

## Projet d'établissement 2013 - 2017



Kermesse du 17 juillet 2013

### Résidence « Le Tournebride

10, boulevard du Général de Gaulle

91 660 MEREVILLE

01 64 95 16 33

[ehd.mereville.direction@arepa.org](mailto:ehd.mereville.direction@arepa.org)

N° Finess : 910 811 116

Projet d'établissement rédigé par Nathalie VICENTE, directrice en collaboration avec Sandrine FAUBEL, stagiaire qualité.

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1.1 CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE .....	7
1.2 RAISONS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT .....	7
1.3 MÉTHODOLOGIE UTILISÉE .....	7
1.4. ORIENTATIONS DU PROJET DE L'ÉTABLISSEMENT .....	8
<b>2. L'ORGANISME GESTIONNAIRE AREPA.....</b>	<b>10</b>
2.1. ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION.....	10
2.2. PRÉSENTATION ET VALEURS ASSOCIATIVES .....	10
2.3. ORGANISATION DU SIÈGE ET ARTICULATION SIÈGE – RÉSIDENCE « LE TOURNEBRIDE »	11
<b>3. L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
3.1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	13
3.1.1. <i>Fiche d'identification et capacité de l'établissement.....</i>	13
3.1.2. <i>Moyens de l'EHPAD en personnels .....</i>	14
3.1.3 <i>Structure de l'établissement.....</i>	15
3.2. POPULATION ACCUEILLIE .....	16
3.2.1 <i>Modes de recrutement .....</i>	16
3.2.2 <i>Répartition par sexe .....</i>	17
3.2.3 <i>Répartition par âge.....</i>	17
3.2.4 <i>Durée moyenne de séjour.....</i>	17
3.2.5 <i>Répartition par GIR.....</i>	17
3.2.6 <i>Personnes âgées bénéficiant d'aides financières .....</i>	18
3.2.7 <i>Motifs des entrées.....</i>	18
3.2.7 <i>Motifs des départs.....</i>	18
<b>4. POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>19</b>
4.1. ENJEUX POUR L'ÉTABLISSEMENT.....	19
4.1.1 <i>Connaître le public accueilli.....</i>	19

4.1.2. Identifier les dynamiques de parcours des usagers .....	19
4.1.3. Anticiper les évolutions.....	20
4.2. MISSIONS DE L'ÉTABLISSEMENT .....	21
4.3. VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT ET DÉMARCHE ÉTHIQUE .....	21
4.4. POLITIQUE GÉNÉRALE DE L'EHPAD .....	22
4.5. PROJET ARCHITECTURAL.....	26
<b>5. ENVIRONNEMENT EXTERNE .....</b>	<b>29</b>
5.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	29
5.2. DÉMOGRAPHIE LOCALE .....	29
5.3. FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES .....	30
<b>6. PROJET DE VIE .....</b>	<b>32</b>
6.1. INTRODUCTION .....	32
6.2. ACCUEIL DU RÉSIDENT .....	32
6.2.1. Demande de renseignement.....	32
6.2.2. Pré-admission (dont visite préalable).....	33
6.2.3. Admission .....	34
6.2.4. Intégration.....	37
6.3. PROJET PERSONNALISÉ.....	38
6.3.1. Objectif du projet personnalisé.....	38
6.3.2 Démarche de mise en œuvre du projet personnalisé .....	39
6.3.3. Respect des droits et libertés des résidents .....	41
6.3.4 Prévention de la maltraitance .....	42
6.4. VIE SOCIALE DU RÉSIDENT .....	43
6.4.1. Projet d'animation.....	43
6.4.2. Aspects spécifiques aux personnes désorientées.....	48
6.5. PRESTATIONS TRANSVERSALES .....	49
6.5.1. Restauration .....	49
6.5.2. Gestion du linge.....	51
6.5.3. Entretien des locaux .....	51

6.5.4. Salon de coiffure .....	52
6.6. FICHES ACTIONS ET OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DU PROJET DE VIE .....	52
<b>7. PROJET DE SOINS .....</b>	<b>55</b>
7.1. INTRODUCTION .....	55
7.2. ORGANISATION DES SOINS .....	55
7.2.1. Le personnel soignant.....	56
7.2.2. Le dossier du résident .....	59
7.2.3. La traçabilité des prescriptions et des soins .....	59
7.2.4. Gestion des dossiers : .....	60
7.2.5. La planification des soins.....	60
7.2.6. Espaces de soins et de prise en charge : .....	61
7.2.7. Circuit du médicament.....	61
7.3. PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS .....	63
7.4. INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE ET DES SOINS .....	64
7.4.1. Principes du projet de soins individualisé .....	64
7.4.2. Recueil des capacités et besoins de la personne âgée .....	64
7.4.3. Elaboration, suivi et évaluation du projet de soins individualisé : .....	65
7.5. MAINTIEN ET PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE DES RÉSIDENTS .....	65
7.5.1. Toilette et habillage.....	65
7.5.2. Aide au maintien des capacités motrices, cognitives et sensorielles .....	66
7.6. AIDES ET SOINS PARTICULIERS .....	66
7.6.1. Hygiène bucco-dentaire.....	66
7.6.2. Prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation .....	67
7.6.3. Prévention et prise en charge de l'incontinence.....	67
7.6.4. Prévention et prise en charge des chutes .....	68
7.6.5. Utilisation de la contention .....	68
7.6.6. Prévention et prise en charge des escarres .....	69
7.6.7. Prévention du risque infectieux épidémique.....	69
7.6.8. Prévention et lutte contre la douleur.....	70

7.6.9. Gestes d'urgence .....	71
7.6.10. Accompagnement et fin de vie .....	71
<b>7.7. PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES MALADIES APPARENTÉES .....</b>	<b>72</b>
7.7.1. Organisation de la surveillance .....	72
7.7.2. Evaluation et prise en charge des troubles du comportement .....	72
7.7.3. Prise en charge non médicamenteuse .....	73
<b>7.8. HOSPITALISATIONS, CONSULTATIONS, RENDEZ-VOUS PROGRAMMÉS .....</b>	<b>73</b>
<b>7.9. FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES .....</b>	<b>75</b>
<b>7.10. FICHES ACTIONS ET OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DU PROJET DE SOINS .....</b>	<b>75</b>
<b>8. PROJET SOCIAL .....</b>	<b>78</b>
8.1. INTRODUCTION .....	78
8.1.1. Description détaillée des personnels .....	78
8.1.2. Qualifications et compétences .....	80
8.2. L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	81
8.3 LES ORIENTATIONS MANAGÉRIALES .....	81
8.3.1. Recrutement, accueil et intégration du personnel .....	82
8.3.2. Organisation du temps de travail .....	83
8.3.3. Projet ATLAS .....	84
8.3.4. Formation du personnel (dont formation qualifiante) .....	84
8.3.5. L'entretien d'évaluation annuelle et la gestion prévisionnelle des emplois .....	85
8.3.6. Risques professionnels .....	86
8.3.7. Enquête sur la qualité de vie au travail .....	88
8.3.8. Institutions représentatives du personnel .....	89
8.4. FICHES D'ACTION ET OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DU PROJET SOCIAL .....	89
<b>9. LA COMMUNICATION .....</b>	<b>91</b>
9.1. LA COMMUNICATION INTERNE .....	91
9.1.1. Supports de communication .....	91
9.1.2. Interfaces entre les différentes catégories de personnel .....	92
9.2. LA COMMUNICATION EXTERNE .....	93

9.2.1. Supports de communication et réseaux externes.....	93
9.2.2. A destination des aidants familiaux.....	93
9.2.3. A destination des bénévoles.....	94
9.2.4. A destination des partenaires.....	95
9.2.5. A destination des prestataires extérieurs.....	96
9.3. FICHES D’ACTION ET OBJECTIFS D’AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION.....	97
<b>10. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....</b>	<b>98</b>
10.1. INTRODUCTION.....	98
10.2. ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHÉ QUALITÉ.....	98
10.2.1. Entrée dans le processus de l’évaluation interne.....	98
10.2.2. Difficultés rencontrées.....	99
10.2.3. Composition du COPIL et des groupes de travail.....	99
10.2.4. Résultats de l’évaluation interne.....	101
10.3. LE RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION TRIPARTITE.....	103
10.4. LE CYCLE DES ÉVALUATIONS INTERNE ET EXTERNE.....	103
10.5. POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES.....	104
10.5.1. Sécurité.....	104
10.5.2. Hygiène de l’eau.....	105
10.5.3. Hygiène alimentaire.....	106
10.5.4. Hygiène des locaux.....	107
10.5.5. Gestion des déchets.....	107
10.5.6. Le plan bleu.....	108
10.5.7. La gestion des événements indésirables.....	108
10.6. MESURE DE SATISFACTION AUPRÈS DES RÉSIDENTS ET DES FAMILLES.....	109
10.7. VEILLE RÉGLEMENTAIRE.....	110
10.8. RÉSUMÉ DES FICHES ACTIONS DU PROJET D’ÉTABLISSEMENT.....	111
<b>11. CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>116</b>
<b>12. ANNEXES.....</b>	<b>117</b>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Contexte réglementaire

En référence à l'arrêté du 26 avril 1999, relatif au conventionnement des EHPAD<sup>1</sup>, modifié par l'arrêté du 13 août 2004 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle et à la loi du 2 janvier 2002, art. L.311-8, réformant l'action sociale et médico-sociale qui renforce les droits des usagers, il convient d'élaborer le projet d'établissement.

## 1.2 Raisons du projet d'établissement

Le projet d'établissement permet de poser les principes d'actions et les orientations stratégiques de la résidence « Le Tournebride » pour une durée de 5 ans couvrant la période 2013 – 2018.

Le document s'est construit puis articulé à partir de la dynamique induite par la démarche d'auto évaluation interne menée en 2013.

En se basant sur les valeurs éthiques, il précise les objectifs des missions, les orientations, les valeurs imparties ou fixées par l'établissement, sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur activité quotidienne. Il propose et établit un certain nombre d'activités et de prestations mises en œuvre dans le respect d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

## 1.3 Méthodologie utilisée

Le processus de formalisation de ce projet a été initié par la directrice de l'établissement qui a défini la composition du COPIL<sup>2</sup> et informé l'ensemble des personnels du cadre général du projet de l'établissement.

Le rôle du COPIL a été de définir les thèmes des groupes de travail, de proposer des personnels référents, de coordonner et de valider les travaux produits par les groupes de travail. Les membres du COPIL ont apporté leur soutien, accompagné les groupes et assuré la cohérence des thématiques en regard du projet global.

---

<sup>1</sup> EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>2</sup> Comité de pilotage

A l'issue des travaux, le Directeur a finalisé le projet et établi un calendrier à 5 ans de mise en œuvre des actions préconisées.

Pour réaliser le projet d'établissement, l'EHPAD s'est organisée en 4 étapes de la manière qui suit :

1. De avril à juin 2013 : démarche participative des personnels et des usagers et/ou de leurs familles à l'auto-évaluation interne et envoi du rapport de synthèse à l'ARS<sup>3</sup> et au Conseil général.
2. De septembre à décembre 2013: constitution d'un comité de pilotage ayant pour objectif d'actualiser et d'intégrer à ce projet, les constats et les améliorations observées depuis la communication du rapport d'évaluation interne aux autorités de tarification
3. De octobre à décembre 2013 : finalisation du projet et validation par la direction générale d'AREPA
4. En février 2014 : présentation du projet finalisé au Conseil de la vie sociale, aux personnels de l'établissement et communication du document à l'ARS et au CG<sup>4</sup> et aux évaluateurs externes

#### 1.4. Orientations du projet de l'établissement

Le projet d'établissement 2013- 2018 définit 8 orientations qui se déclinent de la manière suivante :

**Orientation 1** : Poursuivre la mise en œuvre des droits et libertés des personnes conformément aux obligations de la loi du 2 janvier 2002 et aux recommandations de l'ANESM<sup>5</sup>

**Orientation 2** : Adapter et personnaliser l'offre de service aux besoins réels des résidents et aux évolutions du secteur

**Orientation 3** : Accompagner et préserver l'autonomie des personnes âgées

**Orientation 4** : Garantir la protection et la sécurité aux personnes rendues vulnérables en raison de leur âge et/ou de leur maladie

**Orientation 5** : Organiser la vie sociale interne à l'établissement en lien avec les familles et les structures implantées dans la ville et sur le territoire

**Orientation 6** : Coopérer avec la filière gériatrique et les réseaux de soins du territoire

---

<sup>3</sup> Agence régionale de santé

<sup>4</sup> Conseil général

<sup>5</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**Orientation 7 :** Créer des conditions de travail favorables à l'exercice professionnel et développer les compétences de tous les acteurs œuvrant au sein de l'établissement

**Orientation 8 :** Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité et conduire une première évaluation externe avant le 03 janvier 2015

Ce projet résulte d'un travail collectif mené avec les professionnels, les membres du CVS<sup>6</sup> et les familles chaque fois que possible.

Il s'intègre dans un cadre réglementaire et un environnement institutionnel en cohérence avec le projet associatif.

---

<sup>6</sup> Conseil de la vie sociale

## 2. L'ORGANISME GESTIONNAIRE AREPA

### 2.1. Administration de l'association

- Nom de l'entité gestionnaire : AREPA – association des résidences pour personnes âgées
- Adresse : 60, rue Etienne Dolet – 92245 Malakoff cedex
- Catégorie juridique : association privée à but non lucratif régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901
- Le président : Michel Chatot
- Le directeur général : Jean-Philippe Sarrette

### 2.2. Présentation et valeurs associatives

**L'Association des résidences pour personnes âgées (AREPA)**, créée en 1964 à l'initiative de la SCIC (filiale immobilière de la CDC), **gère aujourd'hui 43 logements-foyers et 27 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (ehpad), dont un exclusivement réservé aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (« Les Neuf Muses » à Issy-les-Moulineaux).

Elle gère également un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), intégré à la résidence médicalisée de Choisy-le-Roi. AREPA a ouvert en juillet 2008 un établissement novateur, la résidence « Vallis Aurea », composée d'un logement-foyer et d'un ehpad à Saint-Sorlin-en-Valloire (Drôme).

AREPA, acteur associatif majeur en matière de gestion de structures pour personnes âgées, travaille en étroite concertation avec les collectivités territoriales.

**Son président** est M. Michel CHATOT, **son directeur général**, M. Jean-Philippe SARRETTE.

AREPA a mis en place, au sein de ses établissements, un véritable projet de vie en synergie avec une démarche qualité, qui a pour ambition **d'Accompagner, de Rassurer, d'Ecouter, de Partager et d'Animer**.

**Le logement-foyer** - ou établissement d'hébergement pour personnes âgées (ehpa) - est plus particulièrement destiné aux personnes valides. Il regroupe des logements individuels qui assurent une indépendance de vie identique à celle du domicile classique, tout en répondant aux problèmes d'isolement et de sécurité. Il propose des

activités d'animation, des services de restauration et de ménage, et offre la possibilité de bénéficier de services de soutien ou de maintien à domicile.

**La résidence médicalisée** – ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad) – accueille des personnes dépendantes ou désorientées (unité de vie spécialisée). Le résident est pris en charge au niveau de l'hébergement, de la restauration, du ménage, de l'entretien du linge, des soins et de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Certains établissements peuvent proposer : hébergement temporaire (pour notamment expérimenter la vie en résidence), accueil de jour (aide aux aidants).

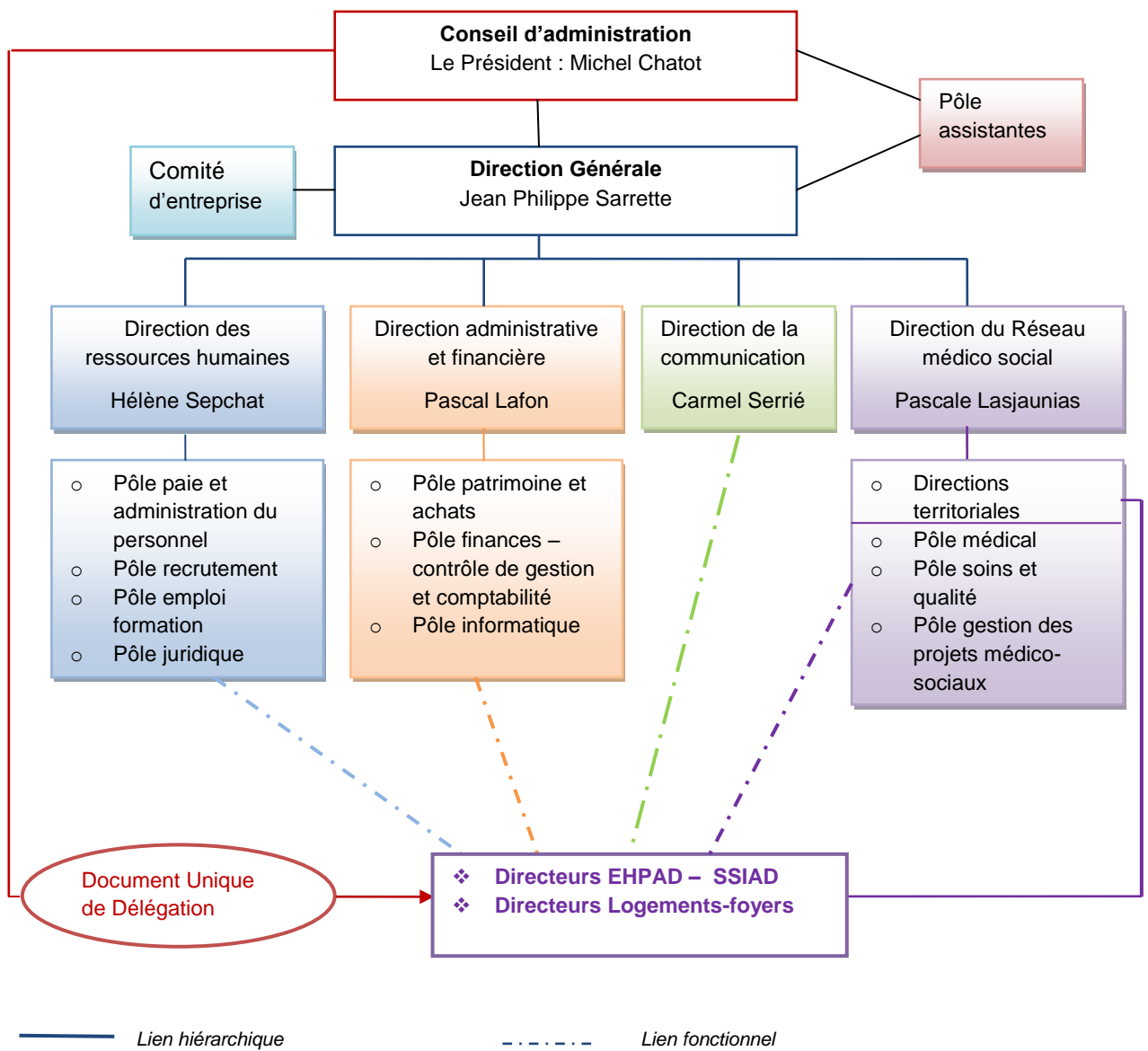
Dans le logement-foyer comme dans l'ehpad, le résident peut apporter son mobilier et ses objets personnels, reconstituant ainsi un univers familial, un « chez-soi ».

**Le SSIAD** (service de soins infirmiers à domicile) associe des infirmiers et des aides-soignants et intervient sur prescription médicale.

### 2.3. Organisation du siège et articulation siège – résidence « Le Tournebride »

Pour mettre en œuvre les décisions du conseil d'administration, AREPA dispose de Directions fonctionnelles animées par le Directeur Général et composées comme suit :

- Une Direction administrative et financière  
Garante des équilibres financiers, de la mise en œuvre de la politique d'investissement et de maintenance des bâtiments, et de la pérennité de l'infrastructure informatique.
- Une Direction des ressources humaines  
En charge de la mise en œuvre de la politique de gestion du personnel tant dans ses aspects individuels que collectifs, et de l'application de la réglementation sociale, elle développe une politique fondée sur la professionnalisation continue et la valorisation des savoirs et des compétences.
- Un réseau médico-social  
Réfèrent des autorités de tarification pour l'ensemble des départements, il a en charge la coordination de l'activité des établissements, l'encadrement des directeurs, la supervision des dossiers de reprise ou de création d'établissements et le déploiement de la politique qualité.



### 3. L'ÉTABLISSEMENT

#### 3.1. Présentation de l'établissement

##### 3.1.1. Fiche d'identification et capacité de l'établissement

Dénomination de l'établissement : **Résidence AREPA « Le Tournebride »**

Code FINESS : **910 811 116**

Adresse : **10, boulevard du général de gaulle**

Code postal : **91 660**

Commune : **MEREVILLE**

Téléphone : **01 64 95 16 33**

Fax : **01 64 95 15 89**

Courriel : **ehd.mereville.direction@arepa.org**

Statut juridique de l'établissement : privé à but non lucratif

Nom du gestionnaire de l'établissement : Association des Résidences pour Personnes Agées, **AREPA**

Identification du propriétaire des locaux : la SA HLM **OSICA**

Identité de la directrice : **Madame Nathalie VICENTE**

Date de l'arrêté d'autorisation de création de l'établissement : le 14/01/1986.

Date de l'arrêté portant autorisation de fonctionner et transfert de gestion de la résidence à AREPA : 12/01/1990.

Date de l'arrêté portant habilitation de l'aide sociale de la résidence : 10/08/2006.

Date de l'arrêté portant transformation de la résidence d'EHPA en EHPAD : 20/05/2008.

Date de signature de la dernière convention tripartite : 3 juin 2008.

Nombre de places permanentes autorisées : 71.

Nombre de places habilitées à l'aide sociale : Pour la totalité de sa capacité.

Nombre de places en hébergement temporaire : 0.

Nombre de places en accueil de jour : 0.

Unité dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés : 0

- non       oui       nombre de places : .....

Existence d'une unité dédiée à l'accompagnement de personnes handicapées :

- non       oui       nombre de places : .....

Existence d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) :

- non       Oui       date d'autorisation :

- nombre de résidents concernés :

Option tarifaire retenue : partielle.

Pharmacie à usage interne : oui       non

Dernier GMP validé : 586      en date du : 23 juillet 2012

Dernier PMP validé :      en date du :

Rapport d'évaluation interne adressé à l'ARS le : 19 août 2013.

Rapport d'évaluation interne adressé au CG le : 19 août 2013.

### 3.1.2. Moyens de l'EHPAD en personnels

**Année N-1 au 31 décembre :**

Effectifs autorisés en ETP par fonction - répartition des charges – personnels salariés

**Année budgétaire 2012 :**

Métiers	Services	Nombre de personnes	ETP	Poste non pourvu en date du
<b>Filière administrative</b>				
Directeur EHPAD	Administratifs	1	1	
Secrétaire de direction	Administratifs	1	1	
Chargée d'accueil EHPAD	Administratifs	1	0.5	
<b>Filière hébergement</b>				
Responsable hôtelier /	Sous-traitance hôtelière			

Gouvernante				
Ouvrier d'entretien	Services généraux	1	1	
Employée de buanderie / lingère	Sous-traités			
Animateur	Service social	1	1	
<b>Filière soignante</b>				
MEDEC	Service médical	1	0,40	22 /10/13
IDE	Service para médical	3	3	
IDEC	Service para médical	1	1	
Aide-soignant		6	6	
AMP		3	3	
Agent de soins	Service para médical	7	7	
Psychologue	Service para médical	1	0.5	

### 3.1.3 Structure de l'établissement

La Résidence est constituée d'un bâtiment ancien réhabilité et d'un bâtiment récent construit en 1989, en harmonie avec la partie ancienne. Il dispose d'un grand jardin prolongé visuellement par le parc du château de Méréville. Ce double atout, ancrage dans la ville et espaces verts, est largement apprécié.

Elle dispose actuellement de 56 logements répartis sur 3 niveaux (35 chambres de 22 m<sup>2</sup>, 19 de 32 m<sup>2</sup> et 2 logements pour couple). La capacité totale autorisée est de 71 résidents.

#### Les locaux communs :

##### **Au rez-de-chaussée :**

- **un hall d'accueil** traversant entre l'entrée depuis le parking et l'accès à la cour intérieure,
- **Le bureau de direction** qui se situe en arrière de l'accueil, ce qui lui donne une surface suffisante de 19 m<sup>2</sup> pour recevoir confortablement un résident et sa famille,
- **une salle de soins** est située dans un espace de 30 m<sup>2</sup> intégrant un local pharmacie fermé,
- **une salle de kinésithérapie** de 21 m<sup>2</sup> équipée (table de massage, barres parallèles, un vélo d'appartement, « parcours d'obstacles) permet d'accueillir nos résidents lors de séances planifiées avec le kinésithérapeute, intervenant extérieur à la résidence,
-

- **Un vestiaire,**
- **Une salle d'animation,**
- Un **salon télévision** avec coin lecture,
- **Un atelier,**
- **Un local d'animation,**
- **Une salle de repos** dédiée au personnel, elle comporte 2 fauteuils de relaxation, un espace cuisine (machine à café, réfrigérateur, four micro-onde), un téléviseur et lecteur CD/cassette,
- **Un local SSI**, qui est accessible via la banque d'accueil.
- un **local** (3.70 m2) dédié aux **réserves sèches** qui est situé en cuisine.
- **Une salle de restauration** attenante à la cuisine,

#### En étage :

- les locaux de **stockage du linge** propre et sale sont séparés. Le linge des résidents et le linge plat sont sous-traités. Les contrats sont rodés depuis longtemps et fonctionnent bien,
- **Un local DASRI** à chaque étage,
- Des **sanitaires publics** à chaque étage,
- Des **relais soins** à chaque étage,
- Un **petit salon** (lecture, TV, « thé ») à chaque étage est dédié aux résidents,

#### En extérieur :

L'**aire de conteneurs** est située à l'extrémité du bâtiment.

## 3.2. Population accueillie

### 3.2.1 Modes de recrutement

Origine du lieu d'habitation qui précède l'entrée de la personne âgée :

	2010	2011	2012
Implantation de l'EHPAD	2	0	3
Département d'implantation de l'EHPAD	8	5	13
Hors département (*)	2	1	3
Hors région	0	2	6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>25</b>

### 3.2.2 Répartition par sexe

	2010	2011	2012
Femme	41	42	38
Homme	10	10	11

### 3.2.3 Répartition par âge

Tranches d'âges	2010	2011	2012
50-59 ans	1	1	1
60-69 ans	2	2	5
70-79 ans	5	5	6
80-89 ans	24	26	20
90-99 ans	15	13	14
100 ans et plus	4	5	3
Moyenne d'âge	1	1	1

### 3.2.4 Durée moyenne de séjour

2010	2011	2012
855	900	804

### 3.2.5 Répartition par GIR<sup>7</sup>

GIR au 31/12	Nb en 2010	Nb en 2011	Nb en 2012
GIR 1-2	21	22	21
GIR 3-4	23	24	17
GIR 5-6	7	6	11
Total résidents	51	52	49
GMP <sup>8</sup>	610	614	586

---

<sup>7</sup> GIR : Groupes iso ressources, indicateur de dépendance

<sup>8</sup> GMP : Gir moyen pondéré

### 3.2.6 Personnes âgées bénéficiant d'aides financières

Types d'aides	2010	2011	2012
Aide sociale en matière d'hébergement	23,5 %	21,15 %	20,40 %
Allocation compensatrice pour tierce personne	-	-	-
APA (aide personnalisée d'autonomie)	-	-	59,18 %
Aide personnalisée au logement (APL)	-	-	28,57 %
Allocation logement (AL)	-	-	-
Fonds national de solidarité	-	-	-
Allocation spéciale vieillesse	-	-	-
Revenus minimum d'insertion (RMI)	-	-	-
AAH (Allocation adultes handicapé)	-	-	-
Autre à préciser :	-	-	-

### 3.2.7 Motifs des entrées

	2010	2011	2012
Isolement			3
Besoin de sécurité	7		12
Inconfort			
Rapprochement familial		4	
Raisons de santé	5	4	9
Sans logement			1
Autres : préciser...			

### 3.2.7 Motifs des départs

	2010	2011	2012
Décès	12	7	25
EHPAD AREPA			
EHPAD autres		2	2
Hospitalisation long et moyen séjour			
Rapprochement familial domicile			
Rapprochement familial			
Non-satisfaction			
Autres : préciser...			

## 4. POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

### 4.1. Enjeux pour l'établissement

#### 4.1.1 Connaître le public accueilli

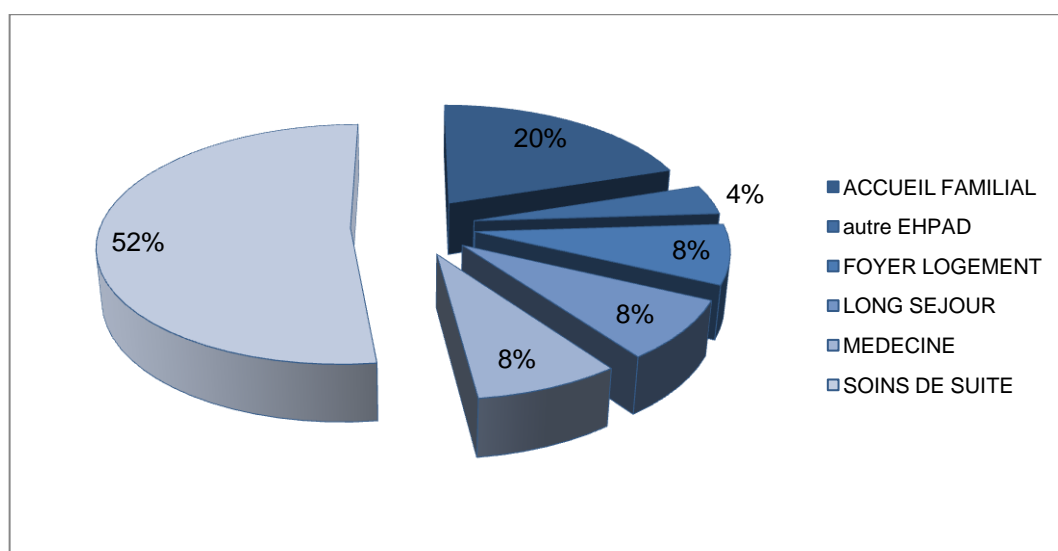
En 2012, 6 résidents étaient centenaires soit près de 11 % des résidents. Cette tendance se traduira par un nombre important de décès.

La caractéristique la plus saisissante concerne la moyenne d'âge des résidents qui traduit le passage EHPA en EHPAD en 2008 (effectif cumulé anciens résidents EHPA et nouveaux résidents EHPAD déjà très âgés) et donc le vieillissement progressif de la population jusqu'en 2011.

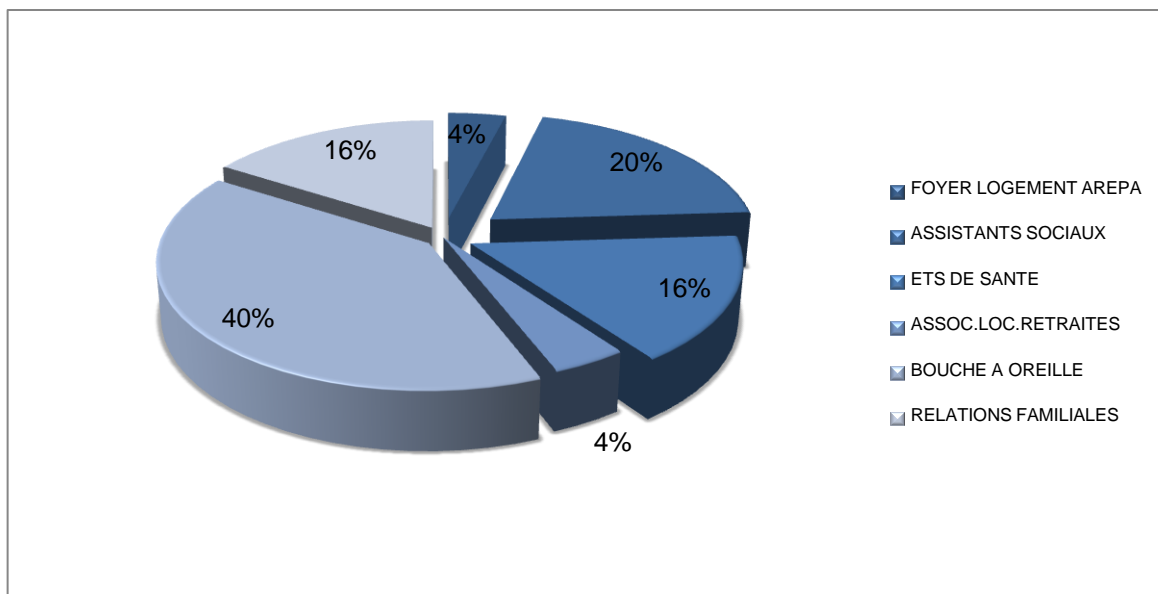
La moyenne d'âge a en effet atteint les 90 ans.

#### 4.1.2. Identifier les dynamiques de parcours des usagers

En 2012, la répartition des lieux de résidence des personnes avant leur entrée à la résidence est la suivante :



Par ailleurs, les 25 résidents ayant intégré la résidence en 2012, ont eu connaissance de la résidence par le biais :



En analysant cette répartition, on peut s'interroger sur les moyens utiles à mettre en place ou à améliorer pour la continuité de la prise en charge des résidents.

Une contribution au renforcement de certains réseaux ou filières en découle de fait tout comme l'inscription de l'établissement dans le tissu local..

La résidence est ainsi inscrite dans la filière de soins gériatriques avec ses conventions de coopérations formalisées (voir chapitre 5.3) :

- **Avec le CH d'Etampes, le SSR de Saclas et le CLIC Sud Essonne :** transmissions tous les mois du nombre de chambres disponibles
- **Une convention avec la RATP et la SNCF :** les retraités sont prioritaires (5 chambres leurs sont réservées)

Mais elle s'attache également à favoriser les échanges locaux en organisant des rencontres intergénérationnelles ou encore des manifestations d'envergures diffusées par le biais de la presse locale : Kermesse ouverte à l'ensemble des Mérévillois, vide-grenier, etc.

#### 4.1.3. Anticiper les évolutions

Dans le cadre du dernier schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011 – 2016, la résidence s'adapte et suit l'évolution de la démographie essonnoise âgée : population de plus en plus vieillissante (85 – 99 ans), avec des ressources moins importantes et une montée de la dépendance.

S'inscrivant dans une démarche qualité, une amélioration continue dans ses prestations, la résidence met ainsi en œuvre les actions nécessaires pour anticiper ses évolutions tout en répondant aux demandes de la population âgée : la **promotion de l'autonomie**, la prise en charge de la personne optimisée dans le cadre d'un **projet personnalisé** (l'individu est pris en compte dans son ensemble), l'importance donnée à la **vie sociale** par le biais **d'animations et d'activités diverses, intellectuelles et ludiques** et la **prise en compte** de la famille, **des aidants** dans l'entourage de la personne hébergée.

## 4.2. Missions de l'établissement

L'EHPAD accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, dont le maintien à domicile s'avère difficile, en raison d'une perte d'autonomie physique ou psychique. Leur état nécessite un accompagnement dans un environnement médicalisé.

L'EHPAD a 3 missions essentielles :

- Prendre en compte la dépendance et réaliser des soins de base adaptés
- Respecter les droits et libertés des résidents
- Garantir la qualité de vie et de sécurité quotidienne

L'établissement répond aux besoins implicites et explicites des personnes accueillies, de leurs familles et/ou représentants légaux, et doit rester cohérent avec les politiques du système de santé. Il s'inscrit dans les objectifs définis par l'ARS et par le Conseil Général de l'Essonne.

## 4.3. Valeurs de l'établissement et démarche éthique

Les valeurs se fondent à partir des valeurs associatives et des principes contenus dans la charte des Droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du CASF<sup>9</sup>

Ainsi, le résident doit avoir l'assurance de trouver une qualité de prestations dans tous les domaines d'accompagnement ; accompagnement qui doit être adapté à ses besoins en matière de qualité de vie, de bien-être et de santé dans un environnement de vie en communauté harmonieux et sécurisé ; le résident doit y trouver sa place et son individualité doit être respectée et prise en compte dans son projet de vie au sein de l'établissement.

---

<sup>9</sup> Code de l'action sociale et des familles

Nous rappellerons ici les termes de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante : « Le confort moral et physique, la qualité de vie, doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil ».

L'établissement établit ses principes d'intervention sur les valeurs précitées. Il arrive, toutefois, que des questionnements émergent face à des situations singulières, c'est alors que doit se mettre en place « *une démarche éthique collective qui associe une pluralité de point de vue afin d'aboutir à une prise de décision la plus juste possible* »<sup>10</sup> pour le résident et/ou son entourage.

#### 4.4. Politique générale de l'EHPAD

La définition du cadre de vie de la résidence, l'évaluation des activités et la qualité des prestations fondent la politique générale impulsée par la Direction de l'Ehpad. Pour répondre à cette volonté, la politique engagée relève des principaux objectifs définis dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et des critères d'appréciation énoncés dans le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007<sup>11</sup>, à savoir<sup>12</sup> :

- Axe 1 : Garantie des droits individuels et collectifs
- Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance
- Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement
- Axe 5 : Accompagnement de fin de vie<sup>13</sup>

L'EHPAD doit pouvoir garantir la présence d'une équipe de professionnels au service des résidents. Equipe dont les compétences et la formation sont développées dans un cadre sécurisé et organisé, ouvert sur son environnement et sur les structures d'appui extérieures, qu'elles soient sanitaires ou sociales.

---

<sup>10</sup> ANESM - Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (2010)

<sup>11</sup> Décret fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>12</sup> ANESM – L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>13</sup> Axe complété par l'ANESM compte tenu de la spécificité des Ehpad

A la résidence, les objectifs spécifiques relatifs à l'autonomie, la qualité de vie, à la personnalisation de l'accompagnement, à la garantie des droits et libertés des personnes et à la prévention des risques se déclinent ainsi :

#### **Garantie des droits individuels et collectifs :**

La résidence fonde ses actions à partir de l'article L.311-3 de la loi 2002-2 et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Notre volonté trouve sa traduction au travers du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement, du livret d'accueil et des objectifs contenus dans le projet d'établissement.

La participation des usagers se manifeste au sein du Conseil de la Vie Sociale, des diverses commissions (menus, animation, etc.), des enquêtes de satisfaction annuelles et des activités sociales/fêtes (rencontres intergénérationnelles, bibliothèque, offices religieux etc.).

#### **Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents :**

Le programme de prévention des risques spécifiques liés aux personnes âgées accueillies dans notre EHPAD s'articule autour de 4 axes :

- **Développer des actions de préventions des risques liés à l'âge** : risques de chutes, dénutrition, déshydratation, incontinence, déficits moteurs et/ou sensoriels, isolement social, via la mise en place de mini-formations et d'indicateurs qualité,
- **Organiser et garantir une prise en charge préventive et curative des problèmes de santé** : douleurs, souffrance morale (isolement, dépression, troubles du comportement...), épisodes aigus de maladies ou d'accidents, maladies chroniques, difficultés liées à l'observance des traitements médicamenteux, fin de vie, risque infectieux...via la mise en place du programme MOBQUAL et de référents bientraitance,
- **Renforcer les coopérations avec les acteurs des filières et réseaux gériatriques** du territoire Sud Essonne par des conventions (Centre hospitalier Sud Essonne d'Etampes, SSR de Saclas, Santé Service HAD, CLIC Sud Essonne),
- **Créer des conditions de travail favorables à l'exercice professionnel** des personnels salariés

- **Maintenir et/ou développer les savoirs spécifiques** nécessaires à la réalisation des objectifs de l'établissement avec la mise en place de référents (bienveillance, TMS ou PSI) et l'achat de matériel adapté (lève-malade, tapis de transfert, etc.).
- **Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance ou promotion de l'autonomie, de la qualité de vie et de la santé.**

Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne ou **promotion de l'autonomie**, vise à permettre à la personne de continuer d'accomplir les gestes de la vie quotidienne seule, soutenue par des aides humaines et/ou équipée d'aides techniques compensant ses déficiences.

La volonté de maintenir et soutenir l'autonomie des personnes se traduit aux travers des actions comme :

- créer un **local spécifique** et améliorer le recueil des activités des masseurs kinésithérapeutes,
- **former** de manière continue les personnels à la bonne utilisation et entretien des **aides techniques** (formation référent TMS),
- mettre en place des **ateliers d'activités physiques hebdomadaires** (gymnastique douce, ateliers mémoire, etc.),
- mettre en place des **équipements adaptés** (assiettes médicalisées, couverts adaptés, etc.).

La qualité de vie des résidents résulte de la combinaison de plusieurs facteurs organisationnels :

- Un environnement et des rythmes de vie adaptés au grand âge,
- Une présence de personnels en nombre et en compétences conformes aux moyens alloués par les tutelles,
- Une ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

L'ensemble de ces facteurs contribue à permettre aux résidents :

- de s'approprier leurs lieux de vie,
- de se sentir reconnus et respectés dans leurs choix au sein de l'établissement,
- de créer/préserver des liens sociaux et familiaux quelque soit leur état de santé physique ou psychique.

Ainsi, les organisations de travail des personnels de soins se sont adaptés pour répondre au mieux aux rythmes et aux besoins des résidents notamment pour les horaires de repas ou les soins du matin.

En matière de santé, la résidence garantit la permanence des soins à tous les résidents et s'est intégré dans les filières et réseaux de soins du territoire via plusieurs conventions (citées paragraphe « prévention des risques... » au-dessus) et tient un registre des procédures d'urgence, à disposition du personnel.

## **L'accompagnement des personnes - personnalisation et fin de vie :**

### ▪ **Le projet personnalisé**

Dans un lieu de vie collective, le projet personnalisé s'attache à adapter les services et les compétences de l'établissement aux besoins, aux attentes et aux habitudes de vie de chaque personne accueillie en tenant compte de leur identité dans toutes ses dimensions.

A partir d'une démarche construite, organisée et planifiée, « l'outil » projet personnalisé est mis en œuvre depuis 2009 et régulièrement actualisé.

### ▪ **Les formations**

Les personnels soignants bénéficient de formations spécifiques afin de maintenir ou de développer les compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes.

Conçues, le plus souvent, en groupes pluridisciplinaires inter-établissements, les protocoles relatifs aux pratiques soignantes s'appuient sur les recommandations réglementaires et de bonnes pratiques :

- **Sécurisation** des pratiques professionnelles (dont gestes et soins d'urgence, ergonomie et manutention...),
- Connaissance des **pathologies** du vieillissement (dont maladie d'Alzheimer, gestion de la douleur...),
- **Techniques d'accompagnement** et de prise en charge des résidents (dont projet personnalisé, accompagnement fin de vie...),
- **Qualité** : dossier informatisé, accompagnement à l'évaluation interne/externe).

## 4.5. Projet architectural

Propriété de la SA HLM OSICA, la résidence a ouvert ses portes en 1989 en tant que foyer logement.

C'est une association locale créée ad hoc qui a porté la création du projet. A la demande du propriétaire et en accord avec la commune, la gestion a rapidement été confiée à l'AREPA (arrêté du 12 janvier 1990).

La résidence est constituée d'un bâtiment ancien réhabilité et d'un bâtiment récent construit en 1989, en harmonie avec la partie ancienne.

Les règles d'utilisation des locaux sont indiquées aux résidents dans le règlement de fonctionnement.

### Les espaces privatifs des résidents

Les conditions d'hébergement proposées respectent l'espace privé des personnes dans un environnement collectif et permettent au résident de se créer un environnement familial et chaleureux. Il peut y apporter ses objets personnels. De plus l'équipement permet le maintien à l'autonomie.

Ces espaces se répartissent en :

- 20 studios individuels de 22 m<sup>2</sup>
- 34 studios bis de 32 m<sup>2</sup>
- 2 studios couples

Soit une capacité installée de 56 places au lieu de 71 autorisées.

Afin de se conformer au nombre de places autorisées, un projet de réhabilitation/extension est actuellement à l'étude.

### Les espaces collectifs des résidents

- un hall d'accueil traversant entre l'entrée depuis le parking et l'accès à la cour intérieure,
- une salle de kinésithérapie de 21 m<sup>2</sup> équipée (table de massage, barres parallèles, un vélo d'appartement, « parcours d'obstacles) permet de accueillir nos résidents lors de séances planifiées avec le kinésithérapeute, intervenant extérieur à la résidence,
- Une salle d'animation avec un téléviseur grand écran (jeux interactifs...)

- Une bibliothèque/salon télévision permettant des petites réceptions familiales,
- Une boutique permettant aux résidents d'acheter des produits de première nécessité,
- Une salle de restauration attenante à la cuisine,
- Un petit salon dédié à la lecture, aux animations individuelles, avec TV à chaque étage.

### Les espaces professionnels

- Le bureau de direction qui se situe en arrière de l'accueil, ce qui lui donne une surface suffisante de 19 m<sup>2</sup> pour recevoir confortablement un résident et sa famille,
- Une salle de soins est située dans un espace de 30 m<sup>2</sup> intégrant un local à pharmacie fermé,
- Une salle de repos dédiée au personnel, elle comporte 2 fauteuils de relaxation, un espace cuisine (machine à café, réfrigérateur, four micro-onde), un téléviseur et lecteur CD/cassette,
- Les vestiaires du personnel sont situés au rez-de-chaussée : des vestiaires-sanitaires hommes de 10 m<sup>2</sup>, des vestiaires-sanitaires femmes de 28 m<sup>2</sup>.
- En étage, les locaux de stockage du linge propre et sale sont améliorés. Le linge des résidents et le linge plat sont sous-traités. Les contrats sont rodés depuis longtemps et fonctionnent bien,
- Un local de stockage du linge propre et des produits d'incontinence est créé à chaque étage
- Un local (3.70 m<sup>2</sup>) dédié aux réserves sèches qui est situé en cuisine.

### Les équipements particuliers

- Un local SSI, avec cloison vitrée coupe-feu, qui est visible de la banque d'accueil,
- Deux ascenseurs desservant les étages,

- Des mains courantes tout le long des couloirs

### La maintenance préventive et curative

Un homme d'entretien a été recruté à plein temps en 2008. Les travaux qui lui sont confiés, dépendent de son niveau d'habilitation.

Ses missions sont les suivantes :

- **Entretien courant préventif et curatif**, serrurerie, menuiserie, plomberie, électricité selon habilitation,
- Vérification périodique de **bon fonctionnement** (pompes, ventilations),
- Vérification de tous les éléments qui concourent à la **sécurité**.<sup>14</sup>
- Vérification annuelle de **l'état du mobilier** des parties communes,
- Vérification de **l'hygiène sanitaire des cuisines** et locaux de réserve,
- **État des lieux techniques** mensuel de chaque **logement**.
- Un diagnostic des installations de l'établissement a été réalisé le 22 février 2013,

Des protocoles ont été formalisés : prise de température, détartrage, vidanges, inventaire des bras morts,....

En cas de problèmes logistiques, la résidence a une liste de professionnels à contacter (chauffage, plomberie, climatisation entretien disconnecteur, production froid...).

En cas de présomption de légionellose, la résidence a une liste des autorités compétentes à prévenir impérativement (ARS, CONSEIL GENERAL, mairie, médecin AREPA, laboratoire, responsable technique du Patrimoine).

### Le plan patrimoine :

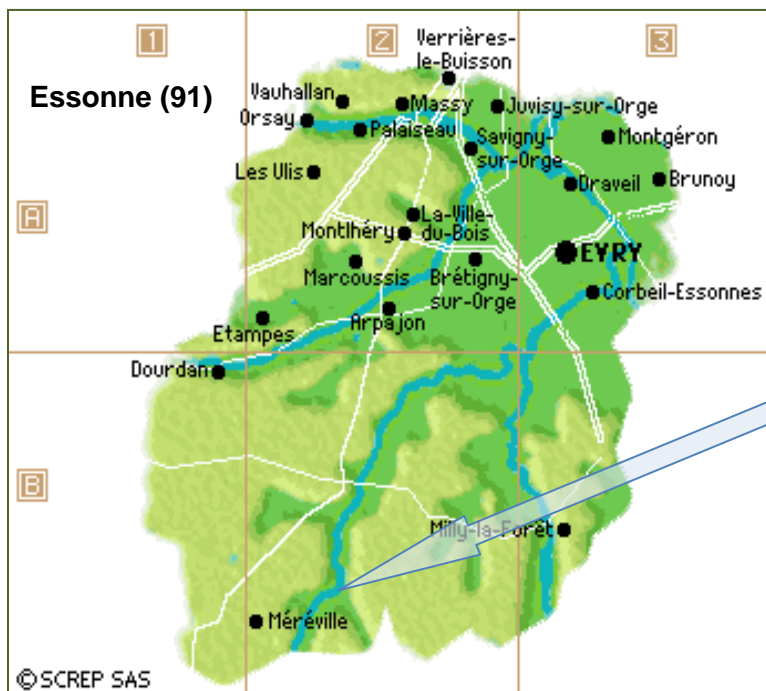
Ancien foyer-logement, la résidence est mal adaptée aux populations désormais accueillies. Un projet de réhabilitation/extension de la résidence est actuellement à l'étude.

---

<sup>14</sup> Blocs de secours, barres anti-paniques, dégagement des circulations, efficacité des ferme-portes...

## 5. ENVIRONNEMENT EXTERNE

### 5.1. Situation géographique de l'établissement



La résidence « Le Tournebride » se situe sur la commune de Méréville dans un cadre verdoyant et résidentiel non loin des commerces et des transports.

#### Depuis Paris

- par la route : à partir du bld périphérique, prendre l'A6 direction Lyon puis Bordeaux-Nantes. Prendre ensuite la RN 20 direction Etampes jusqu'à la sortie Monnerville, puis direction Méréville
- par le RER : la ligne C jusqu'à la gare d'Etampes puis le bus direction Méréville ou Pithiviers, arrêt Mairie de Méréville
- par le car : à partir de la place Denfert-Rochereau, prendre la ligne 1011 en direction de Méréville-Angerville, arrêt Méréville

### 5.2. Démographie locale

La commune de Méréville est dans l'un des 3 secteurs ruraux de l'Essonne, le Val de Juine, avec **3248 habitants**.

Dans le département de l'Essonne, la population vieillit dans une moindre proportion qu'à l'échelle nationale (entre 2 et 2,50 % en dessous des statistiques nationales).

Entre 1999 et 2030, la proportion des personnes âgées augmenterait de 7 % pour les 60-74 ans et de 3 % pour les plus de 75 ans (projection en Ile-de-France). Si la projection est la même pour l'Essonne, nous pourrions avoir en 2030, une proportion des **60-74 ans** qui passerait à environ **18 %** et des **plus de 75 ans** qui passerait à environ **9 %** de la population Essonnienne.

La progression annuelle serait donc d'environ 0.23 %.

### 5.3. Filières gériatriques et réseaux gérontologiques

#### **Orientations gérontologiques locales**

Le Conseil général de l'Essonne a adopté le 7 février 2011 son schéma départemental 2011-2016 en faveur des personnes âgées.

Le schéma départemental gérontologique définit les axes prioritaires des actions que le Département entend mener dans les 5 prochaines années.

Ce schéma fixe des objectifs opérationnels visant à rééquilibrer et à diversifier l'offre de places, et à garantir une offre de prise en charge de qualité des personnes âgées sur le territoire essonnien.

Favorisant l'intervention de proximité, le Département a déterminé huit secteurs gérontologiques en Essonne qui autorisent une observation rapprochée du vieillissement et la mise en œuvre des réponses adaptées aux situations locales.

Ces secteurs se répartissent comme suit :

- 4 secteurs urbains (786 794 habitants) : Val d'Yvette, Plateau d'Orly, Val d'Yerres, Ville Nouvelle
- 1 secteur intermédiaire (163 349 habitants) : Val d'Orge
- 3 secteurs ruraux (248 130 habitants) : Val d'Essonne, Val de la Juine, Hurepoix

L'établissement est inscrit au sein de la filière de soins gériatriques du Val de la Juine.

#### **Plusieurs conventions de coopérations ont ainsi été formalisées :**

- Une convention avec le centre hospitalier Sud Essonne d'Etampes,
- Une convention avec le SSR de Saclas,
- Une convention avec Santé Service HAD
- Un dossier commun d'admission pour les EHPAD du secteur en partenariat avec le CLIC Sud Essonne

#### **Mais également d'autres coopérations non formalisées :**

- Une coopération avec deux **pharmacies** : une pour les médicaments, l'autre pour le matériel médical (hors commande siège ATLAS),
- Une coopération avec un **laboratoire d'analyses médicales** situé à Orléans,

- Une coopération se noue avec l'hôpital gériatrique des Magnolias pour s'inscrire dans un suivi **bucco-dentaire** des résidents (APOLLINE) mais également afin d'améliorer l'accompagnement des résidents lors de **soins palliatifs**.
- Une convention avec un opticien VISIOME (Au Plessis Robinson) pour le **suivi oculaire** des résidents : ils se déplacent à la résidence pour la vue, les lunettes hors tout diagnostic médical mais ils conseillent alors une consultation chez un ophtalmologiste

## 6. PROJET DE VIE

### 6.1. Introduction

Le projet de vie se fonde sur la recherche de la qualité de vie des résidents, depuis son accueil et tout au long de son séjour dans l'EHPAD. Il prend en compte l'individualisation de l'accompagnement, les prestations liées à l'hébergement ainsi que les aspects de la vie sociale du résident, en cohérence avec le projet de soins de l'établissement développé ci-après.

### 6.2. Accueil du résident

L'entrée en EHPAD est le plus souvent un choix contraint par l'impossibilité, pour la personne de rester à son domicile. Les temps de la réflexion et de la préparation à l'entrée en établissement sont des éléments déterminants pour la qualité de vie ultérieure de la personne.

L'organisation de chacune des étapes du processus d'admission et d'installation du résident fait l'objet d'une procédure écrite en interne.

#### 6.2.1. Demande de renseignement

L'établissement met à disposition de la personne âgée et /ou de ses proches les informations qui lui permettront de prendre la décision d'entrer en établissement.

L'information délivrée se veut compréhensible et reformulée si besoin.

L'information porte sur :

- les aspects administratifs et financiers permettant de prévoir le coût du séjour et de solliciter, le cas échéant les aides financières possibles
- les prestations possibles, les activités proposées, la vie quotidienne, la réponse aux besoins d'aide et de soins
- l'obligation d'obtenir le consentement de la personne pour son admission
- les éléments nécessaires à la mise en œuvre du projet personnalisé qui s'appuie sur les attentes et souhaits de la personne
- la liberté d'aller et venir : droit de sortir, de recevoir des visites, partir en vacances, droit de retourner au domicile
- l'expression du droit des résidents : fonctionnement du conseil de la vie sociale, coordonnées de la personne qualifiée nommée par le Conseil général
- les dispositifs de protection juridique si besoin : tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future

Les demandes d'admission des résidents sont formulées à partir du dossier unique<sup>15</sup>, applicable depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012.

### 6.2.2. Pré-admission (dont visite préalable)

La **visite de pré admission** (VPA) est systématique, elle est réalisée par le biais d'entretiens séparés, à la fois avec l'Infirmière Coordinatrice et avec la directrice :

- Le résident est reçu indépendamment de sa famille par la directrice et l'IDEC.
- Le résident est reçu avec sa famille s'il le souhaite,

La **visite de l'établissement** se déroule comme suit : visite du studio proposé avec informations sur l'agencement des meubles (en fonction du lit médical fourni par la résidence) et les « touches personnelles » du résident ; visites des locaux communs (restaurant, salle d'animation, salle de kinésithérapie, salon de coiffure et bien-être, espaces extérieurs (cour intérieure avec potager), salon de lecture/bibliothèque/télévision,

Cette visite se termine par un repas pris en commun (si la visite est effectuée le matin) et un goûter à 16h00 (si la visite est effectuée l'après-midi) ce qui permet au futur résident de faire la connaissance des résidents de l'établissement et, plus particulièrement d'un résident plus ancien pressenti pour le parrainer à son entrée dans la résidence.

Lors de la visite de pré admission, le **livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte de la personne accueillie, les coûts afférents au séjour, les noms des membres du Conseil de la Vie Sociale, sont remis au futur résident** et une **fiche d'autonomie** est remplie,

Si le futur résident se trouve hospitalisé antérieurement à son entrée, on peut envisager si géographiquement le secteur est proche de la résidence, que directrice et IDEC se déplacent, créant ainsi un premier contact avant l'entrée.

Si le futur résident a des **attentes particulières** au niveau du studio (ex : vue sur jardin) nous lui conseillons dès son entrée de signaler cette demande de changement pour le cas où un studio correspondant à ses attentes se libère,

Si le futur résident est hospitalisé, il est demandé à la famille de s'informer auprès du médecin de l'hôpital, dans quel délai il serait sortant afin de réserver le studio.

---

<sup>15</sup> Document CERFA 94732

### 6.2.3. Admission

Une procédure générale d'admission a été établie par AREPA en 2009 ; Elle a pour objectif de préciser les actions incontournables qui doivent être respectées lors de l'entrée d'un résident en EHPAD.

- Si la **résidence n'est pas en mesure d'accueillir** le futur résident, il en est informé par courrier et la résidence lui propose une liste d'autres établissements mieux adaptés,
- Le formulaire de **désignation d'une personne de confiance** est remis au futur résident et/ou à sa famille afin qu'il puisse réfléchir avant de nous remettre sa décision lors de son admission,
- L'information concernant un mandat de protection actuel ou futur apparaît dans **la fiche d'autonomie**, les documents afférents à une protection juridique seront alors demandés
- La résidence met en place **4 référents** (soins jour, soins nuit, IDE et administratif) tracés dans le dossier informatisé du résident

L'admission du résident est organisée et suit une procédure mise à jour régulièrement :

#### PREPARATION DE L'ARRIVEE DU RESIDENT

- La semaine précédant l'entrée du nouvel arrivant lors des transmissions, l'IDEC et la psychologue présentent à l'équipe le profil du nouveau résident. Lors de cette même réunion sera désigné le soignant référent qui prendra en charge le résident à son arrivée. On veillera à ce que ce jour-là le référent occupe un poste du soir afin d'assurer une continuité dans la présence jusqu'au moment du coucher.
- Au cours de cette semaine, l'IDE prépare le dossier de soins, le dossier médical, le pilulier au nom du résident.
- L'IDEC prépare le plan de soins dans le PSI et l'installation de tout le matériel médical dans le studio.
- Dans le cas où le résident accueilli est à l'aide sociale et arrive sans mobilier, l'homme d'entretien aménage le studio avec un minima : une table, deux chaises, un fauteuil, une commode, un chevet et une lampe de chevet. On peut éventuellement envisager le prêt d'un téléviseur.
- Si la famille aménage directement le studio, par souci de commodité on propose de le faire le week-end précédant l'entrée.

- Si il souhaite une ligne téléphonique, on leur fournit toutes les informations nécessaires afin d'effectuer les démarches auprès de France Télécom.
- Une fois l'installation réalisée, on procède à l'état des lieux entrant.

## **JOUR DE L'ARRIVEE DU RESIDENT**

- Afin qu'elle se déroule dans des conditions optimales, l'entrée du résident a lieu en début d'après midi,
- Tous les documents administratifs ayant été remis en amont lors de la visite de pré-admission, il ne restera le jour de l'entrée qu'à recueillir les documents pour signature,
- Le résident sera accueilli par un membre de l'équipe de direction,
- Le soignant référent accompagnera le résident dans son logement pour son installation. Il procédera à l'inventaire du trousseau et vérifiera que le linge est correctement marqué,
- Un médaillon d'appel d'urgence sera remis et son fonctionnement sera expliqué,
- Le livret d'accueil est remis et parcouru dans ses grandes lignes avec le résident,
- L'IDE intervient pour récupérer tous les renseignements le concernant : carte vitale, mutuelle, ordonnances en cours...
- Il recueille pour le personnel de restauration, les informations concernant les souhaits du petit-déjeuner du lendemain et les premières habitudes alimentaires et éventuel régime,
- Ensuite si la famille est présente sera respecté un large temps d'installation dans l'intimité,
- Si le résident le souhaite, le premier dîner peut être pris dans le studio,
- L'infirmier de service veillera à laisser dans le PSI le plus d'informations concernant le résident pour la prise en charge de l'équipe de nuit qui ira se présenter au moment de leur prise de poste.

## JOURS SUIVANT L'ARRIVEE DU RESIDENT

- **Présentation du résident à l'ensemble des résidents** par la psychologue et l'animatrice au moment le plus opportun en concertation avec le résident et sa famille,
- L'animatrice veillera à recueillir **ses souhaits en matière de vie sociale** au sein de l'établissement (fiche de recueil),
- Dans la semaine suivant l'entrée du résident, la **psychologue réalisera plusieurs entretiens** visant à recueillir le **parcours de vie** du résident afin de définir de manière optimale le projet personnalisé du résident,
- Dans les jours qui suivent l'entrée, chaque membre de **l'équipe sera attentif aux comportements et aux besoins** du résident afin de faciliter l'adaptation et l'intégration,
- En fonction des observations de chacun, les besoins en matière de prise en charge seront complétés chaque jour après concertation par l'IDEC. De même, le choix de la **place au restaurant** sera réévalué au bout de 8 à 10 jours de présence.
- Au bout d'un mois de présence, une réunion des équipes fera un bilan quand à la phase d'intégration du résident.

Cette rencontre finalisera la décision prise par chacune des parties, et donnera lieu à 3 décisions possibles :

- L'installation définitive du résident,
- La reconduite de la période d'intégration s'il y a nécessité de laisser plus de temps au résident pour s'adapter,
- Le départ du résident en cas d'échec de la prise en charge, et de son souhait de choisir un autre mode d'hébergement.

A la suite de ce bilan, sera mise en route la **démarche du projet personnalisé**.

#### 6.2.4. Intégration

La résidence met à disposition des logements vides. Le résident peut ainsi s'approprier pleinement son intérieur.

Par ailleurs, la résidence met en place 4 référents (soins jour, soins nuit, IDE et administratif) tracés dans le dossier informatisé du résident,

L'aide-soignante du secteur aidera le résident à s'installer chez lui.

L'ouvrier d'entretien peut aider le résident et sa famille au cours de l'installation à intégrer les meubles, les objets, les éléments de décoration et autres photographies qui sont chargés de souvenirs et restent des points de repères importants, rassurants.

L'intégration comporte plusieurs étapes :

- **Le recueil des habitudes de vie de la personne** s'affine nécessairement durant les premiers mois et permet avec l'aide de la personne, d'ajuster la personnalisation de son logement, les informations sont recueillies avant et après l'admission dans le cadre de la visite de pré-admission et des entretiens avec la psychologue (elles sont tracées via le dossier informatisé du résident dans le PSI (Projet de Soins Individualisé))
- **L'appropriation de l'espace privé**, en résonance avec la vie de la personne avant l'entrée en institution est fondamentale pour garantir un maintien de l'autonomie, des capacités du résident et son envie de s'installer dans cette étape nouvelle de sa vie. Plus la démarcation entre espace privé et espace collectif se construit d'une manière « familière » plus la personne réussira son intégration : un bilan d'intégration est effectué dans le mois suivant l'arrivée du résident et fait l'objet d'un suivi régulier (traçabilité via PSI)
- En cas de difficultés d'intégration, le personnel soignant informe la psychologue qui va prendre en charge le résident

**Les moyens mis à disposition du résident pour favoriser son intégration s'articulent ainsi autour de :**

- L'existence du **CVS (Conseil de Vie Sociale)** : lors des réunions, le CVS aborde des sujets divers touchant à la vie dans la résidence (restauration, animations...),
- **L'animation** : supervisée par l'animatrice et en collaboration avec le personnel, voir chapitre 6.4.1 Projet d'animation,
- **La psychologue** : disponible selon les besoins,

- L'ouverture vers l'**extérieur** : la résidence est en lien avec les familles et les associe à la vie sociale de la résidence,
- **Le temps des repas** : moments de convivialité dans un cadre agréable

Dans le respect du « choix de vie » du résident (Charte des Droits et Libertés de la personne âgée...), rien ne doit lui être imposé, il reste libre de décider et de faire ses choix notamment au niveau de sa participation aux animations. Certains nouveaux résidents ont besoin d'un temps d'observation avant de se « lancer dans l'aventure ».

### 6.3. Projet personnalisé

Le projet personnalisé est une démarche pluridisciplinaire (personnel soignant, hôtelier, d'animation, psychologue etc.) de réflexion centrée sur le résident, dans sa globalité.

La démarche du projet personnalisé se réfère directement à la recommandation-cadre de l'ANESM<sup>16</sup> sur la bientraitance et s'inscrit dans les principes énoncés par la loi n°2002-2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.

Il vise à adapter les services de l'établissement aux besoins, aux attentes et aux habitudes de vie de chaque résident en tenant compte, au-delà de leur état de santé, de leur identité dans toutes ses dimensions.

#### 6.3.1. Objectif du projet personnalisé

Le projet personnalisé est un outil de travail pour l'ensemble des personnels de l'Ehpad. Il permet au résident :

- de vivre dans les meilleures conditions son séjour dans l'établissement,
- d'y trouver un sens à sa vie
- de se sentir reconnu, respecté et, pas seulement, entendu,
- d'être maintenu et accompagné dans son autonomie,
- d'être sécurisé et entouré,
- d'être accepté dans ses capacités.

La démarche du projet personnalisé respecte une méthode de travail précise afin de garantir à l'usager :

- sa participation dans la conception et la mise en œuvre de son projet
- la mise à jour selon l'évolution de l'état de santé ou des souhaits du résident

---

<sup>16</sup> ANESM - Les attentes de la personne et le projet personnalisé / La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

- l'implication des représentants des usagers, des partenaires concernés par la thématique du projet personnalisé, familles des résidents, bénévoles.

La formalisation du projet personnalisé est intégrée au dossier du résident et est portée à la connaissance du résident et de l'ensemble du personnel

### 6.3.2 Démarche de mise en œuvre du projet personnalisé

A partir d'un groupe pilote du PP<sup>17</sup> initié par le Réseau Médico-social du Siège, en 2011, la mise en œuvre de la démarche a été lancée sur l'ensemble des Ehpad AREPA.

Un groupe de professionnels a élaboré la méthodologie de mise en œuvre et proposé des outils d'aide et de recueil, un schéma d'organisation fonctionnel et dispensé des formations, afin de former les référents de chaque site.

#### Rôles :

- Le directeur de l'EHPAD organise le COPIL PP et désigne un référent institutionnel, formé au Siège : Delphine CHIRAC, psychologue.
- Le référent institutionnel informe et assure la formation des personnels de l'Ehpad à la démarche « Projet Personnalisé », ainsi qu'à l'utilisation du livret de recueil des habitudes de vie du résident et rend compte de son travail au COPIL PP.
- L'EHPAD doit alors s'organiser pour mener à bien l'ensemble des rencontres nécessaires à la mise en place effective des projets personnalisés (planifier des réunions de construction, de validation et un temps de signature).

Le référent institutionnel Projet Personnalisé a pour mission d'aider chaque membre du personnel impliqué dans l'accompagnement d'un résident, à balayer l'ensemble des items relatifs à sa vie dans l'EHPAD.

Les items proposés permettent aux professionnels concernés, en particulier au référent du résident, de mieux connaître la personne dans ses habitudes, ses besoins et ses attentes.

Les items renseignés font l'objet d'une synthèse, d'un échange et d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire lors des réunions « Projet Personnalisé » hebdomadaires.

A l'issue de ces réunions, 1 à 3 objectifs réalistes maximum, et un plan d'action y correspondant, sont élaborés par l'équipe.

---

<sup>17</sup> PP : projet personnalisé

Ces objectifs sont soumis à l'approbation du résident et font l'objet d'un avenant au contrat de séjour. Cet avenant est signé par le résident ou par son représentant légal et le directeur.

Le personnel soignant, hôtelier et d'animation en charge du résident est informé des objectifs retenus, du plan d'action défini et assure le suivi de son accomplissement effectif. Ces données sont tracées dans le dossier du résident.

Au sein de l'établissement, 91 % des résidents bénéficient à ce jour d'un projet personnalisé.

Les projets personnalisés sont réajustés à périodicité définie et en équipe pluridisciplinaire. Ils s'élaborent :

- **Par le recueil des habitudes de vie, des attentes** : lors de la visite de pré-admission approfondi lors de l'entrée et tout le mois suivant l'entrée du résident,
- **Par l'investissement personnel du résident et sa famille** : dans l'élaboration et le suivi du projet, des réunions et rencontres avec le résident et son entourage sont organisées avant finalisation et signature d'un avenant au contrat de séjour,
- **Par la prise en compte de l'ensemble des besoins et souhaits de la personne** (soins, repas, animations, activités, ...) : différentes thématiques sont abordées, correspondant aux souhaits des résidents,
- **Par une coopération des différentes équipes** : des réunions hebdomadaires sont organisées,
- **Par une réévaluation périodique** : le projet est réévalué et réajusté tous les 6 mois ou automatiquement si l'état de santé du résident le nécessite.

**Deux indicateurs qualité ont été mis en place :**

« Indicateur n° 28 - Projets Personnalisés » : Il retrace le nombre mensuel de Projets Personnalisés et d'avenants au contrat de séjour signés en %.

« Indicateur n° 29 – Réévaluation du volet soins » : Il retrace le nombre de PSI (Projets de Soins Individualisés) ayant fait l'objet d'au moins une réévaluation en %.

### 6.3.3. Respect des droits et libertés des résidents

La résidence mène des actions qui permettent d'assurer le respect des libertés et des droits des résidents. Elle s'attache à les conforter via :

- **Le contrat de séjour** : il a été réactualisé en 2012 et est signé par les résidents, Il fait l'objet d'un indicateur.
- **Les biens des résidents** : un coffre est mis à disposition et se trouve dans le bureau de la directrice,
- **Les possibilités de quitter l'établissement pour des périodes plus ou moins longues durées** : les résidents sont informés sur les règles de dégrèvement qui s'appliquent et tout est notifié dans le contrat de séjour signé par le résident après en avoir eu lecture points par points,
- **La confidentialité** : les dossiers des résidents sont rangés dans une armoire fermée à clefs et une formation de rappel sur le « secret professionnel » est faite régulièrement,
- **Les sorties** : le résident est libre de sortir de la résidence,
- **Les visites de la famille ou d'un entourage proche** : à toute heure de la journée, les proches peuvent venir dans la résidence,
- **Le courrier** : il est distribué par le personnel administratif dès réception et des boîtes aux lettres personnelles sont mises à disposition,
- **« Le patrimoine et les revenus »** : les résidents disposent de leur argent personnel,
- **Les animations, les activités** : une commission d'animation trimestrielle est mise en place,
- **Les suggestions/idées des résidents** : dans le cadre de leur participation active à la vie sociale de la résidence, outre de tenir compte des attentes personnelles de chacun, la résidence recueille au fur et à mesure qu'elles sont exprimées, les idées et suggestions des résidents en matière d'animation/activités/restauration.....elles sont « traitées » dans le cadre des CVS (Conseil de Vie Sociale), des commissions d'animation mais également via les enquêtes de satisfaction et les indicateurs qualités,
- **La sécurité/protection de la résidence par rapport aux intrusions non désirées** : le personnel est sensibilisé et un dispositif permettant de verrouiller les portes d'entrées est mis en place si nécessaire,

- **La liberté d'expressions et les convictions religieuses** : une messe deux fois par mois est organisée au sein de la résidence et il existe la possibilité de modifier ses menus (ex : sans porc, poisson le vendredi...),
- **Le respect de la dignité et de l'intimité** : des minis formations en interne sont effectuées annuellement auprès des personnels,
- **Les visites ou rendez-vous programmés avec la direction** : elles sont organisées au fur et à mesure des demandes,
- **Les modalités de départ** : elles sont spécifiées dans le contrat de séjour (article 6),
- **Le départ envisagé par la résidence** : des solutions en équipes pluridisciplinaires sont recherchées si le maintien du résident dans la résidence n'est pas ou plus envisageable (article 6.2 du contrat de séjour),
- **Le financement de l'hébergement** : si le résident a des difficultés financières, la résidence propose un échelonnement de la dette via l'appui des supports du siège (article 6.2 du contrat de séjour) et le résident est également accompagné par les services internes (secrétariat) pour l'éventuelle mise en place de dispositifs d'aides (APA, APL, Aide Sociale).

#### 6.3.4 Prévention de la maltraitance

La maltraitance se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe de personne portant atteinte à l'intégrité corporelle, psychique ou à la liberté d'une autre personne ce qui compromet gravement le développement personnel ou nuit à la sécurité.

Le concept de Bientraitance s'inscrit dans un contexte légal qui fait référence à la déclaration universelle des droits de l'homme (ONU 1948), à la charte des droits et liberté de la personne accueillie (mars 1988), à la loi 2002-2 et aux recommandations de l'ANESM.

Les engagements des personnels de l'établissement, en matière de prévention de la maltraitance visent à :

- Informer les résidents ou leurs représentants de leurs droits et les associer à l'amélioration continue des pratiques de l'établissement dans tous les domaines (hébergement, soins, restauration, vie sociale ...).
- Mettre en œuvre tous les outils de la loi et de la réglementation et se référer aux recommandations de l'ANESM (Enquête bientraitance en 2009 et 2010).

- Développer dans l'établissement une culture de la Bienveillance pour tous les personnels : des formations internes et externes sont mises en place sur la prévention et le repérage des risques de la maltraitance ; le programme MOBIQUAL est engagé.
- Garantir la réactivité de l'encadrement face aux situations de maltraitance : personnels/usagers et usagers/usagers. Protéger et accompagner la victime et son entourage : Alerter les autorités judiciaires ainsi que l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général dans chaque situation de maltraitance avérée ou soupçonnée : procédure AREPA et procédures internes (contention, fiches d'évènements indésirables, etc.).
- Prendre les mesures correctives en se faisant accompagner (ALMA France).

L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé contribue à la prévention de la maltraitance.

## 6.4. Vie sociale du résident

### 6.4.1. Projet d'animation

La mise en œuvre du projet d'animation est un droit du résident et respecte l'article VI « valorisation de l'activité » de la « charte des droits et libertés de la PA, en situation de handicap et de dépendance ».

Au-delà du loisir et de la distribution, l'animation doit aussi être la continuité, la matérialisation de la richesse de chacun. L'animation devient alors source de vie et de mouvement, et renvoie au résident une image positive de lui-même et de sa résidence.

#### 6.4.1.1. Définition du projet

Le projet d'animation s'inscrit dans le projet d'établissement. Il évolue en fonction de l'état de santé des résidents, des moyens mis à disposition par la structure.

Développer un projet d'animation au service de la vie sociale des résidents, c'est de donner de la vie et créer des liens pour vaincre l'ennui, maintenir l'autonomie et favoriser l'expression de la citoyenneté des personnes accueillies.

C'est aussi un moyen de dynamiser et de fédérer les équipes autour d'un même centre d'intérêt quelque soit le métier exercé au sein de l'établissement

Le projet présenté résulte d'une œuvre collective qui s'est construite par étape :

- Définir le sens de l'animation et clarifier ses objectifs
- Identifier les ressources internes et externes – définir les responsabilités
- Déterminer l'articulation avec les soins, les prestations hôtelières et logistiques
- Préciser la participation du personnel à l'animation
- S'interroger sur la place réservée aux familles et aux bénévoles
- Recueillir et analyser les besoins et attentes des résidents et organiser des groupes d'intérêts communs
- construire les actions à entreprendre et dégager les moyens humains et matériels pour répondre de manière adaptée aux objectifs visés
- Évaluer les effets sur les personnes accueillies

#### **6.4.1.2. Organisation de l'animation**

##### Cadre général de la mission de l'animateur :

L'animateur, sous la responsabilité du Directeur de l'EHPAD, élabore et met en place le programme de l'animation dans le respect du budget alloué.

Il contribue à encourager l'expression, la créativité et la socialisation des personnes âgées et favorise la participation des professionnels aux différentes activités mises en œuvre.

Il coordonne le planning d'animation, le porte à la connaissance des résidents, des familles et de l'ensemble des intervenants.

Outre les articulations avec l'ensemble des services de la résidence, il s'accorde avec les prestataires, les associations diverses intervenant dans l'établissement et les bénévoles:

- Centre de loisirs
- Association des jeunes Mérévillois
- Association de Bridge
- La Paroisse
- La bibliothèque municipale.
- Le conseil municipal des jeunes, etc.

##### Les moyens, le budget, le matériel...

La Résidence dispose des moyens suivants :

- **Locaux** : outre le grand salon, la plupart des locaux (individuels ou collectifs) peuvent « accueillir » une animation (ex : la salle de restauration pour les repas

à thèmes ; les studios pour des animations personnalisées ; les espaces verts...),

- **Budget annuel** : en 2013 de 5640 €, en 2014 de 6000 €, l'évolution de l'utilisation du budget fait l'objet d'un indicateur qualité (n° 13) qui retrace mensuellement la part du budget utilisé.
- **Le matériel** : il est rangé dans le bureau dédié à l'animatrice et ressemble à un atelier créatif : peinture, papiers, cartons, tissus, autres matières et matériaux, nécessaire à couture...un lecteur cd/mp3 dans le salon...la salle de restauration sert de salle de conférence, de concert ou de ballets lors des jours à thème.

### 6.4.1.3. Activités proposées

Nous proposons des activités, adaptées aux goûts et aux capacités des résidents tracées via un planning hebdomadaire affiché dans le hall de la résidence :

JOURS	PERIODES	ACTIVITES/ANIMATIONS
LUNDI	MATIN	Activité cuisine ou analyse du contenu du journal
	APRES-MIDI	Lecture d'un roman ou jeux de société
MARDI	MATIN	Atelier mémoire et lecture
	APRES-MIDI	Gymnastique douce et chant
MERCREDI	MATIN	Epluchage des légumes et lecture du journal
	APRES-MIDI	Chorale et jeux de mots
JEUDI	MATIN	Animations individuelles
	APRES-MIDI	Travaux manuels et jeux de mots
VENDREDI	MATIN	Epluchage ou pâtisserie, lecture du journal
	APRES-MIDI	Travaux manuels et jeux de mots

Il est proposé aux personnes accueillies plusieurs ateliers :

#### ATELIER TRAVAUX MANUELS :

**Atelier Arts plastiques** : Fabrication d'un tableau d'affichage des activités proposées tout au long de la semaine afin de remplacer l'existant.

**Atelier pliage/découpage** : qui a permis de décorer le restaurant pour les fêtes de Pâques (cocote en papier...) ou pour faire les décorations lors des repas à thème mensuels.

**Atelier peinture** : toujours dans le but de décorer les espaces communs.

**Objectifs :**

- Favoriser l'expression artistique et la communication non verbale
- Améliorer le bien-être en donnant un moyen supplémentaire d'expression émotionnelle
- Découvrir la créativité (mélange des couleurs)
- Coordination des gestes
- Valorisation de soi (le résultat est salué par les familles ou les autres personnes).

**ATELIER JARDINAGE :**

Un potager a été créé avec la participation des résidents dans la cour intérieure.

**Objectifs :**

- Stimulation de la mémoire notamment de la mémoire sensorielle (toucher, odorat)
- Rattachement à la mémoire sensorielle et à l'affectivité.
- Initiative
- La coordination des gestes

**ATELIER CUISINE :**

**Atelier épluchage** : légumes (pour la préparation du potage le soir par exemple),

**Atelier pâtisserie** : sortie au marché le vendredi pour acheter le nécessaire à la réalisation de gâteaux « maison », dégustés ensuite à la collation ou lors des cafés rencontres.

**Objectifs :**

- Stimulation sensorielle (toucher, vue, odorat, goût).
- Développement de l'autonomie et de l'initiative
- Limitation de la déambulation et de l'agressivité
- Développement de la curiosité et de l'exploration spontanée du matériel proposé.
- Association des souvenirs anciens
- Observation de l'autre en train de faire (capacité d'attention)
- Mobilisation des fonctions cognitives (trier, comparer)
- Verbalisation de cette expérience si c'est bon !
- Entretien d'activités ménagères favorisant l'estime de soi (nettoyage et rinçage des instruments)

## ATELIER SOINS ESTHETIQUES

Une coiffeuse intervient à la résidence tous les vendredis après-midis sur rendez-vous.

### Objectifs :

- Se sentir exister.
- Préservation d'une bonne image de soi.
- Communiquer particulièrement avec le résident.
- Détente et être valorisé en tant qu'individu

## ATELIER MEMOIRE :

**Tous les jeux de mémoire** : quiz, baccalauréat, définitions dictionnaire, spécialités régionales, etc. sont proposés en fin de journée.

**Atelier souvenirs** à insérer au journal trimestriel de la résidence : recettes d'antan, souvenirs d'école, souvenirs de son mariage, sa première rencontre, etc.

Atelier « **Mémoire du goût et parfum** »

Atelier « **5 sens** »

### Objectifs :

- Stimulation des fonctions cognitives, la mémoire notamment.
- Communication avec les autres résidents.
- Mobilisation de la mémoire à long terme (souvenirs passés).
- Etre dans un contexte joyeux, dynamique et déstressant

## ATELIER JEUX DE SOCIETE:

Il est proposé des jeux de société (dominos, cartes, Pictionary...)

### Objectifs :

- Mobilisation des fonctions cognitives.
- Entretien des relations et intégration sociale.

## ATELIER CHANT:

Atelier chant le mardi et mercredi après-midi. Une chorale composée de certains résidents a été mise en place en partenariat avec la chorale de la commune.

### Objectifs :

- Mobilisation de la mémoire à long terme (souvenirs passés).
- Etre dans un contexte joyeux, dynamique et déstressant.

## **ATELIER GYMNASTIQUE DOUCE :**

Par petits groupes.

### **Objectifs :**

- Prendre conscience de son corps (muscles).
- Favoriser un contexte détendu.
- Mobiliser un certain effort qui encourage à l'autonomie.

### **6.4.1.4. Participation des familles aux animations**

La participation des familles est un droit du résident, comme décrit dans l'article 6, « droit au respect des liens familiaux » de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Les familles sont sollicitées mensuellement pour la participation aux animations et activités diverses, ce sont des moments de convivialité et d'échanges : apéritifs, café rencontre, galette des rois, anniversaires, repas à thème, gaufres, commissions restauration et commissions animations, participation au Conseil de Vie Sociale.

### **6.4.1.5. Commission animation**

Une commission animation a lieu tous les trimestres. Ces commissions animations ont pour objectif d'instituer des temps de réflexion avec les équipes, la direction, les résidents et les familles... (Analyse des pratiques, faits concrets, difficultés de fonctionnement...). Un indicateur qualité est formalisé (nombre de commissions effectuées).

### **6.4.2. Aspects spécifiques aux personnes désorientées**

La résidence ne dispose pas d'unité de vie protégée.

Toutefois, certaines activités proposées aux résidents désorientés contribuent à la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement.

Des ateliers spécifiques sont ainsi mis en place par l'animatrice en lien avec la psychologue tout en tenant compte de l'état de santé ou émotionnel du résident : atelier mémoire, gymnastique douce, etc.

## 6.5. Prestations transversales

### 6.5.1. Restauration

Même si le temps du repas obéit malgré tout aux règles de la collectivité, tout est mis en œuvre pour respecter les besoins fondamentaux du résident :

- qualité de la prestation,
- personnel de restauration prévenant et à l'écoute,
- possibilité de choisir les menus de remplacement,
- aide pour les personnes ayant des difficultés (déglutition, handicap...),
- respect des prescriptions médicales,
- respect des convictions religieuses et personnelles en matière d'alimentation...

En ce sens, le service restauration est organisé et fait l'objet d'un cahier des charges précis dans le cadre d'un contrat cadre :

- **La maîtrise et la sécurité de l'alimentation des résidents** : un cahier est tenu à jour et archivé pendant 3 ans sur la température de l'alimentation des résidents,
- **L'affichage du menu, lisibilité** : l'affichage des menus se fait en gros caractères et accessible en hauteur (pour les personnes en fauteuils roulants),
- **Les changements de menus** : un affichage est mis en place, une procédure devrait être formalisée (ex : repas à thème),
- **Les produits frais et de saison** : stipulés dans le contrat cadre,
- **La salle de restauration** : elle est spacieuse, agencée en fonction des déplacements des personnes à mobilité réduite, décorée, elle est équipée d'un système de rafraîchissement,
- **Les tenues du personnel** : elles sont bleues et blanches,
- **Le dressage de la table** : la table est dressée comme dans un restaurant,
- **La température des repas** : d'après les enquêtes de satisfaction et les commissions, en nette amélioration,
- **Les régimes alimentaires** : ils sont conformes au cahier des charges du contrat cadre, un récapitulatif des régimes (via PSI) est remis au service de restauration aussi souvent que nécessaire,
- **Les troubles de la déglutition** : un espace est aménagé dans ce sens, une commission spécifique et des minis formations sont effectuées, une procédure est formalisée,
- **La texture des aliments** : elle est systématiquement adaptée à l'état de santé des résidents, les prescriptions médicales ne sont pas systématiques,
- **L'alimentation et les convictions religieuses** : une carte de remplacement est proposée,

### 6.5.1.1. Rythme du résident

La résidence organise les repas de façon à pouvoir respecter :

- Le rythme des repas qui doit s'adapter aux difficultés inhérentes à une population âgée.
- La possibilité éventuelle de prendre des repas en studio : les repas sont servis sur plateau et à la demande.
- La possibilité d'accéder à des collations : un chariot est mis à disposition jour et nuit en plus du goûter proposé à 16h00.
- Période de jeûne diner-petit-déjeuner : le petit déjeuner est servi à partir de 8h00 et le dîner est servi à partir de 18h30.
- Le déjeuner est servi est 12h00.

### 6.5.1.2. Goûts et envies du résident

La résidence s'attache à respecter les goûts et les envies des résidents. En cela :

- **Les préférences alimentaires** sont notifiées à l'admission et dans le projet personnalisé. Elles peuvent être modifiées à tout moment,
- **La place de chacun dans la salle de restauration** est organisée en fonction des besoins (accompagnement) et des attentes (affinités, solitude, couples),
- **La variété dans les plats au regard des besoins et attentes des résidents** est débattue en commission de restauration trimestrielle. Le compte-rendu est diffusé,
- **La mesure de la satisfaction des résidents** est organisée via une enquête de satisfaction annuelle par le prestataire ainsi que par AREPA ; les résultats sont analysés et un plan d'actions correctives est mis en place,
- **Pour les repas familiaux et amicaux**, un espace invité est prévu dans le restaurant ainsi qu'un salon privatif si besoin.

### 6.5.1.3. Convivialité

Les repas restent des temps forts de la vie sociale.

Ils doivent pouvoir constituer un espace de rencontre avec les autres, ce sont des moments propices aux échanges entre les résidents.

**La variation des repas en fonction des saisons, des événements exceptionnels, des fêtes traditionnelles** fait partie de la convivialité recherchée pour les résidents, ces repas sont importants car ils marquent des moments forts au cours de l'année, Des journées à thème sont proposées tout au long de l'année : le plus souvent en référence à un pays ou une région de France ; c'est l'occasion d'associer résidents et collaborateurs autour d'une même table dans une ambiance plus festive (déguisements, musique).

### 6.5.2. Gestion du linge

Le linge des résidents et le linge plat sont sous-traités. Les contrats sont rodés depuis longtemps et fonctionnent bien.

Des procédures concernant la gestion du linge sont ainsi formalisées :

- « organisation du circuit linge propre/linge sale CAT » ;
- « manipulation et tri du linge sale » ;
- « organisation linge résidents » ;
- « listing du linge résidents » ;
- « changement du linge de la literie et du traitement du linge souillé » ;
- « organisation du circuit du linge plat ».

Le marquage du linge des résidents est assuré par le prestataire.

Les résidents et les familles ont la possibilité d'entretenir eux-mêmes leur linge. Un affichage est alors mis en place dans les chambres à l'attention du personnel.

Par ailleurs, en cas de détériorations survenues au linge, l'établissement (ou le prestataire) assureront le remplacement de la pièce abîmée.

### 6.5.3. Entretien des locaux

L'entretien des locaux est sous-traité et fait l'objet d'un cahier des charges précis dans le cadre d'un contrat cadre, un protocole Bio est formalisé dans le classeur de leur local, un référent hygiène a été nommé.

Les matériels utilisés : 3 chariots pour les étages, 1 en cuisine compartimenté permettant l'application des procédures.

Les produits utilisés : produits référencés (liste positive de la Société Française d'Hygiène Hospitalière).

Des fiches de traçabilité dans les pièces communes et dans les classeurs pour les studios sont mises en place afin de maintenir les locaux collectifs et individuels propres selon des plannings organisés (visibles pour le personnel et communiqués aux résidents).

Le restaurant est nettoyé après chaque repas.

Tous les 2 mois, un contrôle ménage est effectué par les responsables du prestataire et la résidence. Une enquête de satisfaction est soumise aux résidents tous les ans.

Si le résident le souhaite, il peut entretenir lui-même son logement, la résidence lui fournit alors les produits adaptés.

#### 6.5.4. Salon de coiffure

Une salle est dédiée à la coiffeuse, intervenante extérieure, qui accueille nos résidents sur rendez-vous tous les vendredis après-midis de 14h00 à 17h00 (selon les rendez-vous). Elle téléphone la veille à la résidence pour connaître ses prises de rendez-vous. Ses tarifs sont affichés dans le hall. Une convention a été signée.

#### 6.6. Fiches actions et objectifs d'amélioration du projet de vie

Etablissement : RESIDENCE LE TOURNEBRIDE		
FICHES D'ACTION	OBJECTIF(S)	ETAPES DU PROJET
<p><b>1.</b> Refonte de la réflexion menée depuis 2008 quant à la réhabilitation de l'établissement</p>	<p><b>Adapter les locaux à la dépendance physique des résidents</b>  <u>Echéance</u> : 2017  <u>Groupe concerné</u> : directrice, Comité de direction, Service Patrimoine, Direction Territoriale, Pôle médico-social, DAF, Autorités de tutelle, Mairie, Bailleur  <u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact avec les différents interlocuteurs</li> <li>▪ Evaluation des besoins (réglementation vétérinaire, sécurité incendie...)</li> <li>▪ Validation du projet</li> <li>▪ Montage du projet</li> <li>▪ Réalisation</li> </ul>
<p><b>2.</b> Maintenir un lieu accueillant et convivial : décoration de la résidence, amélioration de la répartition des locaux</p>	<p><b>Améliorer la qualité des prestations</b>  <u>Echéance</u> : 2015  <u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice, ouvrier d'entretien, agent d'accueil, AMP, agent de soins, psychologue  <u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réorganisation de la distribution des locaux existants (analyse des besoins, des possibilités, validation du scénario retenu, mise en place)</li> <li>▪ Identification des locaux (affichage)</li> <li>▪ Mise en place d'ateliers créatifs (panneaux éphémérides, photos, peinture des meubles, n° des portes)</li> <li>▪ Mise en place d'une salle bien-être analyse des besoins, des possibilités, validation du scénario retenu, mise en place de la salle)</li> </ul>

<p><b>3.</b></p> <p><b>Engager la résidence dans une démarche éco-citoyenne</b></p>	<p><b>Intégrer la résidence dans son environnement</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice, ouvrier d'entretien, agent d'accueil, aide soignante</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création d'un potager</li> <li>▪ Changement des bacs existants</li> <li>▪ Mise en place de bacs pour les piles et les ampoules</li> <li>▪ Formation des personnels et des résidents aux consignes de tri</li> <li>▪ Mise en place du programme « des poules pour réduire les déchets »</li> <li>▪ Mise en place d'ateliers mémoire relatifs au tri</li> <li>▪ Sensibilisation aux économies d'énergie par voie d'affichage</li> </ul>
<p><b>4.</b></p> <p><b>Recruter un MEDEC</b></p>	<p><b>Mettre en place une prise en charge coordonnée des résidents, améliorer les prises en charge spécifiques</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2<sup>ème</sup> semestre 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent d'accueil, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embauche d'un MEDEC</li> <li>▪ Contrôle PSI (indicateurs qualité)</li> <li>▪ Mise en place de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires</li> <li>▪ Mise en place de minis formations</li> </ul>
<p><b>5.</b></p> <p><b>Suivi des projets personnalisés</b></p>	<p><b>Améliorer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie en hébergement permanent</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place des projets personnalisés</li> <li>▪ Signature des avenants aux contrats de séjour</li> </ul>

	<p><u>Echéance</u> : 1<sup>er</sup> semestre 2014</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, AMP, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réévaluation à 6 mois</li> </ul>
<p><b>6.</b></p> <p><b>Améliorer les prestations et la prise en charge des repas spécifiques</b></p>	<p><b>La mise en place des repas à textures modifiées</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2013</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, aide soignante, gérant restauration, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Recensement de l'existence de prescriptions médicales</li> <li>▪ Elaboration et validation des menus</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Mise en place du dispositif</li> <li>▪ Achat de vaisselle et de matériels appropriés</li> </ul>
<p><b>7.</b></p> <p><b>Mise à jour et diffusion des procédures</b></p>	<p><b>Améliorer en continu la qualité des prestations de la résidence</b></p> <p><u>Echéance</u> : 1<sup>er</sup> trimestre 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent de soins</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en réseau des procédures internes</li> <li>▪ Mise en place d'une gestion documentaire AREPA</li> <li>▪ Formalisation papier des procédures et mise à disposition</li> <li>▪ Diffusion des procédures</li> <li>▪ Contrôle des procédures</li> </ul>

## 7. PROJET DE SOINS

### 7.1. Introduction

Le projet de soins rejoint et complète le projet de vie de l'établissement.

Ce projet décrit les organisations, les modalités de coordination des différents intervenants et l'intégration de la résidence dans la filière gériatrique et le réseau gérontologique du territoire Sud Essonne.

L'élaboration du projet s'est appuyée sur une large participation des professionnels de soins conduit par l'Infirmière coordinatrice. L'adhésion de l'ensemble du personnel soignant au projet de soins est essentielle pour accomplir la mission dévolue à l'établissement.

Les actions décrites et menées dans le cadre de ce projet doivent permettre à la personne âgée de conserver un degré optimal d'autonomie physique, sociale et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes, malgré les maladies et déficits.

L'environnement et le personnel concourent à apporter une stimulation permanente aux résidents, tant sur le plan sensoriel que physique et psychique.

Le personnel apporte son aide et son soutien dans tous les actes de la vie courante. Le maintien de l'autonomie passe par une multitude d'actes de soins à visée thérapeutique.

La pertinence de ces actes, leur confidentialité, l'information du résident, de sa famille et la recherche du consentement éclairé sont au cœur de ce projet qui a pour ambition d'assurer un accompagnement digne et adapté jusqu'au bout de la vie des personnes accueillies.

Ce projet s'inscrit dans la démarche continue d'amélioration de la qualité de l'établissement

### 7.2. Organisation des soins

L'organisation des soins est conçue de manière à :

- Améliorer les conditions de vie des résidents
- Garantir la continuité et l'amélioration de la qualité des soins
- Préserver les conditions de travail du personnel
- Assurer la maîtrise des coûts en personnel en référence à la dotation conventionnelle

### 7.2.1. Le personnel soignant

Chaque métier du soin fait l'objet d'une fiche de poste formalisée.

Les missions sont définies en regard, des règles professionnelles inscrites dans le code de la Santé Publique. Ces fiches font partie intégrante du référentiel "métiers et compétences" d'AREPA.

Les fiches de poste sont complétées par des fiches de tâches (1 fiche/métier/horaire de prise de poste). Construites avec les personnels et élaborées en 2012, les fiches sont actualisées en fonction des changements d'organisation visant à améliorer le service rendu aux résidents.

Les plannings attestent de la présence au travail de chaque catégorie de personnel.

Les formations continues et/ou qualifiantes organisées en direction des personnels soignants sont indiquées au chapitre 8.3.4 du projet.

#### 7.2.1.1. Médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur travaille en concertation avec le directeur de l'EHPAD et coordonne l'activité de l'ensemble des professionnels de santé salariés ou libéraux intervenant dans l'établissement.

Il est membre du comité de direction (CODIR) de la résidence.

Il est l'interlocuteur médical de l'Ehpad auprès de l'Agence Régionale de Santé, du Conseil Général et des Caisses d'Assurance Maladie.

Il réalise ses missions dans le cadre du décret 2005-560 du 27 mai 2005 qui fixe les qualifications requises et les missions imparties au médecin coordonnateur en EHPAD

Le décret 2011-1047 du 2 septembre 2011, complété par l'arrêté du 5 septembre 2011, énonce le temps d'exercice du médecin coordonnateur en référence à la taille de l'établissement, indique la mise en place de la commission de coordination gériatrique, précise le contenu du rapport annuel d'activité médicale et formule les conditions de prescriptions en situation d'urgence ou de risques exceptionnels ou collectifs.

Actuellement, la résidence bénéficie de 0,4 ETP de médecin coordonnateur. Le poste n'ayant jamais été pourvu et au regard du décret du 2 septembre 2011, il est demandé un 0,1 ETP complémentaire afin de permettre la réalisation de l'ensemble des missions dévolues à la fonction et faciliter le recrutement de ce dernier.

#### 7.2.1.2. IDEC

L'IDEC est à la fois responsable et animateur des équipes soignantes en collaboration avec le directeur et le médecin coordonnateur de l'établissement.

Elle est membre du CODIR.

Actuellement le poste est occupé à hauteur de 1 ETP, conformément aux accords conventionnels. L'IDEC est présente 5 jours par semaine.

### **7.2.1.3. Infirmiers**

Présents de 8 h à 19 h tous les jours de la semaine, l'effectif actuel de 3 ETP est conforme aux décisions de la convention tripartite.

### **7.2.1.4. Aides soignants**

Présents dans l'établissement 24h / 24 tous les jours de la semaine, l'effectif actuel est conforme aux engagements de la convention tripartite.

Il sera demandé 2 ETP complémentaires afin de permettre la réalisation de l'ensemble des missions dévolues à la fonction et améliorer la qualité des soins apportés aux résidents.

La création de ce temps de travail nécessaire sera demandé lors du renouvellement de la convention tripartite.

### **7.2.1.5. Aides médico psychologiques (AMP)**

Trois AMP sont présentes dans l'établissement de 7 h à 19 h tous les jours de la semaine.

### **7.2.1.6. Agents de soins**

Sept agents de soins sont présents dans l'établissement dans l'établissement 24h / 24 tous les jours de la semaine.

Un agent de soins est inscrit dans le parcours de validation des acquis de l'expérience afin d'obtenir le diplôme d'état d'aide soignant.

Il sera demandé 1 ETP complémentaire afin de permettre la réalisation de l'ensemble des missions dévolues à la fonction et améliorer la qualité des soins apportés aux résidents.

La création de ce temps de travail nécessaire sera demandée lors du renouvellement de la convention tripartite.

### **7.2.1.7. La psychologue**

L'établissement bénéficie de la présence de 0,5 ETP de psychologue.

La psychologue est présente 3 jours par semaine. Elle formalise un bilan annuel qui figure dans le rapport d'activité médicale.

Elle est membre du CODIR.

### 7.2.1.8. Psychomotricien

Aucun ETP de psychomotricien est accordé à la résidence. Compte tenu du nombre de résidents atteints de déficiences psychomotrices, 0,5 ETP serait nécessaire afin d'améliorer la prise en compte de troubles observés. La création de ce temps de travail nécessaire sera demandé lors du renouvellement de la convention tripartite.

### 7.2.1.9. Les professionnels de santé libéraux intervenant dans la résidence

Chaque résident peut faire appel au médecin traitant ou aux auxiliaires médicaux de son choix.

Interviennent dans la résidence :

- médecins généralistes
- médecins spécialistes : psychiatres, cardiologues, .....
- masseurs kinésithérapeutes
- orthophonistes
- pédicures-podologues

Ces professionnels libéraux ont accès aux dossiers informatisés (Logiciel PSI) des résidents. Ils sont fortement incités à y tracer leurs interventions. Un poste informatique leur est réservé.

Le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordonnatrice de la résidence assurent la formation à l'utilisation du logiciel PSI

Conformément au décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010, les contrats types relatifs aux modalités d'intervention en EHPAD ont été soumis aux médecins traitants et aux masseurs kinésithérapeutes.

Les signataires à ce jour apparaissent dans le tableau suivant :

Fonctions	Date de présentation du document	Nombre d'intervenants	Nombre de contrats type signés
Médecins libéraux	Mars 2011	9	1
Masseurs kinésithérapeutes		1	0

### 7.2.2. Le dossier du résident

Le dossier du résident est un dispositif professionnel, constitué d'informations recueillies à l'admission du résident, alimenté tout au long de son séjour et clos lors de sa sortie. Le dossier est élaboré et renseigné par différents acteurs. Son usage et son accès sont clairement définis par des règles. La protection des données est assurée en référence au secret professionnel et au partage des informations nécessaires.

Il se compose d'une partie administrative et sociale, d'une partie médicale et d'une partie soins.

AREPA a fait le choix du logiciel P.S.I depuis 2009. Le personnel utilisateur a été formé, sur site.

Le dossier informatisé est complété d'un dossier papier, prenant en compte les règles de bonnes pratiques et de confidentialité (accès, organisation, conservation, archivage) et permet la mise à disposition permanente du « dossier de liaison d'urgence », (DLU).

Pour la partie administrative, les données sont actuellement enregistrées à l'admission du résident et mises à jour tout au long de son séjour, le cas échéant par la secrétaire administrative. Les pièces administratives sous forme papier : carte vitale, contrat obsèques, don du corps, mutuelle sont conservées dans le dossier du résident.

Pour la partie soins, les données sont enregistrées sur le logiciel PSI. Les soins et surveillances spécifiques sont tracés sur des fiches papier selon un modèle proposé par un groupe de travail IDEC-MEDEC et validé au Siège, par la direction médicale et la direction des soins et de la qualité.

En 2012, la procédure d'organisation du dossier papier a été actualisée. La psychologue et l'IDEC ont bénéficié d'une formation P.S.I. Deux personnels référents du logiciel formés accompagnent le personnel sur site.

Les informations contenues dans le dossier du résident (quotidien soins, refus de soins, risques/bénéfices liés aux soins, événements indésirables, hospitalisations, consultations, repas, animations...) sont actualisées au jour le jour et des indicateurs qualité ont été mis en place mensuellement.

### 7.2.3. La traçabilité des prescriptions et des soins

La traçabilité assure la cohésion entre professionnels dans la prise en charge des résidents et atteste de la continuité et la permanence des soins 24h/24.

Des préconisations en matière de transmissions soignantes seront formalisées en 2014.

Un indicateur relatif au taux de renseignements PSI a été créé.

#### 7.2.4. Gestion des dossiers :

La procédure « organisation du dossier » reprend les règles des responsabilités et du circuit du dossier résident.

**Conservation du dossier :** Les documents sont conservés dans des armoires fermant à clef à l'infirmerie de la résidence.

L'accès aux dossiers est strictement réservé aux personnels autorisés (médecins salariés ou libéraux, infirmières, auxiliaires médicaux salariés ou libéraux)

**Archivage du dossier :** Les éléments annuels du dossier papier sont archivés au mois de février pour les documents de l'année N - 1. L'enveloppe type kraft porte les mentions de l'identité du résident et de son année d'admission. Les dossiers des personnes décédées sont regroupés – l'enveloppe porte la mention de la date du décès. Les dossiers sont conservés selon la réglementation en vigueur : Article R. 1112-7 du Code de la santé publique.

Le dossier informatisé est sauvegardé sur site et une fois par 24h au niveau du serveur central d'AREPA.

#### 7.2.5. La planification des soins

La planification des soins résulte des fiches de tâches et des plans de soins.

La fiche de tâches définit l'organisation et le contenu d'un travail, d'un métier depuis l'horaire de prise de poste jusqu'à l'horaire de départ.

Le plan de soin définit pour un groupe de résidents l'ordonnancement des soins. Le plan de soins peut varier selon les habitudes de vie des personnes, leur état de santé (hospitalisations, problèmes infectieux, urgences...) ou leurs rendez-vous sociaux (animations, visites de famille et sorties...). Le plan de soins résulte des données saisies dans P.S.I et mis à disposition de chacun des soignants des secteurs de soins.

Dans l'établissement, des réunions de synthèse avec l'équipe de soins, lors des transmissions à 11h45, sont organisées afin d'élaborer ou de suivre, le projet de soins personnalisé du résident.

Lors de ces réunions, sont abordés tous les problèmes rencontrés et des solutions sont alors envisagées pour y remédier. Il en est de même pour réadapter les soins à chaque changement dans l'état de santé d'un résident ou alors lors d'une admission après quelques jours.

## 7.2.6. Espaces de soins et de prise en charge :

La Résidence bénéficie d'une salle de soins au rez-de-chaussée:

- une 1<sup>ère</sup> pièce : salle de soins, armoire à pharmacie fermée à clefs, un bureau, les chariots.
- une 2<sup>ème</sup> pièce : salle informatique et bureau de l'IDEC, 3 ordinateurs dont 2 dédiés aux personnels de soins pour l'enregistrement des transmissions journalières via PSI armoire fermant à clefs des dossiers médicaux des résidents.

Nous envisageons de réorganiser cet espace en 2014.

## 7.2.7. Circuit du médicament

Le résident a le libre choix de son pharmacien d'officine.

**La Résidence** est en lien avec 2 pharmacies : l'une pour les médicaments, l'autre pour le matériel médical :

- La 1<sup>ère</sup> : CARAVATI CJ                      50 rue Etienne Laurent  
91740 PUSSAY  
Tél. : 01.64.95.30.09 fax : 01.64.95.37.32
- La 2<sup>ème</sup> : LESSARD Christophe            2 bis rue JJ Rousseau  
91660 MEREVILLE  
Tél. : 01.64.95.00.49 fax : 01.64.95.15.71

La procédure AREPA, "**le circuit du médicament**", actualisée en janvier 2012 fixe les modalités du circuit du médicament dans le cadre de la réglementation en vigueur. Cette procédure s'adresse et s'applique à tous les professionnels de santé impliqués dans l'organisation du circuit du médicament. Son objectif principal est d'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés au bon résident, au bon moment , à la bonne dose et sous la bonne voie <sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> CASF: art. L.313-26 du 21/07/2009 relatif à la distribution des médicaments

- Décret n° 2004- 802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier  
- HAS : outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – juillet 2011  
- C.CLIN Sud Ouest : préparation et administration des médicaments dans les unités de soins – bonnes pratiques d'hygiène

### **7.2.7.1. Entreposage des médicaments – sécurisation**

Les médicaments sont entreposés dans un local dont l'accès est sécurisé.

Chaque résident dispose de son traitement, le stockage est organisé en conséquence, au moyen de bacs individuels et nominatifs.

Un réfrigérateur est réservé au stockage des médicaments à conserver à basse température. Le contrôle de la température et l'entretien du réfrigérateur sont tracés.

### **7.2.7.2. Traitement et suivi des ordonnances**

Chaque médecin traitant est fortement incité à utiliser la prescription informatisée, celle-ci garantissant une meilleure traçabilité entre le médecin, le pharmacien et l'infirmier(e) et permettant la mise à jour en temps réel du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU).

Le praticien prescripteur a accès à la banque de données Claude BERNARD (BCB) mise à jour tous les trimestres à partir du serveur situé au siège de l'association.

En 2012 : 10 % de médecins traitants utilisent le logiciel PSI pour effectuer leurs prescriptions.

### **7.2.7.3. Préparation et conditionnement des médicaments**

Les commandes des médicaments sont faites en fonction des besoins et des prescriptions ; les médicaments sont apportés à la résidence par la pharmacie plusieurs fois par semaine. La réception des médicaments est assurée et contrôlée par l'IDE.

### **7.2.7.4. Distribution et administration des médicaments**

La distribution des médicaments est réalisée par/sous la responsabilité de l'IDE selon l'organisation établie.

L'identité du résident est vérifiée ainsi que la concordance pilulier/prescription.

Le niveau d'aide requis pour la prise du médicament est évalué, les formes galéniques sont adaptées aux résidents. L'IDE enregistre l'acte d'administration, note les effets attendus et les réactions éventuelles aux doses administrées dans le dossier du résident.

Certains médicaments font l'objet d'un suivi particulier tracé sur des fiches spécifiques : anticoagulants, insuline, collyres etc.

Les ordonnances ainsi que les fiches de suivi spécifiques sont intégrées au dossier du résident et sont soumises aux règles d'archivage et de conservation prévues à l'article R .1112 -7 du code de la santé publique.

#### **7.2.7.5. Gestion des stocks**

Les IDE assurent le réassort des stocks de médicaments individuels et du stock tampon.

En conformité avec l'organisation arrêtée dans la résidence, ils vérifient les péremptions tous les mois. Ils s'assurent des bonnes conditions de conservation et de rangement des médicaments.

La gestion des médicaments placés dans la mallette d'urgence fait l'objet de contrôles trimestriels tracés.

Les médicaments non administrés et périmés sont retournés à la pharmacie.

#### **7.2.7.6. Gestion des stupéfiants et toxiques**

L'approvisionnement, l'administration et la surveillance des médicaments stupéfiants relèvent de la responsabilité propre de l'IDE.

Les médicaments classés stupéfiants, dès réception sont placés dans le coffre à toxiques dont la clé est détenue par l'IDE

Chaque prélèvement de dose, dans le coffre à toxiques, fait l'objet d'une traçabilité sur un carnet spécifique dont les pages sont numérotées. Le contrôle est exercé par l'IDEC.

Projets d'amélioration proposés pour le circuit des médicaments :

- Mise en conformité avec chaque point de la procédure
- Formaliser et appliquer les procédures ou fiches techniques internes
- Établir le livret du médicament (MEDEC/pharmacien/ médecins traitants)= prévu 1<sup>er</sup> trimestre 2014
- Créer une commission de coordination gérontologique
- Mise en place d'un dispositif de dispensation des médicaments type MEDISSIMO.

### **7.3. Permanence et continuité des soins**

En première intention, la permanence des soins est assurée par les médecins traitants ou leurs remplaçants durant la journée.

En cas d'indisponibilité ou absence du médecin et selon le degré d'urgence, les IDE ou les aides soignantes (la nuit) font appel au service de secours médical : 15.

L'appel au secours d'urgence fait l'objet d'une procédure actualisée et connue des personnels de jour et de nuit. La procédure est disponible dans le poste de soins.

Le répertoire des médecins traitants et de leurs remplaçants est disponible à partir du logiciel PSI.

La continuité des soins se traduit par :

- L'accessibilité du dossier du résident 24h/24 et 7j/7 : dossier papier et dossier informatisé.
- Le DLU édité à partir du logiciel PSI
- Les organisations de travail : présence de soignants diplômés 24h/24 – temps de transmissions orales prévues dans le temps de travail entre équipe de jour et équipe de nuit - prise en compte des transmissions écrites à chaque prise de poste.

## **7.4. Individualisation de la prise en charge et des soins**

### **7.4.1. Principes du projet de soins individualisé**

Le projet de soins individualisé précise les soins requis pour chaque résident en fonction de l'évaluation de son état de santé, de ses pathologies stabilisées ou non et de son niveau d'autonomie.

### **7.4.2. Recueil des capacités et besoins de la personne âgée**

Le projet de soins individualisé résulte de l'évaluation pluridisciplinaire des professionnels de santé intervenant dans l'Ehpad. Elle prend en compte le GIRAGE du résident et des données médicales relevées lors de l'admission.

Eléments contenus dans le dossier d'admission :

- Observations recueillies lors de la VPA
- Dossier médical
- Dossier infirmier, recueil des besoins, des rituels et capacités du résident

### 7.4.3. Elaboration, suivi et évaluation du projet de soins individualisé :

Les évaluations pluridisciplinaires font l'objet d'une synthèse réalisée par l'Idéc<sup>19</sup>, et sont formalisées dans le dossier informatisé.

Le plan de soins individualisé est mis à jour tout le long du séjour du résident et lorsque l'état de santé du résident le nécessite (accidents de santé aigüe, hospitalisations). Il est porté à la connaissance de l'équipe soignante et du médecin traitant.

L'IDEC définit les objectifs du projet de soins individualisé en réunion de concertation avec l'équipe soignante.

## 7.5. Maintien et préservation de l'autonomie des résidents

### 7.5.1. Toilette et habillage

Faire la toilette d'une personne âgée en établissement ne s'improvise pas.

Afin de faire de la toilette un temps de confort et de bien être pour le résident, les soignants doivent combiner un savoir faire technique et un savoir faire relationnel.

Ces 2 dimensions s'acquièrent en formation initiale et tout au long de la vie professionnelle (formation continue, réflexion éthique, analyse de situation ou de comportement complexe).

Toutes les chambres des résidents comportent une salle de bain à usage individuel favorisant le respect de l'intimité.

L'installation des salles de bains (cuvettes de WC rehaussées) ainsi que l'apport d'équipements appropriés (barres d'appui, chaise de douche...) favorisent l'autonomie des résidents.

Une réflexion est à mener quant à la réhabilitation des salles de bains qui possèdent encore des bacs rehaussés.

Le recueil des habitudes de vie et l'évaluation des capacités de la personne permettent de répondre au plus près à ses attentes et ses besoins.

Les toilettes complexes (douleur, handicaps lourds, fin de vie...) sont réalisées en binôme en présence d'une ASD ou d'un IDE, précisé dans le plan de soins individualisé.

La toilette des résidents manifestant des oppositions (anxiété, agitation, ...) ou des difficultés dans la réalisation des gestes est effectuée avec l'aide de la psychologue qui aide les professionnelles à comprendre les difficultés de la personne et à instaurer une

---

<sup>19</sup> Infirmière coordonatrice

communication adaptée, afin de faire de ce temps de toilette et d'habillage un moment agréable.

Les résidents choisissent, chaque fois que possible, les vêtements qu'ils souhaitent porter. Les soignants veillent à la propreté vestimentaire et à l'adaptation à la saison.

Les soignants formalisent les situations inhabituelles constatés lors de la toilette ou de l'habillage.

### **7.5.2. Aide au maintien des capacités motrices, cognitives et sensorielles**

Maintenir les capacités motrices des personnes âgées en EHPAD est un objectif nécessaire afin que celles-ci puissent continuer d'accomplir les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, l'habillage, la continence, se présenter aux repas ou participer aux activités diverses.

Le vieillissement provoque des pertes sensorielles progressives. Les personnes âgées s'ajustent, le plus souvent à cette diminution graduelle de leurs capacités sensorielles lorsque celles-ci sont compensées correctement.

L'altération accumulée d'un ou de plusieurs sens (vue, ouïe, toucher, odeur, goût) entraîne des modifications d'interprétation des repères environnementaux pouvant induire des modifications du comportement de la personne.

Certaines maladies peuvent augmenter l'altération des capacités sensorielles, motrices et/ou cognitives.

Restaurer ou compenser les déficits peut permettre la récupération partielle ou totale des capacités ou d'éviter/retarder une aggravation de la situation de dépendance.

Une évaluation des capacités de la personne à effectuer les gestes de la vie quotidienne est réalisée lors de l'admission par le personnel soignant.

Un plan d'aide personnalisé validé par l'ensemble du personnel concerné est formalisé. Il est réévalué tous les 6 mois ou lors des changements constatés dans l'état de santé de la personne.

## **7.6. Aides et soins particuliers**

### **7.6.1. Hygiène bucco-dentaire**

Il existe chez les sujets âgés différents facteurs de risque qui favorisent une mauvaise hygiène buccodentaire et peuvent être à l'origine de différentes pathologies.

Pour garantir la meilleure hygiène bucco dentaire et diminuer le risque d'apparition de pathologies un partenariat est envisagé avec le réseau APPOLLINAIRE courant 2014.

A ce titre un indicateur sera mis en place : nombre de résidents adressés en consultation chez un dentiste.

### 7.6.2. Prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation

La dénutrition et la déshydratation sont fréquentes chez les personnes âgées en Ehpad. En l'absence d'une prise en charge précoce adaptée, elles sont de mauvais pronostic. L'Idéc préconise un bilan nutritionnel qui est prescrit par le médecin traitant à l'entrée du résident.

Les préférences, goûts alimentaires et textures des plats sont relevés à l'entrée du résident et transmis au service de restauration.

Le suivi mensuel du poids des résidents est inscrit dans le dossier informatisé.

L'alimentation peut être complétée par un apport protidique.

La surveillance de la prise effective des repas est formalisée, si besoin, la feuille de relevé des intestsats et/ou de l'hydratation est renseignée.

L'Idéc inscrit la nutrition dans la formation du personnel. L'outil Mobiquial est utilisé.

Des collations sont servies le soir vers 21h pour limiter la période de jeûne dîner- petit déjeuner.

Afin de faciliter l'hydratation, 1 fontaine à eau est située à proximité des lieux de rassemblement des résidents, des sirops de différents parfums sont mis à disposition.

A ce titre un indicateur a été mis en place : part de perte de poids mensuelle supérieure à 5 %.

### 7.6.3. Prévention et prise en charge de l'incontinence

Une évaluation de l'incontinence est pratiquée à l'entrée du résident et ajustée dans les semaines suivantes, lorsque le résident a pris ses repères dans les locaux (assurance dans la mobilisation, demande d'assistance aux personnels, emplacement des toilettes etc.)

L'évaluation est tracée dans le dossier du résident.

Les chiffres de l'incontinence sur l'année N-1 :

Le cas échéant, les produits d'incontinence urinaire sont adaptés à chaque personne. Leur gestion et utilisation font l'objet de procédure et de document de planification.

L'association a signé un contrat cadre en juillet 2012 avec la société HARTMANN afin d'organiser le circuit d'approvisionnement et maîtriser les coûts des produits.

Des formations à l'utilisation des protections sont organisées.

Une procédure et une fiche technique ont été formalisées en interne : « différentes protections Hartmann » ; « pose de protections Hartmann ».

#### 7.6.4. Prévention et prise en charge des chutes

L'aménagement de l'établissement comprend des dispositifs anti chutes : barre d'appui et sièges relais dans les circulations, sols anti dérapant dans les salles de bain, éclairage ... etc.

Afin de limiter les risques de chutes des résidents alités et l'utilisation des barrières de lit, la résidence est équipée de 10 lits à faible hauteur de couchage.

L'établissement a formalisé une procédure de prévention et de prise en charges des chutes.

Comme indiqué dans la procédure « bilan d'entrée du résident », l'équipe soignante évalue les facteurs de risques de chutes et trace les résultats dans le dossier du résident.

Des mesures correctives, concertées avec le médecin traitant, sont mises en place. Ces mesures feront l'objet d'une évaluation à périodicité définie.

Les aides techniques à la marche ou au déplacement à disposition des personnes sont entretenues selon un planning défini.

Les chutes font l'objet d'un signalement systématique dans le dossier informatisé du résident et sont analysées chaque année dans le rapport médical – les résultats sont portés à la connaissance des personnels soignants et sont utilisés à titre de support pour des formations internes.

A ce titre un indicateur a été mis en place : nombre de chutes mensuelles.

#### 7.6.5. Utilisation de la contention

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé, la contention physique se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée, qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

La limitation du recours à la contention physique relève de la volonté d'améliorer la qualité des soins et d'instaurer une prévention des risques en la matière.

L'établissement a formalisé une procédure qui reprend les recommandations de bonnes pratiques dans ce domaine.

La pose d'une contention est une décision médicale après le recueil de l'avis de l'équipe soignante. Elle fait l'objet d'une prescription motivée sur ordonnance médicale, après avoir informé le résident et/ou son représentant des raisons et des buts de la contention. La surveillance ainsi que tous les incidents liés au dispositif sont tracés dans le dossier de la personne.

Un suivi/évaluation des situations individuelles des résidents entravés est établie et tracée dans les dossiers.

### 7.6.6. Prévention et prise en charge des escarres

Prévenir l'apparition d'escarres lors du séjour dans la résidence et prendre en charge les résidents porteurs d'escarres sont les 2 objectifs faisant l'objet d'attentions constantes de la part des personnels soignants de l'établissement :

La prévention des escarres : L'ensemble des acteurs du soin veille au maintien des capacités de mobilisation des personnes : l'incitation à la marche, les soins de rééducation prescrits et effectués par les masseurs kinésithérapeutes libéraux et le choix de matériels techniques adaptés (lits médicalisés, matelas, coussins gels, aides techniques à la mobilisation).

Ces mesures sont complétées par le dépistage et le traitement de la dénutrition/déshydratation, la limitation de la contention physique, la limitation des prescriptions de neuroleptiques, l'utilisation de dispositifs anti escarres et le protocole de positionnement chez les résidents alités de façon prolongée.

Le traitement des escarres fait l'objet d'un protocole concerté avec les médecins traitants intervenant dans la résidence.

Les suivis de pansements et de cicatrifications sont tracés dans les dossiers des résidents affectés.

Dans les situations de pansements longs et complexes, il est fait appel à l'hospitalisation à domicile (HAD).

### 7.6.7. Prévention du risque infectieux épidémique

En 2013, à partir d'un groupe de travail composé de Medec et d'Idec des établissements d'AREPA, la résidence a réalisé le plan bleu de maîtrise du risque infectieux.

Ses objectifs :

- Répondre à une alerte et/ou une crise infectieuse d'origine interne ou externe
- Prévenir et/ou faire face à une épidémie et limiter ses conséquences au sein de l'établissement
- Assurer la qualité des soins et la continuité des prestations en situation de crise
- Limiter les hospitalisations des résidents

L'IDEC organise la sensibilisation et la formation des professionnels de la résidence à la prise en compte du risque infectieux.

Le rapport médical annuel fait mention du risque infectieux.

En cas de besoin, l'établissement fait appel aux personnes ressources du C. CLIN de Paris Nord (et prochainement il est envisagé de faire appel à l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'hôpital d'Etampes).

Dans le cadre du programme national de prévention des infections 2011-2013, et en référence à la circulaire interministérielle du 15 mars 2012, l'établissement s'est engagé en 2012 dans une démarche d'auto évaluation du risque infectieux et à établi son DARI<sup>20</sup>.

L'identification des points forts et des points d'amélioration ont été restitués aux professionnels.

L'établissement propose des axes d'amélioration. Les actions sont planifiées. Les résultats seront évalués et tracés dans le rapport médical annuel.

#### 7.6.8. Prévention et lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur fait partie des objectifs premiers du projet de soins, en référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au soulagement de la douleur. Elle est mise en place au travers des axes suivants :

- Évaluation lors de l'admission du résident : douleurs aiguës et chroniques (protocole bilan d'entrée).
- Évaluation de l'efficacité du traitement adaptée à pour les résidents présentant des troubles de la communication verbale.
- La disponibilité des traitements antalgiques est assurée en permanence.
- Un protocole formalisé permettant une prise en charge de la douleur dans l'attente de l'intervention du médecin traitant du résident.
- Organisation sécurisée de la distribution et la dispensation des médicaments morphiniques.
- Les prescriptions et les évaluations sont tracées dans le dossier des résidents.
- formations spécifiques des personnels.

Il est prochainement envisagé un partenariat avec la consultation douleur de l'hôpital d'ETAMPES et la poursuite de la mise en place du programme MOBIQUAL.

Le risque suicidaire est évalué par la psychologue lors de l'entrée du résident (protocole bilan d'entrée). La Directrice sera formée à ce risque courant 2014.

Les mesures de protection à mettre en œuvre font l'objet d'une concertation en équipe multidisciplinaire et sont tracées dans le dossier du résident. Elles font l'objet d'une évaluation à périodicité définie.

---

<sup>20</sup> Document d'analyse du risque infectieux

### 7.6.9. Gestes d'urgence

L'information des personnels concernant la permanence des soins est assurée par l'IDEC. Les numéros d'appels sont affichés dans le poste infirmier.

La conduite à tenir en situation d'urgence vitale est formalisée par une procédure portée à la connaissance des personnels de jour et de nuit.

L'établissement va se doter en 2014, d'un chariot d'urgence. Sa composition sera définie et vérifiée à périodicité définie (cf. procédure). Le personnel sera formé à l'utilisation du matériel.

2 personnels non soignants sont formés à la prise en charge immédiate des urgences vitales.

8 personnels soignants sont formés aux gestes d'urgence.

### 7.6.10. Accompagnement et fin de vie

L'établissement a formalisé des procédures et protocoles validés liés à la fin de vie.

La résidence peut bénéficier de l'appui de l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital des Magnolias.

Les soins palliatifs font l'objet de réflexion et de concertation en réunion multidisciplinaire en accord avec les médecins traitants.

Un protocole de prise en charge individualisé est formalisé pour chaque personne en fin de vie.

Les soins de confort et d'accompagnement psychologique font l'objet d'un suivi formalisé dans le dossier du résident et sont réévalués/adaptés autant que nécessaire lors des réunions de coordination.

Les volontés et convictions exprimées par la personne mourante sont respectées. La présence d'un proche peut être organisée le jour et la nuit selon les demandes.

Les membres de la famille ou de l'entourage sont prévenus dans les meilleurs délais de l'aggravation de l'état de santé ou du décès de la personne.

L'accompagnement de l'entourage est assuré par les professionnels du réseau et/ou par la psychologue de l'établissement.

Le soutien aux personnels est organisé.

L'établissement forme les personnels à l'accompagnement de fin de vie.

Les résidents en relation avec la personne disparue sont informés de son décès (photo, registre, etc.).

En 2014, l'établissement évaluera ses modalités d'accompagnement des personnes mourantes en référence à l'étude menée par l'ONFV<sup>21</sup>. Les résultats seront inscrits dans le rapport médical annuel 2015.

---

<sup>21</sup> Observatoire national de la fin de vie – étude « la fin de vie en Ehpad » publiée en septembre 2013

## 7.7. Prise en charge spécifique des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées

La Résidence accueille des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou apparentée. Cela dit, il n'existe pas d'UVP (Unité de Vie Protégée).

Par ailleurs, la Résidence n'a pas signé de convention avec un service de psycho gériatrie ni avec une équipe mobile : sa situation géographique et son environnement « médical » éloigné freine toute collaboration avec des services « hospitaliers d'urgence » ; néanmoins, une convention est envisagée avec le court séjour gériatrique d'Etampes qui ouvrira début 2014.

Le recours à un avis spécialisé est organisé en accord avec le résident et/ou son représentant légal vers le centre hospitalier de Champcueil ou le centre Barthélémy Durant.

### 7.7.1. Organisation de la surveillance

Les troubles du comportement constatés par le personnel de soins sont tracés dans le PSI (transmissions ciblées), lors des soins journaliers.

Par ailleurs, la résidence s'est dotée en 2013 d'un dispositif anti-fugue. Les résidents à risque sont identifiés et équipés du dispositif en concertation avec la famille. Le personnel administratif et particulièrement le personnel d'accueil est sensibilisé.

### 7.7.2. Evaluation et prise en charge des troubles du comportement

L'évaluation du résident est initiée par l'IDEC qui oriente, en accord avec le médecin traitant, les bilans effectués par les auxiliaires médicaux (psychologue, masseur kinésithérapeute, IDE, ASD/AMP).

Un plan de soins et d'accompagnement personnalisé est élaboré dans le mois qui suit l'admission pour chaque résident.

Ce projet d'accompagnement et de soins résulte de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et formalisé en concertation avec le résident et/ ou ses proches.

Les interventions soignantes concernent la stimulation sensorielle, l'orientation temporo-spatiale, la stimulation cognitive, l'autonomie fonctionnelle et la communication, notamment dans la réalisation des actes de la vie courante ou lors d'ateliers thérapeutiques programmés : ateliers mémoire, jardinage, gymnastique douce, etc.

Les traitements médicamenteux visent à retarder l'évolution de la maladie. Ils sont prescrits initialement par un médecin spécialiste et sont renouvelés par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonateur.

La concertation avec le médecin traitant permet de limiter l'usage des psychotropes.

La mise en place nécessaire d'une commission de coordination gériatrique au sein de l'établissement devrait permettre d'établir un consensus basé sur les recommandations de la HAS, entre les médecins prescripteurs, le pharmacien et le MEDEC.

Les objectifs et le bénéfice de ces interventions soignantes sont évalués périodiquement par l'équipe soignante en réunion de synthèse, tracés dans le dossier du résident et actualisés afin de maintenir son adaptation aux besoins spécifiques et évolutifs du résident.

### 7.7.3. Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge non médicamenteuse a pour objectif de prévenir ou d'aider à apaiser les troubles du comportement liés à l'environnement et à l'histoire de vie de la personne malade.

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont variées : musique, activités physiques, activités artistiques, stimulation sensorielle, aromathérapie, etc.

Nous envisageons pour 2014 de créer un espace snoezelen et une salle de psychomotricité dédiée.

## 7.8. Hospitalisations, consultations, rendez-vous programmés

Les modalités d'organisation d'une hospitalisation ou d'une consultation externe suivent des protocoles.

Le DLU<sup>22</sup> accessible 24h/24h et 7 j/7, est mis à jour autant de fois que nécessaire

Ainsi, dans le cadre des hospitalisations d'urgence : une procédure d'urgence est formalisée en interne ; une autre procédure sur la conduite à tenir lors d'envoi aux urgences est formalisée ainsi que pour le « retour d'hospitalisation ».

Dans le cadre des demandes d'hospitalisation programmées : une procédure « demande d'hospitalisation à Champcueil au service neuro-gériatrie » est formalisée.

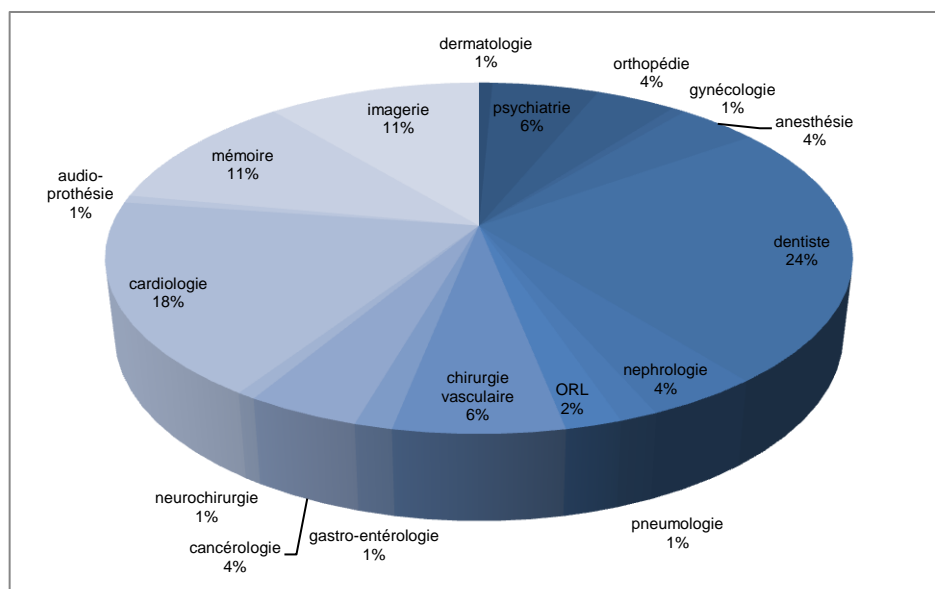
En 2012, les hospitalisations se dénombraient comme suit : 46 en urgence ; 9 programmées ; aucune hospitalisation de jour pour évaluation gériatrique.

---

<sup>22</sup> Document de liaison d'urgence

Les consultations de spécialités sont programmées par les IDE en fonction des ordonnances et des suivis divers médicaux de chaque résident.

En 2012, 24,15 % des résidents ont bénéficié de consultations ; 177 consultations totales de spécialités :



## 7.9. Filières gériatriques et réseaux gérontologiques

La résidence est inscrite dans la filière de soins gériatriques avec plusieurs conventions de coopérations formalisées :

- Une convention avec le centre hospitalier Sud Essonne d'Etampes,
- Une convention avec le SSR de Saclas,
- Une convention avec Santé Service HAD,
- Un dossier commun d'admission pour les EHPAD du secteur en partenariat avec le CLIC Sud Essonne.

## 7.10. Fiches actions et objectifs d'amélioration du projet de soins

<b>Etablissement : RESIDENCE LE TOURNEBRIDE</b>		
<b>FICHES D' ACTIONS</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>ETAPES DU PROJET</b>
<p>1.</p> <p><b>Mise en place et/ou suivi des procédures relatives aux risques infectieux</b></p>	<p><b>Renforcer la prévention du risque infectieux</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2017</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 2 agents de soins, aide soignante,</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : <b>IDEC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création du DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) et mise à jour annuelle</li> <li>▪ Création du chapitre risque infectieux dans le rapport médical</li> <li>▪ Prise en charge de l'entretien des tenues professionnelles</li> <li>▪ Inscription dans un réseau d'hygiène</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Contrôle des procédures</li> <li>▪ Constitution d'une cellule de crise infectieuse</li> <li>▪ Appropriation par les personnels du plan de maîtrise du risque infectieux</li> </ul>

<p><b>2.</b></p> <p><b>Soins palliatifs : recherche de réseaux, mise en place du programme MOBIQUAL</b></p>	<p><b>Renforcer la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 2 agents de soins, aide soignante</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Mise en place d'un partenariat</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Mise en place du projet MOBIQUAL</li> <li>▪ Contrôle de l'application des procédures</li> </ul>
<p><b>3.</b></p> <p><b>Prévention de la maltraitance</b></p>	<p><b>Garantir la bientraitance</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 3 aides soignantes</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place de 3 référents bientraitance</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Mise en place du programme MOBIQUAL</li> <li>▪ Contrôle de l'application des procédures</li> </ul>
<p><b>4.</b></p> <p><b>Dépister systématiquement la douleur</b></p>	<p><b>Soulager la douleur</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, agent de soins, aide soignante, AMP</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Mise en place d'un partenariat</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Mise en place du projet MOBIQUAL</li> <li>▪ Choix d'un outil de mesure de la douleur</li> <li>▪ Mesure de l'évolution de la consommation de médicaments antalgiques</li> </ul>

<p><b>5.</b></p> <p><b>Faire un suivi des troubles du comportement</b></p>	<p><b>Renforcer la prise en charge des troubles du comportement</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, agents de soin, 2 AMP</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Mise en place d'un partenariat</li> <li>▪ Formation des personnels</li> <li>▪ Mise en place des bilans cognitifs</li> <li>▪ Analyses statistiques</li> </ul>
--	---	---

## 8. PROJET SOCIAL

### 8.1. Introduction

Le projet social permet à l'Ehpad de suivre l'évolution de son personnel et est le reflet de la politique des ressources humaines de l'association, elle même tributaire des ratios définis par les autorités de tutelle.

Il est indissociable des plans de formation, moteurs de l'anticipation des besoins en compétences, de la motivation du personnel et de la reconnaissance de la valorisation du travail individuel.

#### 8.1.1. Description détaillée des personnels

Le personnel est régi par la Convention Collective Nationale d'octobre 1951, renouvelée.

La présence au travail des personnels repose sur les accords de travail signés par les organisations syndicales en décembre 2010 et applicables pour l'ensemble des personnels de l'Association au 1<sup>er</sup> mai 2011.

L'effectif autorisé en 2008, toutes sections tarifaires confondues est de 25,4 ETP<sup>23</sup> et se décompose de la façon suivante :

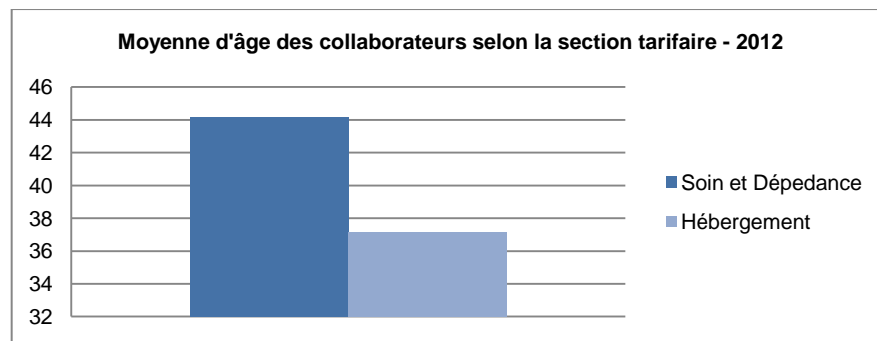
PERSONNELS	Nombre ETP	Ratio en %	Hébergement en ETP	Dépendance en ETP	Soins en ETP	Effectifs recrutés au 31 décembre 2012
Direction administration	2,5	0,05	2,5			2,5
Cuisine Services généraux diététicien	1	0,02	1			1
Animation Service social	1	0,02	1			1
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, services repas	7	0,13	4,9	2,1		7

<sup>23</sup> Equivalent Temps Plein.

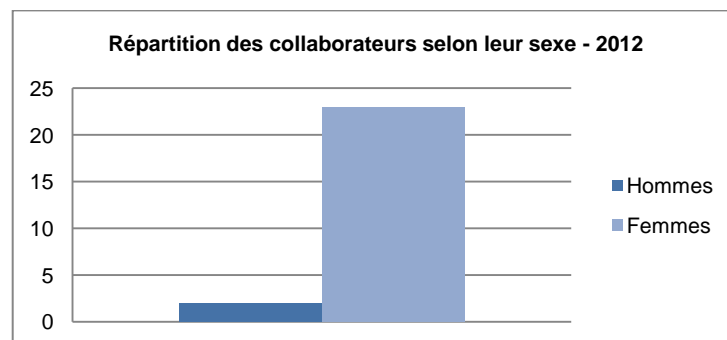
<b>Aide soignante – AMP</b>	9	0,16		2,7	6,3	9
<b>Psychologue</b>	0,5	0,01		0,5		0,5
<b>Infirmière</b>	4	0,07			4	4
<b>Autres auxiliaires médicaux</b>						
<b>Pharmacien Préparateur en pharmacie</b>						
<b>Médecin</b>	1	0,01				0
<b>TOTAL</b>	25,4			9,4	5,3	10,7

Le nombre d'ETP est établi en conformité avec les moyens alloués à l'Ehpad par les autorités de tarification.

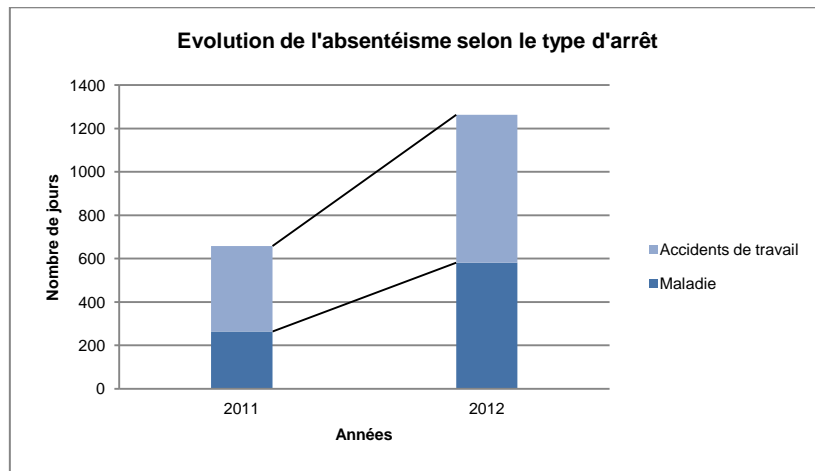
#### 8.1.1.1. Pyramide des âges



#### 8.1.1.2. Répartition par sexe



### 8.1.1.3. Absentéisme



### 8.1.2. Qualifications et compétences

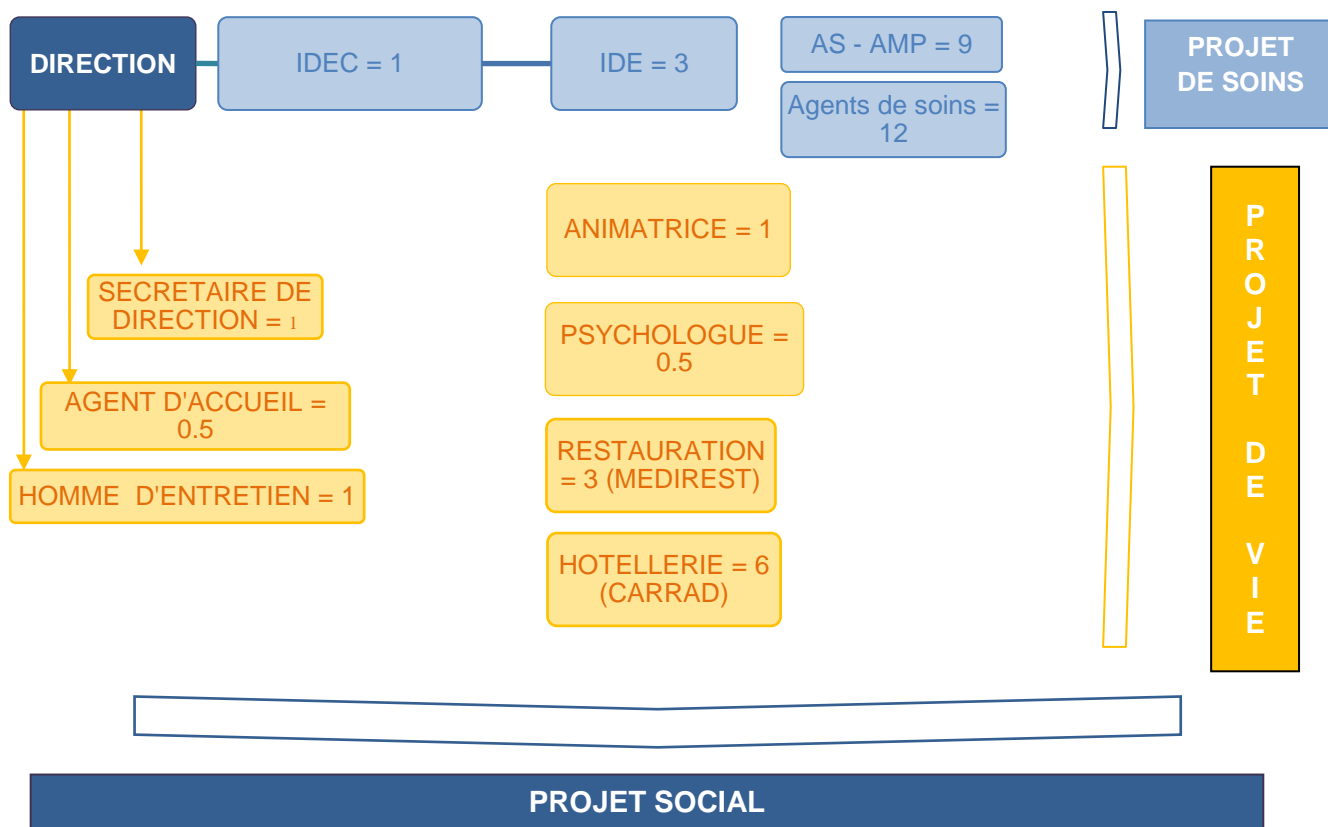
En 2010, AREPA a mis en place un référentiel « métiers et compétences », servant de guide pour les recrutements des professionnels.

Le directeur peut faire appel, en cas de besoin, à la cellule d'aide au recrutement du siège. Le site internet AREPA publie les postes disponibles dans chaque établissement.

Le salarié a la possibilité de valoriser sa formation initiale (*chapitre 8.3.4*)

Les promotions internes et demandes des formations qualifiantes sont centralisées à la direction des ressources humaines de l'association et permettent de maintenir les compétences et de valoriser les trajectoires professionnelles.

## 8.2. L'organisation générale de l'établissement



## 8.3 Les orientations managériales

Le rôle du Directeur est de mettre en œuvre les politiques définies par le Conseil d'administration de l'Association AREPA.

Il garantit un positionnement managérial, qui devrait permettre à l'ensemble des professionnels d'assurer leurs fonctions dans des conditions de sécurité, de confiance et d'équité.

Le rôle fondamental de la Direction est de mettre en place des dispositifs de management clairement établis et partagés.

Le management doit garantir la cohérence de fonctionnement entre les différentes missions de l'établissement à tous les niveaux, en collaboration avec les équipes d'encadrement.

Il doit impulser un management participatif, afin que l'ensemble des professionnels se sentent concernés, et reconnus.

A ces fins, le directeur met en place un cadre de fonctionnement organisé, avec des « outils » nécessaires :

- COPIL ou Comité de pilotage de direction ou de projet, instance participative et décisionnaire qui élabore un programme de travail,
- Groupes de travail multidisciplinaires pour élaborer le projet d'établissement, qui précise, « en se basant sur les valeurs éthiques, les objectifs des missions, les orientations, les valeurs imparties ou fixées par l'établissement, sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur activité quotidienne ». voir chapitre 1.2,
- Réunions d'information thématiques, institutionnalisées,
- Cellule de gestion des risques avec suivi des dysfonctionnements, y compris le repérage rapide des événements sentinelles, annonceurs de faits plus graves.

Le directeur prend ainsi en compte de :

- La connaissance des fonctions et rôles de chaque métier,
- Les besoins de formation à partir des EAA des personnels et des projets et besoins de l'EHPAD : L'IDEC a suivi un programme de formations « middle management » en 2013.
- Les difficultés au travail des professionnels,
- Une politique d'écoute des professionnels (personnes ressources disponibles avec des temps d'écoute concrets dans l'encadrement...), sans ingérence dans leur vie personnelle,
- Une vraie politique de la remontée des informations quelles qu'elles soient (apport extérieure telles que stagiaires, personnes intérimaires, évaluateurs...).

Ces moyens ou actes préconisés insufflent une démarche concertée avec des dispositifs d'alerte permettant de réagir rapidement pour éviter autant faire que se peut toute situation de dysfonctionnement.

### **8.3.1. Recrutement, accueil et intégration du personnel**

La procédure de recrutement est formalisée.

Une cellule de recrutement au Siège collecte l'ensemble des postes vacants disponibles, met à disposition les CV des candidatures spontanées après analyse, diffuse les informations à l'ensemble des établissements et réalisent les annonces dans divers journaux et sites professionnels.

Les postes d'encadrement / cadres sont proposés par le Directeur et sont validés au niveau du siège, après entretien avec la Direction des Ressources humaines.

Le recrutement des futurs salariés est placé sous la responsabilité du Directeur.

L'IDEC sélectionne le personnel soignant, le directeur le personnel administratif, technique et logistique.

Le nouveau salarié est accueilli par la Direction. L'accueil est suivi de la remise du livret du salarié, d'une visite de l'établissement, de la présentation des équipes, et des documents nécessaires à la prise de poste.

L'intégration est organisée par le cadre responsable du salarié qui validera la période d'essai.

### 8.3.2. Organisation du temps de travail

L'organisation du temps de travail est formalisée sur des plannings mensuels qui attestent :

- de la présence journalière de chaque salarié (heure de présence/qualification).
- du nombre de personnels présents par métier et par jour.
- de la continuité de présence, en ce qui concerne les personnels soignants.

Les plannings sont communiqués par voie d'affichage et par voie informatique.

#### **Cycles de travail :**

- Le personnel administratif, et d'entretien travaille 5 jours par semaine
- Les soignants de jour comme de nuit travaillent par cycle à la quatorzaine
- L'accueil et l'animation sont assurés de 9h à 18h du lundi au vendredi
- Une présence administrative est assurée sur site les samedis.
- La prestation restauration est assurée 7 jours sur 7 comme le service de bio nettoyage.

Les demandes d'absence sont enregistrées dans le logiciel ATLAS, et sont validés par les supérieurs hiérarchiques.

Les remplacements des personnels absents se font en fonction de l'activité de l'établissement et à qualification égale chaque fois que nécessaire.

La gestion prévisionnelle des plannings consiste également à remplacer le personnel absent, qu'il s'agisse d'une absence connue (autorisée donc qui peut s'anticiper) ou imprévue (maladie, accident du travail, absence pour enfant malade ...).

Ces remplacements imposent d'avoir en réserve des salariés disponibles, pour lesquels il est possible de rédiger des contrats à durée déterminée (CDD) pour remplacement. L'étape du recrutement est alors nécessaire. L'autorisation des remplacements et des recrutements doit obligatoirement avoir la validation de la direction des ressources humaines du Siège.

### 8.3.3. Projet ATLAS

En 2012, la mise à disposition du progiciel de gestion intégrée, sur les fonctions paie, ressources humaines, et achats, a permis de :

- faciliter les échanges de données entre les établissements et les services du siège,
- simplifier l'accès à l'information,
- automatiser, sécuriser et améliorer la circulation de l'information,
- appuyer la nouvelle distribution des rôles et responsabilités entre le siège et les établissements, issue du Document Unique de Délégation (D.U.D.),
- développer la fourniture d'outils de contrôle, de tableaux de bord, d'indicateurs de gestion aux différents utilisateurs.

Durant les années 2011-2012, l'ensemble des utilisateurs du logiciel d'ATLAS ont été formés.

Ce déploiement s'accompagnera de la mise en place d'un réseau privé, interne à AREPA, qui permettra d'assurer la sécurité et la continuité du service informatique.

### 8.3.4. Formation du personnel (dont formation qualifiante)

Il s'agit de mettre à profit la loi n° 2004-391 du 04 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie pour élever les niveaux de compétences. Le budget de formation de l'association est centralisé au niveau du siège et redistribué au niveau des établissements en fonction des besoins et nécessités.

Le pôle formation établit le plan de formation annuel à partir de :

- des demandes des salariés issues des évaluations annuelles des personnels
- des obligations réglementaires (sécurité incendie, habilitation électricité...).
- des demandes de formations qualifiantes.
- des besoins de formation exprimés par les directeurs pour leurs établissements

Demande particulière de DIF<sup>24</sup> et de CIF<sup>25</sup> : le salarié peut établir une demande de **formation à visée plus personnelle** :

- En utilisant ses heures acquises dans le cadre du « Droit Individuel à la Formation » (DIF, à prendre en dehors temps de travail). Le DIF permet de se constituer un capital de temps formation de 20 heures par an cumulables sur 6 ans dans la limite de 120 heures.
- En formalisant une demande de financement à l'UNIFAF dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation (CIF) qui couvrira, par exemple et en cas d'acceptation, le maintien du salaire durant les heures d'accompagnement d'un salarié engagé dans un processus de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

### Formation interne

Des formations internes sur les thèmes de la bientraitance, de la confidentialité, de la dignité ou encore de la douleur ont été proposées à l'ensemble du personnel notamment dans le cadre du programme MOBIQUAL.

Ces formations internes qui seront développées en 2014 sont notamment dispensées par l'IDEC et la Psychologue.

Un système de tutorat est en cours pour l'accompagnement des emplois d'avenir et autres contrats de professionnalisation. L'Aide-soignante choisie sur la base du volontariat entamera une formation spécifique en 2014.

De façon plus occasionnelle, certains personnels peuvent assister à des manifestations professionnelles (Conférences, Kermesses, etc.). Psychologue, IDEC et Directrice y assistent régulièrement.

### **8.3.5. L'entretien d'évaluation annuelle et la gestion prévisionnelle des emplois**

Une procédure « d'évaluation annuelle des professionnels sur site » est formalisée par le service des ressources humaines.

L'évaluation individuelle permet de dresser un bilan professionnel sur l'année écoulée entre le salarié et son supérieur hiérarchique, de fixer des objectifs pour l'année à venir et de formaliser des demandes de formation répondant aux attentes du salarié.

Cet entretien concerne tous les salariés de la résidence et a lieu une fois par an, selon un calendrier défini.

---

<sup>24</sup> DIP : Droit Individuel à la Formation

<sup>25</sup> CIF : Congé Individuel de Formation

Le processus d'évaluation des personnels est informatisé sur le logiciel ATLAS RH.

La gestion prévisionnelle des emplois est gérée au siège :

- Demandes de mobilité interne à AREPA du personnel y compris les dossiers de reclassement dans le respect des dispositions légales.
- Accompagnement des salariés dans la mise en œuvre de leur projet professionnel validé.

### 8.3.6. Risques professionnels

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé, qui peut se traduire par une maladie, un accident et une incapacité partielle ou totale.

Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques, afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale.

Selon l'article R230-1 du code de travail, l'employeur a l'obligation de recenser et d'évaluer chaque année au sein « d'un document unique » ou DUSST, les risques professionnels liés à son activité. Cette obligation légale s'inscrit dans les perspectives d'amélioration des conditions de travail des salariés, par la diminution de l'exposition aux risques identifiés et ce grâce à la mise en œuvre d'actions de prévention, conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail.

Médecine du travail : lieu des visites

Efficienc e Santé Travail

10 Villa Saint Jacques  
75014 PARIS  
01.45.65.32.68

Le rôle du médecin du travail n'est pas uniquement préventif : il veille à ce que la santé des salariés ne se détériore pas au-delà d'un premier constat de dégradation. De ce fait, il peut proposer une mutation de poste ou une réduction horaire au salarié lorsque son âge, son état de santé ou sa résistance physique ne correspondent plus ni au type de travail, ni au temps de travail exigé.

## **AES<sup>26</sup>**

Un protocole « Accident exposition au sang » est élaboré avec le médecin du travail, formalisé et actualisé. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels salariés intervenant au sein de l'établissement et a pour objet de définir les modalités des actions à entreprendre lors d'un AES. Il est porté à la connaissance des personnels.

## **TMS<sup>27</sup>**

Les situations de travail des soignants peuvent s'avérer difficiles physiquement. Le salarié est amené à déplacer, lever, tourner la personne âgée. Le caractère intensif et répétitif de ces tâches accentue cette pénibilité physique et peut provoquer des troubles musculo-squelettiques.

Afin de limiter la pénibilité et de prévenir les risques d'accidents, des moyens techniques sont mis à disposition du personnel comme: des soulève-personnes, des verticalisateurs, des lits médicalisés. Un dispositif de « douche au lit », des draps de glisse ou autres planches de transfert sont en cours d'acquisition.

Un référent TMS a été désigné sur la base du volontariat. Il est en cours de formation. Il entamera un programme de formation interne dès 2014.

L'ensemble des personnels soignants a suivi une formation « gestes et postures ».

## **Risques psychosociaux**

En septembre 2010, la Direction de l'association a validé un projet d'accord sur les risques psychosociaux. Il est l'aboutissement du travail d'un groupe projet, composé notamment de représentants du personnel. Il s'agit de mettre en place une enquête annuelle effectuée auprès des salariés et une assistance téléphonique (numéro vert) disponible.

La Directrice suit actuellement une formation liée aux risques psychosociaux. L'IDEC fera de même début 2014.

## **CHSCT<sup>28</sup>**

Ce Comité existe dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés et est notamment constitué d'une délégation de personnel.

Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

---

<sup>26</sup> AES : Accident d'exposition au sang

<sup>27</sup> TMS : Troubles musculo-squelettiques

<sup>28</sup> CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Centralisé au niveau associatif, le C.H.S.C.T.<sup>29</sup> peut être amené à intervenir sur les sites.

Le Médecin du travail participe aux réunions trimestrielles du C.H.S.C.T. Les comptes-rendus des travaux du C.H.S.C.T sont portés à la connaissance des salariés.

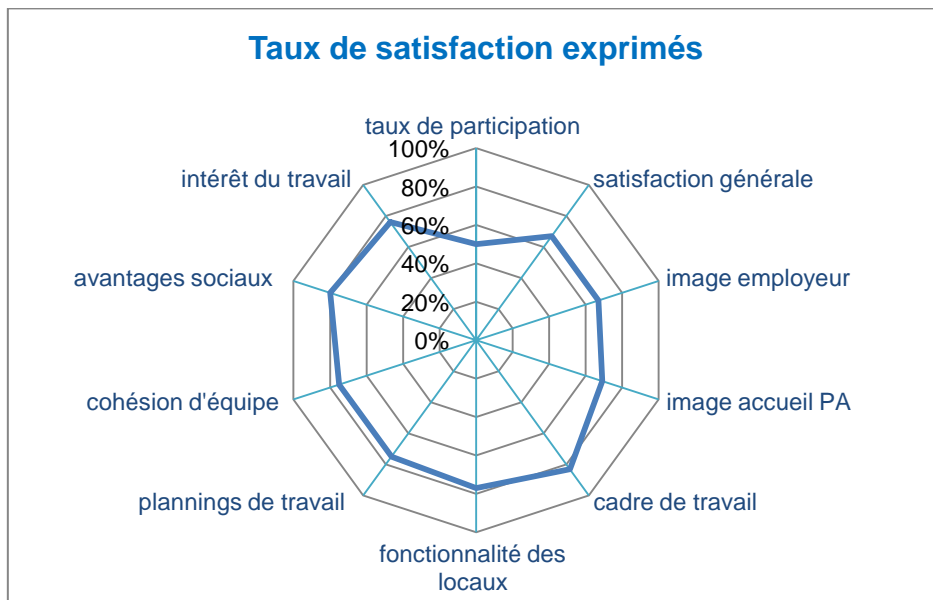
### 8.3.7. Enquête sur la qualité de vie au travail

En 2011, une enquête sur la qualité de vie au travail a eu pour objectif de mesurer le bien être au travail de l'ensemble des salariés de l'association AREPA.

L'analyse des résultats, agrégés pour l'ensemble des Ehpad, a été confiée à un cabinet extérieur soumis à des règles de déontologie strictes.

50% des salariés se sont exprimés lors de cette enquête.

#### Les résultats :



Cette première enquête révèle des points de satisfaction qu'il conviendra de maintenir autant que possible.

Elle soulève également des pistes de réflexion et des axes de travail pour les années à venir, dont le renforcement de la communication institutionnelle, la mobilité interne, les évolutions professionnelles, l'accompagnement des équipes dans la réalisation de leur activité en lien avec les spécificités de leurs fonctions.

La prochaine enquête Qualité de vie au travail est programmée pour 2014. Elle permettra de mesurer les avancées et les effets des actions d'amélioration engagées.

<sup>29</sup> C.H.S.C.T : Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail

### 8.3.8. Institutions représentatives du personnel

Des instances représentatives du personnel sont mises en place :

- Les délégués du personnel (DP)
- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- Le Comité d'entreprise (CE)

Le CE<sup>30</sup> permet aux salariés de bénéficier de différents avantages (voyages, entrées loisirs et autres à prix avantageux, accès au 1% patronal....).

### 8.4. Fiches d'action et objectifs d'amélioration du projet social

Etablissement : RESIDENCE LE TOURNEBRIDE		
FICHES D'ACTION	OBJECTIFS	ETAPES DU PROJET
1. Recruter un MEDEC	<b>Mettre en place une prise en charge coordonnée des résidents, améliorer les prises en charge spécifiques</b>  <u>Echéance</u> : 2016  <u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent d'accueil, psychologue  <u>Responsable institutionnel</u> : Directrice	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Embauche d'un MEDEC</li><li>▪ Contrôle PSI (indicateurs qualité)</li><li>▪ Mise en place de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires</li><li>▪ Mise en place de minis formations</li></ul>

<sup>30</sup> CE : Comité d'entreprise

<p>2.</p> <p>Mise en place de formations pour l'ensemble du personnel</p>	<p><b>Améliorer la qualification des personnels de soins</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, une AMP, la psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Mise en place d'un plan de minis formations internes</li> <li>▪ Mise en place d'un calendrier</li> <li>▪ Création de supports de présentation</li> <li>▪ Formation des formateurs</li> <li>▪ Formation des groupes</li> </ul>
---	---	--

## 9. LA COMMUNICATION

### 9.1. La communication interne

#### 9.1.1. Supports de communication

Les moyens mis en place pour la communication / concertation entre les professionnels sont nombreux :

- Information du personnel faite au travers de différents panneaux d'affichage,
  - Salle de soins :
    - ✓ Plannings
    - ✓ , annonces CE, annonces postes internes
  - Salle du personnel :
    - ✓ sur le panneau « Direction » : affichage des informations venant du Siège, de différentes notes d'information internes ...
    - ✓ sur le panneau « CE » sont affichées les informations liées au comité d'entreprise.
    - ✓ sur le panneau « Délégués du personnel » : affichage des informations liées aux Représentants du personnel.
    - ✓ sur le panneau « C.H.S.C.T.<sup>31</sup> » sont affichées les informations liées aux réunions du C.H.S.C.T. se tenant au Siège.
    - ✓ Sur le panneau « informations diverses » sont affichées les informations de la résidence liées aux indicateurs qualité, aux comptes-rendus de réunions, aux traitements des fiches d'évènements indésirables, etc.
    - ✓ Il est également affiché les informations liées à la mutuelle d'entreprise ou autres dispositifs existants : soutien psychologique, aide au logement, loi et décrets d'application, etc.
  - Autres lieux : accueil, hall d'entrée
    - sur le panneau « CVS », sont affichées les informations liées au Conseil de la Vie Sociale.
    - Affichage relatif aux consignes en cas d'urgence.
- Mise à disposition pour l'ensemble du personnel d'outils de communication, de concertation, telles que fiches de déclaration d'évènement indésirables, fiches de suivi diverses, journaux internes, fiches techniques, fiches de transmissions, etc. y compris les réseaux classiques d'informatique e mail AREPA ainsi que téléphonie externe et interne...
- ✓ ATLAS : réf. chapitre 8-3-3. Il s'accompagne de la mise en place d'un réseau privé, interne à AREPA, qui permettra d'assurer la sécurité et la continuité du service informatique.

---

<sup>31</sup> CHSCT : Comité Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail

- Communication inter établissement AREPA par la mise en réseau informatique de tous les établissements AREPA entre eux et établissement- siège
- Mise en œuvre d'un forum MEDEC-IDEC en 2013 sur les thèmes :
  - ✓ trucs et astuces P.S.I
  - ✓ pratiques professionnelles
  - ✓ Aspect juridique du dossier résident

### 9.1.2. Interfaces entre les différentes catégories de personnel

Cette communication se concrétise essentiellement par la mise en place de réunions formalisées mais également informelles.

La structure met en place différents modes de fonctionnement, qui facilite la communication, la remontée des informations et la résolution des dysfonctionnements dans l'institution.

Tous les professionnels et par conséquent tous les services sont concernés.

- Transmissions du personnel soignant :
  - ✓ au quotidien via le logiciel PSI (voir projet de soins)
- Réunions médicales/soins
- Réunions mensuelles d'équipes :
  - ✓ avec l'ensemble du personnel : diffusion des éléments statistiques (indicateurs qualité et FEI), des informations « siège » ou autres informations selon l'ordre du jour.
- Réunions mensuelles de synthèse pluridisciplinaire :
  - ✓ avec le personnel soignant, la psychologue, l'IDEC, l'animateur, l'ouvrier d'entretien, le personnel administratif, de ménage et de restauration
- Entretiens ponctuels :
  - ✓ avec la Direction, avec ou sans rendez-vous
- Réunions trimestrielles entre psychologue et soignants:
  - ✓ Groupe de paroles.
- Réunions trimestrielles entre soignants et service animation
  - ✓ Pour l'organisation, l'amélioration des interfaces inter-équipe, l'échange d'information....
- Réunions liées plus spécifiquement au Projet démarche d'amélioration continue de la qualité :
  - ✓ CODIR et COPIL pour conduire les projets, , groupes de travail, groupes d'auto-évaluation ...,
- Réunions de la cellule de crise dans le cas de déclenchement du plan bleu.

## 9.2. La communication externe

### 9.2.1. Supports de communication et réseaux externes

Pour l'ensemble des documents communs AREPA, l'élaboration et la formalisation sont gérées à partir du service communication du Siège.

Les supports de communication entre l'Ehpad et les réseaux externes sont les suivants:

- la voie informatique, le site AREPA a été modernisé en 2013 et consultation des sites experts et professionnels reconnus :
  - ✓ ARS
  - ✓ ANESM
  - ✓ ANAP
  - ✓ HAS
  - ✓ Les organismes professionnels de santé
  
- la voie « documents papier », documents de présentation de l'établissement et documents outils loi 2002-2, les articles de presse, documentation municipalité ou associatif divers, tout rapport avec les tutelles (enquête, rapport divers demandée et remis aux tutelles)

Les principaux réseaux sont essentiellement ceux des tutelles et des organismes d'état, ainsi que les organismes de formation des filières soignantes, administratives et autres :

### 9.2.2. A destination des aidants familiaux

Par aidants familiaux, nous entendons les personnes qui interviennent de par leur aide et leur présence directement auprès des personnes âgées.

L'Ehpad a mis en place de nombreuses possibilités d'intégrer et de rassurer les familles ou représentants dans la vie de leurs parents, leur permettant ainsi de s'exprimer. Il s'agit des modes suivants :

- Ecoute auprès de l'IDEC
- Groupes de paroles "Psychologues-Familles" organisés trimestriellement sous-forme de café rencontre.
- Entretiens ponctuels
  - avec les services admission et comptabilité, pour tout ce qui concernent les points administratifs et de gestion.
  - avec la Direction, avec ou sans rendez-vous.
- Conseil de la vie sociale :
  - Réunion 3 fois par an avec les représentants des Résidents et des Familles élus. Les comptes-rendus sont formalisés et portés à la

connaissance de l'ensemble des résidents, par voie d'affichage et par voie électronique pour les familles.

- Commission d'animation :
  - Concertation trimestrielle auprès des résidents afin de recueillir leurs souhaits en termes d'animation, mais aussi pour informer les résidents sur les activités à venir.
- Commission de restauration :
  - Elle a lieu tous les deux mois et réunit les résidents et les familles, ainsi que le Responsable de la restauration et la Direction. C'est un lieu d'expression sociale concernant les prestations de la restauration. Chaque résident peut faire part de ses réclamations et/ou de ses idées d'amélioration concernant cette prestation.
- Enquête annuelle Arepa de satisfaction des résidents :
  - Invitation des résidents à remplir un questionnaire anonyme afin de donner une opinion sur les différents services proposés à la résidence. Les résultats sont communiqués aux résidents et au personnel au cours d'un CVS et affichés dans l'établissement.
- Autres indications relationnelles :
  - Une brochure illustrée de la résidence est mise à disposition des familles à l'accueil.
  - Le journal interne trimestriel.
  - mise à disposition d'un livre d'or situé à l'accueil.

### 9.2.3. A destination des bénévoles

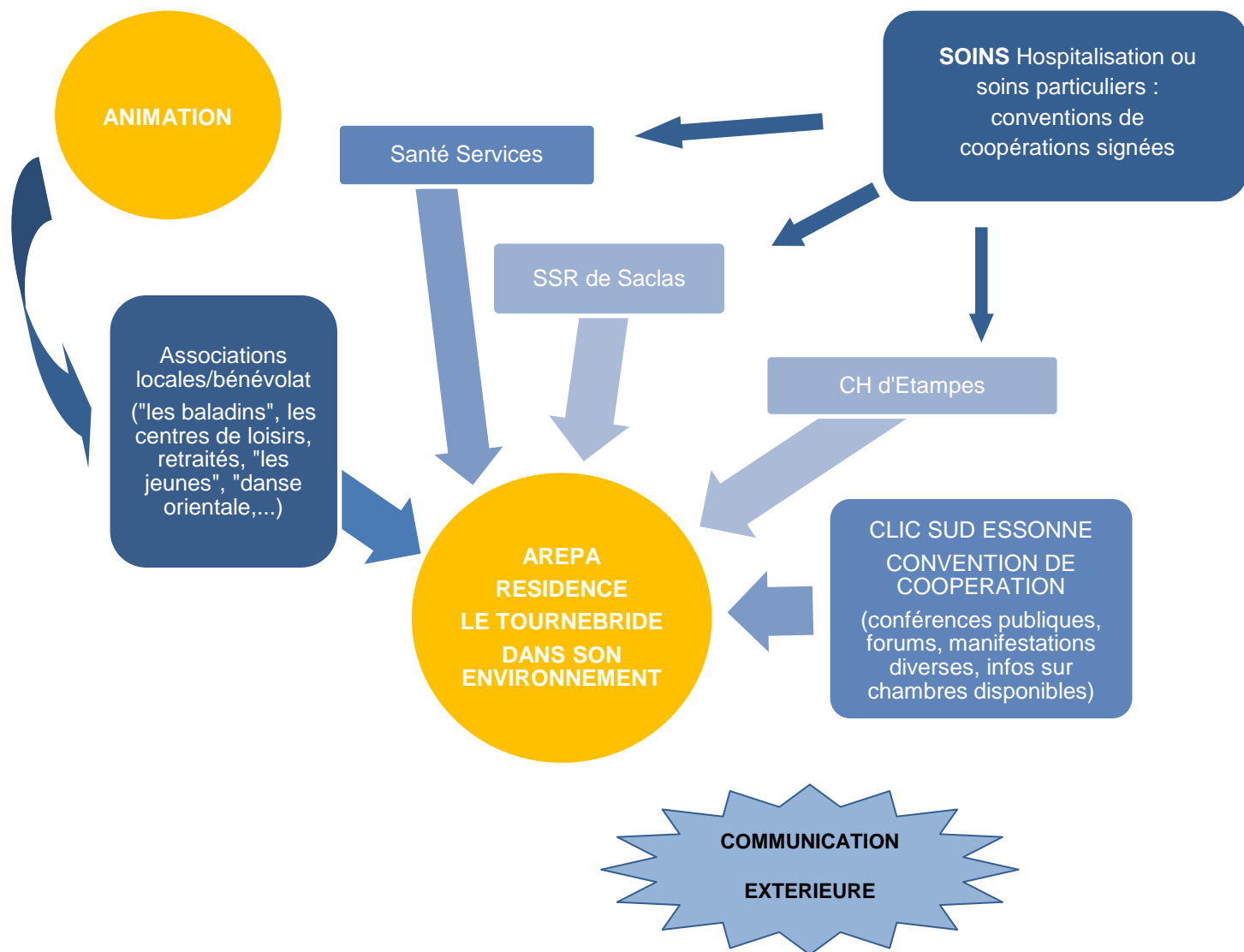
Les bénévoles sont de précieux vecteurs de communication vis-à-vis de l'environnement, en contribuant à la reconnaissance de l'EHPAD.

Leurs interventions sont construites à partir d'un cadre défini par une convention, conclue avec l'Ehpad. Le bénévole porte un badge d'identification.

Le bénévole est impliqué dans certains projets et est encadré par l'animatrice.

- Une fois par semaine (le lundi) : la fille d'une ancienne résidente vient faire la lecture aux résidents,
- Ponctuellement, notamment lors des évènements et fêtes (Noël, Pâques etc.) : la chorale de Méréville « les Baladins »,
- Ponctuellement et mensuellement notamment lors de rendez-vous « intergénérationnels » : « les jeunes de Méréville » et autres écoliers (centre de loisirs ) sont invités à partager un goûter, une animation, un atelier : Halloween, le mercredi pour le goûter, la chasse aux œufs à Pâques, une kermesse en juillet, etc,
- Ponctuellement : une association de danses orientales (lors de journées à thème, par exemple).

#### 9.2.4. A destination des partenaires



### 9.2.5. A destination des prestataires extérieurs

Liste de des principaux prestataires externes de la résidence :

PRESTATAIRE	DOMAINE DE PRESTATION
<b>MAINTENANCE/ENTRETIEN D'APPAREILS</b>	
BASTIDE	Lits médicalisés
BESAM	Portes automatiques
CANON	Photocopieur/imprimante
HORIS	Appareils de cuisson
MAREM	Adoucisseur d'eau
MIELE	Machines à laver
MISTRAL ASCENSEURS	Ascenseurs
NATURE AQUATIQUE	Entretien Aquarium
SECMA	Chaufferie/VMC
<b>SECURITE/HYGIENE/GESTION DES RISQUES</b>	
ASSISCO	Désenfumage mécanique
ASTEM	Sécurité incendie
APAVE	Contrôle sécurité
AUROUZE	Dératisation
EPFD	Dégraissage, gestion des eaux grasses en cuisine
SAS	Service Action santé/hygiène, gestion des déchets infectieux
<b>HOTELLERIE/RESTAURATION</b>	
COMPASS MEDIREST	Restauration
COMPASS (CARRARD)	Entretien des locaux (bionettoyage)
ELIS	Entretien linge plat
ESAT	Blanchisserie
<b>EXTERIEURS/ESPACES VERTS</b>	
RIVIERE	Entretien des espaces verts
<b>DIVERS ENERGIE</b>	
CHAUSSIN	Electricité
JOHNSON CONTROLE	Climatisation
<b>PERSONNEL</b>	
APPEL MEDICAL EVRY	Médical, urgence
APPEL MEDICAL IMS	Interim, personnel de remplacement

### 9.3. Fiches d'action et objectifs d'amélioration de la communication

Etablissement : RESIDENCE LE TOURNEBRIDE		
FICHES D' ACTIONS	OBJECTIFS	ETAPES DU PROJET
<p>1. Développer les réseaux et filières</p>	<p><b>Pallier à la situation géographique excentrée de la résidence</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact avec les animatrices des structures médico-sociales du secteur</li> <li>▪ Contact avec les acteurs locaux (mairie, jeunes...)</li> <li>▪ Evaluation des besoins des résidents</li> <li>▪ Elaboration d'un projet commun avec les structures et autres intervenants</li> <li>▪ Définition des projets communs</li> <li>▪ Identification des réseaux de santé locaux</li> <li>▪ Identification des besoins</li> <li>▪ Prises de contact (conventionnement....)</li> </ul>

## 10. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

### 10.1. Introduction

Le conventionnement (la réforme de la tarification par Arrêté interministériel du 26 avril 1999) au travers de la mise en place de la convention tripartite, signée entre résidences médicalisées (devenues Ehpad, les DDASS (devenues ARS) et les conseils généraux a initié l'obligation de la mise en place d'une démarche de promotion de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes de la part des responsables d'établissement.

Depuis lors, tous les Ehpad sont engagés dans un processus de démarche d'amélioration de la qualité et d'évaluation.

Le référentiel ANGELIQUE a été largement utilisé lors des renouvellements des conventions tripartites tous les 5 ans. Ce référentiel date de 1999 (Mission MARTHE), et s'il est clair dans son approche normatif et thématique, il ne répond plus exactement à l'évolution de la démarche d'évaluation telle qu'attendue actuellement par l'ARS et les conseils généraux selon les recommandations de l'ANESM.

Cette « évolution » est essentiellement tracée dans 5 textes de référence réglementaires qui ont modifié et introduit de nouvelles exigences :

- La loi 2002-2 – art. L 312-8 du CASF posant les bases des évaluations interne et externe et leurs objectifs.
- Le décret 2007- 975 du 15 mai 2007 relatif au contenu du cahier de charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements qui fixe les modalités de mise en œuvre des évaluations
- La loi HPST de 2009 qui réorganise le système de santé dans les secteurs sanitaire et médico-sociaux
- Le décret 2010-1379 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et modalités de restitution des résultats des évaluations des ESMS
- La circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées en ESMS qui complète le décret 2010

### 10.2. Organisation et mise en œuvre de la démarche qualité

#### 10.2.1. Entrée dans le processus de l'évaluation interne

En première intention, c'est le respect du caractère législatif obligatoire, tant en matière des domaines évalués que du calendrier des évaluations internes et externes, qui a

guidé la mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne au sein de la résidence « Le Tournebride ».

Cette auto évaluation interne a permis de renforcer le cadre évaluatif de l'établissement, de donner une lisibilité sur le déroulement et les résultats des actions engagées et/ou à programmer.

La résidence « Le Tournebride » a obtenu une autorisation administrative de création le 14 janvier 1986, en conséquence et conformément au décret du 3 novembre 2010, la résidence est tenue d'appliquer le calendrier suivant :

Date d'autorisation avant la loi 2002 :

- Résultats d'une évaluation internes transmis aux tutelles au plus tard en juin 2013,
- Résultats d'une évaluation externe au plus tard au 2<sup>ème</sup> trimestre 2014.

### 10.2.2. Difficultés rencontrées

La vacance du poste de MEDEC depuis 2008 ainsi que la vacance partielle du poste de directeur (2 mois), de psychologue (1 an ½) et d'un IDE (1 an) sont les difficultés essentiellement rencontrées.

La mise en place de la dynamique de la démarche globale s'en est trouvée largement ralentie.

De même, la carence ponctuelle du CVS au moment de l'autoévaluation a été un frein à une participation élargie des usagers et des familles.

La démarche, organisée, s'est toutefois voulue participative associant les personnels, les usagers, les familles, les bénévoles, les professionnels libéraux intervenant dans la résidence.

### 10.2.3. Composition du COPIL et des groupes de travail

L'auto évaluation interne a été déclenchée par le directeur de la résidence qui a ainsi :

- Défini la composition et le rôle du COPIL (Comité de Pilotage) de l'évaluation interne,
- Informé l'ensemble des personnels des objectifs de l'auto évaluation,
- Informé les membres du CVS ainsi que l'ensemble des résidents,
- Défini les modalités de constitution et de formation des équipes d'auto évaluateurs,
- Désigné les responsables de l'auto évaluation en charge de domaines spécifiques.

### 10.2.3.1. Composition du COPIL et son rôle

Selon un calendrier défini à l'avance, le directeur a réuni le président du CVS (Conseil de Vie Sociale), l'IDEC, la Psychologue et la secrétaire de direction.

Le rôle du COPIL a été défini comme suit :

- Composer et valider les thèmes des groupes de travail,
- Présenter et mettre à disposition le référentiel d'évaluation,
- Favoriser l'organisation matérielle des réunions,
- Veiller à la participation des membres des groupes aux réunions d'évaluation,
- Aider à la recherche des documents,
- Collecter les travaux de chaque groupe d'auto évaluation,
- Valider les cotations proposées par les groupes,
- Définir les axes d'amélioration en fonction des résultats obtenus (points forts et points à améliorer),
- Etablir les priorités d'actions et préciser le calendrier de mise en œuvre,
- Restituer à l'ensemble des participants les résultats de l'ensemble de la démarche.

Les usagers, leurs familles et/ou entourage, ont été sollicités et ont participé aux travaux de groupe concernant les domaines de la vie quotidienne et de la vie sociale de la résidence (« cadre de vie » ; « qualité de l'accompagnement » ; « informations et communications »).

Chaque groupe constitué de manière pluri-professionnelle, a examiné le thème du référentiel qui le concernait, recherché les justifications en collectant les « éléments de preuves » et a proposé une cotation reflétant au plus près la réalité du service.

### 10.2.3.2. Les thèmes retenus à évaluer

**8 thèmes :**

- Cadre de vie,
- Qualité de prise en charge des personnes,
- Prises en charge spécifiques,
- Organisation de la prise en charge et continuité des soins,
- Informations communications externes,
- Ressources humaines,
- Prévention de la maltraitance,
- Amélioration continue de la qualité.

### 10.2.3.3. Référentiel utilisé, autres documents sources et outils

#### **Référentiel :**

L'association AREPA a proposé un référentiel commun à l'ensemble des EHPAD qu'elle gère. Composé de 38 fiches thématiques regroupées en 8 thèmes (voir 10.2.3.2.), il a permis d'évaluer la qualité des missions et prestations accomplies par la résidence au bénéfice des usagers. Le système de cotation retenu est uniforme à celui du référentiel ANGELIQUE (de A : 90 % de satisfaction aux exigences à D : moins de 30 % de satisfaction aux exigences).

#### **Autres documents sources de données utilisés :**

- La grille d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD (DARI),
- Les enquêtes de satisfaction des résidents,
- Des documents administratifs ou réglementaires (convention tripartite et avenants, comptes administratifs, tarifs hébergement/dépendance/soins accordés),
- Des documents associatifs (tableaux de bord des activités, logiciel ATLAS, contrats de séjour et avenants, règlement de fonctionnement, dossier du résident, classeur de sécurité, gestion des risques, bilans/maintenance/entretien....des sociétés prestataires, registres obligatoires),

#### **Documents propres à la résidence :**

- Livret d'accueil,
- Convention signées avec la filière sanitaire ou les réseaux médico-sociaux,
- Conventions avec cabinets de professionnels de santé libéraux,
- Contrat types signés avec les médecins traitants et masseurs kinésithérapeutes,
- Convention avec coiffeuse,
- Indicateurs de suivi (GMP, impayés, températures) et de qualité (délai de réponse aux appels des résidents, taux de chutes, tenues conformes...).

#### **Outils complémentaires :**

- ANESM : bilan des évaluations externes au 31/12/2011, enquête nationale 2012 sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS,
- ANESM : questionnaire « bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement »,
- KPMG : observatoire des EHPAD, janvier 2013.

### 10.2.4. Résultats de l'évaluation interne

Compte tenu qu'il s'agit de la première auto évaluation interne de la résidence, les objectifs réalisés décrits ci-après, font suite aux engagements de la convention tripartite 2008-2012, et du projet d'établissement de 2008.

#### **10.2.4.1. Niveau de réalisation des objectifs**

Le déploiement de ces objectifs s'est effectué depuis 2009 selon des modalités et un calendrier précis et conformément à la loi 2002-2 et à l'engagement de la convention tripartite, les résultats sont les suivants :

- 91 % des résidents bénéficient d'un projet personnalisé,
- 100 % des résidents ont été accompagnés dans le changement dans le cadre du passage EHPA en EHPAD,
- 100 % des résidents possèdent un dossier informatisé,
- Des ateliers « gymnastique douce » et « mémoires » animés par l'animatrice et la psychologue ont lieu deux fois par mois,
- Des procédures d'accueil et d'admission sont existantes et mises à jour,
- 3 conventions de coopération signées avec des établissements de santé (CH, HAD, SSR),
- 100 % des personnels bénéficient de formations dans le cadre du plan de formation annuel (+ initiatives sur des thématiques ciblées : exemple programme MOBQUAL),
- Le projet de réhabilitation/extension de la résidence est toujours à l'étude.

#### **10.2.4.2. Niveau d'intégration des recommandations de pratiques professionnelles**

##### **Le projet personnalisé :**

- Il s'inspire des recommandations de l'ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008),
- Le référent nommé occupe la fonction de psychologue,
- Deux référents professionnels pour le dossier résident informatisé PSI (psychologue et IDE).

##### **Accueil, communication, compétences :**

Ces thématiques se sont inspirées des recommandations de l'ANESM « ouverture de l'environnement à et sur son environnement » (décembre 2008).

- Une procédure d'accueil et d'admission mise à jour régulièrement,
- Amélioration des qualifications/compétences par un plan de formation annuel.

##### **Accompagnement, vie sociale du résident :**

Ces thématiques se sont inspirées des recommandations de l'ANESM « qualité de vie en EHPAD – l'accompagnement personnalisé de la santé du résident » (novembre 2012) :

- Mise en place du dossier de soins informatisé PSI

- Mise en place de partenariats avec les établissements de santé (3 conventions)

#### 10.2.4.3. Effets constatés sur les résidents et pertinence des activités déployées

Suite à l'intégration des différentes recommandations de pratiques professionnelles, les objectifs ainsi réalisés ont permis de constater que la résidence :

- Prend en compte les souhaits et désirs réels du résident,
- Centralise ses réflexions pluridisciplinaires sur la personne,
- Place le résident au cœur de son projet d'établissement,
- Favorise un temps de partage avec les familles (échanges, relations constructives au sein de la résidence),
- Améliore l'accompagnement des résidents de manière continue,
- Soutient le résident dans la promotion de son autonomie,
- Coordonne les compétences de chaque professionnel,
- Améliore la communication entre les services et facilite le partage et la diffusion des informations.

### 10.3. Le renouvellement de la convention tripartite

Depuis 1999, la mise en œuvre de la réforme de la tarification ternaire des Ehpad s'est concrétisée par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre l'établissement, le Président du Conseil général et le Représentant de l'état siégeant à la DDASS<sup>32</sup>, devenue l'ARS ou Agence régionale de Santé depuis avril 2010.

La dernière convention de la résidence a été signée le 3 juin 2008 (avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

La résidence est en cours de renouvellement. Le dossier de renouvellement sera présenté aux autorités de tutelles début 2014.

Un objectif concernant la réhabilitation de la résidence est toujours en cours.

### 10.4. Le cycle des évaluations interne et externe

La fréquence des cycles évaluatifs est clairement définie au travers de la circulaire de la DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

---

<sup>32</sup> DDASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Le décompte du délai des évaluations internes et externes se déclenche à la date de l'autorisation initiale délivrée, conformément à l'article L.313-1 du CASF ; ses modalités sont déterminées par référence à la durée de cette autorisation.

La durée de droit commun de l'autorisation est d'une durée de 15 ans en référence à l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).

Conformément au calendrier réglementaire, l'établissement a conduit son évaluation interne sur la période de mars à juin 2013 ;

Le rapport de synthèse a été adressé à l'ARS et au CG en date du 19 août 2013.

Après un appel d'offre, sur la base d'un cahier des charges associatif, la société KPMG, acteur de l'économie sociale et solidaire a été retenue pour mener l'ensemble des évaluations externes des Ehpad AREPA.

L'établissement engagera le processus d'évaluation externe en 2014.

## 10.5. Politique de gestion des risques

### 10.5.1. Sécurité

#### 10.5.1.1. Sécurité incendie

La sécurité incendie est soumise à des contrôles précis. Le Siège AREPA a nommé un Responsable de la sécurité et des risques qui aide les établissements à mettre en application les normes précises et codifiées. Ce responsable procède à la formation continue de l'ensemble du personnel.

L'établissement tient un registre de sécurité, validée par la commission de sécurité incendie.

La commission de sécurité a eu lieu le 28 novembre 2014 et s'est assortie d'un avis favorable.

A la résidence, la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet de vérifications périodiques effectives (comptes rendus), tracées dans le registre de sécurité via un contrat de maintenance (contrat cadre).

Les devis et demandes de travaux/achats sont effectués en conséquence.

La prévention du risque incendie fait l'objet d'une préconisation distribuée aux résidents et stipulée dans le règlement de fonctionnement.

Dans chaque chambre est installé un détecteur incendie et le règlement de fonctionnement énumère les risques liés aux causes d'incendie (tabac, risque électrique, produits inflammables). C'est l'ouvrier d'entretien qui s'assure de l'application de ce règlement.

Le plan d'intervention en urgence est affiché à chaque étage et la procédure d'urgence est affichée à l'accueil et connue de l'ensemble du personnel.

#### **10.5.1.2. Sécurité des résidents**

Les portes d'entrée sont automatiques ; elles s'ouvrent de l'extérieur mais il faut appuyer sur un interrupteur pour les ouvrir de l'intérieur.

Une caméra de surveillance donne sur l'entrée principale et l'écran de contrôle est à l'accueil.

Tout le personnel a un badge nominatif de la résidence.

Il y a du personnel 24 h/24 à la résidence.

Les locaux techniques sont fermés à clé ou équipés de systèmes de digicodes.

Les résidents possèdent un système d'appel en cas de besoin.

La résidence s'est équipée d'un système anti-fugue afin de sécuriser la prise en charge des résidents déambulant.

La résidence a équipé l'ensemble de ses fermetures (portes et fenêtres) de systèmes sécurisés afin de prévenir le risque de défenestration.

Gestion de la maltraitance (réf. chapitre 6-3-3-1)

Contention (réf. chapitre 7-6-5)

#### **10.5.1.3. Protection des biens**

Pour les biens des résidents, un coffre est mis à disposition et se trouve dans le bureau de la directrice. Une procédure de « mise au coffre et de retrait » a été formalisée en ce sens.

L'accessibilité des bâtiments est limitée la nuit (18h – 9h) par la fermeture systématique des issues.

Les dysfonctionnements (vols, intrusions, dégradations, etc.) font l'objet d'une déclaration d'évènements indésirables systématique suivie d'actions et d'un traitement statistique mensuel.

#### **10.5.2. Hygiène de l'eau**

Un carnet sanitaire est en place. Il contient les éléments de suivi indispensables au suivi de l'hygiène de l'eau ainsi que les obligations d'entretien de robinetterie (flexibles, pommeaux de douche, ...)

✓ Concernant l'eau chaude sanitaire :

La procédure de contrôle est appliquée en référence à l'arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010, relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.

Un contrôle annuel minimum est réalisé au sein de l'EHPAD, concernant l'obligation de surveiller le dénombrement des légionelles sur au moins 5 points de prélèvement. Ces analyses sont réalisées par un laboratoire accrédité. Les dernières analyses ont été réalisées le 12 décembre 2013. Les résultats sont conformes. En cas de résultats non conformes, une procédure de conduite à tenir est disponible.

✓ Eau de consommation alimentaire :

Les critères d'évaluation sont connus pour mettre en place une surveillance rigoureuse de la gestion de l'hygiène de l'eau : les résultats des examens sont fournis par le fournisseur : le suivi de la sécurisation de l'utilisation de l'eau des réseaux, à savoir l'eau du robinet, l'eau des bombonnes, l'eau des fontaines réfrigérantes.

La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau (ainsi que le relevé des compteurs) sont faits tous les mois par l'ouvrier d'entretien et tous les ans, par la société BIOCLIN.

Il est mis à disposition du personnel et des résidents, des fiches d'entretien à remettre à l'ouvrier d'entretien qui les traite et tous les mois elles sont comptabilisées pour donner lieu à 3 indicateurs qualité : « prélèvement légionellose » ; « interventions techniques » ; « contrôle et relevés mensuels ».

### 10.5.3. Hygiène alimentaire

Le contrat cadre avec la société COMPASS prévoit les exigences en matière d'hygiène alimentaire selon la méthode HACCP.

Celle-ci est contrôlée par les services vétérinaires : de nombreux points sont à prendre en compte :

- Méthode HACCP<sup>33</sup> en place entraînant une obligation de contrôle et de mesures rigoureuses (équilibre et variété alimentaires (y compris grammage et quota de produits frais), respect des règles d'hygiène (y compris existence d'un plan de nettoyage pour les locaux concernés), respect de la liaison froide et chaude, respect des zones sales et propres dans les cuisines
- Utilisation de thermomètres

---

<sup>33</sup> HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point

- Distribution des repas: hygiène des mains et tenue adaptée lors du service en salle ou dans les studios des résidents.
- Prévention des risques alimentaires, formalisation des précautions d'hygiène (mains, port de tenue spécifique, conservation des plats, hygiène des frigidaires)
- Gestion des TIAC<sup>34</sup> : le plan de maîtrise du risque infectieux indique la conduite à tenir en situation.

#### 10.5.4. Hygiène des locaux

L'entretien des locaux est sous-traité par la société « CARRARD » et résulte des règles de bio nettoyage :

- Respect des règles d'hygiène
- Existence de protocoles rigoureux notamment sur l'entretien des studios,
- Fiches techniques des produits en fonction des zones
- Formation du personnel aux règles

Le personnels de nettoyage a à sa disposition 3 chariots pour les étages et 1 en cuisine, compartimentés et permettant l'application des procédures.

Afin de contrôler si l'entretien des locaux est correctement et quotidiennement effectué, des fiches de traçabilité sont mises en place dans les pièces communes et dans des classeurs pour les chambres/studios.

Tous les deux mois, un contrôle est également effectué par les responsables CARRARD, MEDIREST et AREPA ; ces items apparaissent également dans l'enquête de satisfaction auprès des résidents tous les ans.

L'entretien des locaux est effectué matin, midi et soir, après chaque service et ponctuellement aussi souvent que nécessaire.

L'entretien du linge plat est effectué par le prestataire ELIS. Des procédures formalisant le circuit du linge propre et du linge sale sont en place.

#### 10.5.5. Gestion des déchets

L'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques décrit clairement les dispositions à prendre pour un Ehpad, qui produit des DASRI<sup>35</sup>, modifié à ce jour, par l'arrêté du 14 octobre 2011.

---

<sup>34</sup> TIAC : Toxi-infection alimentaire collective

<sup>35</sup> Guide technique, Déchets d'activités de soins à risques », direction générale de la santé – édition décembre 2009.

La collecte des déchets médicaux est bien organisée et fait l'objet de procédures. Les locaux DASRIA sont clairement isolés et identifiés.

#### 10.5.6. Le plan bleu

Le plan bleu permet à l'établissement de mettre en œuvre de manière rapide et cohérente les moyens indispensables pour faire face efficacement à une alerte ou à une crise quelle que soit sa nature.

Le plan est mis à disposition et réactualisé chaque année en références aux circulaires : le schéma général du plan bleu est adressé à l'établissement qui l'adapte à son contexte.

Le plan bleu canicule est adressé chaque année aux autorités de tarification.

Le volet infectieux du plan bleu a fait l'objet d'un travail regroupant au siège des Medec et des Idec travaillant au sein des Ehpad d'AREPA. Il a été mis à disposition de l'établissement en avril 2013. Il est en cours d'appropriation par l'ensemble des personnels et a été adressé à l'ARS en date du 10 octobre 2013.

#### 10.5.7. La gestion des événements indésirables

La Gestion des événements indésirables est la mise en œuvre d'un processus organisé permettant d'identifier, d'analyser et de maîtriser les événements indésirables qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux résidents, aux visiteurs, aux personnels, à leurs biens ou à ceux de l'établissement.

A la résidence une « feuille d'évènements indésirables » a été établie et utilisée par le personnel. Toutes les feuilles sont répertoriées en fin de mois et reportées dans un tableau d'analyse qui synthétise :

- La date de l'évènement et date de déclaration de l'évènement
- Le moment de la journée : jour ou nuit
- La nature de l'évènement constaté,
- La ou les personnes concernées par l'évènement,
- Le lieu de l'évènement,
- La fonction des personnes ayant déclaré l'évènement (le service),
- La gravité de l'évènement.

La FEI (feuille d'Evènements indésirables) détaille :

**La nature de l'évènement** : 68 répertoriées

- Soins(3),
- Médicaments(3),
- Non respect du règlement(8),
- Comportement résident et personnel(8),
- Atteinte corporelle résident et personnel(6),
- Restauration(9),
- Logistique(6),
- Matériel(7),
- Sécurité(6),
- Vigilance(2),
- Communication(7),
- Vie sociale et autres (3).

**Le lieu de l'évènement** : 10 lieux possibles répertoriés + autre,

**Le service concerné** : 4 concernés+ autre,

**La fonction du déclarant** : 5 + autre,

**La personne concernée** : 7 + autre,

**Le critère de gravité** : au jugé de la personne déclarante : de 1 à 6(non réponse), de « nulle » à « vitale ».

La personne déclarante a la possibilité en bas de la feuille, d'apporter des précisions sur l'évènement constaté (description) et si il ou elle a pu agir en conséquence (actions entreprises).

Ces FEI et leur traitement son analysés et font l'objet d'une diffusion aux équipes en réunion et par voie d'affichage mensuellement.

## 10.6. Mesure de satisfaction auprès des résidents et des familles

AREPA organise une enquête annuelle de satisfaction des résidents. Depuis 2011, le questionnaire a pour objectif d'évaluer la qualité de vie ressentie par les personnes résidant en Ehpad. L'enquête permet de mesurer la satisfaction des usagers dans les domaines :

- des services prévus au contrat de séjour et au règlement de fonctionnement

- de la personnalisation de l'accompagnement
- de la préservation et du maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne
- du droit à la santé
- de la garantie des droits et libertés
- de la prise en compte des familles

Le thème de la Bientraitance est évalué au travers de l'ensemble des items.

Tous les résidents, quel que soit leur état de santé, leur handicap ou leur déficit reçoivent un questionnaire. Lorsque le résident n'est pas en capacité de répondre, sa famille est sollicitée.

Les résultats font l'objet d'une analyse comparative sur au moins deux années et entraînent la mise en œuvre de plans d'actions découlant de cette analyse. Ils sont portés à la connaissance des personnels, des résidents et présentés lors des C.V.S.

La prochaine enquête est prévue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2014.

## 10.7. Veille réglementaire

Elle englobe la connaissance portée aux textes législatifs ainsi que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles par les organismes autorisés (ANESM, HAS, C.CLIN...) quel que soit le domaine : financier, sanitaire, médico-social, architectural, administratif...

Au niveau du siège, chaque grande Direction (administrative, financière, réseau médico-social, ressources humaines..) assure la partie de veille qui la concerne et transmet les textes aux Directeurs des établissements. Les travaux et changements, que ces textes induisent, sont facteurs d'évolution des pratiques professionnelles et des organisations : la veille réglementaire est de ce fait une porte d'entrée à des actions d'amélioration.

## 10.8. Résumé des fiches actions du projet d'établissement

<b>Etablissement : RESIDENCE LE TOURNEBRIDE</b>		
<b>Le projet de vie</b>		
<p><b>1.</b> Refonte de la réflexion menée depuis 2008 quant à la réhabilitation de l'établissement</p>	<p><b>Adapter les locaux à la dépendance physique des résidents</b>  <u>Echéance</u> : 2017  <u>Groupe concerné</u> : directrice, Comité de direction, Service Patrimoine, Direction Territoriale, Pôle médico-social, DAF, Autorités de tutelle, Mairie, Bailleur  <u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Courriers d'échanges avec les autorités de tutelle</li> </ul>
<p><b>2.</b> Maintenir un lieu accueillant et convivial : décoration de la résidence, amélioration de la répartition des locaux</p>	<p><b>Améliorer la qualité des prestations</b>  <u>Echéance</u> : 2015  <u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice, ouvrier d'entretien, agent d'accueil, AMP, agent de soins, psychologue  <u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Listing des achats de mobilier.</li> <li>▪ Part des investissements engagés.</li> <li>▪ Plan d'affectation des locaux.</li> <li>▪ CR de réunions</li> <li>▪ Notes d'information.</li> </ul>
<p><b>3.</b> Engager la résidence dans une démarche éco-citoyenne</p>	<p><b>Intégrer la résidence dans son environnement</b>  <u>Echéance</u> : 2016  <u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice, ouvrier d'entretien, agent d'accueil, aide soignante  <u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Affichage</li> <li>▪ Plan de patrimoine.</li> </ul>

<p><b>4.</b> <b>Recruter un MEDEC</b></p>	<p><b>Mettre en place une prise en charge coordonnée des résidents, améliorer les prises en charge spécifiques</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent d'accueil, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de candidatures</li> <li>▪ Nombre de prospects</li> <li>▪ Nombre de rencontres institutionnelles (Hôpitaux, cliniques, etc.).</li> </ul>
<p><b>5.</b> <b>Suivi des projets personnalisés</b></p>	<p><b>Améliorer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie en hébergement permanent</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2014</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, AMP, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de projets personnalisés mensuels</li> <li>▪ Taux d'avenants formalisés.</li> <li>▪ Taux d'avenants signés.</li> <li>▪ Taux de projets réévalués à 6 mois.</li> </ul>
<p><b>6.</b> <b>Améliorer les prestations et la prise en charge des repas spécifiques</b></p>	<p><b>La mise en place des repas à textures modifiées</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2013</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, aide soignante, gérant restauration, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de résidents ayant une prise en charge des repas spécifique.</li> <li>▪ Taux de satisfaction.</li> </ul>

<p>7. Mise à jour et diffusion des procédures</p>	<p><b>Améliorer en continu la qualité des prestations de la résidence</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent de soins</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	
<p><b>Le projet de soins</b></p>		
<p>1. Mise en place et/ou suivi des procédures relatives aux risques infectieux</p>	<p><b>Renforcer la prévention du risque infectieux</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2017</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 2 agents de soins, aide soignante,</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	
<p>2. Soins palliatifs : recherche de réseaux, mise en place du programme MOBIQUAL</p>	<p><b>Renforcer la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 2 agents de soins, aide soignante</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formalisation d'un partenariat : existence d'une convention.</li> <li>▪ Existence de procédures.</li> <li>▪ Mise en place de formations.</li> </ul>

<p><b>3.</b> <b>Prévention de la maltraitance</b></p>	<p><b>Garantir la bienveillance</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, 3 aides soignantes</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'actions menées par les référents bienveillance.</li> </ul>
<p><b>4.</b> <b>Dépister systématiquement la douleur</b></p>	<p><b>Soulager la douleur</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, agent de soins, aide soignante, AMP</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formalisation d'un partenariat : existence d'une convention.</li> <li>▪ Existence de procédures.</li> <li>▪ Mise en place de formations.</li> </ul>
<p><b>5.</b> <b>Faire un suivi des troubles du comportement</b></p>	<p><b>Renforcer la prise en charge des troubles du comportement</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : IDEC, psychologue, IDE, agents de soin, 2 AMP</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place de formations.</li> <li>▪ Taux de résidents présentant des troubles du comportement.</li> </ul>

<b>Le projet social</b>		
<p><b>1.</b> <b>Recruter un MEDEC</b></p>	<p><b>Mettre en place une prise en charge coordonnée des résidents, améliorer les prise Sen charge spécifiques</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2016</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, agent d'accueil, psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de candidatures</li> <li>▪ Nombre de prospects</li> <li>▪ Nombre de rencontres institutionnelles (Hôpitaux, cliniques, etc.).</li> </ul>
<p><b>2.</b> <b>Mise en place de formations pour l'ensemble du personnel</b></p>	<p><b>Améliorer la qualification des personnels de soins</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, une AMP, la psychologue</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : IDEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un plan de « minis formations » internes.</li> <li>▪ Support de formation.</li> <li>▪ Liste d'emmargement.</li> </ul>
<b>La communication</b>		
<p><b>1.</b> <b>Développer les réseaux et filières</b></p>	<p><b>Pallier à la situation géographique excentrée de la résidence</b></p> <p><u>Echéance</u> : 2015</p> <p><u>Groupe concerné</u> : directrice, IDEC, secrétaire de direction, animatrice</p> <p><u>Responsable institutionnel</u> : directrice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de conventions existantes.</li> <li>▪ Nombre d'interventions de bénévoles.</li> <li>▪ Nombre d'organisation de manifestations d'envergure.</li> </ul>

## 11. CONCLUSION GÉNÉRALE

Résultat d'une dynamique de réflexion et de travail impulsée dans l'Ehpad, ce projet est un outil de pilotage pour les 5 années à venir (2013-2017). Il est fédérateur et mobilisateur de l'ensemble des parties prenantes de la structure.

Il appartient au Directeur de l'établissement de mettre en œuvre les engagements formalisés dans ce document et de faire régulièrement une évaluation et un bilan d'avancée des travaux lors des CODIR et d'en rendre compte aux professionnels, aux usagers et aux autorités de tarification.

L'évolution et la révision du projet sont conditionnées :

- en interne par les évaluations (auto-évaluation interne/ évaluation externe/ convention tripartite)
- en externe par le contexte environnemental et réglementaire (PRIAC<sup>36</sup>, Schéma d'organisation médico-sociale, politiques sanitaires, etc.)

---

<sup>36</sup> P.R.I.A.C : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

## 12. ANNEXES

### Textes et ouvrages consultés

- Le livret d'accueil de la résidence « Le Tournebride ».
- Le rapport d'activités 2012 (+ budgétaire et médical) de la résidence.
- Le rapport d'évaluation interne de la résidence (juin 2013).
- Le référentiel pour l'évaluation interne en EHPAD AREPA 2011.
- Les procédures formalisées AREPA et « Le Tournebride ».
- Les textes législatifs et réglementaires (loi 2002-2....).
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (ex : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », etc.).