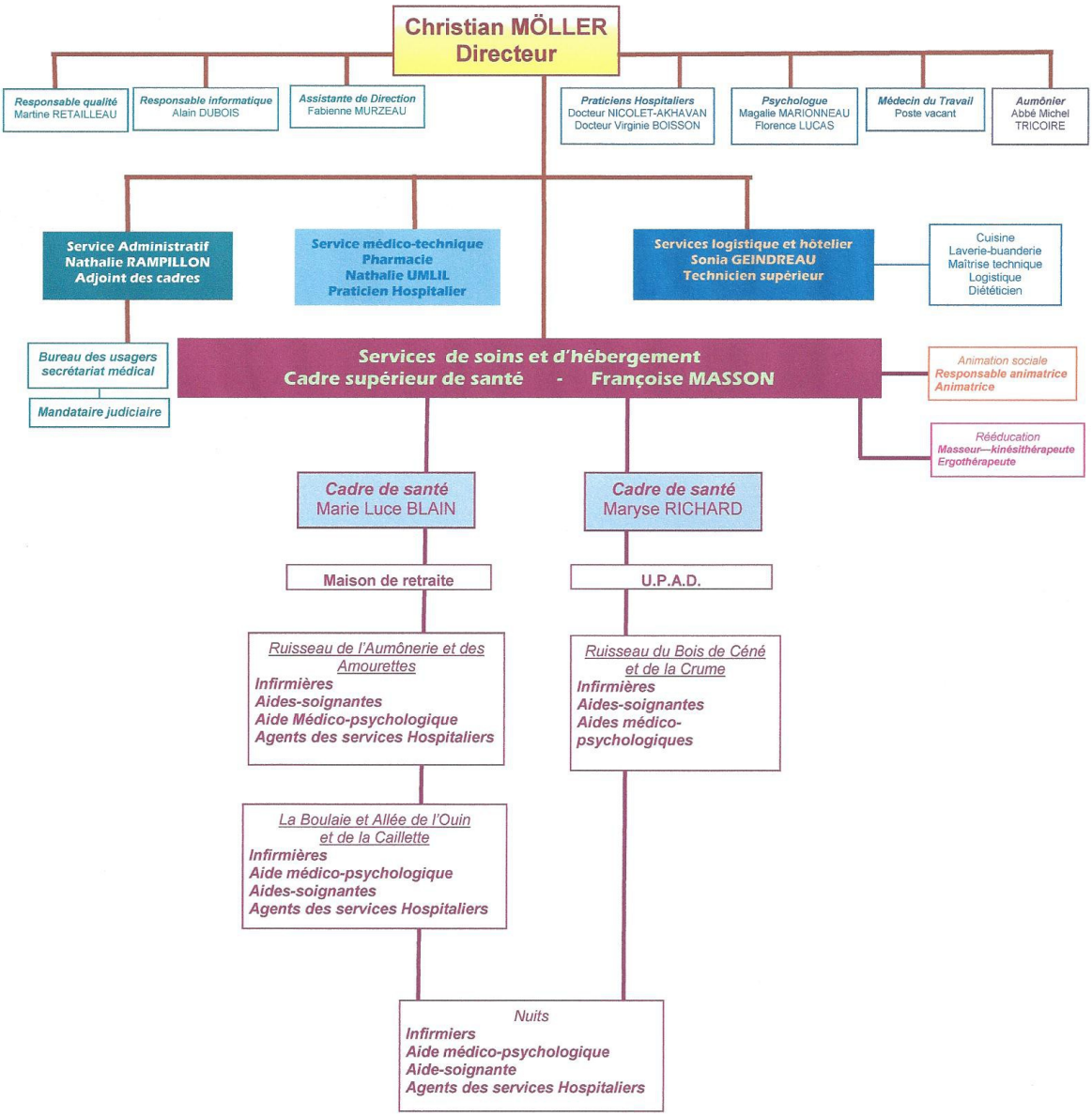
- d'un espace vert commun au centre hospitalier et au foyer, avec des bancs et des chemins de promenade aménagés et accessibles aux personnes en fauteuil roulant.
- d'un espace jardin avec plantations de fleurs
- de diverses terrasses avec des salons de jardin
- d'un salon fumeur avec accès extérieur situé à l'entrée principale du foyer et d'un autre au niveau de l'unité « Bois Verts »
- Les unités de l'U.P.A.D. s'ouvrent sur des patios délimités, lumineux, agrémentés d'arbres, de parterres de fleurs, de terrasses, de bacs surélevés pour les activités jardinage.
  Des salons de jardin y sont installés à la belle saison, et propices à une détente à l'extérieur autour du repas ou/et de la « pause café ».
  Ces patios laissent la possibilité aux résidents d'aller et venir en toute liberté et sécurité.
- Une signalétique oriente vers les différents services et portes d'accès.

4- Projets/perspectives d'amélioration des espaces

L'espace PASA au niveau du hall du 1er étage de la Maison de retraite sera réaménagé pour répondre aux besoins des résidents .
Une fermeture de l'espace de restauration est prévue pour d'une part, favoriser le calme et la concentration requise lors d'activités thérapeutiques, mais aussi pour en permettre la climatisation, impérative en raison des nombreuses baies et de l'ensoleillement particulier à cet espace.
Des toilettes aux normes handicap vont être construites à proximité.
Un projet aménagement du jardin est à l'étude. Sous abri ou véranda, des salons de jardin permettront aux résidents de faire des pauses café ou thé à l'ombre et protégé du vent.

d)- Les ressources humaines

- Organigramme



- Tableau des emplois 2012

PLAN PLURIANNUEL DE RECRUTEMENT DU PERSONNEL MAISON DE RETRAITE

A SAISIR

Etablissement : HOPITAL LOCAL SAINT ALEXANDRE **Commune :** MORTAGNE SUR SEVRE **Capacité :**

Effectifs par catégorie en ETP					1				2				3				4			
	Héb	Dép	Soins	*Total*	Héb	Dép	Soins	*Total*	Héb	Dép	Soins	*Total*	Héb	Dép	Soins	*Total*	Héb	Dép	Soins	*Total*
	31/07/08				01/08/08				01/01/09				01/01/10				2011-2012-2013			
Hébergement et dépendance																				
Direction Administration	3,92			3,92	3,92			3,92	4,17			4,17	4,17			4,17	4,17			4,17
Cuisine - Services généraux	8,14			8,14	8,14			8,14	8,14			8,14	8,14			8,14	8,14			8,14
Animation service social	1,52			1,52	1,52			1,52	1,52			1,52	1,52			1,52	1,52			1,52
ASH, agents de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service repas	22,27	9,55		31,82	21,57	9,55	0,70	31,82	21,57	9,55	0,70	31,82	21,57	9,55	0,70	31,82	21,57	9,55	0,70	31,82
Diététicienne	0,03			0,03	0,03			0,03	0,03			0,03	0,03			0,03	0,03			0,03
Psychologue		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38		0,38
Sous-total Héb + Dép	*35,88*	*9,93*		*45,81*	*35,18*	*9,93*	*0,70*	*45,81*	*35,43*	*9,93*	*0,70*	*46,06*	*35,43*	*9,93*	*0,70*	*46,06*	*35,43*	*9,93*	*0,70*	*46,06*
Dépendance et soins																				
AS et AMP		3,88	9,07	**12,95**		5,23	12,22	**17,45**		5,23	12,22	**17,45**		5,23	12,22	**17,45**		5,23	12,22	**17,45**
Sous-total Dép + Soins		*3,88*	*9,07*	***12,95***		*5,23*	*12,22*	***17,45***		*5,23*	*12,22*	***17,45***		*5,23*	*12,22*	***17,45***		*5,23*	*12,22*	***17,45***
Soins exclusivement																				
Infirmière			10,02	**10,02**			10,02	**10,02**			10,02	**10,02**			10,02	**10,02**			10,02	**10,02**
Orthophonistes							0,25	**0,25**			0,25	**0,25**			0,25	**0,25**			0,25	**0,25**
Autres (transfert accueil de jour)							0,25	**0,25**			0,25	**0,25**			0,25	**0,25**			0,25	**0,25**
Kinésithérapeute			0,80	**0,80**			0,80	**0,80**			0,80	**0,80**			0,80	**0,80**			0,80	**0,80**
Autres auxilliaires paramédic.			1,39	**1,39**			1,39	**1,39**			1,39	**1,39**			1,39	**1,39**			1,39	**1,39**
Médecin coordonnateur			0,60	**0,60**			0,60	**0,60**			0,60	**0,60**			0,60	**0,60**			0,60	**0,60**
Sous-total soins			*12,81*	***12,81***			*13,31*	***13,31***			*13,31*	***13,31***			*13,31*	***13,31***			*13,31*	***13,31***
Total général	**35,88**	13,81	21,88	**71,57**	**35,18**	15,16	26,23	**76,57**	**35,43**	15,16	26,23	**76,82**	**35,43**	15,16	26,23	**76,82**	**35,43**	15,16	26,23	**76,82**
Ratios	*0.34*	*0,130*	*0,210*	*0,670*	*0,310*	*0,130*	*0,240*	*0,690*	*0,320*	*0,140*	*0,240*	*0,730*	*0,350*	*0,140*	*0,250*	*0,730*	*0,350*	*0,140*	*0,250*	*0,730*

Temps médical

Temps de médecin coordonnateur : 0,6 etp (E.H.P.A.D. Maison de retraite et UPAD)
Qualité du médecin coordonnateur : praticien hospitalier, qualifié en gériatrie
Nombre de médecins généralistes intervenant en moyenne : 11

Le médecin coordonnateur intervenant en tant que prescripteur pour 6 résidents pour l'unité UPAD et 3 dans les autres unités.

Personnel affecté par unité de vie
Effectif au 01/01/2012 et GMP au 26/01/2012

1- Maison de retraite

CAILLETTE 16 résidents G.M.P. : 910	AUMONERIE/AMOURETTES 37 résidents GMP:735	OUIN / BOULAIE 34 résidents G.M.P. : 594
A.S./A.M.P.: 2	A.S./A.M.P. : 5,25	A.S./A.M.P. : 2
ASH : 4,5	ASH : 4,55	ASH : 4,75
Remplacements été: 2 mensualités	Remplacements été: 3 mensualités	Remplacements été: 0,75 mensualités
TEMPS MOYEN PAR JOUR ET PAR PERSONNE		
En Semaine : 1h 52	En Semaine : 1h 10	En Semaine : 52'
Les Dimanches et fériés : 1h24	Les Dimanches et fériés : 1h	Les Dimanches et fériés : 40'
I.D.E. : 4,60		
IDE :Temps moyen par jour et par personne : 13'		
CADRE : 1		

2- U.P.A.D.

LE BOIS DE CENE G.M.P.: 898	LA CRUME G.M.P. :893
AS, AMP : 3	AS, AMP : 3,55 (0,75 pour accueil de jour)
ASH : 3,30	ASH : 3,5
TEMPS MOYEN PAR JOUR ET PAR PERSONNE:	
SOINS AS / AMP /ASH : Semaine : 2 H 11' Dimanches et fériés : 1 H 52'	
I.D.E. : 2, 60	
IDE , Temps moyen par jour et par personne : 27 '	
CADRE : 0,40	

- Entretien des locaux:

Une équipe de bionettoyage est affectée pour tout l'établissement , sa gestion est assurée par la responsable des services logistiques , cette équipe assure l'entretien des chambres et des locaux. L'entretien de l'environnement proche est assurée par l'équipe de soins.

Il est fait appel à une association « le fil d'Ariane » pour l'entretien des espaces communs. Ce fonctionnement nous a permis d'améliorer l'entretien des locaux, chambres et espaces communs, de libérer du temps d'A.S.H. et d'A.S. pour améliorer les aides aux soins d'hygiène et aux repas.

Hôtellerie :

Le service en salle à manger centrale des unités de la maison de retraite est assuré par 2 agents hôteliers sous la responsabilité de la responsable logistique et en présence des cuisiniers. Ces derniers peuvent aussi participer au service des repas dans les unités de vie.
Ils travaillent en partenariat avec la diététicienne à l'amélioration des repas (textures, présentation, goût, produits enrichis maison).
Le service des repas se fait à l'assiette, dans tous les restaurants.
Les agents des équipes des unités de vie participent également au service des repas dans les différents points de restauration : PASA, Caillette, UPAD, et le restaurant central.

- Organisation du travail

► **Personnel soignant**

■ Organisation du travail du personnel soignant (AS, AMP) + *ASH affectés aux soins*

	Répartition des agents la semaine			Répartition des agents WE et fériés		
	Matin	Coupé	Après-midi	Matin	Coupé	Après-midi
La Caillette Capacité : 16	2	1	1	1	1	1
Aumonerie/Amourettes Capacité : 35	4		2	3		2
Ouin-Boulaie Capacité : 34						
CANTOU Bois de céné Capacité : 12	1,5	1	1	1	1	1
CANTOU La Crûme Capacité : 12	1,5	1	1	1	1	1
Accueil de jour Capacité : 4	1/4j/semaine					

➢ Organisation du travail infirmier (IDE)

	Répartition des agents la semaine			Répartition des agents WE et fériés		
	Matin	Coupé	Après-midi	Matin	Coupé	Après-midi
La Caillette Capacité : 16	1 ou 2		1	1 ou 2*		1*
Aumonerie/Amourettes Capacité : 35						
Ouin-Boulaie Capacité : 34						
CANTOU Bois de céné Capacité : 12	1		1 ou 2			
CANTOU La Crûme Capacité : 12						
Accueil de jour Capacité : 4						

Le personnel infirmier des différentes unités (maison de retraite et cantou) se relaie et assure la continuité des soins .
*Certains dimanches , il ne peut y avoir que 2 infirmières présentes en maison de retraite et U.P.A.D., leur journée de travail est alors de10h .

►Organisation du travail de nuit

Une équipe de nuit composée d'une infirmière, et de 2 agents (AS/AMP ou ASH) intervient sur tout l'établissement (USLD et Maison de retraite sauf U.P.A.D) soit 3 agents pour 121 résidents (7,60 ETP)
Un agent est en permanence dans la partie maison de retraite de l'établissement
L'accompagnement de nuit des résidents de l' U.P.A.D. est assuré par un agent du foyer intervenant dans l'unité des bois verts jouxtant les unités de l'U.P.A.D.
soit 1 agent/nuit pour 40 (2,50 ETP)

➔ Organisation du travail de l'équipe de rééducation :

kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste

Les professionnels :

Kinésithérapeutes : 1 temps plein et les vacations de collègues libéraux à hauteur de 0,50 ETP soit un total de 0,56 pour L'EHPAD.

Ergothérapeute : une journée 1/2 hebdomadaire (soit 0,30 ETP pour L'EHPAD et L'USLD) dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire « Mauges-Bocage- Choletais »

Psychomotricienne : peut intervenir pour certains actes (bain détente par ex.) par l'intermédiaire de UMIGP

Orthophoniste : Libérale qui intervient à la demande (prescription médicale).
Un 0,25 ETP(pour L' EHPAD et L'USLD) a été créé dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite.

Lieux d'exercice :

- dans la chambre du résident (soins au lit ou réadaptation dans le lieu de vie)
- dans la salle de rééducation située au centre de l'établissement :
Celle-ci permet, outre l'émulation, l'utilisation de matériel de rééducation et une prise en soins plus longue car permettant des temps de repos. Elle devient alors un lieu de rencontre et d'échange.
- des séances de balnéothérapie dans la balnéothérapie du foyer de vie.

L'activité de rééducation :

Les actes sont effectués sur prescription médicale.
La mission du rééducateur est de participer, avec le résident et l'équipe soignante, au projet de soins individualisé.
- Préparer l'accueil: - aménagement de chambre
  - fauteuil adapté (gériatrique, roulant..)
  - aides techniques...
- Évaluer les possibilités fonctionnelles (bilans) et les handicaps pour adapter la prise en soins.
- Rééduquer pour réduire au minimum inévitable les conséquences des maladies, traumatismes et bien sûr du vieillissement.
- Entretenir les possibilités fonctionnelles et organiser leur mise en œuvre effective dans les actes de la vie quotidienne (coordination avec l'équipe).

- Adapter pour un meilleur confort et pour éviter les complications articulaires, trophiques.. (Installations au lit , au fauteuil)
- Participer à la lutte contre la douleur

Relations :

- Avec l'équipe pour une coordination et une adaptation de la prise en soins grâce :
  - au dossier informatisé (PSI) dossier rééducation, relèves...
  - aux transmissions en équipe
  - aux projets personnalisés

- Avec les établissements du Groupement de Coopération Sanitaire « Mauges, bocage, Choletais » par :
  - des rencontres avec les rééducateurs des différents établissements
  - le lien que représente l'ergothérapeute
  - les échanges avec le cadre kinésithérapeute du groupement.

Tâches non rééducatives du kinésithérapeute (temps plein) de l'hôpital local :
- Coordination entre les rééducateurs (ergothérapeute, kinésithérapeute de ville...)
- Gestion du parc de fauteuils roulants et du matériel de manutention des personnes et conseil à l'achat de matériel (fauteuils, aides techniques...).
- Formation du personnel à la manutention des personnes
- Participation à différentes instances institutionnelles : CLUD, inter CLUD Vendée, CSIRMT, CHSCT...

➔ **Organisation du travail de l'assistante sociale**

Une assistante sociale, en temps partagé avec les autres établissements de la Communauté d'établissements Mauges-Bocage-Choletais, peut intervenir sur rendez-vous pour aider le résident à régler des problèmes particuliers. Les rendez-vous sont à prendre auprès du bureau des usagers.

➔ **Organisation du travail de la psychologue**

Le poste de psychologue sur l'EHPAD (maison de retraite et cantou) correspond à un 35 % et est organisé pour répondre aux missions du psychologue dans les différentes unités de vie :

- Accompagnement des résidents :
  - entretiens réguliers ou ponctuels. Ils font l'objet de compte-rendus tracés dans le dossier personnel de chaque résident.
  - activités thérapeutiques dans le cadre du PASA : activité peinture au doigt et groupe de conversation.
  - évaluation mnésique (Mini Mental State), de l'humeur (Geriatic Depression Scale et entretien clinique), évaluation du risque suicidaire (Risque Urgence Dangerosité).
  - accompagnement de fin de vie.
  - participation à l'élaboration du projet personnalisé de chaque résident.
- Accompagnement des familles :
  - entretiens à la demande des familles ou lors des réunions discussion proposés régulièrement aux familles.
  - proposition d'accompagnement dans le deuil.
- Accompagnement des équipes :
  - au travers des réunions annuelles de service, des réunions de transmissions ou lors de temps d'échanges individuels et de groupes de parole ou d'analyse des pratiques (sytématique lorsqu'il ya déclaration de violence sur FSEI)
- L'institution :

- participation à différents groupes de travail, ou temps de réflexion : évaluation, comité de pilotage, CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) ; groupe Tabacologie
- dispensation de la formation annuelle sur la Bientraitance adressée à l'ensemble du personnel.

- La formation des personnels soignants (les autres personnels sont aussi formés)

56,3 % personnel a reçu une formation qualifiante
(AS, AMP, IDE, Cadre, kiné, animatrices)
Tout le personnel de l'EHPAD a pu suivre la formation à la méthode « humanitude » .
Des formations sur les pathologies démentielles et l'accompagnement des résidents souffrant de troubles de comportement sont organisées en interne .
Deux agents ont suivi la formation ASG cette année .
Par ailleurs les plans de formation successifs permettent de sensibiliser l'ensemble du personnel sur des thèmes mobilisateurs ou de répondre à des demandes de formation individuelle.
Des formations sont obligatoires, par rapport à la nature des postes, exemples : hygiène, HACCP, RABC...

I- Présentation des Missions

I-1 Les missions, et le cadre réglementaire contenus dans l'autorisation

L'EHPAD a pour mission d'accueillir des personnes âgées dépendantes.
Il est situé 14, route de Poitiers à Mortagne sur Sèvre, et est géré par le centre hospitalier Saint Alexandre.
Il est autorisé, par arrêté en date du 29 juin 1990 et du 31 décembre 2007, à exploiter une capacité de 110 places d'EHPAD dont 2 unités de 12 places de prise en charge pour personnes désorientées, et 4 places d'accueil de jour.
Il est habilité à l'aide sociale pour la totalité des places.
Le cadre réglementaire de fonctionnement, s'inscrit notamment dans les politiques nationales, régionales et départementales, au travers de :

• Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'Action sociale et des familles.

• Art. D311-3 à D311-22-1 du Code de l'Action sociale et des familles ;

• Loi (n° 2002-303) du 4 mars 2002 art. L1110-5 *« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » ;*

• Programme national de lutte contre la douleur 2006-2010.

• Programme national nutrition santé 2011-2015.

• Plan Alzheimer 2008-2012, mesures 15, 16 ;

• Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 relative à la mise en oeuvre du volet médicosocial du plan Alzheimer et maladies apparentées, 2008-2012 ;

• Programme national d'actions contre le suicide, 2011-2014.

• Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) ;

• Circulaire DGS/DGCS du 30 septembre 2011 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 ;

• Document d'analyse du risque infectieux associé aux soins (DARI) DGCS 2011.

• Décret du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un Ehpad* ;

• Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L313-12 du Code de l'Action sociale et des familles* ;

• Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L313-12 du Code de l'Action sociale et des familles* ;

• Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

• Articles D312-156 à D312-159-1 du CASF

• Loi 2002-2 Art L311-3 du CASF.
« 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins » ;

• Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF.
« La qualité sera appréciée au regard : […] des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes ».

• Articles L311-8 et L313-12 du CASF (Loi (n° 2005-370) du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie) ;

• Article D311-38 du CASF (Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs) ;

• Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L313-12 du CASF ;

• INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I.2 Les contractualisations engagées

A- la convention tripartite

1) Renouvellement
Le renouvellement de la convention tripartite est établi à partir de la précédente convention.
Il définit, pour les cinq années à venir, les objectifs d'évolution de l'accompagnement social, des prises en charge en soins et de la prestation de service de l'établissement vis à vis des personnes âgées.
Il précise les modalités d'intervention financière de chacune des parties.
Son renouvellement a été signé à compter du 1er août 2008 jusqu'au 31 juillet 2013.

2) GMP(2008)
Le G.M.P. retenu est de : 683 (à ce jour il est de 772)
Le GMPS validé est de : 1 369 674 €
Le PMP retenu est de : 124 (à ce jour il est de 130)
Le nombre de SMTI est de : 5
Il convient de remarquer qu'ainsi, la charge de travail est devenue plus importante du fait de la dépendance moyenne, cela pour un effectif à l'identique, contribuant à diminuer le temps moyen passé auprès de chaque résident, ce qui est contraire aux objectifs qu'imposent les tarificateurs et notamment les représentants de l'état pour l'assurance maladie.

B- le CPOM

Le dernier CPOM 2007-2011 a été signé le 31 mars 2007, auquel s'ajoute un avenant N°1, signé le 14 juilllet 2008.
Le prochain CPOM doit être signé le 31/08/2012.

Le présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens s'inscrit dans un cadre rénové par l'ordonnance du 4 septembre 2003,
L'ordonnance du 4 septembre 2003 complétée par celle du 2 mai 2005 a consolidé la place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en en faisant le document de référence de la déclinaison du schéma régional d'organisation des soins. Dans ce cadre, un lien plus étroit est désormais instauré entre les contrats et le régime des autorisations qui est lui-même renouvelé.

C- Le Projet Régional de Santé (PRS)

Il a pour ambition :

- d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité et le taux de mortalité évitable avant 65 ans des ligériens par une politique de promotion de la santé à destination de tous, tout en agissant en direction des populations les plus vulnérables, les plus isolées.
- de faire progresser l'organisation du système de santé en s'appuyant sur des professionnels compétents et mobilisés, sur des démarches innovantes et sur la mise en place de parcours de santé individualisés et coordonnés.
- de faire face à l'augmentation de la population, du nombre de personnes vivant avec une maladie ou un handicap en répondant à leur besoin d'accompagnement personnalisé.

Le projet régional de santé c'est :

- **3 grandes orientations stratégiques** indiquant les changements majeurs portés par le projet
- **3 schémas régionaux** qui fixent :
  - 15 objectifs pour la prévention et la promotion de la santé
  - 31 objectifs pour l'organisation des soins
  - 18 objectifs pour l'accompagnement médico-social
- **5 programmes territoriaux de santé** pour chaque département
- **4 programmes régionaux thématiques** déclinant les grandes actions pour préciser ce qui sera concrètement réalisé pour :

- faciliter l'accès à la prévention et aux soins par les populations les plus fragiles et vulnérables
- accompagner les personnes en perte d'autonomie
- moderniser le système de soins par le développement des systèmes d'informations partagés et de la télémédecine
- maîtriser l'augmentation des dépenses de santé et garantir un système solidaire et équitable

Concernant le territoire de santé de la Vendée, les priorités sont ciblées sur les quatre enjeux suivants :

- un accès aux services de santé, aujourd'hui et dans l'avenir, toute l'année, et en tout point du territoire de santé
- une politique offensive sur la jeunesse et le vieillissement pour faire face à l'évolution démographique du territoire
- la garantie d'un processus de continuité des parcours de vie et de santé notamment pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées
- une prévention et une maîtrise des risques en matière de santé environnementale

- Dans le cadre du projet régional de santé de l'ARS, l'établissement retient, les propositions d'actions suivantes :

La place de la personne :

1- Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge : actuellement le taux est de 100 %

2- Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne : projet déposé de création d'une plateforme de répit pour les aidants

3- Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux

4- Conforter les lieux d'information accompagnée : renouvellement du site internet par exemple

Une offre graduée :

5- Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne : d'où dépôts de dossier dans le cadre des appels à projets pour : UHR, PASA, plateforme de répit en accueil en unité ou extérieur, accueil de jour, hébergement temporaire

6- Favoriser la vie en milieu ordinaire

7- Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

8- Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges-clé de la vie

9- Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé

Le développement de la coordination dans le secteur médico-social :

10- Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels : l'établissement est prêt pour la mise en œuvre du DMP

11- Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire

12- Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne

13- Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne

14- Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation

La maîtrise des risques en santé :

15- Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins

16- Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun

17- Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales

18- Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale

D- Le projet médical du territoire (PMT)

Le projet médical du territoire traduit les orientations stratégiques du PRS sous la forme d'un plan d'actions pour le territoire :
-en vue de mettre en place des filières de prise en charge, les établissements et les professionnels s'accordent entre eux sur des actions concrètes et précises, en matière d'organisations transversales, de mutualisation des moyens, de coopérations entre établissements, d'articulation entre les secteurs sanitaire, médico- social et social ainsi qu'entre la ville et l'hôpital ;
Exemples : Interclud, Clin, Crique-s….
-les établissements et les professionnels ne s'accordent plus sur la localisation des nouvelles implantations d'activités prévues par les anciennes annexes territoriales du SROS, mais doivent répondre à des appels à projets lancés par les autorités de tarification.
Le projet médical du territoire est étendu à des actions plus larges de santé publique en cohérence avec le PRS.

E- la complémentarité

1) La complémentarité entre l'hôpital local et le foyer de vie

La complémentarité est inscrite au projet d'établissement car il ne peut y avoir de prise en charge efficace des personnes âgées et handicapées sans l'intégration dans un réseau.
Cette complémentarité est antérieure à la réglementation de 1996 qui a créé les Agences Régionales de l'Hospitalisation. La complémentarité existait entre les deux établissements Centre de Long Séjour à l'époque et Foyer pour adultes handicapés depuis l'ouverture de celui-ci en Juin 1991. Elle avait été mise en place pour les services administratifs et logistiques (cuisine, lingerie, entretien).
Dans le domaine des soins cela s'est développé pour la pharmacie à usage interne, la coordination médicale puisque le même praticien hospitalier coordonnait à la fois le centre hospitalier et le Foyer de vie et était médecin curatif pour l'Unité de Soins de Longue Durée et le Foyer d'accueil médicalisé. De même lorsqu'il y avait absence de psychologue au centre hospitalier, celle du Foyer de Vie venait autant que faire se peut, aider dans son champ de compétence les équipes, les résidents et le cas échéant les familles.
Enfin, l'encadrement paramédical des deux établissements centre hospitalier et foyer de vie est placé sous l'autorité d'un seul cadre supérieur de santé (220 lits, 4 places d'accueil de jour, 2 places d'hébergement temporaire) secondé par trois cadres de santé.
La complémentarité est nécessaire, car des économies d'échelle sont réalisables.

2) Conventions spécifiques avec le Centre Hospitalier de Cholet, et le groupement de coopération sanitaire

Plusieurs conventions sont signées :
- Gardes médicales et astreintes pour l'unité de soins de longue durée et le foyer d'accueil médicalisé sont effectuées, selon un tableau de service par des praticiens du Centre Hospitalier de Cholet, y compris les praticiens hospitaliers en temps partagé.
- Convention avec le centre hospitalier de Cholet pour équipe mobile « soins palliatifs ».
- Convention avec le centre hospitalier de Cholet avec l'UMIGP (Unité Mobile Intersectorielle de Géronto Psychiatrie).
- Il en est de même en matière du réseau CLIN (depuis 1995). .
- Une convention existe pour permettre l'analyse de prélèvements sanguins par le laboratoire du Centre Hospitalier de Cholet lorsqu'il y a accident exposant au liquide biologique (AELB) d'un membre des établissements de Mortagne sur Sèvre.
- Dans le cadre du GCS, un poste en temps partagé d'assistante sociale a été créé qui permet de trouver des solutions à des difficultés particulières. Il en est de même pour un temps d'ergothérapeute.
- Plan bleu avec le Centre hospitalier de Cholet

Dans le cadre de la complémentarité entre établissements et dans l'intérêt de la population, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a reconnu la nécessaire superposition des secteurs sanitaires et psychiatriques. Dans ce cadre le Centre Hospitalier de Cholet a souhaité mettre en place un « CMP » (centre médico psychologique) spécifique pour l'accueil de la population du secteur vendéen. En 2003 il y a eu ouverture du CMP exclusivement pour la population du foyer. Il reste à le mettre en œuvre pour la partie gérontologique. (Cela sera plus difficile du fait de la suppression du territoire de Cholet)
Enfin, le centre hospitalier St Alexandre adhère à la filière gériatrique du territoire de santé.

3) Le réseau gérontologique, intégré dorénavant dans le Groupement de Coopération Sanitaire

Il associe outre les établissements de santé du secteur sanitaire, les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, les services de soins et de maintien à domicile mais également des professions libérales (médecins, infirmiers, pharmaciens…)
Le réseau a pour but de mettre en œuvre des outils communs comme la fiche de liaison inter-établissements, le dossier médical commun, des actions de formation communes, des études sur les pratiques chirurgicales (pose de sonde gastriques), un site internet etc…
Les échanges qui existent entre nos différents services permettent de trouver pour chaque personne âgée ayant des difficultés un accompagnement à l'adaptation aux difficultés évolutives rencontrées.

4) Enfin, il y lieu de souligner que le centre hospitalier St Alexandre est :

- Adhérent du CLIC du Haut Bocage (Centre Local d'Information et de Coordination). Les bureaux de ce dernier sont implantés dans les locaux de l'hôpital local
- Membre du conseil d'administration de l'hospitalisation à domicile (HAD).
- Membre du réseau qualité et gestion des risques CRIQUE-s Vendée
- Membre de l'Interclud Vendée
- Membre du GCS e-santé

I.3 Les principales valeurs de l'établissement et les références du projet d'établissement

Les principales valeurs de l'établissement sont énoncées dès la page d'accueil du projet d'établissement :
« Deux établissements un même projet : continuer à donner du sens à la vie. »

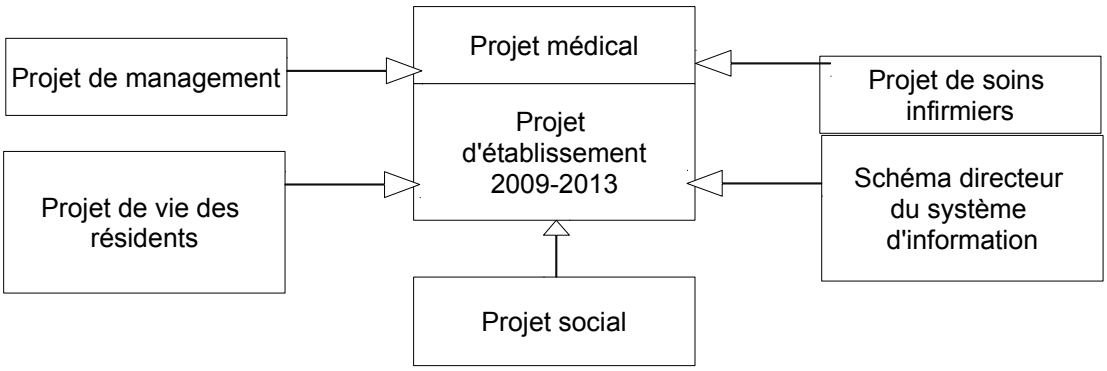
« La plus honorable vacation est de servir au public et être utile à beaucoup. »
Montaigne, Les Essais, III, 9.

La politique générale des soins est basée sur des valeurs comme le respect, l'équité autour desquelles se rassemblent les soignants des différentes unités de vie et constituent la base éthique à partir de laquelle les soins sont effectués.
Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.
Il prend en compte les objectifs : de formation, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement.
Il comporte un projet d'accompagnement et de prise en charge en soins des résidents en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, ainsi qu'un projet social.
Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du PRS, définit dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du CSP.

Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.
Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.
Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.
Suite aux nouveaux contrats d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la DDASS et le Département, les moyens financiers accordés précédemment, ont permis de conforter les ratios d'encadrement en personnel pour un meilleur accompagnement des personnes accueillies dans l'établissement.

UNE DEMARCHE TRANSVERSALE POUR DIFFERENTS PROJETS

Le deuxième projet d'établissement du centre hospitalier St Alexandre a décliné les nouveaux objectifs et projets pour la période 2009/2013



Ces différents projets ont été définis, selon une démarche participative, sur la base des acquis du premier projet et du nouveau projet médical. Il tient compte également des préconisations de la démarche qualité entreprise depuis plusieurs années, et des axes de développement arrêté par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)

I.4 Les orientations et les objectifs généraux qui en découlent

UNE VOLONTE DOMINANTE : L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

S'intégrant parfaitement dans les priorités nationales de santé publique fixées par le Ministère de la Santé et en accord avec les objectifs de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, l'établissement développe un ensemble d'actions devant permettre d'atteindre des objectifs de qualité et de satisfaction des résidents et de leurs familles.

Ces actions s'appuient sur quatre grands principes :

- Développer la qualité et la sécurité des soins,
- Ajuster les capacités d'accueil aux besoins recensés,d'où projet de créer des places d'hébergement temporaire,
- Continuer la complémentarité exemplaire entre établissements de santé et la formation de réseaux de soins pour améliorer en particulier la coordination des soins,
- Promouvoir l'établissement comme acteur de santé publique.

Ce projet d'établissement est en relation avec le Contrat d'Objectifs et de Moyens signé en 2007, et renouvelé annuellement, entre l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et l'hôpital local et avec les conventions tripartites.
Le CPOM 2012-2017 accentuera les dispositions mises en place précédemment.

I.5 Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles s'appliquant à l'établissement

* Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les Établissements et Services visés à l'article L.312 – 1 du CASF.

* Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.132-1 du code de l'Action sociale et de familles - Avril 2008

* La bien-traitance : définition et repères pour la mise en œuvre - Juillet 2008

* Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées - Juillet 2008

* Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008

* Ouverture de l'établissement à et sur son environnement - Décembre 2008

* Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008

* Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement – Février 2009

* La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312 – 1 du CASF La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles - Juillet 2009

* Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement – Novembre 2009

* L'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service - Mai 2010

* Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Novembre 2010

* Qualité de vie en EHPAD (volet 1)- De l'accueil de la personne à son accompagnement – Décembre 2010

* Qualité de vie en EHPAD (volet 2)- Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne - Juin 2011

* Qualité de vie en EHPAD (volet 3)- La vie sociale des résidents – Décembre 2011

* *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de pro tection juridique – Avril 2012*

II. Caractérisation de la population et dimensions de l'accompagnement

II.1.Caractéristiques communes identifiées de la population (31/12/2011)

➢ Caractéristiques principales de la population accompagnée ou accueillie au regard des données actualisées disponibles. Les statistiques utilisées sont celles du rapport d'activité médicale 2011.

- Répartition en fonction de l'âge

Age	Nbre	%
- 60 ans	1	0,88
60 ans à 69 ans	8	7,01
70 ans à 79 ans	24	21,05
80 ans à 89 ans	61	53,51
90 ans à 99 ans	19	16,67
100 ans et plus	1	0,88

L'âge des personnes accompagnées est échelonné de **55 à 100 ans**.
L'âge moyen est de **83 ans.**

- Répartition par sexe

Sexe	Nbre	%
Homme	42	36,84
femme	72	63,16

- GMP (GIR Moyen pondéré) – perte d'autonomie :
  772 au 15/12/2011

  - Répartition

GIR	Nbre	%
1	27	24,55
2	47	42,73
3	16	14,55
4	17	15,45
5	3	2,73
6	0	

- PMP (Pathos Moyen) –état pathologique :
  130 au 15/09/2011

- Provenance des résidents (domicile/établissement de sante/ service spécialisé), **entrés sur 2011**

Provenance	Nbre
Domicile	9
Foyer logement/Maison de retraite autre	4
Convalescence/Soins de suite	10
Centre hospitalier	8

- Origine géographique : présents au 31/12/2011

Origine géographique	Nbre	%
Vendée	77	69
Maine et Loire	23	21
Deux Sèvres	4	4
Paris et région parisienne	4	4
Autres départements	2	2

➢ Impact de ces caractéristiques sur la déclinaison des objectifs principaux :

– La situation géographique de l'établissement au carrefour entre différents départements (Vendée, Maine et Loire, Deux-Sèvres notamment), permet de préserver la proximité familiale et sociale.
– Les deux établissements, Foyer de vie et EHPAD sur le même site, permettent l'accueil de familles (parents à l'hôpital local et enfants au foyer).
– L'accueil possible dans les différents services (EHPAD et USLD), permet un accompagnement des résidents tout au long de l'évolution de leur pathologie.
– La présence du personnel infirmier la nuit permet de répondre aux besoins d'accompagnement en soins y compris la nuit (traitements de la douleur par exemple...).
– La spécificité de l'accueil en unité de vie U.P.A.D. permet un accompagnement adapté des symptômes des pathologies démentielles, notamment la possibilité de déambulation en toute sécurité.
– Un accueil PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) permet de répondre aux besoins des personnes présentant une démence associée à des troubles du comportement qui ne nécessitent pas un accompagnement en U.P.A.D. Cette accueil a été mis en place hors appel à projets, sans moyen supplémentaire.
– L'accueil de jour permet un relais pour l'aidant familial.
– Des hébergements temporaires peuvent être proposés en fonction des places disponibles, et viennent alors répondre au besoin des aidants familiaux, et permettent de prolonger le maintien à domicile, en favorisant ces moments de répit. Cela permet également pour le résident accueilli, de se familiariser avec la structure, et ainsi de faciliter l'adaptation lors d'un accueil définitif.

II.2 Évolutions significatives constatées dans le temps

- Évolution de l'âge des bénéficiaires

Age	Année (au 31/12 de chaque année)				
	2009	**2010**	**2011**		
60 ans à 69 ans	9%	5%	8 %		
70 ans à 79 ans	29%	25%	21 %		
80 ans à 89 ans	49%	56%	53 %		
90 ans à 99 ans	13%	14%	16 %		
100 ans et plus	0%	0	0,9 %		
	110	113	114		

- Évolution de la répartition par sexe

Sexe	**Année**				
	2009	**2010**	**2011**		
Homme	32%	30%	36 %		
femme	68%	70%	64 %		

- Évolution du GMP (GIR Moyen pondéré) – perte d'autonomie : + 13 %

Année (en septembre)				
2007	2008	2009	2010	2011
678	***696***	***717***	***720***	***772***

- Évolution du PMP (Pathos Moyen) – état pathologique : + 17 %

Année (en septembre)				
2007	2008	2009	2010	2011
111	***124***	***107***	***85***	***130***

- Évolution de la provenance des résidents (domicile/établissement de sante/service spécialisé) entrés dans l'année

Provenance	Année				
	2007	2008	2009	2010	2011
Domicile	42%	50%	27%	42%	29 %
Foyer logement/Maison de retraite autre	11%	8%	12%	17%	12 %
Convalescence/SDS	26%	15%	31%	37%	32 %
Centre hospitalier	11%	15%	23%	4%	25 %
Psychiatrie	10%	12%	7%	/	/

II.3 Dimensions de l'accompagnement

1) Les pathologies principales prise en charge

- Pathologies principales selon le modèle pathos au 28/06/2012 :

Classes	Pathologies principales	%
Affections cardio vasculaires	Insuffisance cardiaque	1,82
	Coronaropathie	2,73
	Hypertension artérielle	4,55
	Troubles du rythme	0,91
	Phlébites	0,91
Affections neuro psychiatriques	Malaise, vertige, chutes	0,91
	Accidents vasculaires cérébraux	8,10
	Comitialité	0,91
	Syndrome parkinsonien	1,82
	Troubles chroniques du comportement	2,73
	Etats anxieux	1,82
	Psychose, délire, hallucination	3,64
	Syndrome démentiel	51,82
Affections dermatologiques	Autres lésions cutanées graves	0,91
Affections ostéo articulaires	Pathologie de la hanche	0,91
Affections endocriniennes	Diabète	3,64
Autres domaines	Etats cancéreux	0,91
	Etat terminal	0,91
	Anémie	1,82
	Autres pathologies identifiées (slérose en plaque, trisomie...)	8,19

2) La répartition des soins de base et techniques (statistiques tirées du PSI)

Soins de base et relationnels	% de résidents concernés	Moyenne d'interventions par résident
Toilette (y compris pédiluve et shampoing)	88,5%	1/jour
Bains ou douche	92%	0,94/ semaine
Mobilisation ou transfert	69,15	3,09/jour
Aide au change pour les patients incontinents	78,57%	3,5/jour
Surveillance des fonctions d'élimination	72,15%	2,7/jour
Aide ou surveillance alimentation	67,21%	3,5/jour
Prévention d'escarres	27%	2,5/jour
Prise de médicaments : aide directe, surveillance	100%	3,61/jour
Prévention de l'incontinence	87,5%	2/jour
Prévention de la perte d'autonomie*		
Soins relationnels*		

*Le soin relationnel, la prévention de la perte d'autonomie s'inscrivent dans toutes les interventions auprès du résident réalisées par une équipe pluridisciplinaire, AS, ASH, IDE, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue...Ces thèmes restent non quantifiables.

Soins techniques	% de résidents concernés	Moyenne d'interventions par résident
Contrôle glycémique et injection d'insuline)	16,6%	2,03 /jour
Pansements lourds et complexes	2,64%	0,5 /jour
Préparation des médicaments	100%	3,12 /jour
Réalisation de pansements légers courants	12,35%	0,65 /jour
Prélèvements sanguins et injections	25,5	1,5 / mois
Soins palliatifs (fin de vie)	3,8	6 /jour

3) L'éducation

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans l'accompagnement au quotidien des résidents. Les domaines d'intervention sont : hygiène corporelle, hygiène alimentaire, diabète, la prise de traitement, les addictions.

L'éducation thérapeutique relève du rôle propre infirmier, il appartient à l'infirmier de coordonner et de définir les actions de l'équipe soignante lors de l'élaboration du plan de soin.

Les médecins, les professionnels de rééducation et la diététicienne peuvent être interpellés pour des actions ciblées dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

4) La dimension psychologique

L'objectif du soutien psychologique des résidents est de « promouvoir l'autonomie de la personnalité», de «contribuer aux projets thérapeutiques ou éducatifs, tant sur le plan individuel qu'institutionnel ».
A l'entrée un entretien d'accueil est proposé, pour évaluer l'adaptation à l'établissement et l'humeur notamment, à partir de l'entretien clinique. Un suivi peut être proposé si besoin. De même, au cours du séjour, sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire, il peut être proposé un accompagnement psychologique. Celui-ci se fait par des entretiens individuels, à une fréquence adaptée aux besoins des résidents concernés.
L'objectif du soutien psychologique proposé, est de permettre aux résidents de verbaliser une souffrance psychique, en lien avec les processus de deuil, du travail du vieillir, du rapport à la fin de vie et à la mort, ou tout autre élément actuel ou passé.
Il peut aussi s'agir dans un premier temps de dépister des troubles cognitifs (Mini Mental State : test d'évaluation cognitive).
Le psychologue contribue à l'élaboration du projet personnalisé du résident.

5) L'animation et vie sociale

- Encadrement animation/résident

Chaque résident ayant son programme d'activités de loisirs et d'activités sociales, l'accompagnement est réalisé en fonction des activités, par l'équipe d'animation sociale, par des bénévoles ou par le personnel des unités de vie.

- Nombre de personnes par jour du lundi au dimanche assurant l'animation

- Une responsable animation de la vie sociale et une animatrice travaillent à temps plein, du lundi au vendredi.
  Elles interviennent le week-end selon le programme d'animations exceptionnelles.

- Le personnel des unités de vie accompagne les résidents, du lundi au dimanche, dans des activités et la vie sociale, telles que promenades dans le parc, groupes de discussion, écoute musicale, jeux, sorties organisées dans le cadre du projet personnalisé du résident...

- 23 personnes bénévoles assurent l'animation d'activités de groupe :
  - lundi : bibliothèque : 4 bénévoles par roulement de 2,
  - mardi : jeux de société: 7 bénévoles
  - mercredi : lecture à voix haute : 5 bénévoles par roulement de 2.
  - jeudi, tous les 15 jours : musique et chant : 2 bénévoles
  - vendredi : musique tous les 15 jours : 1 bénévole
  - vendredi : tricot : 3 bénévoles
  - vendredi : informatique : 1 bénévole

- 5 personnes bénévoles interviennent le dimanche matin pour accompagner des résidents à la messe célébrée dans la chapelle de l'établissement.

- liste des activités proposées : de groupe, exceptionnelles, personnalisées.

Le bulletin animation retrace pour les 6 mois à venir, le planning des animations

Activités de groupes :

Jeux de société, lecture à voix haute, chorale, informatique, gymnastique douce, jeu culturel « questions-réponses », tricot, pliage du linge.

L'équipe de rédaction du journal interne La Vie Entre Nous, est composée de résidents et de membres du personnel.
Des réunions de concertation « animation » sont proposées aux résidents, quatre fois par mois environ.

Animations exceptionnelles :

■ Animations culturelles et artistiques : spectacles divers (tours de chants, groupe folklorique, un spectacle de magie...), diaporamas, expositions, repas à thème, concert audition avec l'école de musique de Mortagne, sorties (théâtre, spectacle, visite musée..)

■ Animations festives et conviviales :
- goûters qui marquent les fêtes du calendrier: galette des Rois, crêpes à la Chandeleur, bottereaux au Mardi – Gras, goûter de Noël.
- après-midi dégustation : sorbets, cocktails de fruits, chocolats de Noël.
- la Fête Annuelle, ouverte au public extérieur.
- le Déjeuner Rencontre qui rassemble les résidents, leurs familles, les bénévoles, les administrateurs et le personnel.
- se rajoutent dans l'unité de vie de l'U.P.A.D. :un bal musette organisé un jeudi après-midi par mois et un goûter annuel animé en chansons qui réunit les résidents, leurs familles et le personnel. Cela permet aux couples aidant/aidé de participer ensemble, constituant en quelque sorte une ébauche de plateforme de répit pour les aidants.

■ Animations ludiques : Jeux du loto, jeux culturels « questions-réponses », concours de jeux de boules.

■ Actions sociales
Des actions sont menées par des résidents volontaires, dans l'objectif d'aider des associations humanitaires.

Activités personnelles (dans le logement du résident) : elles sont variées car elles correspondent aux centres d'intérêts de chaque résident : la lecture (visuelle ou audio), la TV, l'informatique, les jeux de mots, la couture, le dessin, le tricot.....

89 personnes reçoivent régulièrement la visite de leur famille ou amis.
16 personnes sortent régulièrement en famille.
5 personnes font partie de l'association les Amis des Petits Frères

➢ Synthèse des activités de loisirs et activités sociales des résidents (bilan année 2011)

4 personnes ont leurs activités personnelles
21 personnes ont leurs activités personnelles et assistent aux animations exceptionnelles
1 personne a ses activités personnelles et participe à une activité de groupe (théâtre du Foyer de Vie).
49 personnes ont leurs activités personnelles, participent à des activités de groupe et assistent aux animations exceptionnelles
15 personnes participent à des activités de groupe et assistent aux animations exceptionnelles
12 personnes assistent aux animations exceptionnelles
6 personnes n'ont pas d'activité, car leur état de santé ne permet pas d'établir un programme d'activités.
1 personne ne souhaite pas avoir d'activités
Pour 2 personnes, le programme d'activités n'est pas établi (entrées depuis peu dans l'établissement au moment du bilan).

Nombre de résidents participants aux activités de groupe (bilan année 2011)

Jeux de société: 60 personnes (résidents de chaque unité de vie)
Lecture à voix haute : 10 personnes (résidents de chaque unité de vie)
Chorale **:** 17 personnes (résidents de chaque unité de vie)
Tricot :14 personnes
Pliage du linge : 13 personnes
Informatique : 2 personnes
Equipe de rédaction du journal *La Vie Entre Nous* : 6 personnes
Fréquentation de la bibliothèque ou visite des bénévoles : 11 personnes

28 personnes participent aux réunions de concertation animation
4 personnes, assistent au Conseil de la Vie Sociale

Activités qui se sont rajoutées en début 2012 : Gymnastique douce : 4 personnes
Jeu « Questions-réponses » : 22 personnes

Nombre de personnes présentent aux manifestations exceptionnelles : 97

- Animations spécifiques proposées (troubles cognitifs)

Dans le cadre du projet personnalisé du résident atteint d'une démence, l'animation s'inscrit dans son quotidien, à travers les activités domestiques, de loisirs et la vie sociale. Ces activités sont proposées autour de la notion de plaisir et de détente, facilitant les effets bénéfiques pour la personne :

- Favoriser les petits plaisirs du moment
- Stimuler la mémoire
- Préserver les acquis
- Continuer une vie sociale

Activités proposées à l' U.P.A.D et/ ou PASA:

- Activités domestiques :
Activité pâtisserie,
Pliage du linge,
Dressage de la table, essuyage de la vaisselle,
Jardinage...

- Activités basées sur l'image de soi :
Coiffure, esthétique, manucurie et maquillage.

- Activités d'expression, de communication et de détente :
Lecture du journal le matin
Temps de discussion, ou de lecture avec commentaires,
Jeux de mémo, jeux de société
Animation autour de la présence d'un chien et de son maître zoothérapeute
Chant,
Activités autour de la cheminée,

Activités travaux manuels :
Participation à la réalisation de décorations

-Activités festives :
Bal musette
Goûter rencontre résidents/familles/personnel.
Anniversaire d'un résident (le jour même, autour d'un gâteau)

- Activité thérapeutique
Gymnastique douce (ergothérapeute)
Peinture au doigt (psychologue)
groupe de conversation (psychologue)

Sorties extérieures :
Sortie « courses commerces »,
Sorties organisées dans le cadre du projet personnalisé.
Visites chez les familles
Promenade dans le parc de l'établissement

Participation aux animations organisées au sein de l'établissement :
Spectacle divers (tour de chants, spectacles de danse, magie….)
Goûters dégustations, repas à thème.
Visites aux expositions également ouvertes au public extérieur.
Déjeuner rencontre qui réunit les résidents, leurs familles, les bénévoles, les administrateurs et le personnel.
La fête annuelle, ouverte également au public extérieur.

Participation aux activités de groupe:
Des résidents participent à des activités de groupes qui se déroulent, au sein de l'établissement, et qui accueillent des résidents de toutes les unités de vie:
- Jeux de société,
- lecture à voix haute,
- chorale.

Conclusion
Tous les résidents (114) ont accès aux animations, en fonction des souhaits et/ou besoins observés par le personnel de l'animation et des unités de vie.
Le programme d'activités de chaque résident est évalué une fois par an entre l'équipe animation , le résident et le soignant référent. Il s'inscrit dans le projet personnalisé.
L'adéquation entre le programme d'activités individuel et le projet individualisé sera un indicateur.
Le programme peut être réajusté au cours de l'année en fonction des besoins et des attentes et du ressenti du résident.
Chaque année, la responsable animation fait la synthèse des activités de loisirs et des activités sociales des résidents, par unité de vie.
Elle la présente aux membres du bureau du Conseil d'Administration du Club animation de l'Hôpital Local composé de résidents, de membres du personnel, de bénévoles et du directeur de l'établissement.

III. Spécification des objectifs

III.1 Garantie des droits individuels et collectifs

• Liens avec Angélique : Q12, 13, 24 à 29, 31, 32 (droits), Q96 (contention physique), Q18, Q30, Q139, Q142 (expression, qualité).
• Liens avec le questionnaire bientraitance : Q6 (exploration des facteurs déclenchant les troubles psychologiques ou comportementaux), Q9 (procédure recours à la contention), Q13, Q5 (expression volonté, participation), Q20 (avis CVS sur respect des personnes).

III.1.1 Droits individuels

➤ Garantir le droit au respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité des résidents ;

- Repenser les interventions auprès de la personne âgée afin de respecter son identité, son besoin de sécurité, de présence, de relation, et le cas échéant de soins (démarche « humanitude ») ; ceci à travers l'élaboration du projet personnalisé
- Continuer à assurer le bien être physique et psychique du résident
- Continuer à respecter son rythme de vie, son hygiène, son intimité, sa dignité
- Consolider les bonnes pratiques professionnelles par l'actualisation des connaissances et le développement de compétences.
- Continuer à assurer les soins en cohérence avec les droits des résidents et en conformité avec les textes législatifs et réglementaires relatifs aux professionnels
- Continuer de promouvoir la connaissance et le respect des droits des patients dans le cadre d'une politique d'accueil et d'accompagnement
- Continuer à garantir et à améliorer la sécurité des soins et de leur environnement
- Continuer à veiller à la prévention de la violence
- Continuer à veiller à la qualité hôtelière
- Continuer à veiller au respect de la liberté d'aller et venir
- Continuer à éviter les contentions
- Continuer à respecter la charte des droits
- Continuer à protéger les résidents des risques liés à la déambulation

➤ Garantir le droit à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant son autonomie ;

- Continuer à améliorer la qualité des soins : en appliquant les référentiels et guides de bonnes pratiques, fiches et protocoles de soin, autoévaluation, audits... ; pour répondre aux attentes des résidents et des familles en matière de sécurité et de qualité
- Continuer à détecter et à traiter si possible les grands syndromes gériatriques
- Continuer à maintenir une autonomie fonctionnelle (psychique et physique)
- Continuer à identifier et à préserver les capacités restantes
- Continuer à développer les actions de prévention et d'éducation des usagers lorsque leur capacité le permet
- Continuer à améliorer la qualité de vie du résident au quotidien
- Continuer à agir sur les facteurs qui peuvent aggraver l'état de santé ou d'autonomie du résident
- Poursuivre la mise en œuvre des compensations aux différentes pertes d'autonomie pouvant être liées à la maladie, à la polypathologie ou au handicap

➤ Garantir le libre choix entre les prestations proposées et le respect du consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et le droit à la renonciation ;

- Continuer à adapter l'accompagnement en fonction des bonnes pratiques gériatriques tout en respectant le choix des résidents

- Continuer à garantir le libre choix du médecin traitant : sous réserve des questions de démographie médicale, ainsi il est possible de ne pas le respecter complètement, un des médecins salariés de l'établissement assure le suivi médical des résidents qui n'ont plus de médecin libéral.
- Continuer à garantir le respect du choix de l'établissement en cas d'hospitalisation

➤ Garantir le droit à l'information ;

- Continuer à développer et à favoriser l'information du patient et de son entourage ainsi que sa traçabilité, par une demande systématique du consentement éclairé (cela peut être un indicateur)
- Continuer à expliquer l'objectif de la contention à chaque fois que cela est nécessaire
- Continuer à informer les résidents et leur entourage des diverses activités proposées

➤ Garantir le droit à la confidentialité des informations concernant les personnes ;

- Continuer à assurer au résident et à sa famille le respect du secret professionnel et de la confidentialité du dossier
- Continuer à être vigilant sur le respect du secret professionnel et du devoir de réserve
- Optimiser la gestion du dossier du patient (traçabilité, historisation)
- Poursuivre et améliorer le dispositif d'accès au dossier patient par lui ou ses ayants droits

➤ Garantir le droit à l'exercice des droits civiques, à la pratique religieuse ;

- Continuer à proposer l'assistance et l'accompagnement des résidents de tout culte

➤ Garantir le droit au respect des liens familiaux ;

- Continuer à favoriser les relations entre le résident et sa famille
- Continuer la reconnaissance du rôle affectif de la famille, son implication dans l'aide matérielle et morale
- Continuer à répondre aux demandes des familles sur l'état de santé général de leur parent, et avec l'accord de celui-ci, proposer, si nécessaire des rencontres avec le médecin.
- Poursuivre l'élaboration et la réalisation du projet individualisé du résident avec sa famille, si celui-ci le souhaite.
- Continuer à respecter le choix des horaires de visites de la famille, de jour comme de nuit, et l'intimité de ces visites
- Continuer à proposer une écoute et un soutien aux familles en difficulté
- Continuer à organiser les élections des représentants des familles au Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- Continuer à favoriser leur représentation aux différents instances de l'établissement : CVS, CA, CLIN ….
- Continuer à favoriser la présence les familles dans l'accompagnement en fin de vie (lit d'appoint, logement locatif, possibilité de repas…)

➤ Garantir le droit à la participation de la personne (et/ou de son représentant légal) à la conception et la mise en œuvre du projet qui la concerne

- Continuer à prendre en compte les aspirations de la personne et lui permettre de jouer un rôle social et de participer à la prise de décision de ce qui la concerne
- Continuer à recueillir l'accord et la participation du résident dans son accompagnement
- Continuer à recueillir la signature du résident ou de son représentant légal pour le projet personnalisé

- Poursuivre le programme d'activités personnalisé à partir du recueil des centres d'intérêt du résident auprès de celui-ci ou ses proches
- Continuer à mobiliser une réflexion et la réalisation de projets répondant à un désir particulier du résident

III.1.1 Droits Collectifs

➤ *Associer les résidents au fonctionnement de l'établissement.*

- Continuer à favoriser la participation des résidents à la vie de l'établissement notamment en matière de
  concertation (journal, commissions menus, programme des activités, assemblée générale de l'association « club animation »…)
- Continuer à favoriser les élections de représentants de résidents aux Conseil d'Administration, CVS, Association Club animation…
- Continuer à développer les relations avec les usagers et les associations (CVS, CRUQPC, bénévoles, Association Huntington France, France Alzheimer).
- Continuer à développer la participation des usagers à la définition des objectifs prioritaires de la qualité par l'intermédiaire de la CRUQPC
- Continuer à gérer les plaintes et réclamations de manière structurée
- Continuer à solliciter l'avis des résidents et de leur famille par une enquête annuelle de satisfaction.

➤ *Lutter contre la maltraitance.*

- Continuer à développer la bientraitance, par des plans de formation concernant la lutte contre la maltraitance, le développement de la bientraitance
- Continuer à respecter l'article 3 de la charte de la personne âgée dépendante : « toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de
  se déplacer et participer à la vie de la société », notamment concernant la contention, dont la prescription médicale réévaluée est soumise à un protocole comme le
  recommande la Haute Autorité en Santé (HAS) ; et par une intervention spécifique «bientraitance et contention » pour l'ensemble du personnel
- Continuer à développer la réflexion éthique (douleur, soins palliatifs, repérage de la maltraitance éventuelle) et prendre en compte les avis et recommandations des comités d'éthique nationaux et locaux.

III.2 Prévention des risques liés à la santé

La prévention des risques liés à la santé est inscrite dans un volet à part entière du projet d'établissement (Projet de management) : Maîtrise des risques, politique de sécurité et évaluation de la qualité.
L'ordonnance du 24 avril 1996 inscrit la qualité et la sécurité parmi les objectifs majeurs des établissements de santé.
L'établissement s'est très tôt inscrit dans des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques.
Ces étapes dans la démarche d'amélioration de la qualité ont permis à l'établissement de formaliser une organisation du soin, de l'amélioration de la qualité et des vigilances.

Les Objectifs sont clairement identifiés dans le PE :
- Garantir et améliorer la sécurité des soins et de leur environnement, y compris cuisine, lingerie, en développant une véritable culture de sécurité, lié notamment à la prévention.
- Assurer un engagement pérenne de tous les secteurs dans l'évaluation des pratiques professionnelles et mesurer la conformité et la qualité par des indicateurs partagés et exploités, par exemple ICALIN, ICASHA....
- Poursuivre la prévention (légionelle, iatrogénie, incendie , …)

Les objectifs principaux du projet de soins médicaux sont :

- Détecter et traiter si possible les grands syndromes gériatriques pour maintenir une autonomie fonctionnelle tant d'un point de vue psychique (capacité à se gouverner) que physique en limitant l'entrée dans la grande dépendance.
- Evaluer des besoins en soins
- Adapter l'accompagnement en fonction des bonnes pratiques gériatriques tout en respectant le choix des résidents.
- Améliorer le quotidien, la qualité de vie du résident par une démarche qualité concertée multidisciplinaire permettant d'assurer le bien-être physique et psychique du résident.
- Développer une démarche préventive et éducative : dénutrition, rééducation…
- Prendre soin des personnes âgées, c'est à dire savoir les aider, les accompagner et les soulager jusqu'à leur fin de vie.

Le rôle du médecin coordonnateur définit une véritable politique de qualité dans le domaine des soins notamment préventive, et assure un suivi des indicateurs ANESM
→ prévention d'escarres,
→ prévention de phlébites,
→ prévention de la dénutrition,
→ prévention des chutes,
→ lutter contre les risques liés à la déglutition,
→ lutter contre les demandes de contention qui pourraient être considérées comme abusives et tout ce qui peut entraver la liberté d'aller et venir

III.2.1 Prévention et prise en charge la douleur

- Liens avec Angélique : Q94 (douleur : formation / évaluation / prise en charge).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q2 (évaluation risques et fragilité), Q12 (formation sur douleur), Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q18b (recours à des ressources externes – par ex. équipe mobile soins palliatifs – pour accompagner la fin de vie).
- Liens avec certification HAS : indicateur traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD).

➢ Dépister systématiquement la douleur.

► Continuer à lutter contre la douleur (dans le cadre du CLUD) par :
→ la recherche de diagnostics étiologiques
→ une bonne évaluation
→ la prise en compte du facteur émotionnel
→ la mise en œuvre d'EPP douleur :
- Evaluation de la douleur à l'entrée en systématique à 7 jours
- Evaluation de la douleur et traitement antalgique médicamenteux
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur lors d'un signalement ou d'une plainte douloureuse

➢ Soulager la douleur.

→ Poursuivre la mise à disposition des traitements adaptés
→ Pousuivre la formation des équipes
→ Poursuivre la formation des médecins traitants (morphine, Kalinox)

➢ Promouvoir la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des personnes en fin de vie :

→ Continuer à mettre en place le programme MOBIQUAL et ses outils d'évaluation
→ Continuer à appliquer les protocoles CLUD
→ Continuer à faire des soins diversifiés
→ Continuer à former les personnels
→ Continuer à faire appel aux équipes mobiles (coopération).
→ Continuer à participer au développement d'une démarche palliative dans le cadre du projet médical
→ Continuer la diffusion de la charte de lutte contre la douleur
→ Continuer à programmer des réunions pluridisciplinaires
→ Continuer à augmenter la participation des soignants de l'établissement aux conférences

organisées par l'équipe mobile de soins palliatifs
→ Continuer à élaborer des protocoles.
→ Continuer à avoir une meilleure présence pour l'accompagnement en fin de vie
→ Continuer à élaborer le plan de formation en incluant des formations / dépistage et traitement de la douleur
→ Continuer à adhérer au réseau Interclud

III.2.2 Prévention et prise en charge des chutes

- Liens avec Angélique : Q87 (chutes), Q128, 129.
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de prévention des risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).

➢ Prévenir les chutes.

- Continuer à évaluer le risque de chutes dans le bilan d'entrée
- Continuer à prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre (rééducateurs : kinésithérapeute, ergothérapeute), activité gym douce
- Poursuivre l'acquisition de matériels adaptés (plan d'investissement)

➢ Prévenir les conséquences des chutes.

- Poursuivre la mise en place du matériel adapté (lit bas, matelas de protection au sol, coussin alarme)

➢ Prendre en charge les conséquences des chutes.

- Continuer à rééduquer pour réduire au minimum inévitable les conséquences des maladies, traumatismes et bien sûr du vieillissement.
- Continuer à entretenir les possibilités fonctionnelles et à organiser leur mise en œuvre effective dans les actes de la vie quotidienne (coordination avec l'équipe).
- Continuer à adapter pour un meilleur confort et pour éviter les complications articulaires, trophiques..(Installations au lit, au fauteuil)
- Continuer à remédier aux dysfonctionnements pouvant entrainer des chutes (déclaration FSEI)

III.2.3 Prévention et prise en charge des escarres

- Liens avec Angélique : Q95 (escarres).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de préventiondes risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).

➢ Prévenir l'apparition d'escarres au cours du séjour.

- Continuer l'évaluer des résidents pour mieux détecter certains risques (escarres, phlébites... par exemple)
- Continuer l'évaluer du risque escarre (échelle BRADEN)
- Continuer à utiliser du matériel adapté (matelas et coussins de prévention)
- Continuer l'évaluation de la dénutrition

➢ Prendre en charge les résidents porteurs d'escarres.

- Continuer à mobiliser tous les moyens
- Continuer à évaluer et à appliquer les protocoles
- Continuer à utiliser du matériel adapté (matelas et coussin à air dans un but curatif)
- Continuer à établir un bilan nutritionnel (diététicienne)

III.2.4 Prévention et prise en charge de la dénutrition

- Liens avec Angélique : Q33 à 45, 84, 85 (repas, boissons, poids, nutrition, dénutrition).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q2 (évaluation initiale : risques et fragilités), Q7 (mode de prévention des risques et fragilités individuelles), Q12 (formation des professionnels).
- Liens avec certification HAS : indicateur généralisé dépistage troubles nutritionnels (DTN).

➢ Prévenir la dénutrition des résidents.

- Continuer à faire le recueil des goûts alimentaires à l'entrée
- Continuer l'évaluation de la dénutrition (MNA, biologie, diététicienne)
- Continuer la diffusion des protocoles notamment auprès des médecins généralistes
- Continuer à faire le suivi dans le dossier médical (IMC, courbe de poids)
- Continuer à dépister et à traiter les facteurs de risques de dénutrition

➢ Dépister les résidents dénutris.

- Continuer à faire un suivi de l'hygiène bucco dentaire : participation au groupe de travail ARLIN, et références à la thèse d'un médecin salarié
- Continuer à dépister et à traiter en liaison avec le CLAN (Comité Liaison Alimentation Nutrition) la malnutrition protéino-énergétique
- Continuer à effectuer un suivi nutritionnel régulier

➢ Prendre en charge les résidents dénutris.

- Continuer à évaluer auprès des soignants la connaissance des outils disponibles
- Continuer à appliquer les protocoles
- Continuer à solliciter l'avis de la diététicienne
- Continuer à intégrer dans le dossier soins, des indicateurs (Poids, IMC...) de dépistage et de prise en charge nutritionnelle

III.2.5 Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement

- Liens avec Angélique : Q88 à 93 (détérioration intellectuelle, troubles psychiatriques), Q81, 82, 83 (prescriptions,médicaments).
- Liens avec questionnaire bientraitance : A (pourcentage de résidents accueillis atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, existence de structure spécifique à la prise en charge), Q2 (évaluation initiale : risques psychologiques et/ou comportementaux), Q4 (réévaluation du projet), Q6(exploration des facteurs), Q9(procédure gestion des évènements indésirables), Q12 (formation des professionnels).

➢ Améliorer le diagnostic et la prise en charge des résidents déprimés.

- Continuer à lutter contre le risque dépressif (psychologue, UMIGP) :
- Continue à évaluer et à traiter les troubles de l'humeur
- Continuer à aider à retrouver l'estime de soi, à développer les capacités restantes
- Continuer à proposer des activités nouvelles (art-thérapie)
- Continuer à prévenir et à accompagner le déclin cognitif (avec aide du psychologue),
- Continuer à dépister et à prendre en charge les démences
- Continuer à former le personnel soignant
- Continuer à renforcer le lien avec l'UMIGP (convention)

➢ Améliorer le diagnostic et la prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement.

- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques et géronto - psychiatriques : ouverture du PASA, dossier déposé d'UHR, prises en charge non médicamenteuse telles que définies dans le plan Alzheimer 2008-2012
- Poursuivre la prise en charge non médicamenteuse
- Poursuivre la coopération avec l'UMIGP

III.2.6 Analyse et maîtrise du risque infectieux

- Liens avec Angélique : Q124.
- Liens avec le DARI (document d'analyse du risque infectieux).

➢ Identifier et analyser le risque infectieux.

- Continuer à contribuer à la lutte contre les infections nosocomiales

- Continuer à assurer la sécurité des patients
- Maintenir l'existence du coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins

➢ Gérer le risque infectieux.
- Continuer à respecter les protocoles
- Continuer à améliorer le suivi des vigilances (hygiène...) : indicateurs ICALIN, ICASHA....

➢ Informer tous les acteurs concernés de la démarche de prévention du risque.
- Continuer à évaluer les personnes ressources de l'établissement : audit, enquête de pratiques
- Poursuivre les formations médicales et paramédicales
- Continuer à réaliser des EPP pour maintenir un niveau de compétence suffisant
- Continuer à transmettre des notions de la culture gériatrique aux soignants, aux médecins libéraux.
- Continuer à s'assurer du respect des droits du résident
- Continuer à évaluer les besoins du résident en terme de mesure de promouvoir une politique d'évaluation bénéfice/risque des traitements et des actes (pertinence des actes)

III.2.7 Continuité des soins

- Liens avec Angélique : Q66 à 84 (organisation des soins), Q114 à 117, 119 (ouverture sur l'extérieur, coordination).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q17 (continuité de la fonction soins).

➢ Organiser la continuité des soins au sein de l'établissement.
- Continuer à optimiser la gestion du dossier des patients : traçabilité du dossier et historisation, conditions de communications et confidentialité, protocole de tenue du dossier et de la conservation
- Continuer à assurer la permanence des soins, la continuité des soins (astreintes avec CH Cholet)
- Continuer à respecter les protocoles
- Continuer à améliorer la gestion des urgences sur l'ensemble de l'hôpital local (formation d'urgence du personnel, procédures…)

➢ Développer un partenariat avec les établissements de santé de proximité, en particulier la filière gériatrique hospitalière.
- Continuer à assurer des hospitalisations de qualité quand celles- ci sont jugées nécessaires
- Continuer à améliorer le lien avec les urgences et le centre hospitalier de Cholet dans le cadre de la filière gériatrique (outils pour faciliter transmissions),
- Continuer à améliorer le lien avec l'HAD

III.3 Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance

- Liens avec Angélique : Q54, 56, 57, 60, 61, 62 (maintien de l'autonomie).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q2 (évaluation risques et fragilité), Q3 (adaptation environnement physique pour soutenir l'autonomie), Q4 (réévaluation du projet), Q12 (formation des professionnels), A (GMP ; effectifs budgétés / présents / turn-over), Q20 (avis CVS sur le maintien de l'autonomie).

III.3.1 Maintien des capacités de déplacement et l'accompagnement des personnes non-valides

➢ *Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne.*
- Continuer à détecter et à traiter si possible les grands syndromes gériatriques pour maintenir une autonomie fonctionnelle tant d'un point de vue psychique (capacité à se gouverner) que physique en limitant l'entrée dans la grande dépendance.

- Continuer à mettre à disposition du matériel adapté, exemple : couverts ergonomiques

➤ Favoriser l'autonomie dans les déplacements.
- Continuer à prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre (bilan rééducateurs (kiné, ergo))
- Continuer à réfléchir sur des liens possibles avec les activités d'animation (gymnastique douce)

➤ Accompagner la situation de dépendance liée à la perte définitive des capacités dans les actes de la vie quotidienne, avec l'équipe pluridisciplinaire dont l'ergothérapeute.
- Continuer à préparer et à adapater l'accueil : aménagement de la chambre, fauteuil adapté, aides techniques
- Continuer à évaluer les possibilités fonctionnelles et les handicaps pour adapter la prise en soins
- Continuer à entretenir les possibilités fonctionnelles et à organiser leur mise en œuvre effective dans les actes de la vie quotidienne.
- Continuer à mettre en œuvre les compensations aux différentes pertes d'autonomie pouvant être liées à la maladie, à la polypathologie ou au handicap
- Continuer à rééduquer pour réduire au minimum inévitable les conséquences des maladies, du traumatisme et du vieillissement

III.3.1 La toilette

➤ Favoriser l'autonomie pour la toilette.
- Continuer à accompagner la personne dans ses soins d'hygiène en réalisant une toilette évaluative selon la méthode « humanitude ».
- Continuer à solliciter et à stimuler les résidents pouvant assurer seuls une partie des soins d'hygiène (se laver le visage, se brosser les dents, se laver les mains...)
- Continuer à cerner les capacités du résident à participer activement à son soin d'hygiène ou à prévoir un équipement adapté à son handicap

➤ Apporter des soins corporels de qualité
- Continuer à assurer le bien être physique et psychique du résident et à respecter le rythme de vie, l'hygiène, l'intimité et la dignité (« humanitude »)

➤ Respecter l'intimité/la pudeur des personnes.
- Continuer à réaliser une aide aux soins d'hygiène qui repose sur le respect de la pudeur, de la dignité, la recherche du bien-être dans une relation de confiance avec le personnel soignant.
- Continuer à réaliser l'aide à la toilette en maintenant systématiquement la porte fermée, et en ne découvrant le corps que de ce qui est nécessaire.

III.4 Personnalisation de l'accompagnement

III.4.1 Le projet personnalisé

➤ Prendre en compte les besoins et les attentes de chaque résident.
- Continuer la mise en œuvre d'une évaluation (habitudes de vie, goûts, récit de vie, centre d'intérêts) en équipe pluridisciplinaire.
- Continuer à adapter et à personnaliser autant que possible la vie de la personne âgée
- Continuer à repenser les interventions auprès de la personne âgée afin de respecter son identité, son rythme, son besoin de sécurité, de présence de relation, et le cas échéant de soins.
- Continuer la mise en œuvre des compensations aux différentes pertes d'autonomie pouvant être liées à la maladie, à la polypathologie ou au handicap.
- Continuer à construire le projet de vie à partir de réflexions communes des équipes sur l'accueil, le temps et l'organisation du repas (horaires, convivialité,….), la relation avec les personnes désorientées, la récréativité, le partenariat avec les familles, les amis, et les bénévoles, pour permettre une continuité de la vie sociale, le respect des rythmes au quotidien, l'appropriation

des espaces, dans lesquels des repères doivent être conservés comme les objets familiers, photos, meubles…, les soins, le respect de la dignité (le refus de la contention, l'évaluation des pratiques, la lutte contre la douleur, l'accompagnement en fin de vie…)

➢ Garantir le droit à la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet d'accompagnement qui le concerne.

- Continuer à reconnaître et à rechercher la participation du résident
- Continuer à accompagner la personne dans son projet de vie individualisé
- Continuer à évaluer les possibilités fonctionnelles et les handicaps pour adapter la prise en soins.
- Continuer à agir en respectant la volonté, l'intimité, le bien-être, la sécurité de chaque résident en adaptant le soin à chacun.
- Continuer à prendre en compte les aspirations de la personne et lui permettre de jouer un rôle social et de participer à la prise de décision de ce qui la concerne.
- Continuer à tenir compte de la place de la famille et des proches
- Continuer à impliquer tous les acteurs professionnels et la famille, vision globale des besoins et hiérarchisation de ces derniers.
- Continuer à inscrire le projet de vie dans le respect de la charte des personnes âgées, de la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen, de l'article 13 du Traité d'Amsterdam sur la discrimination.

III.4.2 Activités individuelles et collectives

➢ Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes dans le cadre de la vie quotidienne et sociale.

- Continuer à donner du sens à la vie
- Continuer à repérer le cadre indispensable à mettre en place pour proposer une animation permettant à l'individu d'en tirer un bénéfice pour lui-même.
- Continuer à adapter des animations en fonction du vécu, des besoins, du ressenti et du choix de la personne.
- Continuer à recenser les centres d'intérêts du résident.
- Continuer à iIntégrer l'animation au quotidien du résident

➢ S'assurer régulièrement de la satisfaction des résidents sur les activités proposées.

- Continuer à réaliser une enquête annuelle auprès des résidents et de leurs familles afin de mesurer l'indice de satisfaction : enquêtes réalisées depuis l'année 2001.
- Continuer à étudier et à reprendre les différents souhaits émis.
- Continuer à reconnaître, à valoriser et à rechercher la participation du résident, son droit d'expression à travers différentes instances comme le Conseil de la vie sociale d'établissement mais également dans des commissions informelles comme les commission menus.
- Continuer de permettre au résident de s'exprimer sur l'organisation des manifestations récréatives (réunions de concertation animation)

III.4.3 Maintien des liens sociaux

➢ Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social.

- Continuer à améliorer la vie relationnelle, sociale et culturelle, en permettant aux bénéficiaires de :
  - continuer leur rôle social,

- préserver le plus possible leurs capacités physiques et intellectuelles et leur autonomie,
- vivre leurs souhaits,
- poursuivre leurs centres d'intérêt,
- lutter contre l'ennui,
- leur donner l'occasion de s'ouvrir à une joie de vivre.

III.5 Accompagnement de la fin de vie

- Liens avec Angélique : Q97, Q98 (fin de vie, décès), Q111 (soutien du personnel).
- Liens avec questionnaire bientraitance : Q12 (formation des professionnels), Q15 (inscription de l'Ehpad dans le réseau sanitaire et médico-social de la filière gériatrique), Q17 (continuité de la fonction soins), Q18 (accompagnement fin de vie), Q20 (avis CVS sur expression volonté des résidents et respect des personnes).

III.5.1 Accompagnement de la personne

➢ Respecter la volonté de la personne.

- Continuer à assurer l'accompagnement de fin de vie, par une réflexion éthique, multidisciplinaire quant à l'intensité des soins, la définition des objectifs en respectant les souhaits exprimés par la personne de confiance ou le référent familial.
- Continuer à prendre en compte son désir de soins, le cas échéant, de ses directives anticipées (hospitalisation ou non)

➢ Soulager les douleurs physiques et autres symptômes

- Continuer à promouvoir la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des personnes en fin de vie : programme MOBIQUAL, outil d'évaluation, protocoles CLUD, soins diversifiés, formations, appel aux équipes mobiles.
- Continuer à traiter la douleur par :
  - la recherche de diagnostic étiologique
  - une bonne évaluation
  - la prise en compte du facteur émotionnel
  - la mise à disposition de traitements adaptés, formations équipes, formations médecins traitants (morphine, kalinox)
- Poursuivre les appels à intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs lorsque nécessaire afin d'avoir un regard extérieur sur l'offre de soins et une aide lors d'accompagnements de fin de vie particulièrement difficiles, (notamment) sur la gestion de la douleur

➢ Prendre en compte les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles.

- Continuer de proposer aux résidents un soutien psychologique afin de verbaliser une souffrance psychique, en lien avec les processus de deuil, du travail du vieillir, du rapport à la fin de vie et à la mort, ou tout autre élément actuel ou passé.
- Continuer à rester attentif aux demandes du résident et à ses désirs et veiller à limiter autant que possible sa souffrance en l'évaluant et en apportant l'aide nécessaire tant médicamenteuse que psychologique.

III.5.2 Soutien des proches et des professionnels

➢ Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la fin de vie de leur parent.

- Continuer à améliorer notre présence pour l'accompagnement en fin de vie
- Continuer à informer la personne de confiance et la famille
- Continuer à faciliter la présence des proches en proposant un logement locatif, un lit d'appoint.
- Continuer à proposer un accompagnement par la psychologue dans les situations de fin de vie, et de deuil

➢ Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement.

- Continuer à maintenir un équilibre entre abandon passif et acharnement, s'appuyer sur IDE, médecin et cadre formés (DUSP), EMSP (convention)
- Continuer à poser les bases d'une réflexion éthique commune quant aux prises de décisions de prise en charge en soins palliatifs
- Continuer à aménager un temps collégial pour information/discussion dans l'équipe
- Continuer à analyser le rapport bénéfices/risques des examens complémentaires : prélèvements sanguins, radios, scanner ou autres
- Continuer à mesurer le rapport bénéfices/risques des traitements médicamenteux
- Continuer à participer au développement d'une démarche palliative dans le cadre du projet médical
- Continuer la diffusion de la charte de lutte contre la douleur
- Continuer à programmer des réunions pluridisciplinaires
- Continuer à augmenter la participation des soignants de l'établissement aux conférences organisées par l'équipe mobile de soins palliatifs
- Continuer à élaborer et à appliquer des protocoles.

B – ELEMENTS DE METHODE

I- Procédure d'évaluation

I-1 Choix d'entrée et temporalité

Le centre hospitalier de Mortagne sur Sèvre et Le Foyer de Vie des Hauts de Sèvre sont sous direction commune.
La direction a sollicité et motivé les équipes pour l'entrée dans cette démarche d'évaluation interne, dès lors que la certification HAS V2007 ait été terminée, c'est-à-dire dès octobre 2009, en s'appuyant sur les excellents résultats de cette V2 : « *Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto- évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce la certification.*
La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité ».
Selon la direction, les personnels de l"EHPAD ayant fait partie des groupes de travail de l'auto-évaluation HAS V2007, il était plus facile d'enchaîner sur cette démarche sans perdre de temps, pour bénéficier des apports du travail déjà réalisé et profiter de la dynamique qui était alors en place.
Lors des réunions annuelles entre unités et direction, en début d'année 2010, la direction a donc rappelé les exigences de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale et fixé l'échéancier quant à l'évaluation interne et externe :

– L'évaluation interne devra être réalisée pour décembre 2011
– L'évaluation externe envisagée début 2012. L'ARS a par ailleurs souhaité que les établissements de Mortagne /Sèvre aient procédé à leur évaluation externe pour fin 2012.

La direction a souhaité commencer par l'évaluation interne du Foyer de Vie (fin 2011)

I-2 Difficultés éventuelles rencontrées

La dynamique sollicitée par la direction n'a pas fonctionné immédiatement.
Les équipes avaient besoin « de souffler » après la certification V2007.
Le référentiel choisi « Angélique » n'étant plus complètement adapté au regard des recommandations de l'ANESM, et l'apport de la certification V2 finalement insuffisante pour ce domaine, cette évaluation interne a été qualifiée de difficile au regard du temps passé.
L'appel à candidatures pour la constitution du groupe s'est fait sur un volontariat « désigné ».
La sous estimation du travail à fournir pour la réalisation de cette auto évaluation par le groupe de travail, l'absence de certains membres aux réunions, la méconnaissance et la complexité des exigences de l'ANESM (nombreuses recommandations à connaître, absence de référentiel type « Angélique ») pour la rédaction du rapport, ont obligé le report de l'échéance à juin 2012, pour l'évaluation interne.

II- Modalités de l'implication des instances délibératives et dirigeantes, des professionnels et des usagers dans la démarche

II-1 Implication de la direction, du comité de pilotage, et du groupe de travail

a) La direction :

La démarche d'évaluation interne a été réalisée à l'initiative de la direction de l'établissement.
L'implication de la direction de l'établissement a garanti la tenue et la qualité de l'évaluation ainsi que ses conditions de réalisation.
La direction et le comité de pilotage ont défini préalablement au lancement de l'évaluation les modalités de mobilisation des professionnels et de leur représentation, par fonction ou par équipe.
A l'issue de la démarche évaluative, la direction s'est saisie des constats transmis par le groupe de travail pour l'élaboration par la esponsqable qualité du plan d'amélioration.
La direction s'est engagée également à le mettre en œuvre et à en assurer le suivi.
A l'échéance définie, la direction transmettra les résultats de cette évaluation aux autorités ayant délivré l'autorisation.

b) Le comité de pilotage :

Le COPIL (COmité de PILotage) constitué lors de la première certification HAS en 2005, toujours actif pour une continuité de la démarche dans le temps, a représenté l'instance politique de la démarche.

Sa composition est transversale au Foyer, EHPAD, USLD pour que sur l'ensemble du site, la qualité soit définie et mise en place de manière identique, considérant que les personnels des 3 entités peuvent être amenésà être mobiles :

- Christian MÖLLER, directeur
- Martine RETAILLEAU, responsable qualité
- Françoise MASSON, faisant fonction de« directrice des soins infirmiers »,
- Marie-Luce BLAIN, cadre de santé EHPAD
- Docteur Françoise NICOLET AKHAVAN, présidente de la CME
- Sonia GEINDREAU, responsable pôle logistique et hôtelier
- Lionel VALE, responsable de sécurité
- Chantal MARQUIS, IDE Foyer
- Maryse RICHARD, cadre de santé USLD/UPAD
- Colette FAUCHARD, cadre de santé Foyer
- Docteur Virginie BOISSON, présidente CLUD
- Fabienne MURZEAU, secrétariat qualité
- Magalie MARIONNEAU, psychologue
- Nathalie UMLIL Pharmacien
- Gonzague DE BISCHOP Kinésithérapeute
- Nathalie RAMPILLON Responsable pôle administratif
- Marylise OLIVIER Aide-soignante USLD
- Amélie METAYER IDE USLD

Son rôle :

► propose la constitution et la composition du groupe de travail « évaluation interne »
► organise et coordonne la démarche d'évaluation interne
► veille à son bon déroulement
► s'assure de son état d'avancement

Ses travaux :

Le comité s'est réuni lors de 4 réunions, le 10 mai 2010, le 3 février 2011, le 29 septembre 2011, le 5 juin 2012,

c) Le groupe de travail :

Sa composition : 11 personnes

- Martine RETAILLEAU, responsable qualité
- Magalie MARIONNEAU, psychologue
- Françoise MASSON, faisant fonction de « directrice des soins infirmiers »
- Marie-Luce BLAIN, cadre de santé EHPAD (Maison de retraite)
- Maryse RICHARD, cadre de santé USLD/Cantou
- Myriam BARRE, infirmière Cantou
- Nelly COGE, infirmière EHPAD
- Béatrice GUIBERT, Responsable animation sociale
- Nadia CLOPEAU, aide médico psychologique
- Bernadette POUPLIN, agent services hospitaliers qualifié
- Patricia SIAUDEAU, aide médio psychologique

Son rôle :

► s'approprier le résumé du guide de l'ANESM « conduite de l'évaluation interne »
► s'approprier les « recommandations de bonnes pratiques professionnelles » de l'ANESM
► s'approprier le référentiel « Angélique »
► procéder à l'évaluation : recueillir les données
► analyser les éléments recueillis et dégager des pistes d'amélioration
► enregistrer les données sur l'outil Angélique

Ses travaux :

Une première réunion du groupe de travail, le 7 septembre 2010, a permis :
– de désigner un « chef de groupe » et un « rédacteur-rapporteur », la responsable qualité assurant la coordination.
– de présenter les documents de travail (recommandations ANESM), l'outil Angélique et le rapport HAS V2007.
– d'établir un cadre de travail commun avec le groupe d'évaluation interne du Foyer de Vie.
– 6 autres réunions : d'une durée moyenne de 2H ont été nécessaires pour le recueil des données, à partir du référentiel Angélique, tout en s'appropriant les recommandations de l'Anesm.
Réunions : 5/10/2010, 9/11/2010
2011 : 25/01/2011
Reprise en 2012 : 16/01/2012, 30/01/2012, 07/03/2012
Invitations de personnes ressources en fonction des thèmes abordés : Médecin coordonnateur, responsable logistique,responsable animation sociale...
Sollicitation et participation des résidents et des familles représentants au CVS

Un sous groupe de 5 personnes s'est constitué en 2012, pour l'élaboration du rapport final :
13 réunions de 1h30 en moyenne, et 2 réunions de 3h30
(15/02-22/02-29/02-09/03-20/03-28/03-11/04-25/04-9/05-3/05-1/06-15/06-06/06-27/06-4/07)

Nombre d'heures de réunions totalisées :
– comité de pilotage : temps de réunion = 1hx3x10 =30h
– groupe de travail: temps de réunion = 110h
– groupe rapport évaluation : temps de réunion = 132h50

Les temps de recherche, de relecture, de rédaction des différents membres du groupe et de la responsable qualité, viennent en plus de ces temps de réunions, et peuvent être estimées à 60h minimum.

En conclusion, le nombre d'heures estimé a minima est de 332,50 heures, soit 0,20 ETP

II-2 Consultations des usagers aux différents étapes de la démarche

- Consultation :

L'avis a été recueilli par le biais des enquêtes de satisfaction du résident et de la famille, ou d'observations précises.
Elles ont fait l'objet de restitution notamment en CVS.

- Concertation :

– **CVS**
Une concertation a été également menée au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS) dans le cadre de l'évaluation.
Lors du conseil de la vie sociale du 14 mars 2011, les grilles Angélique sont remises aux membres, et la synthèse des thèmes déjà travaillés par le groupe, leur est présentée.
Une proposition leur est faite, ainsi qu'à tous les usagers, de participer aux prochaines réunions du groupe, de prendre connaissance des documents et faire remonter leurs observations.
Ainsi lors des dernières réunions du groupe de travail étaient présents certains membre du CVS, et des résidents (7 personnes).

Un point sur l'évaluation interne est désormais systématiquement inscrit à l'ordre du jour des réunions du conseil de la vie sociale.

– **Réunion de concertation :**
Une réunion de concertation a été organisée le mercredi 13 Avril 2011, par la responsable de l'animation sociale, au cours de laquelle la responsable qualité a présenté au groupe de résidents présents ses missions de responsable qualité et a expliqué, avec un support diaporama, ce qu'est l'évaluation interne et externe de l'établissement, avec la législation, les objectifs, les prestations à évaluer et par quels moyens.
Ont assisté à cette rencontre : vingt résidents, trois personnes ayant été consultées individuellement par l'animatrice.
(cf CR de réunion)

II-3 Association des professionnels aux différentes étapes de la démarche

Le comité de pilotage a défini préalablement au lancement de l'évaluation les modalités de mobilisation des professionnels et de leur représentation, par fonction ou par équipe,
L'évaluation a concerné les services soignants, sociaux, et les services généraux (administratifs, logistiques et médico-techniques).
La démarche d'évaluation interne (et externe) a été présentée par la direction et la responsable qualité lors des réunions annuelles des unités de vie, en janvier 2010, avec un rappel en janvier 2011.
Ponctuellement, l'avancement des travaux des groupes de travail est diffusé sur le bulletin infos mensuel de l'établissement, et lors des différentes instances, un état des lieux est fait par la responsable qualité.
Un accès pour consultation du référentiel « angélique » sur le logiciel qualité est disponible pour tout professionnel.
Les professionnels « personnes ressources » de l'établissement ont été sollicités, dans le cadre du recueil des données, et conviés lors de certaines réunions du groupe, en fonction des thématiques abordées.

III- Les grandes modalités de la remontée des informations

III-1 Les principaux indicateurs retenus

On peut retrouver au travers de notre démarche, les indicateurs suivants :
- de satisfaction qui mesurent le niveau de qualité telle qu'elle est perçue par le résident et les professionnels : enquête de satisfaction des résidents, des familles, du personnel, l'analyse des fiches de plaintes et de satisfactions, les commissions menus, les groupes de paroles
- de résultat qui mesurent l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé : audit clinique, audit clinique ciblé, enquêtes
- de structure qui mesurent les moyens et les ressources utilisés par l'établissement pour offrir la prestation de soins répondant aux objectifs fixés.
- de processus qui mesurent les activités qui permettent d'atteindre les objectifs

L'établissement a fait partie des 4 premiers établissements et services qui ont expérimenté les indicateurs de l'ANAP.
L'établissement étant rattaché à un établissement sanitaire, les indicateurs relatifs à l'hygiène sont également suivis : consommation antibiotiques, ICALIN, ICASHA, ...

Parmi les indicateurs de suivi recommandés par l'ANESM, l'EHPAD a mis en place :

Libellé indicateur	Situation dans le temps	Résultat	Actions à mettre en place
Taux de contention passive	Juin 2012	11,4 %	Réévaluation du protocole contention prévue fin 2012
Taux évaluation douleur	Juin 2012	82 %	EPP suivies de façon annuelle
Taux de résidents ayant chuté	Année 2011	64 %	Analyse des causes à approfondir , en déduire des actions à mettre en place
Taux de résidents pesés une à 3 fois sur le dernier trimestre	Mars/Avril/Mai 2012	96,5 %	À améliorer
Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués (DARI)	Année 2011	88 %	À améliorer, protocole en cours
Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations		44 %	
*Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations		68 %	- Toilette évaluative, à poursuivre - demandes d'évaluation ergothérapeute pour bilan d'autonomie : à améliorer
Taux de résidents ou , représentants familiaux ou légaux , ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement	Juin 2012	100 %	À poursuivre
Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées	Année 2011	86 %	Maintenir enquête de satisfaction

*<u>*En ce qui concerne le taux de résidents dont la mobilité et la capacité à faire sa toilette a diminué :</u>*
Le taux élevé s'explique par la définition de l'indicateur , en effet il faut prendre en compte les modifications des items de la grille AGIRR depuis l'entrée du résident :
1- De nombreux résidents sont entrés depuis de nombreuses années et leurs états de dépendance augmentent
2- Lors de l'entrée , la grille AGIRR enregistrée correspond à celle inscrite sur le dossier de demande d'admission , il est fréquent qu'elle soit modifiée 3 mois après l'entrée : nouveau lieu de vie et prestations différentes

<u>III-2 Les référentiels éventuellement utilisés</u>

Le travail d'auto évaluation a été principalement conduit à partir du référentiel Angélique, référentiel national « gratuit » et déjà utilisé, pour les conventions tripartites de l'EHPAD.
Le choix de la direction était de ne pas investir dans un autre référentiel, ni de faire appel à un cabinet de consultants, pour des raisons notamment de coût compte tenu d'absence de moyens alloués pour les évaluations internes, et surtout parce que le personnel est compétent, et pour avoir notre propre analyse et non pas celle d'un cabinet extérieur.
L'EHPAD, rattaché au secteur sanitaire par le biais du centre hospitalier St ALexandre, a aussi profité de la certification V2007 HAS, en 2009.(cf supra p.46)
L'évaluation interne a donc été menée avec les moyens et les ressources de l'établissement.

III-3 Les outils complémentaires éventuellement mobilisés

Notre propre gestion documentaire informatisée a été un atout dans cette évaluation, puisque des documents tels que :

- le livret d'accueil du résident
- le livret d'accueil du personnel
- les contrats de séjour
- le projet d'établissement 2009-2013 comprenant les projets de services
- les procédures et protocoles

sont centralisés et à la disposition de tous.

Le PSI (Projet de Soins Individualisé), dossier informatisé, véritable base de données, qui s'enrichit continuellement, a permis la recherche des données comme les pathologies, les caractéristiques de la population accueillie (âge, provenance...)

C – PRESENTATION DES RESULTATS

I- Les principaux constats sont présentées de manière synthétique

I-1 Le niveau de réalisation des objectifs

Le référentiel Angélique a servi de trame de travail pour mener cette auto évaluation, et permis les constats suivants :

THEME 1 – Attentes et satisfaction des résidents et famille

1- Accueil et admission :

L'établissement est organisé pour répondre à toute demande de renseignements, en vue d'une inscription, y compris téléphoniques, à quel que moment que ce soit.
Des documents sont remis à l'inscription, ou à l'entrée du résident :

- un livret d'accueil reprenant les prestations offertes, les tarifs, le règlement de fonctionnement
- un contrat de séjour annexé d'autorisations spécifiques (droit à l'image, personne de confiance...)
- Le site internet en cours d'amélioration, permettra le téléchargement de ces documents

Il est proposé aux résidents et/ou leur famille une visite de l'établissement, accompagnée par le cadre de l'unité.
L'établissement offre aux résidents un cadre de vie agréable, comme le démontre les enquêtes de satisfaction réalisées annuellement et le recueil des fiches de plaintes et satisfaction.
Une commission d'admission, présidée par le médecin coordonnateur se réunit une fois par mois, pour étudier tous les dossiers urgents d'admission, et tous les dossiers pour lesquels il a été décelé des difficultés d'orientation. Elle priorise les demandes.
L'admission se fait selon une procédure systématique et écrite qui prévoit le recueil du consentement de la personne, l'identification d'un référent institutionnel et d'un référent familial, s'il le souhaite.
L'informatisation du dossier patient permet en temps réel un suivi de toutes les données recueillies et un suivi des entrées et sorties.
Les chartes "des droits et libertés de la personne âgée dépendante" et "de la personne accueillie" sont largement diffusées, et leurs principes sont appliqués.

2- Droits et libertés :

Toutes les informations concernant les droits et libertés des résidents sont écrites dans le livret d'accueil, et reprises dans le contrat de séjour.
La procédure formalisée est respectée tout au long du séjour et lors du décès.
Des fiches de plaintes et satisfaction sont à la disposition des résidents et de leur famille, afin de recueillir toutes remarques sur les prestations fournies.
Elles sont analysées et traitées par la direction et les cadres des unités, et présentées et discutées au conseil de la vie sociale, tout comme l'enquête de satisfaction annuelle. Elles sont intégrées dans le rapport CRUQPC transmis annuellement à l'ARS.
D'autres réunions telles que les commissions menus, le club animation, les réunions de concertation animation, et les discussions « famille » avec le psychologue, permettent à tous de s'exprimer et d'échanger.
L'établissement dispose d'un contrat de groupe "responsabilité civile" pour tous les dommages causés à autrui à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement, et pour les meubles appartenant au résident dans son espace privatif, puisqu'il lui est possible de personnaliser sa chambre.
Chaque chambre est équipée pour recevoir la télévision, le téléphone.
Cet espace privatif est aménagé d'un cabinet de toilette (wc, lavabo, douche)
L'établissement est avant tout "un lieu de vie", le principe étant celui de la liberté d'aller et venir.
Le résident peut recevoir ses proches, que ce soit dans sa chambre, ou dans les salons mis à disposition.

Tous les personnels sont sensibilisés au respect de la personne, à son intimité et à la confidentialité.
Le médecin informe le résident de son état de santé et des soins qui lui sont proposés.

3- Restauration :

Lors de l'entretien d'accueil, les habitudes alimentaires du résident sont tracées dans le dossier personnalisé.
Les enquêtes de satisfaction et les commissions menus permettent de prendre en compte les souhaits des résidents et de les satisfaire dans la mesure du possible, les non-goûts sont respectés.
Une diététicienne élabore un plan alimentaire, et l'état nutritionnel de chaque résident fait l'objet d'une attention particulière.
Tous les résidents ont une place réservée dans les salles de restauration qui peut être modifiée en fonction des personnes et de leurs souhaits.
Sur prescription médicale, les résidents peuvent bénéficier d'un régime alimentaire et peuvent être servis en chambre pour raison de santé.

4- Vie sociale :

L'animation est coordonnée par une responsable de l'animation sociale, secondée par une animatrice, et assurée par l'ensemble des équipes et de nombreux bénévoles.
Il existe un projet d'animation intégré au projet d'établissement.
Il privilégie des activités proposées à chaque résident dans le cadre de son projet personnalisé.
Les activités peuvent être individuelles, collectives, inter générationnelles, exceptionnelles.
Pour certaines d'entre elles, peuvent être conviés famille et amis.
Les résidents et/ou leurs représentants sont aussi présents dans les instances.
Une convention de partenariat est établie avec des bénévoles.
Les résidents peuvent bénéficier de prestations de coiffure, d'esthétique proposées par du personnel ou des professionnels extérieurs, un salon est mis à leur disposition.

THEME 2 – Autonomie, accompagnement et soins

1- Maintien de l'autonomie :

L'établissement met tout en œuvre pour faciliter l'accès, le déplacement, la mobilité des personnes :

- accueil en rez de chaussée
- deux ascenseurs dont un avec informations vocales
- chambres avec cabinet de toilette équipé de douche
- salles de bains communes équipées de baignoires adaptées
- abords des bâtiments bitumés
- éclairage de toutes les circulations
- éclairage extérieur du site la nuit
- sièges pliants fixés au mur dans les circulations longues
- barre d'appui
- sols carrelages anti dérapants
- signalétique en couleurs avec des pictogrammes
- nombreux bancs dans le parc pour faciliter le repos au cours des promenades

2- Accompagnement et soins :

Il existe un projet personnalisé pour chaque résident et un plan de soins qui en découle (dossier informatisé PSI), basés sur des évaluations individuelles, et qui prennent en compte ses souhaits et ses besoins.
Des activités sont proposées aux résidents en fonction de leurs besoins et des objectifs définis dans leur projet personnalisé.

Un médecin coordonnateur et des médecins libéraux interviennent au sein de l'établissement.
Le médecin coordonnateur écrit le projet médical dans la continuité du projet d'établissement, fait le lien avec les intervenants extérieurs et l'équipe, par l'intermédiaire de lettres infos, de réunions de groupes de travail, des instances.
Il élabore un rapport annuel d'activités.
Il participe au livret thérapeutique avec le pharmacien.
Il existe des procédures de permanence des soins, de continuité des soins, de circuit du médicament.
L'équipe pluridisciplinaire est encadrée par un cadre de santé faisant fonction de directrice des soins, qui élabore le projet de soins intégré au projet d'établissement.

3- Aide et soins spécifiques :

Des procédures permettent de veiller à des soins spécifiques tels que :

- la dénutrition
- l'hydratation
- la continence
- la prévention des chutes
- prévention de la douleur
- prévention d'escarres
- la contention
- la maltraitance

Un suivi psychiatrique et neurologique peut être mis en place en cas de besoin.
La présence d'une psychologue au sein de l'établissement permet d'assurer les suivis psychologiques
Le projet personnalisé intègre ces notions de soins spécifiques.
En cas de nécessité, des évaluations gériatriques sont assurées par le médecin gériatre et coordonnateur de l'établissement.
Il est possible de proposer aux résidents souffrant de troubles cognitifs, un accueil adapté.
Un accompagnement est mis en place lors des situations de fin de vie, tant auprès du résident que pour l'accompagnement de la famille et des équipes.

4- L'hôtellerie :

Toutes les chambres sont individuelles.

La méthode "HACCP" est mise en place sur la chaîne alimentaire et réévaluée à chaque visite des services vétérinaires.

Une procédure du même type "RABC" est mise en place sur la chaîne du linge.
Le linge personnel des résidents est traité à l'intérieur de l'établissement, et les enquêtes de satisfaction permettent de réajuster si des insatisfactions sont signalées.

Des procédures existent pour :

- l'entretien et l'hygiène des locaux,
- la chaîne de traitement des déchets.

Un organigramme fonctionnel et des fiches de postes adaptées à chaque fonction permettent à l'établissement d'assurer les missions qui lui sont confiées.

L'établissement accueille des stagiaires suivant un protocole formalisé et les contrats aidés sont pris en charge et évalués régulièrement par le cadre de l'unité.

Un plan de formation est élaboré suivant les demandes individuelles et les orientations stratégiques de l'établissement.
Des formations restent obligatoires et/ou par catégories professionnelles :

- gestes de survie
- hygiène
- bientraitance
- sécurité incendie

Les professionnels peuvent faire appel, suivant leurs besoins, à la psychologue de l'établissement.
Leur avis sur l'amélioration de la vie quotidienne des résidents est sollicité lors des transmissions et/ou en réunions d'équipes, l'élaboration des projets personnalisés, au conseil de la vie sociale.

Des échanges avec le foyer de vie, des rencontres avec d'autres établissements EHPAD dans le cadre du GCS, et des formations sont organisés.
Des réflexions sur les pratiques professionnelles entre établissements peuvent permettre l'élaboration de procédures communes.

THEME 3 – L'établissement et son environnement

1- Ouverture sur l'extérieur :

L'établissement est ouvert sur l'extérieur, tant sur la prise en charge des soins, que sur les activités ou les sorties (associations, bénévoles...) :
Il existe des conventions avec d'autres établissements de santé, particulièrement le centre hospitalier de Cholet, et une collaboration avec le Foyer de vie de Mortagne-Sur-Sèvre
L'établissement fait partie du réseau gérontologique mauges bocage choletais, l'HAD, le réseau CRIQUE-S
Il propose 2 places en hébergement temporaire.

2- Sécurité et maintenance :

L'établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité et d'accessibilité.
Le personnel est sensibilisé aux consignes de sécurité notamment incendie, par un rappel dans le livret d'accueil et des formations régulières.
Des simulations sont organisées en partenariat avec le centre de secours.
Des protocoles d'hygiène sont connus et appliqués par l'ensemble des personnels.
Tous les locaux contenant des produits dangereux ou les locaux techniques sont signalés et sécurisés.
Il existe un circuit de bons de travaux qui permet une réponse rapide aux réparations quotidiennes.
Le document unique réactualisé annuellement par le CHSCT permet l'identification et la prévention des risques.
Un système d'appel pour les résidents, à partir des chambres, salles de bains, cabinets de toilette, est reporté sur le téléphone des agents des unités, et leur garantit une réponse rapide.

3- Projet institutionnel :

Le projet d'établissement est formalisé, il comprend un projet de vie et de soins, et des projets de service.
Il est ré actualisé tous les 4 ans.
Il prend en compte les souhaits et les besoins des résidents ou de leur famille, dans le cadre de l'accompagnement individuel et social.
Dans la mesure du possible des améliorations peuvent être proposées suite aux résultats des enquêtes de satisfaction et à l'analyse des fiches de plaintes et satisfactions.
L'organisation et le fonctionnement en petites unités de vie, la mise à disposition de chambres individuelles et de salles d'activités sont conformes au projet de vie.
Le projet personnalisé est élaboré avec le résident s'il est en mesure de le faire et s'il le souhaite.

I-2 Le niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles et les effets constatés pour les usagers

■ L'établissement a su s'approprier et appliquer au quotidien dans ses pratiques, avant la parution de ces écrits, les recommandations de l'ANESM et de la HAS, en ce qui concerne
1-« la bientraitance et la prévention de la maltraitance »,
2-« les attentes de la personne et le projet personnalisé »,
3-« la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »,
4-« L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social », et « la liberté d'aller et venir »,
5- la qualité de vie : « de l'accueil de la personne à son accompagnement »,
6- la qualité de vie : « l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne »,
7- la qualité de vie : « la vie sociale des résidents ».

Cette prise en compte se retrouve au travers des résultats du référentiel angélique, et est développée dans tout le rapport.
L'adéquation entre les recommandations de l'ANESM et nos pratiques professionnelles se retrouve, aussi, dans les différents points traités tout au long du présent rapport.

1-La Bientraitance et prévention de la maltraitance (décembre 2008)

- Formations annuelles pour les professionnels

Chaque année depuis 2008, une formation obligatoire destinée à l'ensemble du personnel sur le thème de la bientraitance est proposée en interne.

Les 29 janvier et 8 février 2008, la formation a traité de la maltraitance, dans ses définitions, ses facteurs de risque, et une approche de la bientraitance, afin de développer la prévention de la maltraitance. Cette formation, animée par le directeur et la psychologue, répondait donc aux recommandations de l'ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008) », concernant les points suivants :
- Développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance ;
- Mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance ;
- Organiser un traitement systématique des faits de maltraitance : le directeur a été amené à faire un signalement à l'ARS et au Procureur, suite à un acte de maltraitance (brutalité) d'un IDE sur un résident.

En 2009, la formation annuelle s'est directement appuyée sur les recommandations de l'ANESM « la Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (juin 2008). Le contenu de la formation a traité de la bientraitance en référence à la loi, aux concepts entourant la bientraitance développés dans la recommandation de l'ANESM, de la définition de la bientraitance, des liens entre bientraitance et éthique…

Nos pratiques quotidiennes sont en étroite relation avec les recommandations de l'ANESM, notamment concernant les 4 repères suivants :
- Repère 1 : L'usager co-auteur de son parcours ;
- Repère 2 : La qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- Repère 3 : L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes ;
- Repère 4 : Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

- Les livrets d'accueil et contrats de séjour
Des informations sur les droits des personnes accueillies, notamment sur la prévention de la violence et de la maltraitance, la protection, la sécurité, le respect, sont données sur le livret d'accueil et le contrat de séjour.

Les effets de cette adéquation sont constatés pour les usagers, notamment au travers des enquêtes de satisfaction, au cours de laquelle les résidents verbalisent un bien être à vivre en EHPAD. La philosophie d'accompagnement adoptée par les personnels au sein de l'établissement est développée dans le projet d'établissement et la question de la prévention de la maltraitance est clairement signifiée dans les livrets d'accueil du personnel et du stagiaire.

2-Attentes de la personne et projet personnalisé

Le projet personnalisé est formalisé par un protocole depuis 2010. Dans la première version du protocole, le projet personnalisé comprenait le programme de soins, les habitudes de vie, les souhaits éventuels, et projets individualisés élaborés en partenariat avec la responsable animation. De plus, une rencontre avec la famille et/ou le résident permettait une évaluation complète des besoins du résident, à partir d'un outil (RAI) « Resident Assesment Instrumen »t. En raison de la difficulté de gestion du temps pour cette élaboration, nous avons souhaité redéfinir les priorités du projet personnalisé, en tentant compte de la réalité des disponibilités du personnel infirmier, dont le rôle était la rédaction du projet personnalisé.
Ainsi, la réactualisation du protocole du projet personnalisé, en mars 2012, a été formalisée par une action d'amélioration et a permis de mettre en application les recommandations de l'ANESM « Attentes de la personne et projet personnalisé » (décembre 2008).

Ce qui était déjà réalisé avant 2012, pour partie depuis 2006 :
- Le projet personnalisé tient compte des habitudes de vie, des besoins et désirs du résident ;
- Le projet personnalisé complète le projet de soins et d'animation
- Le projet personnalisé est validé par l'équipe pluridisciplinaire (IDE, AMP, AS, psychologue, cadre de santé, kinésithérapeute…) ;
- Le projet personnalisé est élaboré en collaboration avec le résident et/ou la famille.
- Le projet personnalisé est évalué régulièrement .

Les modifications en lien aux recommandations de l'ANESM :
- Le projet personnalisé actualisé chaque année, est transmis au résident, au référent familial, et/ou au mandataire judiciaire, pour signature, et est joint au contrat de séjour ;
- L'entretien préalable au projet personnalisé est systématisé, pour les personnes qui le peuvent et/ou le souhaitent ;
- Le projet personnalisé est centré sur les souhaits de la personne ;
- Le projet d'établissement fait référence à l'importance du projet personnalisé, dans l'accompagnement des résidents ;
- Le protocole « projet personnalisé » précise les modalités d'élaboration et d'actualisation de ce projet personnalisé.

L'application de cette recommandation nous permet d'observer les effets suivants pour les usagers :
–Le résident est pleinement acteur de son projet personnalisé ;
–La notion de « souhait » est plus adaptée au ressenti des résidents et des familles, et permet une meilleure implication (en comparaison au terme de « Divers ») ;
–Pour les personnes qui ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas participer à l'élaboration du projet personnalisé, le personnel met en place une observation fine des comportements, des discours, qui permet d'adapter au mieux l'accompagnement individualisé aux besoins des résidents.
–Suivi de l'indicateur recommandé par l'ANESM : 100 %

3- Vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement

L'accueil et l'accompagnement des résidents au sein de l'EHPAD répondent aux recommandations de l'ANESM : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (septembre 2009).
L'intimité, la vie privée et la personnalisation sont respectées et privilégiées, et ce, dès l'accueil.
Les réalités de la vie en collectivité sont prises en compte par le personnel, dans l'accompagnement du résident, au travers de la gestion du quotidien (temps de repas, participation si possible aux tâches ménagères par exemple), et la proposition d'activités collectives et individuelles.
La personnalisation de l'accompagnement et la dimension collective de l'accueil sont également abordées dans le projet personnalisé.
Le cadre de la vie collective fait l'objet d'une réflexion et est précisé dans le projet d'établissement et les projets de services. Il est également abordé avec les résidents lors des réunions de concertation animation, les commissions menu, le Conseil de la Vie Sociale et les enquêtes de satisfaction notamment.
Les travaux d'agrandissement et de rénovation, réalisés en 2003 permettent de mieux concilier la personnalisation (chambre individuelle) et la dimension collective (petites unités dans des locaux spacieux et adaptés).

Les effets de cette recommandation pour les usagers, sont évalués sur la question du respect de la dignité et de l'intimité :

- par l'enquête de satisfaction : 100 % des résidents satisfaits
- lors de l'entretien préalable à l'élaboration du projet personnalisé

4-L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social/ La liberté d'aller et venir

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE
Une commission d'admission mensuelle étudie les dossiers en tenant compte des mêmes procédures pour toutes personnes accueillies. Un dossier unique et commun au réseau Mauges-Bocage-Choletais est utilisé sans distinction vis à vis des pathologies. L'orientation dans les différentes unités d'accueil est alors définie. En fonction des capacités restantes et des troubles du comportement, l'UPAD ou le PASA sont alors proposés.
Le directeur décide de l'admission en tenant compte de l'avis du médecin coordonnateur et l'accord de la personne.

-L'accueil en EHPAD
Avant l'entrée du résident, une visite de l'établissement et un entretien sont proposés au résident et/ou à ses proches par le cadre de santé. Il peut être alors abordé le choix de certaines procédures ou fonctionnements de l'unité au regard des besoins des résidents accueillis (lits bas, matelas au sol, objets divers à la portée des résidents...)
L'accueil de jour peut permettre une prise de contact progressive avant une entrée définitive.
Lorsqu'une place est disponible en UPAD, un hébergement temporaire peut être proposé à un résident de l'accueil de jour.

- L'accueil en unité dédiée : unité spécifique, PASA
Sont accueillis dans ces unités des personnes présentant une pathologie démentielle de type Alzheimer ou apparentée, modérée avec capacités restantes pour le PASA, et réduites pour l'UPAD.le diagnostic de maladie Alzheimer ou apparentée est posé et confirmé par un médecin spécialisé. Pour une orientation PASA, une évaluation des troubles du comportement est réalisée avec la grille NPI-ES pour un score compris entre 2 et 4 à au moins un des items de l'échelle.
L'admission en UPAD concerne les personnes dont le niveau de dépendance correspond au GIR 1 ou 2. Le consentement de la personne est recherché, ainsi que celui des proches.
Selon l'évolution de la pathologie, une réorientation peut être proposée vers une unité de soins adaptée. Cette mesure est déclinée dans le contrat de séjour.

-La co-construction du projet personnalisé : des réponses personnalisées, adaptées et évolutives
L'accompagnement de chaque résident s'articule autour de son projet personnalisé. Il est réalisé par les référentes (IDE/AS) en collaboration avec les différents professionnels (médecins, psychologues, ergothérapeutes, responsable animation...). L'expression et la participation du résident sont recherchées ainsi que l'association de sa famille ou ses proches.

Ce projet est réalisé dans les trois mois après son admission, réactualisé au regard de nouvelles informations et réévalué annuellement. (indicateurs de réalisation et de révision)
Dans la mesure du possible, une évaluation gériatrique standardisée est réalisée par le médecin coordonnateur, en amont du projet personnalisé.
Il est tenu compte, des habitudes de vie, du rythme, de la vie quotidienne, sociale et citoyenne et des soins.

-L'accompagnement au quotidien

Les rythmes
L'organisation de l'unité de vie tient compte du rythme des résidents. L'équilibre entre le rythme collectif et le rythme individuel est recherché lors des repas, lever, coucher, sieste, activités.
Les rythmes individuels sont repérés pour chaque résident au regard de leurs habitudes de vie et dans l'observation du quotidien. Ils sont retranscrits dans le plan de soin.

La toilette
L'équipe soignante tente de créer une atmosphère sereine et sécurisante pendant le temps de la toilette. La méthode « humanitude » sert de support pour créer un moment privilégié de relation et d'échange (l'ensemble du personnel y est formé). Chaque agent est attentif aux éléments pouvant déclencher ou majorer les troubles psychologiques ou comportementaux.
La réalisation d'une toilette évaluative régulière permet de repérer les capacités restantes et promouvoir le maintien de l'autonomie et la liberté des choix (choix des vêtements, bain ou douche, heure du soin) et permet la recherche de « clés » d'accompagnement.
Une vigilance est portée sur des douleurs éventuelles lors de la toilette, une évaluation est réalisée si nécessaire.
L'équipe soignante est attentive à la prévention et au maintien de la continence, des évaluations sont réalisées si nécessaire, l'accompagnement aux toilettes est privilégié.

Alimentation et repas
L'évaluation gériatrique standardisée pointe le risque de dénutrition, et prend en compte la courbe de poids, l'IMC et l'état bucco-dentaire. Une attention particulière est portée à ce risque, prégnant dans ce type de maladie. La surveillance du poids est réalisée une fois par mois ou plus selon prescription médicale.
A l'entrée du résident, le recueil de données nous renseigne sur les habitudes alimentaires de la personnes et ses goûts et dégoûts. Ces informations sont prises en compte dans le logiciel repas.
L'état bucco-dentaire et les risques de déglutition sont évalués et vont déterminer la texture de l'alimentation.
Lors des repas, une attention particulière note si les apports sont suffisants (restes), respecte les modalités individuelles de la prise des aliments (finger-food).
Des conditions optimales sont recherchées pour favoriser une ambiance calme et conviviale (petit nombre, choix des voisins de table).
Une présentation à l'assiette permet un visuel agréable.
Une diététicienne assure un suivi régulier des apports et prescrit si besoin des compléments alimentaires en cas de dénutrition modérée. Le médecin prescrit quant à lui les compléments nutritionnels en cas de dénutrition sévère.
En cas de troubles de la préhension, l'ergothérapeute propose des aides adaptées. L'orthophoniste peut intervenir lors de troubles de la déglutition.
Un questionnement éthique pluridisciplinaire aide à la prise de décision en cas de recours à toute technique invasive alimentaire.

Entretien de la mobilité physique
La présence de professionnels spécialisés : ergothérapeute (atelier gym douce), kinésithérapeute permet de répondre au résident nécessitant des aides spécifiques.
Au quotidien, l'équipe soignante porte attention à l'aide à la marche, et à l'autonomie fonctionnelle. Des promenades, sorties à l'extérieur sont proposées pour favoriser la marche.

La nuit
Le rythme de sommeil et les habitudes de vie du résident sont pris en compte dans son accompagnement.
La présence d'un agent de nuit permet d'assurer la sécurité des personnes, la surveillance des circulations et la réassurance.
Les heures de changes des personnes incontinentes font l'objet de réflexion quant au respect de la qualité du sommeil. La capacité d'absorption des protections est adaptée à chaque résident.
Dans le cas où des résidents déambulent la nuit, ou refusent le coucher dans leur chambre, il peut être utilisé l'espace de l'accueil de jour ou le hall d'entrée doté de fauteuils confortables. Les lumières sont alors allumées dans ces lieux pour éviter la déambulation dans les chambres voisines ;
Pour prévenir les risques de chutes, des moyens peuvent être mis en place après réflexion pluridisciplinaire (matelas au sol, matelas alarme, portes sous alarme, lit bas). Toute décision est expliquée au résident et à sa famille. Toute contention utilisée l'est sur prescription médicale et soumise à une évaluation programmée.

LA VIE SOCIALE ET CITOYENNE

-La liberté d'aller et venir
Tout au long du séjour, l'accompagnement est guidé par les besoins et les souhaits de la personne
L'établissement offre une architecture facilitant les allées et venues, y compris pour les personnes à mobilité réduite (chambre et espaces de vie spacieux, accès facile pour les fauteuils roulants, ascenseur à informations vocales…).
L'implantation de l'établissement au cœur de la cité facilite également les déplacements des résidents dans la ville, pour des promenades, des achats personnels, accompagnés d'un personnel… Des véhicules adaptés au handicap sont disponibles pour accompagner les résidents.
Les départs en week-end, vacances, sont possibles pour les résidents, dans leur famille, chez des amis, avec des organismes ou des associations…
Dans notre accompagnement, il s'agit de concilier pour chaque personne deux principes : respecter la liberté et assurer la sécurité.
Ainsi, si des limitations de la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même ou autrui sont nécessaires, elles sont précisées et connues de la personne ou ses proches.
Un protocole contention précise les modalités de la contention dont pourrait nécessiter un résident. La contention physique ou chimique fait l'objet d'une prescription médicale et est réévaluée périodiquement.
Pour chaque personne accueillie, le développement ou la préservation de sa liberté d'aller et venir et de ses corollaires (dignité, intimité) sont précisés dans le projet personnalisé.
Une attention particulière vise à réduire l'un ou l'autre mode de contention lorsque contention chimique et physique sont prescrites ensemble.
La recommandation nous dit que la notion de liberté d'aller et venir pour une personne accueillie dans un établissement sanitaire et médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements, mais aussi comme le droit de prendre ses décisions elle-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a choisi.
Une réflexion éthique est menée par l'équipe lorsqu'un résident présente des risques, il s'agit alors de définir un bon équilibre entre liberté de circuler et sécurité. Tuteur et famille sont informés systématiquement des risques encourus, des entretiens comprenant soignants, médecin coordonnateur, encadrement, résident et proches sont régulièrement réalisés en cas de problématique.

L'unité accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées est munie d'une porte à digicode permettant la déambulation libre et en toute sécurité au sein d'un espace clos.
L'accès libre à des patios clos et sécurisés, permet aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou démences apparentées, la déambulation en toute sécurité.

-La participation des personnes
Au sein des unités, la participation à la vie collective est encouragée, pour les personnes pour qui cela est un moyen d'entretenir, valoriser leurs capacités, continuer à faire des choix, prendre du plaisir : jardinage, mise du couvert, vaisselle...
Ces activités sont proposées sans forcer la personne, il est tenu compte de ses désirs ou de ses refus.

Lorsque la vulnérabilité d'un résident pose question par rapport à sa protection, une demande de protection juridique peut être initiée par les proches.

LES INTERVENTIONS A VISEE THERAPEUTIQUE

La présence d'ergothérapeutes permet la mise en place d'activités collectives « gym douce » qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, des fonctions cognitives et sensorielles. Cette activité est adaptée aux volontés exprimées et aux capacités de la personne.
PASA :
Un planning d'activités à visée thérapeutique a pour objectif de stimuler les capacités restantes des résidents appartenant à la file active du PASA. Un bilan modulaire d'ergothérapie est réalisé pour chaque résident, de façon à proposer une activité adaptée.
Sont pratiquées au sein du PASA des activités cognitives, physiques, sensorielles, du quotidien , de loisirs, sociales, d'expression et de communication. Pour chaque activité sont définis des objectifs et un mode d'évaluation.

LES PROCHES

Les proches, acteurs de l'accompagnement.
La famille et les proches occupent une place importante dans la vie du résident et la vie de l'unité. Ils sont associés à l'élaboration du projet personnalisé, ils participent à certaines activités, sorties, jeux, pause-café, selon leurs souhaits. Quelle que soit l'attitude des proches en souffrance dans l'accompagnement de leur parent, l'équipe veille à respecter les personnes sans jugement. L'équipe porte attention à la place que tient la famille dans l'accompagnement au quotidien du résident et au maintien du lien social et affectif.
Les visites des amis et des proches sont facilitées et encouragées, il n'y a pas de limite aux heures de visite.

Les aidants et les proches bénéficiaires d'un soutien actif
Face à la maladie et les troubles qu'elle occasionne, les aidants et les proches peuvent être amenés à bénéficier d'un soutien psychologique. La présence de psychologues permet différent moyens :
-groupe de paroles
-entretiens individuels
Le rôle du soignant référent concourt à une relation de confiance et de soutien.

Les aidants acteurs de la vie institutionnelle
Les aidants et proches sont acteurs de la vie institutionnelle à travers le conseil de vie sociale.

UN CADRE DE VIE CHALEUREUX ET PROTECTEUR

La présentation des unités de l'**U.P.A.D.** est déclinée au début du rapport dans le chapitre 2 U.P.A.D.

L'espace PASA
Situé au niveau du premier étage de l'EHPAD, le PASA s'ouvre sur un hall, sans couloir, ce qui favorise l'invitation à l'entrée dans cet espace .

Des espaces de convivialité et de vie sociale
Le PASA dispose d'un espace repas avec coin office, d'un espace salon Deux pièces complètent cet ensemble qui permet l'organisation d'activités soit individuelles, soit collectives.
La présence de grandes baies vitrées permet de voir la vie extérieure (circulation, route, piétons, passage d'écoliers et de collégiens dû à la proximité d'établissements scolaires, entrée de l'établissement, jardins) et apporte une grande luminosité pouvant influer sur le bien-être des résidents.
Un groupe de soignants volontaires « décoration » est constitué , animé par la psychologue, il propose des idées d'aménagement, de couleurs et de décoration donnant du sens pour les résident
- les espaces extérieurs
Étant situé au premier étage, le PASA a un accès direct sur un espace jardin par un ascenseur et un escalier proches, accès simple et connu des résidents. Le parc de l'établissement est jalonné par de nombreux bancs de repos , quelques animaux dans un enclos attirent les promeneurs de tous âges.
Le jardin offre des parterres fleuris où les résidents peuvent cueillir des fleurs pour eux mêmes ou dans le cadre d'une activité, des jardinières suspendues permettent de proposer des activités de jardinage adaptées ou thérapeutiques.

5-Qualité de vie en Ehpad (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement

- Informer le grand public
L'établissement utilise de nombreux moyens de communication : Site internet , tableaux d'affichage , plaquette de présentation livret d'accueil, journée « portes ouvertes » annuelle, articles dans la presse locale (animations, projets …)

- Améliorer la perception de l'EHPAD
Une attention est portée lors de parutions d'articles dans la presse locale afin d'apporter des rectificatifs si les mots utilisés ne correspondent pas à ceux usitée en interne , ou si les propos portent à confusion.
La journée « portes ouvertes » annuelle permet aux directeur de faire visiter tous les locaux et répondre aux questions en direct.
Des bénévoles participent aux activités.
Lors des temps de transmission, les psychologues et les cadres sont attentifs aux termes employés par les professionnels et sont sujets d'échange dans un cadre de réflexion d'éthique.

- Participer à la vie de la cité
La situation de l'établissement au centre de la ville permet aux résidents de garder des liens sociaux : marché le mardi matin, courses au magasin à proximité, salons de coiffures…
Des activités sont menés avec différents partenaires de la ville : écoles de musique, écoles …
Possibilité pour certaines personnes âgées de la ville de prendre leurs repas dans l'établissement.
Le parc est ouvert (il est régulièrement traversé par les enfants ou les jeunes pour accéder aux établissements scolaires) et peut être un lieu de promenade.
La chapelle de l'établissement est ouverte et des temps de prière ou de messes sont prévus régulièrement.
Une salle d'exposition est mise à la disposition d'artistes ou d'associations locales.

- Inscrire l'EHPAD dans le paysage partenarial
Le partenariat est clairement énoncé dans le projet d'établissement sous forme de complémentarité: partenariat sur le site avec le foyer d'accueil pour personnes handicapées, conventions avec le centre hospitalier de Cholet : Astreintes médicales, équipe mobile soins palliatifs, UMIGP, CLIN.
Dans le cadre du GCS élargi aux structures médico sociales L'établissement est adhérent du CLIC du Haut Bocage. L'établissement est invité à participer à des réunions pluridisciplinaires avec les services à domicile (soit pour un résident en attente de place disponible, soit pour une personne de l'accueil de jour).
Depuis plusieurs années un dossier d'inscription commun a été élaboré dans un groupe de travail dans le cadre du GCS.

- Informer les personnes âgées/familles qui font une demande d'entrée dans l'établissement
Lors d'une demande, le résident et/ou sa famille sont invités à visiter l'établissement en compagnie d'un cadre de santé de l'institution. Leur consentement est recherché .
Un livret d'accueil est remis avec le dossier d'inscription, livret dans lequel le résident ou sa famille peut trouver toutes les informations nécessaires : accompagnement du quotidien, offre en soins médicaux et para médicaux, activités proposées, fonctionnement administratif, aspects financiers, personnes ressources de l'établissement dans les différents domaines et numéros de téléphone pour les joindre si besoin.

- Établir des relations spécifiques avec les personnes âgées concernées.
La rencontre avec la personne âgée concernée est toujours recherchée, lors de l'entretien d'accueil, il lui est demandée si elle a nommé une personne de confiance en lui fournissant les explications adéquates. Lorsque l'entretien n'est pas possible, une rencontre avec soit la famille, soit le représentant légal, soit un membre du service social concerné est organisée.

- Établir des relations spécifiques avec les proches qui accompagnent la personne âgée
Lors de la rencontre avec les proches, il est précisé la présence d'une psychologue qui peut les aider dans la prise de décision ou après si besoin.
Des groupes de parole sont également organisés par les psychologues auprès des familles ou proches.

- Faciliter le dialogue entre la personne concernée et ses proches
Il est quelques fois nécessaire d'avoir un rôle de médiateur entre la personne et ses proches, la psychologue peut être interpellée dans des situations complexes.

- Simplifier le dossier de demande d'entrée
Le dossier de demande d'entrée utilisé jusqu'à présent a été élaboré par un groupe de travail dans le cadre du GCS.
Il doit être remplacé par le dossier unique d'inscription proposé par la nouvelle réglementation.

- Croiser les regards pour la décision d'admission
La décision d'admission est faite par le directeur après avis du médecin coordonnateur, du cadre de l'unité mais également de tous les intervenants auprès de la personne si nécessaire

- Mettre à profit la période entre la décision d'admission et l'entrée
Il est demandé à la personne ou à ses proches d'actualiser la demande régulièrement (3 mois,6mois/1an pour les demandes par précaution). Le secrétariat d'accueil s'en charge lorsque cela n'est pas fait.

Le livret d'accueil remis permet à la personne ou à ses proches de prendre connaissance avec l'établissement et tous les services proposés, une liste approximative de vêtements conseillés est fournie pour aider à préparer l'entrée et de prévoir le marquage du linge.

- Informer précisément sur les droits des usagers
Le livret d'accueil est remis dés l'inscription, celui ci informe sur les droits de la personne, les chartes, les instances, l'accompagnement proposé, les personnes ressources...

- Préparer l'arrivée
Le dossier est mis dans le service quelques jours avant l'entrée afin que toute l'équipe en prenne connaissance et prévoit le nécessaire en terme d'organisation, de matériel...
Un mot de bienvenue du directeur accompagne un bouquet de fleurs mis dans la chambre.
L'heure d'entrée est prévue selon les souhaits de la personne.

- Permettre à la personne de prendre rapidement des repères
Lors de l'arrivée, l'accueil se fait par le référent (s'il est absent ce jour, le relais est pris par un collègue), l'unité de vie et son fonctionnement sont présentés, les différents professionnels viennent se présenter tout en veillant à ne pas envahir l'espace de la personne lors de son entrée (des présentations, explications, visites peuvent se faire les jours suivants).

- Être vigilant les premières semaines
Prendre le temps de compléter le recueil des habitudes de vie et des données en respectant le rythme de la personne afin de préparer la rencontre initiale à l'élaboration du projet personnalisé.

- Associer et soutenir les proches pendant cette phase
L'accueil des proches se fait sur le même modèle, à savoir : présentation du référent, présentation de l'unité de vie, du projet personnalisé.
Prévoir l'installation de la ligne téléphonique et communiquer le n° de téléphone si souhait de la personne.

En ce qui concerne les recommandations / élaboration du projet personnalisé, celles-ci sont détaillées dans le chapitre / recommandations spécifiques au projet personnalisé.

Écarts avec la recommandation et / ou améliorations possibles :
- Des rencontres : échanges , formations...plus fréquentes avec le service à domicile
- Possibilité de visite à domicile de la personne pour prise de contact avec elle et /ou ses proches

6. Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne

- Favoriser l'appropriation par la personne de son nouveau lieu de résidence
- Le résident est accueilli dans la chambre disponible à son arrivée, mais il est possible de tenir compte d'une demande de changement de chambre.
- Le résident et/ou ses proches sont impliqués dans l'aménagement du logement. Le livret d'accueil précise la possibilité, et invite à aménager le logement avec des meubles et des objets personnels.
- Les logements sont adaptés aux difficultés des résidents, et une ergothérapeute peut être sollicitée pour tout aménagement spécifique.
- Nous respectons le temps nécessaire à la personne pour s'approprier son nouveau lieu de résidence.

- Respecter les habitudes de vie personnelles
- Les habitudes de vie sont recueillies et prises en compte dans le cadre du projet personnalisé.
- Les aides pour les actes de la vie quotidienne sont organisées autant que faire se peut, en tenant compte des habitudes antérieures.
- Le recueil des souhaits par la responsable animation, et lors de l'élaboration du projet personnalisé, permettent de faire émerger les attentes en matière d'activités personnelles, de gestion et usage d'objets de valeur, et mettre à disposition les moyens de leur réalisation.

- Respecter l'intimité
- Chaque chambre peut être fermée à clé par le résident en capacité de gérer sa clé.
- L'espace privé est respecté, les professionnels sont régulièrement formés et évalués sur le respect du droit à l'intimité, ainsi que sur le droit à la confidentialité de la correspondance orale et écrite.

- Reconnaître la vie affective et intime des résidents
- L'accès de l'établissement aux familles et proches est possible y compris le soir ou la nuit.
- Les résidents peuvent recevoir des personnes dans son logement.
- Des chambres plus spacieuses permettent l'accueil de couples.
- Les situations particulières concernant la vie affective et intime des résidents fait l'objet de réflexion pluridisciplinaire, à laquelle peuvent être intégrées les familles si besoin.

- Faciliter les conditions de pratique de la vie spirituelle
- La liberté de culte est garantie, il est proposé de faire appel au représentant du culte de son choix. Les rites et coutumes religieux sont respectés (chapelle à disposition, régime alimentaire…).

- Prendre en compte l'équilibre nécessaire entre obligations de sécurité et respect de la liberté des résidents
- La liberté d'aller et venir des personnes désorientées est respectée et sécurisée dans l'espace U.P.A.D. Pour les personnes accueillies dans les autres services, chaque situation particulière est évaluée en équipe pluridisciplinaire et avec la famille et/ou le représentant légal.
- Des visites régulières, par le personnel, dans les logements, de jour comme de nuit permettent de prévenir les situations de risques de chutes et/ou malaises dans le logement.
- L'accès des locaux réservés aux professionnels est sécurisé par des portes à code.

- Mettre en place une organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette
- Les habitudes antérieures, concernant le lever, le petit déjeuner et la toilette, sont prises en compte dans l'organisation du travail, et sont mentionnées dans le projet personnalisé.

- Mettre en place une organisation individualisée du coucher et de la nuit
- Le rythme de sommeil, les habitudes antérieures de vie la nuit sont prises en compte. Une tisane peut être servie pour favoriser le sommeil.

- Faciliter la transition entre espace privé et espaces collectifs
- Chaque chambre est matérialisée par un numéro de porte, le nom et une image si la personne le souhaite.
- Des petits salons dans chaque unité favorisent la rencontre, la détente, la pause-café, etc.
- Les informations concernant les animations, le culte, la vie institutionnelle… sont diffusées dans les lieux de circulation, sur des tableaux spécifiques à destination des résidents et de leurs proches.
- Les ascenseurs sont à informaions vocales.
- Les déplacements sont sécurisés par des revêtements adaptés, des mains courantes et sièges pliants répartis judicieusement pour le repos
- Les nuisances sonores sont limitées.

- Aménager les espaces dédiés aux repas de manière conviviale
- Les salles à manger sont aménagées de manière à favoriser les échanges et rendre le cadre « familier ». Le mobilier est adapté au confort des résidents, des couverts adaptés peuvent également être proposés si besoin.

- Des salles à manger spécifiques sont dédiées aux résidents ayant besoin d'un accompagnement particulier.
- Les résidents peuvent recevoir leur famille pour le repas, dans un salon dédié.

- Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité
- Les horaires de repas prennent en compte les besoins, les contraintes et les avis des résidents, recueillis lors de l'enquête de satisfaction et lors des commissions menus (indicateurs de satisfaction)
- La présentation des plats, quelle que soit la texture permet de stimuler l'appétit.
- Les goûts et habitudes des résidents sont respectés.
- Les plans de table sont réévalués autant que nécessaire.

- Multiplier et diversifier les autres possibilités de rencontre
- Des salons dans les unités, dans les halls, lieux de passages spontanément investis par les résidents, à l'extérieur, permettent de favoriser les possibilités de rencontre.
- Les activités sont organisées dans des lieux aménagés et adaptés.

- Inciter les personnes à profiter des espaces extérieurs
- Les espaces extérieurs sont accessibles et aménagés, garantissant une facilité d'usage en toute sécurité.

- Faciliter l'identification des professionnels par les résidents et leurs proches
- Le nom du personnel est inscrit sur la tenue professionnelle. En cas de port d'une tenue civile (pour le personnel ne portant pas de tenue professionnelle, ou lors des animations par exemple), le personnel porte un badge à son nom.
- Le personnel informe les résidents de son rôle. Chaque résident a un professionnel référent, ce qui facilite les demandes.

- Encourager la demande et les initiatives des résidents vers les professionnels
- Chaque unité de vie bénéficie d'une ligne téléphonique directe, n° transmis aux familles.
- Les locaux professionnels sont identifiés par une signalétique adaptée.
- Les résidents et leurs familles peuvent être reçus dans des locaux adaptés. Le personnel est à l'écoute des demandes et veille à apporter systématiquement une réponse.

- Renforcer les compétences relationnelles de tous les professionnels
- L'entretien d'accueil permet de définir dès l'embauche les compétences nécessaires en terme, d'écoute et de compréhension.
- La dimension relationnelle avec les résidents et leurs proches est intégrée dans les entretiens d'évaluation, ainsi que dans les fiches de poste.
- Un plan de formation continue est établi chaque année, pour tenir compte des demandes et des besoins en formation de l'ensemble du personnel.

- Formaliser les facteurs de qualité de vie quotidienne dans les différents volets du projet d'établissement
- Le projet d'établissement s'articule avec le projet architectural.
- L'organisation est centrée en priorité sur les besoins et les attentes des résidents.
- L'accompagnement est organisé en continuité sur 24h et chaque jour de la semaine.
- L'équilibre entre le respect des normes réglementaires de sécurité, l'usage des nouvelles technologies et le risque de surprotection des résidents est recherché, tant du côté de la direction, que lors des réflexions pluridisciplinaires.
– La qualité de l'adéquation des réponses aux besoins et attentes des résidents est évaluée en continu : projet personnalisé, comité de pilotage, responsable qualité, enquête de satisfaction, CVS…

7- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents

Favoriser les relations entre les résidents dans la vie quotidienne

– Des espaces communs, des petits salons sont à la disposition des résidents pour faciliter les rencontres et les échanges s'ils le souhaitent et aux moments de leurs choix. Ils s'y rendent seuls ou accompagnés si besoin.
– Les repas de fête les repas à thème font partie du programme d'animation.

Optimiser la mise en relation dans le cadre des activités d'animation

– Le programme d'animation est élaboré à partir du recueil des souhaits et des besoins observés de chaque résident et à partir des réunions de concertation animation avec les résidents.
– Un bulletin semestriel d'informations Animation est remis à chaque résident.
– L'information est rappelée par affiches sur les tableaux d'information d'animation situés dans chaque unité de vie,
– Les informations sont également portées à la connaissance de l'équipe pour rappeler l'information auprès des résidents et les accompagner si besoin : dossier informatisé pour les activités individuelles et affichage pour les animations exceptionnelles.
– L'évaluation est assurée par : une relève faite dans le dossier informatisé du résident, par des rencontres entre la responsable animation et le résident et/ou le référent du résident, par une fiche d'évaluation remise dans chaque unité après toute manifestation exceptionnelle.

Impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents

– Le projet d'animation et de vie sociale fait partie intégrante du projet d'établissement.
– La coordination de tous les acteurs de l'animation est assurée par une responsable animation sociale.
– Celle ci organise des rencontres régulières avec les correspondants animation présents dans chaque unité.
– Lors de l'élaboration ou évaluation du projet personnalisé, le volet animation ou vie sociale est abordé

Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches

– recueil des souhaits des résidents et de leurs proches lors des entretiens d'accueil et rencontres selon les demandes,
– un véhicule aménagé est mis à disposition des familles s'ils le souhaitent en fonction des disponibilités
– , une salle à manger conviviale est réservée pour les repas de famille,
– les familles peuvent assister aux manifestations exceptionnelles avec leurs parents,
– possibilité de correspondance par mails
- Les psychologues sont à la disposition des familles, elles organisent régulièrement des réunions d'échange.
- Le matériel d'activités peut être prêté en fonction des demandes.

Reconnaître la place des proches dans l'accompagnement du résident

– Le projet personnalisé est réévalué chaque année et permet une actualisation des informations importantes ou nécessaires à un accompagnement de qualité pour le résident, avec participation de sa famille
– Le cadre de santé est à l'écoute des résidents et de leurs proches, en cas de situations conflictuelles, elle interpelle les psychologues, voire le directeur.

Impliquer les autres acteurs de la vie sociale dans l'établissement

– Une convention de partenariat est signée avec chaque bénévole : entre le bénévole, le directeur et la responsable animation sociale.
– Des rencontres / bilans sont faites entre la responsable animation sociale et les bénévoles.
– Chaque bénévole peut rencontrer la psychologue en cas de besoin.

– Les bénévoles sont invités au déjeuner rencontre annuel, à la fête annuelle et aux manifestations exceptionnelles.

Renforcer l'efficacité du conseil de vie sociale

– Le CVS est présenté dans le livret d'accueil ainsi que les noms des résidents siégeants au CVS et le nom des représentants des familles.
– Les membres du CVS ont participé à la démarche d'évaluation interne.

Développer d'autres formes de participation collective formelle

– Les résidents sont invités à participer à différentes commissions : concertation animation , menus, journal interne, visite des services cuisines, lingerie, administration, pharmacie....,

Prendre en compte l'expression de tous les résidents en dehors des cadres formalisés de participation

– L'expression des résidents est prise en compte et tracée dans le dossier informatisé, ces informations alimentent le projet personnalisé.
– Le protocole quant au rôle du référent est explicite.
– Dans le cadre d'une démarche individuelle, les résidents peuvent à tout moment exprimer leurs remarques, souhaits, critiques et suggestions.
– Des fiches de plaintes/satisfactions/suggestions sont disponibles dans le hall d'entrée.
– Ces fiches sont toutes lues par le directeur, il y apporte des réponses. Le CVS en est informé, par le biais du rapport CRUQPC.

Encourager la participation des proches et de leurs associations

– Dans le cadre des rencontres et d'échanges, des salles peuvent être mises à disposition.

Rendre possible les rencontres avec les autres citoyens de la ville

– Au sein de l'établissement des expositions sont organisées ouvertes aux résidents et au public extérieur.
– Dans la mesure du possible et selon les souhaits des résidents, ils peuvent profiter des animations organisées par la ville.
– Des rencontres inter générations sont organisées : école de musique, les écoles de la commune, le centre de loisirs des jeunes.

Favoriser l'exercice des droits civiques

– A partir de la démarche personnelle du résident qui souhaite apporter son vote pour une élection, des moyens sont proposés pour rendre leur démarche possible : informations portées à la connaissance des familles, affichage sur le vote par procuration, accompagnement possible en cas d'indisponibilité des proches .

Reconnaître le rôle d'acteur économique des résidents

– Les résidents et leurs proches sont informés de leur participation financière avant l'entrée et au moment de l'accueil. Ils peuvent rencontrer le personnel administratif quand ils le souhaitent.
– Les résidents peuvent faire leurs achats à « la boutique de l'établissement », favorisant le paiement en direct.
– « Courses à l'extérieur » avec accompagnement de l'équipe animation.
– Des commerçants ou prestataires interviennent au sein de l'établissement : ventes de vêtements, chaussures, produits d'hygiène, coiffeurs, esthéticiennes.
– Entr'aide entre résidents

ECARTS

Axes d'amélioration :

– Une plus grande disponibilité des équipes pour rappeler les activités et accompagner les résidents si besoin
– Réunions cadres/ responsable animation sociale à formaliser
– Accompagner les résidents à préparer les réunions du CVS et rapporter les informations

■ Pour toutes les autres « recommandations », ci-dessous citées, même s'il existe déjà de nombreuses cohérences entre les pratiques de l'établissement et les recommandations, le groupe de travail propose la création d'un groupe de réflexion pluridisciplinaire, avec des personnels du foyer et de l'hôpital local, qui aurait pour objectifs leur relecture, le recueil et l'analyse des pratiques de l'établissement, et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

– L'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
– L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur
– Le projet d'établissement : la réactualisation doit se faire en 2013, la recommandation citée sera un support de travail en lien avec le CPOM.
– Le questionnement éthique : La réflexion éthique existe dans l'établissement :

Cette réflexion a été présente dés le premier projet d'établissement dont le titre était : Donner du sens à la vie.
Les thèmes abordés : respect , personnalisation de l'accompagnement , évaluation douleur, accompagnement fin de vie ,

La réflexion éthique a été à l'origine d'un changement de vocabulaire : « l'accompagnement » a pris la place de « la prise en charge », notion de recherche des souhaits et besoins des résidents , bien être , confort . L'organisation de chaque unité essaie de respecter le plus possible les habitudes de vie (recueil de données fait à l'entrée) des résidents. Cette organisation est modifiable et souple .

La réflexion éthique est présente lors des rencontres entre les professionnels de chaque unité , professionnels extérieurs , équipe pluri disciplinaire ,mais également lors des rencontres avec les résidents et ou leurs proches (familles, amis, tuteurs)

Réflexion éthique : CVS , groupes de parole , Analyse de la pratique (médecins, psychiatres , psychologues , ….) , discussion lors d'une problématique soit de santé , mais également de comportement , de plaintes ou insatisfactions

La démarche éthique est également présente lors de l'élaboration des projets personnalisés , des protocoles ou procédures
Élaboration de livrets d'accueil, de contrats de séjours .
Démarche d'améliorations de la qualité , d'auto évaluations,

Associations des équipes et des usagers au fonctionnement de l'établissement :
- Des équipes : participation aux différents groupes de travail(projets , écriture doc. de travail,procédures, qualité) , questionnaires
- Des usagers : CVS ,Commissions animation, menus , questionnaires de satisfaction

Plan de formation : Bientraitance , respect , Accompagnement en « humanitude », en fin de vie , douleur, troubles démentiels , communication non verbale , approches non médicamenteuses , langue des signes .

L'établissement participe à un groupe de travail constitué au niveau départemental (réseau qualité CRIQUE Vendée) afin de cibler les besoins et les projets des établissements afin de proposer la mise en place de comités ou instances d'éthique soit au niveau départemental , ou en inter établissements.

II- Le plan d'amélioration

II-1 Les objectifs d'amélioration priorisés et les résultats attendus

►Améliorations proposées par les résidents et leurs représentants
Lors de la réunion du 7 mars 2012 du groupe de travail avec les résidents et les représentants des familles, il a été cité les points forts suivants :

- **Très bonnes relations avec le personnel, contact humain, accueil, écoute**
- **Relations avec les médecins coordonnateur excellentes**
- **Aucun résident en isolement social, maintien du lien social**

et quelques pistes d'amélioration :

- **Hébergement temporaire : mettre plus de lits à disposition de la population**
- **Le Référent « institutionnel » : son rôle, son identité, son identification par l'image**
- **Identification des équipes : par l'image**
- **Amélioration de la structure : côté maison de retraite, l'accès en fauteuils roulants au cabinet de toilette est difficile. Il faudrait pouvoir adapter la structure à l'évolution de la population accueillie.**
- **Signalétique : beaucoup de personnes demandent leur chemin**

► Les objectifs d'amélioration retenus et priorisés par l'établissement sont les suivants :

- **Poursuivre et maintenir la dynamique d'amélioration de la qualité** des prestations dispensées au sein de l'EHPAD

- **Maintenir et augmenter les effectifs selon les budgets alloués**
  - Créer du temps supplémentaire pour l'équipe de rééducation :
    - Ateliers prévention chutes
    - Activités thérapeutiques
    - PASA
  - Effectif équivalent toute la semaine y compris les week-end
  - Qualification des personnels :1/3 ASH/2/3 AS-AMP
    Formation en cours ASG pour AS/AMP

- **Poursuivre la formation du personnel, en fonction des besoins de la population accueillie**

- **Offrir de l'hébergement temporaire :** Projet de transformation des lits USLD

- **Prendre en compte les souhaits des résidents :**
  - Organiser des « après-midi discussion » (lundi)
  - Faire appel à plus de bénévoles

- **Développer et améliorer la mise en place et le suivi des indicateurs**
  - Taux d'hospitalisation
  - Taux d'escarres
  …....

- **Traiter et Satisfaire aux demandes du CVS**
  - Traçabilité des réponses apportées sur les CR

- **Améliorer la traçabilité de l'évaluation des troubles de l'humeur**

- **Développer et optimiser l'outil informatique : les transmissions ciblées sur le PSI**

- **Développer le partenariat avec les services à domicile :** plateforme de répit en cours de dépôt à l'ARS

- **Mettre en place des visites au domicile de la personne pour une prise de contact avec elle et/ou ses proches**

- **Développer une réflexion (groupe de travail) pour une meilleure prise en compte des recommandations ANESM, HAS...**

II-2 Le calendrier du déploiement du plan d'amélioration

Objectifs d'amélioration	2012	2013	2014	2015	2016
Poursuivre et maintenir la dynamique d'amélioration de la qualité	X	X	X	X	X
Maintenir et augmenter les effectifs selon les budgets alloués : – Equipe rééducation – Effectif Semaine/Week-end – Qualification des personnels (ASH-ASG) – Poste de nuit au cantou – Poste de médecin – Poste / PASA		X Demandes pour convention tripartite			
Formation des personnels / Population accueillie	X	X	X	X	X
Création de lits d'hébergement temporaire			X CPOM		
Souhaits des résidents : - Après-midi discussion / bénévoles - Qualité et rôle du référent	X X				
Développer les indicateurs	X	X	X	X	X
Traiter les demandes du CVS/CR	X				
Améliorer la traçabilité de l'évaluation des troubles de l'humeur	X	X			
Les transmissions ciblées sur le PSI	X	X	X	X	X
Développer le partenariat avec les services à domicile		X			
Mettre en place des visites au domicile de la personne pour une prise de contact avec elle et/ou ses proches		X CPOM	X CPOM		
Développer une réflexion (groupe de travail) sur la prise en compte des recommandations ANESM, HAS...	X	X	X	X	X
Actualisation du projet d'établissement : intégration d'un chapître sur les valeurs		X			

III- Les moyens mobilisés ou à mobiliser sont déclinés sur plusieurs registres

III-1 Les moyens humains et les compétences

La direction reste le premier vecteur de la démarche qualité, assistée et conseillée par la responsable qualité.
En interne, des personnels formés, avec des compétences professionnelles et des missions définies dans les fiches de poste, seront mobilisés selon les différents objectifs d'amélioration mis en œuvre : direction, médecins, responsable qualité, cadres, personnels ressources (référents « douleurs », « hygiène », humanitude, incontinence..., administrateurs informatiques...), équipes pluridisciplinaires...
Les instances existantes (COPIL, CLUD, CLIN , CLAN...) et des groupes de travail constitués (club informatique...) ou à constituer, seront sollicités.

III-2 L'organisation et le management

L'organisation et le management sont définis par la direction, l'équipe d'encadrement, le COPIL et la responsable qualité.
La mise en œuvre est effective après consultation des différentes instances (CVS, CTE...) et validation du conseil de surveillance.
Certains objectifs s'inscrivent dans la continuité de la démarche qualité instaurée dans l'établissement :
Les évaluations individuelles du personnel et la réalisation d'un plan de formation pluri-annuel permettent d'optimiser les compétences professionnelles des agents.
Le cas échéant d'autres groupes de travail seront crées pour :

-la mise en place de nouvelles EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles)
-l'élaboration de nouveaux protocoles
-...

III-3 Les moyens matériels et financiers

Selon les budgets alloués et les objectifs retenus, le plan de financement est élaboré pour permettre :

-L'investissement pour l'achat de matériels ou d'outils informatiques,
-L'aménagement de locaux,
-Les dépenses de personnel afin de pourvoir tous les postes nécessaires,
-Les dépenses de formation avec une continuité de l'adhésion de l'établissement à l'ANFH.

Les budgets et les objectifs devront être réactualisés au regard de l'évolution de la population accueillie.

III-4 L'information et la communication

Les principaux moyens d'information et de communication sont :

- le bulletin info mensuel
- les différentes instances
- les réunions internes d'unités
- les réunions services/direction
- l'évaluation individuelle
- les notes de service
- intranet
- Internet (réactualisation du site)

III-5 Les partenariats à solliciter

Au sein même du site, l'EHPAD travaille en partenariat avec le foyer de vie et est associé à toutes les instances rattachées à l'Hôpital Local.
L'établissement adhère au réseau qualité « CRIQUE-s », la responsable qualité étant un membre actif du comité technique.
Le CLUD adhère au réseau Inter CLUD Vendée.
Dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) « Mauges-Bocage-Choletais » et du conventionnement, les échanges avec le centre hospitalier de Cholet sont réguliers : formations, pratiques professionnelles...