

PROJET D'ETABLISSEMENT

2
0
1
7
-
2
0
2
1



EHPAD LE CEDRE
63430 PONT DU CHATEAU

Sommaire

Sommaire

Introduction

<u>I – Présentation de l’EHPAD Le Cèdre</u>	P.5
A. Historique de l’établissement	P.6
B. Les caractéristiques de l’établissement	P.7
• Les usagers (Dépendance – Pathos – Age – Provenance – Evolution – Perspectives)	
• Le personnel (Structuration par pôle - Organigramme)	
• Les valeurs	
• Description de la structure (Les différentes restructurations)	
• Environnement (EHPAD – Services de soins – Partenaires – Dynamiques – Schéma gérontologique – Regroupement des régions)	
<u>II – Le projet d’établissement 2017-2021 de l’EHPAD Le Cèdre</u>	P.20
A. Les grands enjeux	P.21
• Institutionnels	
• Internes	
B. La méthodologie du projet d’établissement	P.22
• La démarche participative	
• Les groupes de travail (Dont le comité de pilotage)	
• La structure des rencontres (Bilan du précédent projet d’établissement – Constats – Perspectives et propositions d’actions)	
C. Les axes retenus	P.25
• Le projet institutionnel	P.25
• Le projet vie sociale	P.30
➤ Bilan du projet d’établissement précédent	
➤ Constats des équipes	
➤ Perspectives	
➤ Fiches actions	
• Le projet hôtelier	P.35
➤ Bilan du projet d’établissement précédent	
➤ Constats des équipes	
➤ Perspectives	
➤ Fiches actions	
• Le projet médical	P.40
➤ Bilan du projet d’établissement précédent	
➤ Constats des équipes	
➤ Perspectives	
➤ Fiches actions	
• Le projet de soins	P.44
➤ Bilan du projet d’établissement précédent	

➤ Constats des équipes	
➤ Perspectives	
➤ Fiches actions	
• Le projet social	P.48
➤ Bilan du projet d'établissement précédent	
➤ Constats des équipes	
➤ Perspectives	
➤ Fiches actions	
<u>III – La mise en œuvre du projet d'établissement</u>	P.53
A. Fiches actions transversales	P.54
• L'entrée du résident	
• Le séjour du résident	
• La sortie du résident	
B. Suivi et évaluation du projet d'établissement	P.55
• Rôle des instances	
• Réalisation des fiches actions par les groupes de travail	
C. Perspectives : Schéma Immobilier Directeur	P.56
Conclusion	P.57
Annexes	P.58
• Bilan du projet d'établissement précédent	
• La charte des droits et liberté des résidents	
• Paroles des résidents	
• PP préparatoire : présentation aux instances	
• Exposé des motifs de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement	
• Carte de la GHT	

INTRODUCTION

L'espérance de vie a fortement augmenté en France (et dans une grande partie du monde) et est passée de 47 ans en 1900 à 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en 2015. Bien que l'espérance de vie à la naissance ait un peu diminué pour la première fois en 2015 (du fait d'une épidémie de grippe), il n'en demeure pas moins que les hommes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en 60 ans. Ces gains d'espérance de vie sont liés en grande partie à l'amélioration de l'hygiène, à l'évolution des conditions de vie et aux progrès de la médecine. Aujourd'hui les problématiques majeures en terme de santé publique sont la prévention et le traitement des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires...).

Selon un scénario médian de l'INSEE, l'espérance de vie atteindrait 86 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes en 2050. C'est ainsi qu'on estime qu'à l'horizon 2060, un tiers des habitants en France auront plus de 60 ans. Ce sera alors 5,4 millions de personnes qui auront plus de 85 ans au lieu de 1,4 millions de personnes aujourd'hui. Ainsi les enjeux du bien vieillir en bonne santé sont particulièrement importants. Ce défi sociétal est pris en compte par les pouvoirs publics et fait du maintien à domicile des personnes âgées une orientation forte avec l'organisation du soutien aux aidants. La place des EHPAD reste néanmoins importante car on observe que certaines situations conduisent, presque indépendamment du niveau de dépendance, les personnes à avoir recours aux EHPAD (isolement, pathologies Alzheimer, ressources financières peu élevées...).

Le secteur médico-social est ainsi impacté par les évolutions sociétales et le développement des politiques publiques qui circonscrivent et orientent son champ d'action. L'enjeu du projet d'établissement est de faire le pont entre ces orientations pour adapter l'action de l'établissement aux besoins de la population de demain et dans le même temps, au regard du contexte législatif, adapter nos pratiques du quotidien pour favoriser la meilleure qualité de prise en charge.

L'EHPAD Le Cèdre, établissement public autonome dépendant de la fonction publique hospitalière, accueille 112 personnes en hébergement permanent. Les problématiques majeures de l'établissement sont l'absence de diversification d'offre de la prise en charge, des locaux inadaptés avec 39 chambres doubles et l'évolution sur un territoire avec une contrainte financière de plus en plus importante.

Tous les 5 ans, un projet d'établissement doit être réalisé. Le Code de l'Action Sociale et des Familles définit le projet d'établissement dans le L 311-8 : *« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »*

Ce projet d'établissement est le troisième depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale. Chacun de ces projets a fait l'objet d'une démarche participative importante :

- Le premier, coordonné par M. GOMEZ, couvrait la période 2002-2006.
- Le second, coordonné par Mme PLATON, couvrait la période 2009-2013.
- Le troisième couvre la période 2017-2021.

Pour réaliser le projet d'établissement, le choix a été fait de mettre en œuvre une démarche participative incluant l'ensemble des acteurs de l'établissement. Le projet d'établissement reprend les idées forces de chacun des items en intégrant des fiches actions suffisamment précises pour s'assurer du suivi des orientations prises. Cependant l'ensemble des échanges ne pouvant être retranscrits in extenso dans le projet d'établissement, ils seront répertoriés dans un classeur, conservé dans les locaux de l'administration et mis à disposition des personnes qui le souhaitent afin de garder la mémoire de ces échanges.

Le précédent projet d'établissement, structuré autour de 4 parties (Projet de vie – Projet de soins – Projet structurel – Projet social), déclinait plus de 100 objectifs et actions. Une grande partie de ces objectifs ont été atteints totalement ou partiellement. Cependant, les réponses, parfois insuffisamment structurées ont fait tomber en désuétude certaines actions, dont la réalisation reposait trop sur la volonté individuelle de certaines personnes.

Lors de l'évaluation externe, l'appréciation globale des évaluateurs était la suivante :

« L'établissement propose un accompagnement de qualité et s'est engagé dans une dynamique d'amélioration des prestations effectives qui porte ses fruits.

Les atouts de l'établissement :

- Un établissement vivant remplissant l'ensemble de ses missions
- Un encadrement engagé porteur des valeurs du service public
- Une équipe pluridisciplinaire qualifiée engagée dans une démarche d'amélioration des prestations
- Un projet d'établissement en accord avec les pratiques gérontologiques
- Un projet d'animation de qualité
- Une démarche qualité qui s'installe durablement »

Les évaluateurs externes établissaient alors un rapport satisfaisant sur la qualité de la prise en charge. Ceci rend le challenge d'autant plus ambitieux qu'il faut dorénavant aller plus loin dans la qualité de la prise en charge et dans l'offre apportée aux résidents et aux habitants du secteur de Pont-Du-Château et de l'agglomération clermontoise.

Ainsi le projet de vie, déjà mis en œuvre depuis quelques années dans l'établissement, doit se coordonner avec le projet de soins pour permettre une véritable individualisation de la prise en charge.

Pour améliorer la qualité de la prise en charge et vérifier sa bonne adéquation avec les besoins des résidents, la participation des résidents au CVS ainsi que le renseignement des enquêtes de satisfaction sont essentiels.

Le projet d'établissement reprendra, après un rapide état des lieux de la situation actuelle, les 6 orientations du projet qui sont développées dans chacune des parties correspondantes.

PRESENTATION DE L'EHPAD LE CEDRE

HISTORIQUE DE L'ETABLISSEMENT

Vers la fin du 18^{ème} siècle, pendant la période révolutionnaire, PONT-DU-CHATEAU ne disposait ni d'un hôpital, ni d'un hospice. Les archives indiquent l'existence, à l'époque, d'un « établissement de bienfaisance sous le nom de bureau de charité », dont les revenus étaient gérés par cinq personnes désignées et contrôlées par les Autorités Municipales. Cette situation se prolonge jusqu'en 1868.

Un legs de Madame Veuve GRENIER-ASTIER permet la fondation d'un hôpital situé au centre de l'agglomération, rue Emile Roux, (cette rue portait antérieurement le nom de rue de l'hospice). Cet emplacement, dans un quartier sans jardin et sombre, ne tarda pas à faire apparaître des inconvénients d'ordre sanitaire d'où son transfert en 1896-1897 dans un autre endroit plus aéré et mieux ensoleillé :

il s'agit en l'espèce du bâtiment ancien de l'actuel EHPAD, à l'abri d'un immense cèdre d'où son nom.

Une première humanisation a lieu en 1975, par l'adjonction d'une Unité de Soins Normalisée de 76 lits portant la capacité globale à 110 lits.

En 1983, l'hospice de PONT-DU-CHATEAU devient Maison de Retraite et abrite notamment 60 lits médicalisés dans son secteur Cure Médicale, garantissant dès lors le maintien dans l'établissement des personnes en perte d'autonomie.

Toutefois, c'est parce qu'elle se révèle depuis plusieurs années, inadaptée à l'accueil d'une population devenue semi dépendante, que le Conseil d'Administration décide en 1993, l'humanisation de la Maison de Retraite « Le Cèdre ». Les chambres à 3 lits sont supprimées au bénéfice de chambres à 1 et 2 lits, spacieuses, confortables et accessibles aux personnes âgées à mobilité réduite. Les secteurs soins, restauration, espaces communs, comme la cuisine et la blanchisserie, sont réhabilités. Ce projet est réceptionné en 2000.

L'appellation « maison de retraite » disparaît en 2001 et l'établissement devient EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, accueillant des personnes souvent très âgées (moyenne d'âge 84 ans) et très dépendantes, dont une part importante de malades Alzheimer. La capacité est alors de 112 lits. L'établissement est alors médicalisé : des infirmières sont présentes tous les jours, et interviennent également dans l'établissement un médecin coordonnateur, un psychiatre, une psychologue, une diététicienne et une psychomotricienne.

L'entretien et la rénovation de l'établissement sont constants. Les salles à manger d'étage ont notamment été largement agrandies en 2008, permettant aux résidents de bénéficier d'un espace vaste, clair et meublé de neuf.

LES CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est un temps institutionnel fort qui doit permettre de projeter l'établissement dans les années à venir, avoir une vision sur 5 ans, mais aussi se projeter plus loin pour répondre aux mutations que devra nécessairement avoir l'établissement pour faire face aux défis à plus long terme.

L'adaptation de l'établissement aux besoins de demain dépend des politiques publiques développées à l'égard des personnes âgées. D'un point de vue démographique, on sait d'ores et déjà que le nombre de personnes âgées (à partir de 85 ans) va augmenter de façon significative dans les années à venir (horizon 2060). Les inconnus sont l'augmentation de l'espérance de vie et surtout de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Les enjeux sur ce point sont énormes car il existe manifestement une marge importante à conquérir sur l'espérance de vie sans incapacité. Les autres facteurs inconnus aussi sont l'évolution de la politique de maintien à domicile. Aujourd'hui, plus que le niveau de dépendance de la personne, c'est la présence de l'entourage qui est déterminante, particulièrement celle du conjoint.

Les hypothèses prospectives développée dans le rapport sur « Les perspectives des besoins d'hébergement des personnes âgées dépendantes » conduit en 2005 par M. Stéphane LE BOULER, s'appuie sur une aide à domicile développée permettant un même niveau de prise en charge pour les personnes avec ou sans conjoint (compenser l'absence de conjoints). Deux hypothèses : développement de l'aide à domicile sur tous les niveaux de dépendance ou sur les niveaux les moins élevés de dépendance.

L'identification des facteurs d'entrée en institution sont :

- Absence de possibilité de rester à domicile (Contraintes physiques – Entourage – Mise en danger – Epuisement de l'aidant) ;
- Vouloir lutter contre l'isolement.

Se projeter vers l'avenir nécessite de faire un point sur le présent pour ensuite déterminer les axes d'évolution et de progression. C'est pourquoi cette partie reprend les éléments relatifs aux usagers, aux professionnels de l'établissement, à la structure du bâtiment, ... car tous ces thèmes caractérisent l'établissement et déterminent aussi les axes d'évolutions à prévoir.

LES USAGERS :

L'EHPAD Le Cèdre accueille 112 résidents en hébergement permanent.

Pour évaluer les besoins en prise en charge des résidents et avoir les caractéristiques de la population accueillie, nous disposons de différents indicateurs, tels le GMP, le PMP, le MMS, la durée moyenne de séjour.

Tous les ans, nous faisons une coupe du GMP et du PATHOS pour suivre l'évolution de nos indicateurs. Ces coupes ne sont pas nécessairement validées par les autorités de tarification. Le PMP est validé uniquement lors du renouvellement de la convention tripartite alors que le GMP sera dorénavant validé tous les ans par le Conseil départemental.

Caractéristique de l'EHPAD : niveau de dépendance et de prise en soins équivalent à celui d'un EHPAD rattaché à un centre hospitalier.

8

GMP	
Année	Evaluation
2009	762
2010	735
2011	747
2012	712
2013	718
2014	744
2015	773
2016	774

Le GMP présenté correspond aux coupes réalisées annuellement en interne pour suivre son évolution sans que celui-ci ait été validé par le Conseil départemental (sauf celui de 2009 et de 2015).

TAUX D'OCCUPATION									
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
99,76	99,79	99,79	99,74	99,97	99,96	99,34	99,34	99,07	97,93
									/
									BP2015

Le taux d'occupation est un indicateur très suivi. On observe en 2014 et en 2015 une baisse du taux d'occupation qui est certainement due à deux facteurs principaux : une hausse du nombre de décès qui nous a obligée à prononcer beaucoup d'entrées (47), soit presque la moitié de nos effectifs. Ainsi assurer un taux de rotation satisfaisant en prenant en compte le fait que les entrées se font très souvent en urgence, c'est-à-dire que le premier EHPAD qui répond aura le dossier, est rendu difficile. Nous avons régulièrement besoin d'un délai de 2 à 3 semaines pour prononcer les entrées et lorsque cette situation se répète à 3 ou 4 reprises dans le mois, cela impacte considérablement le taux d'occupation.

Par ailleurs, ces deux années correspondent aussi au changement de direction. Une nouvelle structuration de la gestion des admissions a eu lieu pour permettre de fluidifier et de mieux préparer les entrées.

MOUVEMENTS												
ANNÉES	ENTRÉES			SORTIES								
				NORMALES			DÉCÉS			TOTAL		
	HOM.	FEM.	TOTAL	HOM.	FEM.	TOTAL	HOM.	FEM.	TOTAL	HOM.	FEM.	TOTAL
2015	18	30	48	6	2	8	10	29	39	16	31	47
2014	5	18	23	1	3	4	8	13	21	9	16	25
2013	7	25	32	2	4	6	7	19	26	9	23	32
2012	12	16	28	4	0	4	9	16	25	13	16	29
2011	11	21	32	2	3	5	5	20	25	7	23	30
2010	12	16	28	4	0	4	8	15	23	12	15	27

9

PROVENANCE DES RÉSIDENTS		
ORIGINE	NOMBRE	TAUX
Commune de PONT-DU-CHATEAU	24	21,81
Environs de PONT-DU-CHATEAU	23	20,90
CLERMONT-FERRAND	20	18,18
Autres communes du PUY-DE-DOME	37	33,65
Autres départements	3	2,75
Région AUVERGNE	2	1,81
Région PARISIENNE	1	0,90
TOTAL	110	100

La moitié des personnes résidents à l'EHPAD de Pont-Du-Château viennent de la commune ou à proximité de la commune. Nous accueillons aussi un certain nombre de personnes de Clermont-Ferrand.

RÉPARTITION PAR AGES						
Tranches d'âges	Nombre			Pourcentage		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Compris entre 60 et 65 ans	0	1	1	0	0,90	0,90
Compris entre 66 et 70 ans	0	1	1	0	0,90	0,90
Compris entre 71 et 75 ans	1	4	5	0,91	3,36	4,54
Compris entre 76 et 80 ans	5	5	10	4,55	4,55	9,10
Compris entre 81 et 85 ans	6	18	24	5,46	16,37	21,83
Compris entre 86 et 90 ans	11	23	34	10	20,90	30,90
Compris entre 91 et 95 ans	4	21	25	3,65	19,10	22,75
Compris entre 96 et 99 ans	0	6	6	0	5,45	5,45
100 ans et plus	1	3	4	0,91	2,72	3,63
TOTAL	28	82	110	25,48	74,25	100

La moyenne d'âge des personnes résidents à l'EHPAD est de 87 ans au 31/12/2015.

Globalement, la majeure partie des résidents ont entre 80 et 95 ans.

AIDE SOCIALE	
2012	41
2013	45
2014	42
2015	41
2016	40

MOYENNE 41.8

LE PERSONNEL DE L’EHPAD LE CEDRE :

Les effectifs de l’établissement doivent permettre d’assurer la continuité de service auprès des résidents et d’assurer une qualité de prise en charge optimale. Pour travailler dans de bonnes conditions, offrir un accompagnement de qualité et personnalisé optimal, les soignants (AS et ASH) doivent être 4 le matin et 3 l’après-midi. Pour arriver à ce nombre de personnes pour les trois services, il faudrait avoir un effectif de 39 personnes dans les soins (13 personnes par étage sans tenir compte de l’absentéisme).

La base du calcul du nombre d’ETP nécessaire au bon fonctionnement des services reste les effectifs autorisés dans le cadre de la convention tripartite en 2009 au regard du GMP et du PMP de cette année-là (qui reste sensiblement le même que celui de 2015).

A titre d’information, il est intéressant de regarder l’évolution du personnel sur les deux dernières décennies :

	GMP	PMP	MEDECIN	PSY	IDE	AS	ASH	ANIMATEUR
2002	531		0	0	2	14	19	1
2007			0,3	0	4	19	24	1,5
2009	762 (validé)	214 (validé)	0,3	0	4,5	22	24	2
2016	788 (Validé)	207 (estimé)	0,8	0,5	6,8	27,5	24,5	2

Les grands enjeux

Un taux suffisant d’encadrement est nécessaire à la bonne exécution du travail et constitue en partie une part de la prévention de l’absentéisme. Néanmoins les métiers du soin dans le secteur des EHPAD restent difficiles tant d’un point de vue physique (TMS) que psychique (Usure professionnelle – Burn out).

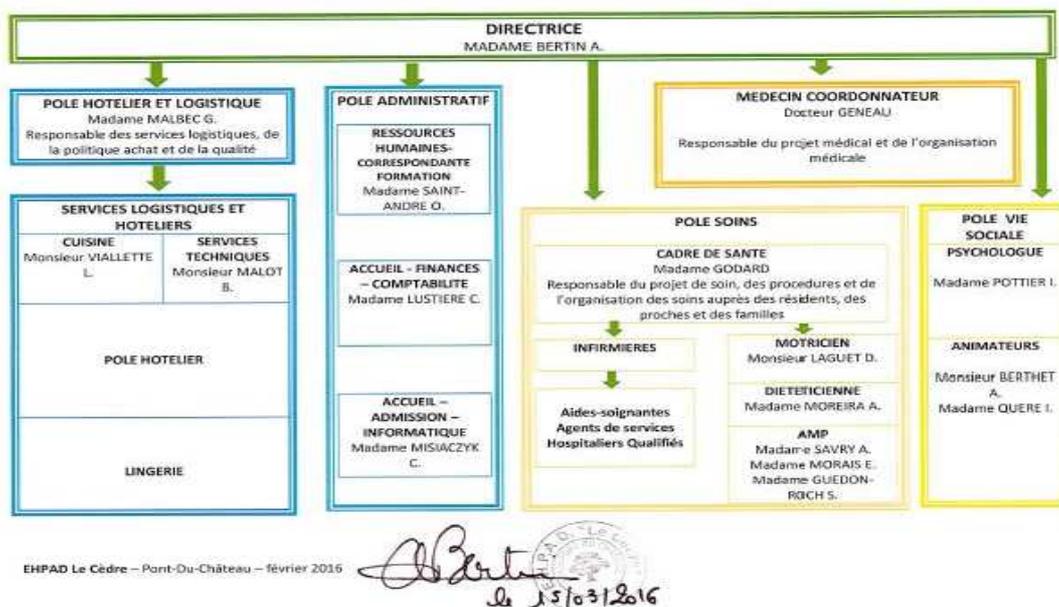
La qualification du personnel devient alors un axe fondamental pour faire face à la grande dépendance et permettre aux agents d’avoir les outils nécessaires pour aborder sereinement l’accompagnement à faire au quotidien de chaque résident. De plus, au regard du nombre de départs à la retraite attendus dans les années à venir, avoir une politique d’anticipation des départs et ainsi permettre des promotions internes à travers une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétentes structurée est souhaitable.

Enfin la réduction de l’absentéisme constitue un axe de travail primordial.

La structuration de l’EHPAD

Les organisations de travail ont été entièrement revues en 2016 pour remédier à des multiples dysfonctionnements, réduire l’absentéisme et améliorer la prise en charge.

Pour assurer un encadrement de qualité des équipes, un cadre de proximité a été mis en place pour les services logistiques, ce qui permet à la cadre de santé de se consacrer spécifiquement à l’encadrement des équipes de soins. La structuration de l’établissement est pensée en pôle afin de faire gagner à chacun des compétences dans son champ d’action.



Les effectifs autorisés

Lors de la dernière convention tripartite, signée le 6 juillet 2009, avec un GMP de 762 et un PMP à 215, les effectifs autorisés ont été arrêtés de la manière suivante :

SECTION TARIFAIRE	ETP AUTORISES 2015			
	ETP	HEB	DEP	SOINS
DIRECTION / ADMIN.	4	4		
CUISINES/SERVICES G.	6	6		
PSYCHOMOT/ERGO	1			1
ANIMATION	2	2		
ASHQ (LINGERIE-REPAS-NETTOYAGE)	25,5	17,8	7,7	
AIDE-SOIGNANT/AMP	27,5		8,3	19,2
IDE/CADRE DE SANTE	6,8			6,8
PSYCHOLOGUE	0,5		0,5	
MEDECIN ET PSYCHIATRE	0,8			0,8
TOTAL	74,1	29,8	16,5	27,8

Les effectifs autorisés n'intègrent pas l'absentéisme, qui est une problématique récurrente en EHPAD. Les budgets intègrent 5% d'absentéisme alors que l'absentéisme avoisine plutôt les 14%.

Une des particularités de l'EHPAD est la proportion d'ASH dans les effectifs obligeant à en avoir certaines dans les soins. Ceci est dû au mode de tarification. L'EHPAD bénéficie d'une dotation partielle avec PUI. La demande de dotation globale avec PUI est réalisée depuis cette année 2016.

Contribuant au fonctionnement de l'EHPAD, nous faisons appel chaque année à des personnes en contrat aidé. Certaines intègrent ensuite définitivement l'EHPAD sur des postes d'ASH.

L'âge du personnel

Au 31/12/2015, la photographie des tranches d'âge des agents présents dans les effectifs de l'EHPAD est la suivante : Cf. tableau.

Les personnels relevant de la catégorie active (personnel soignant) peuvent demander un départ en retraite à compter de 57 ans. On observe donc bien que de nombreux départs auront lieu dans les 5 ans à venir (entre 10 et 20). La question du renouvellement des agents doit être intégrée dans le projet social de l'établissement.

	<i>DIR/ADM</i>	<i>SOIGNANTS</i>	<i>LOGISTIQUE/HOT</i>	<i>VIE SOCIALE</i>	TOTAL
<i>20/29 ANS</i>	0	12	5	0	17
<i>30/39 ANS</i>	2	6	6	2	16
<i>40/49 ANS</i>	2	20	5	1	28
<i>50/55 ANS</i>	0	15	6	0	21
<i>56/62 ANS</i>	1	5	4	0	10
TOTAL	5	58	26	3	92

L'absentéisme

L'absentéisme est une problématique récurrente. Deux niveaux d'incidence existent : le premier est la désorganisation des services lors de la survenue d'un absentéisme. Cela génère une perte de temps pour la personne en charge d'organiser le fonctionnement du service et un stress pour les équipes car elles ne savent pas avec qui elles vont travailler ni la manière dont cela va affecter leur journée de travail. De plus trouver des remplaçants de courte durée qualifiés (Aide-soignant – IDE) est très difficile, voire impossible.

Nature de l'arrêt	2012	2013	2014	2015
Maladie ordinaire	1146	745	1396	1557
Longue maladie	365	50	0	376
Longue durée	365	730	896	390
Maternité	101	266	486	469
AT maladie professionnelle	150	8	149	414

<i>Sous total</i>	2127	1799	2927	3206
Autres Absences				
Temps partiel thérapeutique	0	353	60	305
Congés exceptionnels, autorisations absence	33	44	51	25
Congé parental	0	0	0	122
Disponibilité / sans solde	0	0	0	429
<i>Sous total</i>	33	397	111	881
TOTAL	2160	2196	3038	4087

La deuxième incidence est financière car l'absentéisme coûte énormément à la structure : il faut bien évidemment rémunérer l'agent absent et dans le même temps pourvoir à son remplacement. Ainsi un agent absent coûte quasiment le prix de deux agents. Malgré la souscription d'une assurance statutaire, les coûts restent très importants (ne serait-ce que l'adhésion à l'assurance).

C'est pourquoi la gestion de l'absentéisme est un point important du projet social.

LES VALEURS DE L'EHPAD LE CEDRE :

A l'instar des évolutions du secteur médico-social, les valeurs portées par l'établissement ont aussi évolué. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale suivie de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont profondément impacté la place des usagers dans leur prise en charge et dans les institutions.

Ainsi, les établissements médico-sociaux, dont les EHPAD sont avant tout des lieux de vie, où les personnes ont accès aux soins et à une prise en charge adaptée. Leur expression et le respect de leur choix sont recherchés et valorisés. Dans le même esprit, la bientraitance est devenue une préoccupation majeure pour tous. Bien évidemment l'absence de maltraitance est obligatoire, mais en allant plus loin il s'agit de veiller aux habitudes institutionnelles et aux attitudes dans le rapport aux personnes dans l'ensemble des gestes de la vie : frapper à la porte avant d'entrer, toujours bien dire bonjour, être avenant et faire preuve de bienveillance à l'égard des résidents tout au long de leur présence au sein de l'établissement. Parfois, les institutions créent et ont des fonctionnements internes où il est parfois difficile de se faire reconnaître en tant qu'individu et avoir sa place.

Les valeurs défendues par l'EHPAD sont la citoyenneté et la bientraitance.

Citoyenneté car quel que soit le niveau de dépendance d'une personne, elle reste sujet de droit et doit pouvoir s'exprimer librement, faire des choix dans son quotidien. Par ailleurs, en adéquation avec les recommandations de l'ANESM, encourager la citoyenneté des résidents c'est aussi leur permettre de maintenir une place dans la vie de la cité.

Bientraitance car il appartient à chacun des professionnels travaillant dans l'EHPAD d'être vigilant à être bientraitant dans l'exercice de ses fonctions à l'égard des personnes âgées. « *La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs.* » Définition de la HAS (Haute Autorité de Santé)

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE :

L'actuel EHPAD a d'abord été un établissement de bienfaisance (bureau de charité) à la fin du 18^{ème} siècle. Les locaux étant inadaptés, ce bureau de bienfaisance, devenu hospice s'est installé dans une grande maison de maître.

Les différentes restructurations et les grandes étapes de l'EHPAD :

EVOLUTION DE L'EHPAD LE CEDRE				
DATES	APPELATION	EVENEMENTS	NOMBRE DE PERSONNES	NIVEAU D'ENCADREMENT
FIN 18 ^E S	Etablissement de bienfaisance	Création de l'établissement de bienfaisance. Accueille les vieux travailleurs, les incurables et les infirmes.	Inconnu	5 personnes supervisées par la mairie
1868	Hospice	Don d'un bâtiment Rue Emile Roux – L'établissement de bienfaisance devient un hospice ; il accueille toujours les vieux travailleurs, les incurables et les infirmes.	34 personnes accueillies	Encadrement par des religieux
1896 - 1897		Installation au 39, avenue du Dr BESSERVE dans le vieux bâtiment. Accueille toujours les vieux travailleurs, les incurables et les infirmes. Dortoirs collectifs.		
1975		1 ^{ère} phase d'humanisation : adjonction d'une aile neuve d'une capacité d'accueil de 76 lits (majoritairement des chambres à 3 lits).	110	Encadrement mixte : religieux et professionnels
1983	Maison de retraite	Début de la médicalisation de l'EHPAD : transformation de 60 lits en lits de cure médicale (début du financement par la sécurité sociale). Accueille en permanence les personnes âgées que les hôpitaux ne peuvent pas garder.	110	Permet le recrutement de plus de professionnels
1993		2 ^{ème} phase d'humanisation : décision du CA de supprimer les chambres à 3 lits et de fermer à l'hébergement l'ancien bâtiment par la création d'une aile supplémentaire.		
2000		Aboutissement de la phase d'humanisation : inauguration de la nouvelle aile avec des chambres à 2 lits et à 1 lit : 34 chambres individuelles	112	

		et 39 chambres doubles Et réhabilitation de l'ancienne aile (1975)		
2001	EHPAD	Réforme de la tarification – Création des EHPAD (accroissement de la médicalisation) – Mise en place des conventions tripartites –	112	
2002		1 ^{er} projet d'établissement	112	
2008		Création des salles à manger	112	
2009		Signature de la convention tripartite 2 ^{ème} génération. 2 ^{ème} projet d'établissement	112	
2012 ??		Cession de l'ancien bâtiment sous bail emphytéotique à l'office HLM (pour 30 ans).		
2017		CPOM : disparition des conventions tripartites. EPRD : modification du mode de tarification	112	

La situation architecturale de l'établissement n'a pas évolué depuis 2008. Il y a donc à ce jour, 34 chambres individuelles et 39 chambres doubles. Même si cette situation est appréciée de certains résidents, il n'en demeure pas moins qu'au quotidien de nombreux problèmes de cohabitation se posent. Nous avons donc une partie du bâtiment (quelques bureaux et espace de stockage) qui date de la fin du 19^{ème} siècle, l'ancienne aile date de 1975 (soit 41 ans) réhabilitée en 2000 et enfin la nouvelle aile construite en 2000 avec des salles à manger créées en 2008.

Le nombre de chambre double pose de nombreux problèmes au quotidien et nous devons remédier à cette situation. Au regard des orientations du projet d'établissement un Schéma immobilier directeur sera proposé avec un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) dès la validation des instances et des autorités de tarification.

De plus, il existe peu d'espaces conviviaux, de salles de réunions, pas d'espace sécurisé où les résidents peuvent vaquer librement. Ces différents points étaient prévus dans le cadre du projet immobilier. A ce jour, on ne peut pas envisager de réaliser un PASA, et difficilement répondre au cahier des charges pour la réalisation d'un cantou. Les résidents ont bien évoqué ce point lors des rencontres réalisées avec eux : pour les personnes en chambre double, il y a très peu d'espaces qui leur permettent de rester seuls avec leur famille. Le collectif est partout présent.

Par ailleurs, l'établissement a du patrimoine issus de dons réalisés par des personnes âgées. Ce patrimoine est composé de 4 maisons situées sur Moissat et Pont-du-Château, ainsi que des terrains, des taillis et des fermages. Ce patrimoine sera détaillé plus avant dans le cadre du schéma immobilier directeur.

ENVIRONNEMENT DE L'EHPAD :

L'EHPAD LE CEDRE est un établissement public autonome relevant du statut de la fonction publique hospitalière. Il est situé sur la commune de Pont-du-Château qui fait partie de la communauté d'agglomération de Clermont-Ferrand.

Les EHPAD environnants :

ETABLISSEMENT	STATUT	DISTANCE	TOTAL LITS ET PLACES
MOINS DE 10 KM			
PONT DU CHATEAU	PR L	2 KM	76
LEMPDES	PU TE	6,5 KM	80
BEAUREGARD	PU TE	8,5 KM	71
AULNAT	PU TE	9 KM	58
COURNON	PU TE	9,8 KM	79
COURNON	PR LU	9,8 KM	83
TOTAL			447 + 112
MOINS DE 15 KM			
GERZAT	PR NL	10,7 KM	88
BILLOM	PU FPH	12,9 KM	277
LE CENDRE	PU TE	12,9 KM	96
LEZOUX	PU FPH	13,2 KM	300
LEZOUX	PR NL	13,2 KM	86
CULHAT	PU FPH	13,5 KM	84
CLERMONT	PU TE	14,9 KM	512
CEBAZAT	CHU	14,9 KM	113
TOTAL			1556

Au regard du nombre d'habitants sur la zone géographique de recrutement de l'EHPAD (Pont-du-Château et les communes limitrophes) mais aussi du tarif hébergement de l'établissement, nous maintenons un bon taux d'occupation, malgré les nombreuses chambres doubles. L'EHPAD des Rives-D'Allier, situé sur la commune de Pont-du-Château n'est absolument pas en concurrence car les publics reçus sont vraiment différents.

Sur la commune de Pont-du-Château, il y a 3 cabinets médicaux et tous les médecins traitants interviennent à l'EHPAD. Ils travaillent en collaboration avec le médecin coordonnateur. Ils sollicitent régulièrement l'EHPAD pour des patients nécessitant une entrée en EHPAD. Inversement, ils sont sollicités pour prendre en charge de nouveaux patients de l'EHPAD quand cela s'avère nécessaire. Il y a aussi des cabinets de kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes interviennent régulièrement aussi pour des prises en charge au sein de l'EHPAD. Sur la commune il y a aussi un service d'aide à domicile avec lequel nous collaborons peu jusqu'à présent.

Une convention lie l'EHPAD avec le COGERT (Cébazat). Ceci nous permet régulièrement de faire des hospitalisations programmées et ils répondent présents lorsque nous sommes en difficulté avec un résident.

Nous travaillons de façon privilégiée avec le CMP et avons la chance de pouvoir accueillir un psychiatre une fois par mois qui fait des consultations auprès des personnes âgées. Si besoin, nous

pouvons aussi recourir à des hospitalisations en psychiatrie rapidement. Ce travail partenarial est très apprécié et profitable aux résidents.

Les résidents sont suivis principalement par le CHU et le pôle santé République dans le cadre de leurs consultations externes.

Une convention lie l'établissement à la clinique des 6 lacs dans le cadre des orientations. Au-delà des conventions signées, un travail étroit est mené avec les services sociaux et les cadres de santé des services gériatriques de Riom (Cébazat), le service de médecine interne gériatrique du CHU, le CH de Billom et la clinique des 6 lacs. Dès que nous avons une place qui se libère, nous ne manquons pas de les informer de la vacance afin qu'ils nous fassent des orientations.

Par ailleurs, nous sommes fortement impliqués dans la plateforme ATTENTUM. Nous l'utilisons régulièrement pour sélectionner des dossiers de personnes souhaitant entrer en EHPAD.

L'EHPAD est aussi membre du GCS PUI Billom-Culhat. Nous mutualisons une pharmacie. Il est aussi impliqué dans le GCS SIMPA. L'EHPAD mutualise aussi une garde administrative avec d'autres établissements publics autonomes du territoire.

Conventions signées :

- HAD
- Clinique des 6 lacs
- Association les quatre A
- Les bénévoles (VMEH – La paroisse)
- L'EURL, les petits doudous – Micro-Crèche
- Relais d'assistantes maternelles
- Convention GRAAL
- GCS PUI CULHAT-BILLOM
- GCS SIMPA
- CMP
- PALLIADOM

Convention en cours de signature :

- L'activité périscolaire école primaire

Projet de convention :

- Foyer logement de Lempdes

**LE PROJET D'ETABLISSEMENT
2017-2021
DE L'EHPAD LE CEDRE**

LES GRANDS ENJEUX DU PROJET D'ETABLISSEMENT

L'élaboration du projet d'établissement est un acte stratégique important. Stratégique tant d'un point de vue **interne** à l'établissement (Association des professionnels – Aide à la compréhension des enjeux – Partir de la pratique quotidienne et des observations pour aller vers de grandes orientations – Mobiliser les acteurs autour d'un projet fédérateur) que d'un point de vue **institutionnel** (Compréhension et connaissance des politiques publiques – Positionnement sur un territoire – répondre aux besoins identifiés - Assurer la pérennité de la structure – Acte de communication à l'égard des autorités de tarification).

Le projet d'établissement impose d'intégrer de nombreux éléments : l'historique de la structure, l'état d'avancement du précédent projet, les observations de l'évaluation externe mais aussi de mettre en perspective les recommandations propres au champ des EHPAD faites par la HAS et l'ANESM principalement. Par ailleurs, les nombreuses études faites dans le champ de la personne âgée et plus particulièrement de l'entrée en dépendance ainsi que la connaissance des politiques publiques et des problématiques propres au secteur permettent de pouvoir positionner l'établissement au mieux pour répondre aux besoins de la population. A cela s'ajoute les observations réalisées au quotidien auprès du public pour repérer de façon pragmatique quels sont les besoins des personnes. Nous refusons chaque semaine, lors de la commission d'admission, de nombreux dossiers et sommes sensibles au fait que nous présentons de nombreuses limites ne permettant pas de répondre de façon satisfaisante à des besoins de la population.

Analyser au mieux l'ensemble de ces éléments permet de construire une réponse adaptée sur le territoire en s'inscrivant dans une logique de parcours. Par ailleurs le temps du projet d'établissement est un temps de concertation tant en interne qu'en externe. Ainsi cette période de préparation a été l'occasion d'échanger avec les soignants, avec les médecins et les professionnels de santé intervenants dans la structure, les résidents, leurs familles mais aussi les membres du conseil d'administration ainsi que les représentants des deux autorités de tarification. Ces temps de concertation et d'échanges ont permis de faire émerger de nombreuses pistes pour les 5 années à venir. Construire le projet d'établissement permet de déterminer les orientations institutionnelles et de communiquer dessus pour les 5 ans à venir mais aussi plus loin.

En interne, la réalisation du projet d'établissement permet de consulter les équipes sur la qualité de la prise en charge dans tous les domaines d'intervention. Partir de ces constats permet de faire émerger des pistes de travail pragmatiques et de répondre aux besoins des résidents actuellement présents. Ainsi, à partir d'objectifs déterminés ensemble, c'est l'opportunité de fédérer l'ensemble des professionnels de l'établissement autour d'objectifs communs pour que cela donne du sens aux pratiques professionnelles dans les années à venir. En effet, travailler dans une dynamique de projet permet d'aller de l'avant et est facteur de motivation et de satisfaction au travail pour les équipes.

LA METHODOLOGIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La méthodologie du projet d'établissement a été présentée et validée lors des différentes instances en octobre 2015 pour une mise en œuvre en janvier 2016.

Les grands principes retenus ont été les suivants :

- **Une méthode participative** la plus large possible avec l'ensemble des acteurs de l'EHPAD : les professionnels internes et externes, les résidents, les familles.
- **Associer les différents acteurs** sur des groupes de travail (5 en interne – 3 rencontres avec les résidents – 1 rencontre avec les familles – 1 rencontre entre les membres du Conseil d'administration et les résidents – 1 rencontre avec le Conseil d'administration – 1 rencontre avec les représentants des autorités de tarification).
- **Travailler à partir du projet d'établissement précédent** dans chacun des groupes de travail.

Les groupes de travail :

- Le comité de pilotage est composé de la directrice, du médecin coordonnateur, de la cadre de santé, de la responsable du pôle logistique et de la psychologue. Chaque membre du comité de pilotage était en charge de l'animation d'un groupe de travail avec un binôme. Ainsi ce groupe donnait les grandes orientations, la méthodologie retenue pour chacun des groupes de travail et faisait des points d'étape quant à l'avancée du travail (3 rencontres).

5 groupes de travail correspondant à des axes du projet d'établissement ont été proposés :

- Projet vie sociale (3 rencontres)
- Projet hôtelier (3 rencontres)
- Projet médical (2 rencontres)
- Projet de soins (3 rencontres)
- Projet social (3 rencontres)

Chaque agent pouvait s'inscrire sur l'atelier de son choix et s'engageait à participer à chacune des trois réunions programmées (sauf contrainte particulière : congé...). Seul le groupe sur le projet médical a été conduit un peu différemment pour permettre une participation des médecins traitants et c'est le médecin coordonnateur qui s'est chargé de les rencontrer.

Au total, ce sont :

- 30 résidents,
- 7 familles,
- 55 professionnels (dont les médecins traitants),
- L'ensemble des instances (CTE – CHSCT – CVS),
- 8 membres du Conseil d'Administration,

qui ont contribué aux différents objectifs du projet d'établissement à travers 26 rencontres d'environ 2 heures.

La structure des rencontres :

Lors du comité de pilotage, le choix a été fait de structurer les rencontres de la façon suivante :

- Consacrer la première séance au précédent projet d'établissement : reprise des objectifs et bilan
- Lors de la deuxième séance, se concentrer sur ce que serait la prise en charge idéale selon les thématiques
- La troisième séance, décliner les orientations en axes opérationnels pour aboutir à des fiches action.

Chaque groupe de travail était conduit par un binôme. Ce binôme avait en charge la préparation du travail et la synthèse du travail réalisé par le groupe. L'objectif était que les participants n'aient aucun travail à fournir en dehors de leur participation aux groupes.

La composition des binômes :

- *Projet vie sociale* : la psychologue (Isaure POTTIER) et l'animatrice (Isabelle QUERE)
- *Projet hôtelier* : la responsable du pôle logistique (Gaëlle MALBEC) et la diététicienne (Aurélié MOREIRA)
- *Projet médical* : le médecin coordonnateur (Dr Béatrice GENEAU) et une infirmière (Sophie VALLAT)
- *Projet de soins* : la cadre de santé (Yolande GODARD) et un aide-soignant (Salim MEDJELLECK)
- *Projet social* : la directrice (Mme BERTIN) et la responsable des ressources humaines (Odile SAINT-ANDRE)

Le premier membre de chaque binôme était présent dans le cadre du comité de pilotage.

La réalisation des fiches actions :

Chaque groupe de travail travaille sur un thème sur 3 séances. La dernière des séances est consacrée à l'énumération des axes principaux (3 maximum) ainsi qu'aux actions permettant de les réaliser.

La mise en œuvre du projet d'établissement :

La rédaction du projet d'établissement dans sa version définitive permet de fixer la feuille de route pour les 5 ans à venir. Un rétro planning permet de visualiser de façon pluriannuelle les actions à mettre en place. Les fiches actions principales et transversales (accueil du résident – séjour du résident – sortie du résident) feront l'objet de groupes projet tout au long des 5 années.

Ces groupes auront pour mission de travailler à la mise en œuvre des objectifs d'établissement. Ainsi ceci permettra la formalisation écrite des objectifs avec la rédaction de protocoles et la déclinaison opérationnelle des actions avec leur suivi.

Le comité de pilotage se réunira deux fois par an. Chaque fiche action transversale sera travaillée successivement et chaque fiche action fera l'objet d'une session de travail de 18 mois. Les items de chacun des projets ayant un rapport avec la fiche action transversale seront traités pendant cette période. Les référents projets présents au comité de pilotage seront en charge de la bonne réalisation de leur partie en impliquant l'ensemble des acteurs de l'établissement. Le choix de la méthodologie retenue pour chacune des fiches actions transversales sera décidé lors du comité de pilotage de lancement. Pour chaque fiche action transversale, il y aura une fiche action, le comité de pilotage fera une réunion de lancement, une réunion de suivi à mi-parcours et une réunion sur la finalisation.

LISTE DES PARTICIPANTS AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

GROUPES DE TRAVAIL					
	PROJET DE SOINS	PROJET SOCIAL	PROJET HOTELIER	PROJET MÉDICAL	PROJET DE VIE SOCIALE
PILOTES	Mme GODARD Yolande (Cadre de Santé) Mr MEDJELLEK Salim (AS)	Mme BERTIN (Directrice) Mme SAINT-ANDRE Odile (Adj. Admi.)	Mme MALBEC Gaëlle (Resp. Logistique) Mme MOREIRA Aurélie (Diététicienne)	Dr GENEAU Béatrice (Méd. Co.) Mme VALLAT Sophie (IDE)	Mme POTTIER Isaure (Psychologue) Mme QUERE Isabelle (Animatrice)
	Mme BUISSON Lydie (ASHQ) Mme COURRIOL Nathalie (ASHQ) Mme LARGIER Nadine (IDE) Mme GUEDON-ROCH Séverine (AMP) Mr LAGUET Damien (Motricien) Mme AUGUSTO Paula(AS)	Mme PATAUD Valérie (ASHQ) Melle RAFAI Amal (ASHQ) Mme RODIER Christine (ASHQ) Mme RANGLARET Fabienne (AS) Mr GARCIA Manuel (MO)	Mr VIALETTE Laurent (Chef cuisine) Mme HUGON Mélanie (ASHQ) Mme CONTE Florence (ASHQ) Mme RISTORI Liliane (ASHQ) Melle QUEMENER Cindy (ASHQ) Mme SIGROS Annick (ASHQ) Mme PETEYAS Laurence (ASHQ)	Mme VALLEIX Hélène (IDE) Dr DUTEIL (Méd. libéral) Dr JACLOT (Méd. libéral) Dr DUPONT (Méd. libéral) Dr JURY (Méd. libéral)	Mme MISIACSYK Christelle (Adj. Admi.) Mme SAVRY Anne (AMP) Mme LUCAS Amandine (IDE) Mme FERREIRA Ilisabeth (AS) Mme FLANDIN Murielle (AS) Mme SRIKHA Zahra (AS) Mr ROY Mathieu (ASHQ) Mr BERTHET Alexandre (Animateur)

RÉSIDENTS		FAMILLES DE RÉSIDENTS	
Mme BLANDAIS Ginette	Mme BOULOT Jeanine	filles de Mme Mognos → Mme DONINA	
Mme BOUSSARD Bernadette	Mme BRETON Jeanne	filles de Mme Donval → Mme GLOAGUEN	
Mr et Mme DELAGE	Mme EDIER Agata	filles de Mme Eymard → Mme EYMARD	
Mme GIRAUD Simone	Mr JULIEN Vincent	sœur de Mme Blandais → Mme MOSNIER	
Mme LEPETIT Jeannine	Mme MAMEZAREK Hélène	filles de Mme Grenier → Mme VEXENAT	
Melle MARTIN Colette	Mme MELIODON Laurenza	filles de Mme Poulet → Mme RAMPINI	
Mr MEYNIER Joseph	Mme MOGNOS Marie		
Mme POULET Ginette	Mme SUEUR Andrée		

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION PRÉSENTS	MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE	AUTORITÉS DE TARIFICATION	INSTANCES SOLLICITÉES
Mr VINZIO René → Président et Maire de Pont-du-Château Mme CAPALIJA Suzanne → Adjointe aux affaires sociales Mr BETENFELD Gérard → Conseiller général du Puy-de-Dôme Dr GENEAU Béatrice → Médecin coordonnateur de l'établissement Mme MUT Marie → Résidente et membre du Conseil de la Vie Sociale Mme CHALY Arline → Représentante des familles Mme FLANDIN Murielle → Représentante du personnel de l'établissement Mr BERARD Robert → Personne compétente, appartenant au CODERPA	Mme BERTIN Aude (Directrice) Dr GENEAU Béatrice (Méd. Co.) Mme GODARD Yolande (Cadre de Santé) Mme POTTIER Isaure (Psychologue) Mme MALBEC Gaëlle (Resp. Logistique) Melle MOREIRA Aurélie (Diététicienne)	Mme BERNADOT → ARS Mme BROUSSE → CD Mr SILVESTRINI → CD	CVS → Conseil de la Vie Sociale CTE → Conseil Technique d'Etablissement CA → Conseil d'Administration CHSCT → Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

PROJET INSTITUTIONNEL

Un secteur médico-social en mutation

Le projet institutionnel prend en compte les grandes orientations nationales et environnementales du secteur médico-social. En effet, celles-ci vont impacter à court ou à moyen terme la réalité sociale des EHPAD. Ainsi de grandes lois ont été votées en 2015.

➤ **Fusion des Régions Auvergne et Rhône-Alpes : une seule Agence Régionale de Santé**

La loi N°2015-29 du 16/01/2015 relative à la délimitation des Régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ainsi que la loi N°2015-991 du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République dite loi NOTR constituent des éléments constituant de l'acte III de la décentralisation dans la prolongation de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et la création des Agences Régionales de Santé en 2010.

Ces lois ont permis la fusion des régions, notamment les régions Auvergne –Rhône-Alpes, regroupant ainsi les ARS de ces deux régions permettant d'avoir une politique harmonisée dans son champ de compétence. Ainsi le pilotage stratégique de la politique médico-sociale ne se fait plus au même échelon et la vision est plus large pour permettre une équité de traitement des citoyens sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, les axes développés par la Région Auvergne ne sont pas rigoureusement identiques à ceux développés en Région Rhône-Alpes ce qui induit une période de réajustement à court terme. Ainsi la vision stratégique du secteur médico-social, ne sera certes pas fondamentalement transformée mais verra certainement des modifications comme la création des filières gérontologiques, des équipes dédiées aux problématiques des EHPAD « Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé », « Equipe mobile d'hygiène » afin de pouvoir développer des compétences transversales et d'améliorer la filière pour les personnes âgées.

➤ **Répondre aux enjeux de la démographie et prévenir l'entrée en situation de dépendance**

Le vieillissement de la société est un enjeu social et économique majeur en France. L'espérance de vie est passée de 47 ans en 1900 à plus de 80 ans aujourd'hui et on peut espérer qu'elle continue à croître. Aujourd'hui 1,4 millions de personnes ont plus de 85 ans ; en 2060, elles seront 5,4 millions. Pour prévenir au mieux ce vieillissement de la population, de nombreux rapports ont été rédigés dont le rapport « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes » mission conduite par Stéphane Le Bouler dans le cadre du Commissariat Général du Plan en 2005. Ce rapport fait état des différentes options possibles en fonction des projections faites sur l'entrée en dépendance des personnes âgées. Un des scénarios étudiés est une politique de maintien à domicile très volontariste.

C'est ce que la loi N°2015-1776 du 28/12/2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement promeut avec une volonté d'augmenter le recours à l'APA et de diminuer le reste à charge des personnes restant au domicile.

Une politique de maintien à domicile volontariste a déjà des effets sur la population accueillie en EHPAD car nous pouvons d'ores et déjà observer une diminution de la durée moyenne de séjour avec un nombre de décès important chaque année. Par ailleurs, le niveau de dépendance et des besoins en soins a aussi fortement augmenté en 20 ans : nous sommes passés d'un GMP évalué à 500 en

2000 à un GMP se rapprochant de 800 en 2016. On constate donc une modification des profils des personnes entrant en EHPAD.

Globalement les facteurs favorisant l'entrée en EHPAD sont les suivants :

- Absence d'aidant en proximité directe : conjoint, personne résident au domicile ;
- Ressources financières plus faibles ;
- Epuisement de l'aidant particulièrement lorsque la personne dépendante a de forts troubles cognitifs et/ou des troubles du comportement (agressivité...).

➤ **Conclusion des Groupements Hospitaliers de Territoire (En date du 1^{er} juillet 2016)**

La loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour objectif d'améliorer l'accès au système de santé à travers de multiples axes dont la création et l'obligation d'adhérer pour les centres hospitaliers à des Groupements Hospitaliers de Territoire et de développer un projet médical commun. En Auvergne, ce sont tous les centres hospitaliers du Puy-De-Dôme et de l'Allier qui se sont regroupés autour du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Les établissements publics médico-sociaux autonomes pouvaient aussi se joindre aux GHT. L'impact est fort pour les centres hospitaliers qui doivent coopérer dans un certain nombre de domaines (Projet médical – Harmonisation des systèmes d'information – Politique achat commune dans un premier temps puis peut être une extension aux Pharmacies à Usages Intérieurs).

A ce jour, l'impact est très modéré : les établissements de santé de la future GHT ont rejoint le GRAAL pour le marché alimentaire. Comme nous adhérons au marché alimentaire avec le centre hospitalier de Thiers, nous avons aussi rejoint le GRAAL. Par ailleurs, comme nous faisons partie du GCS PUI du CH de Billom, nous souhaitons changer de logiciel de soins en interne à l'EHPAD mais nous sommes dans l'attente du choix des systèmes d'information qui seront opérés par le CH de Billom pour pouvoir avoir un système d'information compatible à celui du CHU. Ce sont pour l'instant les effets de la mise en œuvre des GHT mais au vu des contraintes financières et des besoins d'une politique de santé coordonnée, les établissements médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière seront probablement plus impliqués dans le fonctionnement des GHT (Enjeu de la tarification à l'activité des SSR).

➤ **Un contexte budgétaire contraint**

La volonté de maîtrise des finances publiques, que ce soit au niveau des collectivités territoriales qui voient leurs ressources se raréfier et leur champ de compétence se réduire (Suppression de la clause de compétence générale) mais aussi au niveau de la sécurité sociale où la volonté de maîtriser les dépenses est forte, ajoute une contrainte supplémentaire quant à la gestion de l'EHPAD. La progression de l'enveloppe médico-sociale dans l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) se stabilise impliquant un taux de progression de la dotation qui a atteint cette année 0,76%. Le Conseil départemental a accordé 0% d'augmentation de budget sur la partie hébergement en 2016.

Ainsi, cette contrainte financière oblige à avoir des organisations de travail plus efficaces et diminue les marges de manœuvre existantes au sein des structures.

D'un autre côté, la mise en place des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) établis sur 5 ans donnera peut-être plus de visibilité au chef d'établissement pour la conduite de l'établissement. Les EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) introduisent une logique

plus hospitalière car c'est à partir des recettes que l'on pourra prévoir les dépenses. Cependant, comme à ce jour, les textes ne sont pas encore sortis, de nombreuses zones d'ombres demeurent. On peut cependant penser, à l'instar de ce qu'ont connu les centres hospitaliers, que la volonté de maîtrise des dépenses sera accentuée par les autorités de tarification et que le maintien d'un fort niveau d'activité associé à une maîtrise rigoureuse du groupe 2 (dépenses de personnel) en étant vigilant à la possibilité de dégager une marge pour les investissements à venir seront les facteurs d'une bonne gestion des établissements et gagera de leur capacité à s'adapter aux enjeux à venir et par la même occasion sécurisera leur avenir.

➤ **Un raisonnement en parcours de soins**

Les politiques publiques à destination des personnes âgées favorisent les expérimentations pour faire émerger le travail en réseau avec une porte d'entrée par le médecin généraliste (bouquet de services) : MAIA, filières gérontologiques, réseaux, PAERPA (Parcours de santé des Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) et ainsi mieux coordonner les parcours de soins des personnes âgées avec la mise à disposition d'un bouquet de service (Service de soins à domicile – Service de Soins infirmiers à domicile – Hospitalisations à domicile – EHPAD : séjours temporaires ou permanents...). Ces palettes de services doivent être mises à disposition selon les besoins de la personne pour favoriser le maintien de l'autonomie, le maintien à domicile et limiter les hospitalisations par un parcours de soins coordonné. L'EHPAD doit ainsi faire partie de ce maillage et travailler ses partenariats pour favoriser ces parcours.

Les défis institutionnels à relever :

➤ **Avoir un bâtiment adapté à nos besoins**

La diversification des besoins de prise en charge des résidents, la pluralité des personnels, l'augmentation des aides techniques des résidents, le souhait de pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle fait du bâtiment actuel un bâtiment de moins en moins adapté à nos besoins.

C'est pourquoi, pour pouvoir répondre à l'ensemble de ses besoins identifiés, un projet immobilier solide et faisable financièrement est plus que nécessaire pour les années à venir.

➤ **Diminution des durées moyennes de séjour**

Chaque année, les durées moyennes de séjour des résidents baissent. Même si elle reste encore élevée à l'EHPAD Le Cèdre du fait de personnes entrées depuis de nombreuses années (quelques-unes sont là depuis plus de 40 ans), le nombre de départ par an atteint plus de 40% des effectifs. Concrètement, chaque mois, nous enregistrons 4 sorties, ce qui nécessite de faire 4 entrées. Comme nous n'avons pas de chambre tampon, à chaque départ, nous mettons au minimum une semaine, plutôt deux ou trois dans la réalité pour faire une nouvelle entrée. Malgré de nombreuses demandes sur ATTENTUM, nous n'avons pas de liste d'attente, car les demandes se font quasiment en urgence (sortie d'hospitalisation – Impossibilité de maintien à domicile). Les flux entre les établissements médico-sociaux sont donc importants.

Cet état de fait nous amène à réfléchir sur l'optimisation des entrées car au regard des contraintes budgétaires, notre seule marge sera l'optimisation du taux d'activité.

➤ **Des entrées de plus en plus rapides**

Comme nous l'avons vu plus haut, en raison de la politique de maintien à domicile les entrées en EHPAD se font souvent très rapidement (observation corroborée par les résidents) et très souvent en urgence. Le parcours assez classique d'une personne entrant en EHPAD est une personne qui, suite à de multiples chutes, se trouve hospitalisée. Son entourage en accord avec le centre hospitalier fait le constat de l'impossibilité du retour à domicile (association fréquente de troubles cognitifs ou d'autres pathologies qui rendent le maintien à domicile impossible). Ainsi, nous développons fortement notre travail en collaboration avec les services sociaux des centres hospitaliers.

➤ **Une nouvelle vision de la répartition des places sur le territoire ?**

La fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes va entraîner une nouvelle répartition des places d'EHPAD au niveau local (redistribution entre les zones rurales et les zones urbaines) et au niveau infra régional (des départements excédentaires en place aux départements déficitaires). On peut espérer qu'au regard du positionnement de Pont-du-Château dans la communauté d'agglomération clermontoise, celui-ci ne verra pas sa capacité baisser.

➤ **Des coopérations et des mutualisations à construire pour faire face aux exigences législatives**

Les contraintes budgétaires associées à des exigences qualitatives plus importantes laissent penser que les coopérations et les mutualisations sont les solutions pour faire face aux défis de demain particulièrement autour des fonctions supports pour monter en compétence. Cependant, en EHPAD, des fonctions semblent difficilement mutualisables comme la production alimentaire et le traitement du linge des résidents qui demandent une personnalisation forte et sont particulièrement plébiscités dans le cadre des prestations hôtelières.

L'EHPAD Le Cèdre dispose de quelques atouts, mais a aussi quelques faiblesses

- Sa localisation géographique, à proximité de Clermont-Ferrand,
- la pluridisciplinarité des équipes,
- la taille de l'établissement (112 lits d'hébergement permanent)

sont des atouts qui permettent un **taux d'occupation correct** (supérieur à 97%).

- Son absence de diversification des modalités d'accueil,
- Ses 39 chambres doubles,
- Un projet immobilier inabouti,
- Une absence de tarification en dotation globale avec PUI

constituent des points de fragilité auxquels il serait bon de pouvoir remédier dans les années qui arrivent pour faire rattraper à l'EHPAD les années de retard sur les conditions et les dispositifs offerts pour la prise en charge des résidents.

Ainsi les principaux axes du projet d'établissement se déclinent en 2 axes principaux :

- Amélioration de la prise en charge des résidents
- Amélioration des fonctions support

Cf. Fiches actions – Projet institutionnel

FICHES ACTIONS - PROJET INSTITUTIONNEL											
INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAI DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GRUPE PROJET	
DE LA AMELIORATION CHARGE	CONSTRUIRE UN BATIMENT ADAPTE AUX BESOINS DE PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	Le bâtiment est obsolète à certains égards : chambre doubles nombreuses, absence de rangements, absence de locaux dédiés à certains activités, pas de possibilité de le faire évoluer pour accueillir des personnes en PASA ou UHR...	Offrir une prise en charge adaptée	Directeur	A travailler dans le cadre du Schéma immobilier directeur et dans le cadre d'une étude de faisabilité	Assistance technique	2016 - 2021	5 ans	Construction d'un nouveau bâtiment		
	DEVELOPPER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE	Les besoins des résidents sont divers. L'EHPAD doit pouvoir proposer une palette de services adaptés à leurs besoins avec des prises en charges diversifiées. - Pathologie Alzheimer et maladies associées avec déambulation - Troubles du comportement - Besoin de prise en charge rapide (sorties hôpitaux - Besoin médecins) - Lits identifiés soins palliatifs	Offrir une prise en charge diversifiée qui s'inscrit dans une logique de parcours et de palette de service avec la création d'unités (transformation de lits) : - PASA - UHR - Espace Cantou - Places d'accueil en urgence - Lits identifiés soins palliatifs En attendant la réalisation du projet immobilier, distinguer les types de prise en charge par étage et faire un espace cantou au RDC.	Direction Médecin coordonnateur Cadre de santé	Evaluation médico-économique à réaliser	A déterminer lors de la rédaction et la proposition du projet.	Améliorer l'offre sur le territoire Conséquence sur l'infrastructure, les locaux et les organisations de travail.	2018	4 ans	Réalisation des projets avec étude des impacts médico-économiques Mise en œuvre effective	
	RAISONNER A PARTIR DU TERRITOIRE	Le raisonnement en parcours de la personne âgée est de plus en plus recherché. De nombreuses expérimentations sont en cours sur ce sujet. Il est important de connaître et de créer des liens avec les partenaires du territoire.	Rencontrer régulièrement les différents acteurs du territoire. Développer les systèmes d'information pour fluidifier les parcours.	Direction Médecin coordonnateur Cadre de santé	Inconnue			2017	5 ans	Effectivité des rencontres Evaluation du bénéfice de ses liens partenariaux Nombre de conventions signées	
	REFLECHIR LA PLACE DE LA FAMILLE ET DES AIDANTS EN EHPAD AUPRES DE LEURS PROCHES	Les familles et les aidants des résidents sont très présents au sein de l'EHPAD. Néanmoins leur place n'est pas pensée et ils sont souvent démunis, voir dépossédés au moment de l'entrée en EHPAD de leur proche.	Améliorer et mieux structurer la place des familles des résidents pour que chacun puisse avoir sa place.	Psychologue Cadre de santé				2017	2 ans	Formalisation de la place de la famille au moment de l'entrée Réalisation d'un livret à destination des familles pour indiquer ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire	
AMELIORATION SUPPORT FONCTIONS	DEVELOPPER LA POLITIQUE QUALITE	La politique qualité est insuffisamment développée au sein de l'établissement. De nombreux progrès sont à faire au regard des attendus du DARI mais aussi dans les soins.	Améliorer la politique qualité de l'établissement pour répondre positivement à la totalité du DARI Améliorer la politique qualité dans les soins et dans certains fonctions supports (finances)	Responsables de services : cadre de santé - Responsable logistique	Formation à la démarche qualité	5h/ semaine / responsable	Travail sur les organisations Impact à mesurer entre les différents services	2017	5 ans	Evaluer à partir des objectifs déclinés annuellement	
	AMELIORER L'EFFICIENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION	Bien que l'EHPAD dispose de systèmes d'information (logiciels métiers : MEDIANE et PSI), de nombreux progrès restent à faire : communication mail, installation VPN, développement du DPC, télémedecine... Il faut aboutir à une stratégie de développement des systèmes d'information globale.	Il faut aboutir à une stratégie de développement des systèmes d'information globale.	Directeur Référent informatique	Etude médico-économique à faire	Formation Gestion de Projets Accompagnement par le GCS SIMPA	Modification des manières de travailler Veiller au risque de décrochage de certains agents Temps de travail différemment réparti	Rédaction de la stratégie globale avec un plan d'action : 2018	4 ans	Réalisation de la stratégie globale et du plan d'action Mise en œuvre du plan d'action	
	DEVELOPPER UNE POLITIQUE ACHAT STRUCTUREE	La politique achat n'est pas structurée malgré l'adhésion à quelques groupements d'achat. L'encadrement juridique des achats reste insuffisant, le repérage des besoins n'est pas structuré, le plan d'investissement n'est pas réalisé et donc pas suivi, ce qui a pour conséquence un manque de visibilité des besoins sur plusieurs années. Une stratégie globale de la politique achat n'est pas pensée.	Développer une stratégie de politique achat en mutualisant la fonction achat avec un autre établissement ou en formant quelqu'un en interne.	Directeur Responsable achat	Coût de formation à la fonction achat	Formation Suivi du plan d'investissement	Faire des économies Sécuriser les achats Mieux déterminer les besoins Garantir une meilleure adaptation de l'établissement	Rédaction de la stratégie de la politique achat : 2017 Suivi des investissements : 2017 Formation d'un agent à la politique achat : 2017	5 ans	Réalisation de la stratégie achat Formation d'un agent Réalisation du plan d'investissement	
	ACCOMPAGNER LA MONTEE EN COMPETENCE DES AGENTS	Le secteur médico-social évolue dans un environnement de plus en plus complexe, que ce soit sur les questions administratives, qualitatives ou encore stratégiques. Ceci nécessite d'avoir du personnel qui puisse évoluer pour faire face aux nouvelles demandes (dégradation de l'état de santé des résidents, EPRD, politique achat, développement des GHT, développement des systèmes d'information...)	Développer un plan de formation et un encadrement qui puissent permettre la montée en compétence des agents.	Directeur Responsable RH Partenaires sociaux	Formation Politique de recrutement (GPEC)		Agents qui n'arrivent pas à faire évoluer leurs pratiques	2017	5 ans	Réalisation d'un plan de formation pluri annuel avec objectifs à atteindre	

PROJET VIE SOCIALE

Un projet vie sociale : pour quoi faire ?

Dans le précédent projet d'établissement, le titre de ce chapitre était « Le résident est chez lui ». Cependant, à travers le témoignage des résidents et des soignants, force est de constater que le résident n'est pas chez lui. En EHPAD, il demeure certes dans son nouvel espace de vie mais ce n'est pas et ce ne sera jamais « chez lui ». Le chez soi est un espace totalement privatif où les gens sont entourés de leurs objets, peuvent disposer librement de leur temps et vaquer à leurs occupations. On observe bien que lors de l'entrée en EHPAD, l'ensemble des activités (nettoyer la chambre, faire le lit, mettre la table, se faire à manger, pourvoir à son hygiène...) est totalement assumé par des tiers dont le travail est bien d'assister les résidents dans les gestes de la vie quotidienne. Par ailleurs, la collectivité génère quelques contraintes.

C'est pourquoi le choix a été fait de faire du projet vie sociale le premier axe du projet d'établissement, car l'EHPAD est, certes un lieu où l'on prodigue des soins et la qualité de ces soins est primordiale, mais doit être avant tout un lieu de vie. Considéré que l'EHPAD est un lieu de vie au quotidien est un défi permanent car la dépendance des personnes accueillies induit, favorise la tentation de se substituer en permanence aux personnes, car les rythmes sont très différents pour les personnes âgées. Elles ont souvent besoin de beaucoup de temps pour faire les choses par elles-mêmes. La tentation est alors forte de faire à la place pour gagner du temps et pouvoir réaliser l'ensemble des tâches demandées.

Ainsi la question principale est la suivante :

Comment rendre les résidents acteurs de leur vie au quotidien dans une collectivité ?

1 - Bilan du projet d'établissement précédent sur l'axe vie sociale :

Le projet d'établissement 2009-2013 avait 3 axes principaux :

- Améliorer l'accueil du résident et de sa famille
- Mettre de la vie dans l'établissement
- Analyser et prendre en compte la satisfaction des usagers

Cf. Bilan projet 2009-2013 – Vie sociale : à consulter en annexe

Les actions déclinées de ces axes de travail ont été réalisées à 50 %. Globalement, l'absence de réalisation totale des axes de travail est directement liée à une insuffisance de structuration des actions (Concertations – Modélisation des objectifs – Réalisation des protocoles – Déclinaison des protocoles dans les fiches de tâches des agents – Suivi de la bonne réalisation des actions).

2 - Des constats réalisés par les équipes, les résidents et les familles :

Une entrée insuffisamment préparée

Lors des échanges avec l'ensemble des acteurs, tout le monde constate que l'entrée est très rapide. On ne peut que difficilement intervenir sur cette rapidité de l'entrée, car elle est souvent liée à une sortie d'hospitalisation ou à une situation d'urgence rendant le maintien à domicile difficile. Néanmoins, faire le constat de cette rapidité permet de mettre en exergue ce qui est complexe pour chacun dans cette entrée :

- Pour les résidents : perte des repères, stress dans une période de deuil du chez-soi. Dans ce moment-là, la gentillesse et la bienveillance des équipes sont essentielles car elles permettent de s'approprier son espace.

- Pour les familles : l'accompagnement d'un proche en EHPAD est difficile pour de multiples raisons. Les formalités administratives sont lourdes. Elles doivent souvent gérer l'entrée, la réalisation des formalités administratives internes à l'EHPAD, repérer ce qu'elles doivent faire au sein de l'EHPAD (gestion du linge) et en même temps gérer les questions administratives externes à l'EHPAD (demande de tutelle, gestion des biens...). Les familles expriment aussi beaucoup de culpabilité à laisser leur proche en EHPAD mais aussi une perte de repères car elles géraient beaucoup de choses avant l'entrée (toilettes, suivi médical, les accompagnements divers...).

- Pour les soignants : subsiste la sensation que l'entrée est insuffisamment préparée, qu'ils disposent de peu d'éléments sur la personne qui rentre. Cela empêche de constituer une continuité entre la vie à domicile et la vie chez soi.

Ainsi, cela peut avoir une incidence sur la bonne intégration des résidents au sein de l'EHPAD, faire émerger des tensions entre les équipes et les familles car les places de chacun sont insuffisamment repérées et pose des problèmes au quotidien comme la gestion du linge, le recours au médecin traitant avec parfois des conséquences sur le suivi médical.

Des améliorations possibles dans la prise en charge

Les soignants et les résidents constatent une réelle difficulté de cohabitation entre les résidents liés à des niveaux de dépendance très hétérogènes. Ainsi, la survenue de personnes déambulantes à toute heure de la journée et de la nuit, mais aussi des cris ou encore la perte d'autonomie, sont parfois source de tensions. Les résidents les plus autonomes souffrent de cette situation et font le constat de la difficulté à nouer des liens. C'est une des raisons pour laquelle la prise de repas dans la salle du rez-de-chaussée est appréciée. Il est ainsi souhaité et envisagé que l'affectation des résidents soit déterminée par étage en fonction de leur type de dépendance.

La transmission des informations entre les équipes et les familles reste un défi quotidien. Les soignants ont constaté des expériences positives comme la réalisation d'un recueil d'entrée pour un résident. Ce document permet aux familles, aux soignants d'avoir des informations sur le résident et sur son quotidien.

Les familles et les résidents, propos corroborés par les soignants, regrettent le manque d'espaces aménagés à l'extérieur pour prendre l'air avec leur proche. Par ailleurs, les terrasses sont insuffisamment occupées par les familles et les résidents.

Les résidents regrettent l'absence d'animateurs le week-end et trouvent parfois le temps long. La mise à disposition de jeux à destination des soignants, des familles et des résidents serait une piste pour améliorer le temps d'occupation du week-end.

3 - Permettre aux résidents d'être acteurs et au cœur du projet de l'établissement

Pour répondre à la question principale « comment rendre les résidents acteurs de leur vie à l'EHPAD le Cèdre ? », les soignants ont émis un certain nombre de pistes de travail :

Rendre les résidents acteurs :

- Tenir compte de leur parole ;
- Des actes (les écouter et mettre en place des actions en fonction) ;
- Faire vivre le recueil des souhaits et habitudes de vie ;
- Les impliquer dans la réalisation de leur plan de soins ;
- Leur rendre visite avant leur entrée dans l'établissement ;
- Faire en sorte qu'ils soient conscients et en accord avec leur arrivée ;
- Respecter les rythmes ;
- Liberté de dire non (je ne veux pas de douche, pas maintenant) ;
- Créer des moments d'échange entre les résidents ;
- Favoriser le sentiment d'appartenance à leur établissement (fierté aussi d'être de cet ehpad) ;
- Aménager et adapter le lieu de rencontre avec leurs familles ;
- Supprimer les chambres doubles ;
- Mettre des rangements personnels dans les salles de bain.

Mettre plus de vie au sein de l'établissement :

- Créer Radio Cèdre ! (« touche pas à mon Cèdre ») et en profiter pour revoir les installations ;
- Remettre en place le salon de thé ;
- Mettre en place un jardin adapté et un parcours ;
- Revaloriser les espaces extérieurs ;
- Remettre du mobilier extérieur solide et sécurisé ;
- Remettre en place le journal d'établissement ;
- Installer Internet ;
- Créer des tournois inters établissements, des rencontres ;
- Réorganiser les étages : les nommer et les identifier ;
- Supprimer une chambre double par étage pour la réorganiser en salon ;
- Avoir plus de temps auprès des résidents (tous métiers confondus) ;
- Travailler le rôle des référents (suivi PVI) ;
- Changer les panneaux entrées/décès pas très appropriés ;
- Changer l'emplacement des menus.

Ce que disent les résidents :

« L'entrée dans l'établissement a été difficile pour tous (on doit quitter notre domicile).

Ce qui est important pour nous à notre arrivée c'est :

- De respecter notre rythme et nos habitudes. Pour certains l'entrée a été trop rapide voire précipitée.
- La gentillesse du personnel (besoin de chaleur humaine).

Pendant notre séjour, ce qui est important c'est :

- Avoir des bons rapports avec les autres résidents, le personnel et nos proches;
- Avoir des activités pour ne pas s'ennuyer et broyer du noir;
- Ne pas laisser des résidents isolés (les solliciter pour les activités, aller vers eux);
- De pouvoir avoir la parole et faire des choix (place à table, repas, soins...).

Ce qui est difficile, c'est :

- La cohabitation avec les résidents déambulants/déments (entrent dans les chambres, crient...) même si nous comprenons qu'ils sont malades, c'est difficile de vivre avec eux.

Les familles :

- C'est important d'avoir de bonnes relations avec la famille.
- On aimerait avoir plus d'espace pour les recevoir dans l'intimité (petits salons, jardin...). »

Ce que disent les familles :

Lors d'une rencontre organisée avec les familles pour échanger autour du projet d'établissement, de nombreux points ont été évoqués quant à leur place auprès de leurs proches au sein de l'EHPAD.

Tout d'abord au moment de l'entrée, elles trouvent aussi que l'entrée est très rapide et elles aimeraient que l'on puisse leur faire visiter les lieux de vie de l'EHPAD (salle à manger...) en plus des chambres. Une prise de contact directe avec la psychologue et/ou les AMP serait fort appréciée.

Avec l'entrée de leur proche en EHPAD, elles se sentent dépossédées alors qu'elles prenaient en charge beaucoup de choses du quotidien, notamment le suivi médical. Elles aimeraient rester actives et utiles auprès de leur proche. Elles aimeraient plus aider. Elles ont besoin aussi d'être prévenue lors de tous changements survenant chez leur proche.

Un point nécessitant une amélioration est aussi la coordination sur le suivi médical et sur l'organisation des suivis médicaux. Elles souhaiteraient avoir plus de rencontres avec les référents métiers. Les familles expriment aussi fortement le besoin de parler de l'entrée et du séjour de leur proche entre familles et peut-être avec la psychologue sous la forme d'un groupe de parole.

Ainsi 3 axes principaux ressortent à travers l'ensemble des échanges qui ont eu lieu sur le thème du projet vie sociale :

- Améliorer l'accueil du résident
- Un résident acteur dans son lieu de vie
- Des familles mieux inclues dans le projet d'établissement

Chacun de ses axes doit être abordé en gardant à l'esprit la question posée : à savoir « Comment rendre le résident acteur ? »

4 – Les fiches actions du projet vie sociale :

Cf. Fiches actions – Projet vie sociale

FICHES ACTIONS - PROJET VIE SOCIALE

	INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAI DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GROUPE PROJET		
ACCUEIL DU RESIDENT	PRE- ADMISSION D'UN RESIDENT	Visite au domicile ou à l'hôpital et rencontres avec les référents (AMP, CDS, Méd. Co) Vérification des informations du dossier Organiser les entrées du lundi au vendredi	Anticiper les besoins du résident sur le plan matériel Vérifier que la chambre est prête et équipée	CDS et Méd. Co		Renfort en personnel		Avt l'entrée : en attente d'admission définitive					
	ADMISSION DU RESIDENT	Accueil du résident et de sa famille par la secrétaire	dans un espace dédié	Secrétariat						Le jour de l'arrivée			
		Premier temps avec AMP (habitudes de vie, repères, ...)		AMP						Jour J et pendant 2 semaines le matin			
		Relai avec les agents de soins qui reprennent avec le résident les repères, les horaires, ... Relai avec une IDE Relai avec le personnel de nuit Relai, coordination avec les autres métiers (lingerie, cuisine)	Créer un document synthétique présentant les heures de repas, ...	AS/ASH/IDE							Jour J et suivants	Transmissions rédigées et point fait en équipe	
		Anticiper une place à table au RDC (selon le degré d'autonomie du résident)	avec l'idée d'un résident « parrain » pour favoriser une meilleure intégration/acceptation	"parrain"/AMP							Dans le premier mois		
	Premières semaines -15 jours	Nommer 2 référents soignants pour accompagner et suivre le résident et communiquer avec ses proches		AS/ASH en lien avec CDS									
		Rencontre et Présentation avec la Directrice puis avec les différents référents métier		Direction et chaque métier							Dans les 15 jours suivant l'entrée		
		Prise en charge par les AMP Réaliser le recueil de vie sociale		Référent/animateur/AMP							15 jours et à actualiser régulièrement ou dès qu'une nouvelle information apparaît		
		Prévoir un staff en équipe pour faire un point sur la prise en charge Selon son degré d'autonomie inviter le résident à prendre ses déjeuners au RDC		CDS Hébergement							A chaque transmission si nécessaire		
	1 à 3 mois	Le référent réalise avec le résident son « classeur personnalisé » et information aux équipes et familles et personnalise sa prise en charge. Il veille tout au long du séjour au bien être du résident		Le référent et l'AMP							Dans le premier mois d'entrée puis l'actualiser	Classeur réalisé et actualisé	
		Réunion « bilan » avec la famille et le résident		Directrice/CDS /Med Co/Resp Hôtellerie/Psy							Dans les 3 premiers mois et avec moins de référents quand cela s'avère nécessaire	Réalisée ou non	
	Tout au long du séjour	Veiller à la bonne actualisation des informations		Tous									
		Mettre en place des STAFF s'il y a une modification de l'état de santé du résident (reprogrammer le PVI au besoin)		CDS/Méd. Co							Dès que cela est nécessaire	Plan de soins adapté, PVI d'actualité et PEC personnalisée	
		Planifier au besoin une prise en charge par les AMP si nécessaire		Equipe									
	ADEQUATION RESIDENTS ET UN ACCOMPAGNEMENT DE VIE SOCIAL	Donner la parole aux résidents et renforcer le sentiment d'utilité (individualité)	CVS (réunions et préparation en amont avec les résidents élus)	Direction et différents élus							3 fois par an		
Groupes de parole			Psychologue et animatrice							1 fois tous les 15 jours (si 2 groupes sinon 1 fois par semaine)			
PVI : rencontrer le résident en amont et le convier en première partie			Chaque référent métier								PVI initial dans les 3 mois, PVI périodique à 6 mois puis tous les ans		
Commissions menu et formaliser celle pour en impliquant peut-être des soignants			Diète/Cuisine/ Anim/CDS/ Résidents								1 fois par trimestre	Réalisé(s) ou non, fiches actions, feuilles émargement, ...	
Service à la personne (courses, se rendre au cimetière, ...)			Animateurs								A la demande		
Rappeler aux résidents qui le souhaitent les activités possibles type pliage du linge, réfection du lit, mise du couvert, ...			Référents des résidents								Régulièrement		
Rester vigilant quand il y a des rdv médicaux (intra et extra établissement) : prévenir et impliquer le résident			IDE en lien avec AS/ASH								Quotidiennement		
Adapter l'établissement pour favoriser les liens sociaux et familiaux		Créer des espaces conviviaux type salon TV		Direction									
		Revaloriser la salle des familles		Direction et motricien							2ème semestre 2016	Réalisé ou non, fréquentation	
		Sécuriser les extérieurs, les rendre accessibles (jardin, mais aussi terrasses et balcons)		Tous / Livret d'accueil et Charte de la famille							Régulièrement		
Des propositions d'animations adaptées, diversifiées, divertissantes et à visée thérapeutique	Intervenants extérieurs : relaxation, médiation animale, musicothérapie		Animateurs							Bi mensuel			
	Sorties : promenades, restaurants, piscine									Mensuel			
	Animations : musique, stimulation cognitive, ...		Anim / Mot / AS-ASH							Hebdomadaire			
	Echanges avec l'extérieur : RAM, micro crèche, Foyer logement Montferand, EHPAD Les Rives d'Allier									Bimestriel			
	Remettre en place un atelier type réveil musical / Gymnastique Equilibre		Motricien							Mois d'août 2016			
	Week-end : mettre en place des outils pour chaque étage afin de pouvoir toujours proposer des activités en l'absence des animateurs (chariots d'activité, ludospace)		AMP/Anim								Rentée 2016	Satisfaction usagers, taux de fréquentation, ... Activités plébiscitées	
	Rétablir les repas thérapeutique et/ ou conviviaux										1 fois par semaine (quand cela reprendra)		
LAPLACE DES FAMILLES	Donner la parole aux familles (des temps et des espaces pour eux)	Réunions des familles		Direction						2 fois par an			
		Proposer régulièrement la possibilité de faire un point avec les référents type CDS, Médecin Co, Psychologue		Equipe cadres							Equipe cadres	Emargement, taux de participation, rdv pris, ...	
	Les impliquer dans la vie de l'établissement	CVS		Direction							3 fois par an		
		Repas festifs (invités ou bénévoles)									2 fois par an	Emargement, taux de participation	
Animations			Animateurs							Hebdomadaire			
Leur transmettre des informations, communiquer	Fête des anniversaires									Mensuel			
	Créer une charte des familles		Groupe de travail à élaborer							à l'entrée			
	Bilan d'entrée		Chaque référent métier							dans les 3 mois suivant l'entrée	Satisfaction des usagers, RDV pris, ...		
Avant l'entrée de leur parent/proche	Rencontres occasionnelles		CDS /Méd. Co /Psy							Si évolution état de santé du résident et/ou à la demande			
	Visite des AMP pour créer un lien avant l'entrée et le confirmer le jour de l'arrivée Coup de téléphone du psychologue pour un premier contact et prendre rdv dans les semaines suivantes l'entrée		AMP Psy							Une fois qu'une entrée est prévue et confirmée	Compte rendu rencontres/contacts et transmissions aux équipes		

LE PROJET HOTELIER

Un projet hôtelier : pour quoi faire ?

L'histoire de l'EHPAD, issue d'une tradition hospitalière, a marqué le cadre de vie des résidents et la culture professionnelle de l'EHPAD. Les publics accueillis évoluent, le cadre législatif aussi. Les financements de l'EHPAD se répartissent en trois sources : l'hébergement, la dépendance et les soins. L'objectif de la prise en charge en EHPAD est bien de pouvoir faire coexister ces 3 objectifs : offrir un lieu de vie dans lequel la dépendance des personnes puisse être accompagnée et dans le même temps bénéficier de soins de qualité.

Un lieu de vie agréable est un lieu de vie où les prestations hôtelières sont pensées pour concilier qualité de la prestation hôtelière (qualité de l'hébergement, qualité de la fonctionnalité des lieux, qualité des repas, qualité du service, qualité des espaces de vie communs, qualité du traitement du linge...). L'ensemble de ces points doit être appréhendé à travers plusieurs prismes : être adapté (dépendance et envie) aux personnes reçues, respecter les règles d'hygiène propres à la collectivité.

Le projet hôtelier a aussi été pensé avec l'idée de permettre au résident d'être acteur de sa vie et de conserver la liberté de faire des choix.

Les agents qui ont travaillé sur le projet hôtelier ont inclus l'ensemble de ces dimensions dans leurs réflexions et sont aussi passés par les étapes suivantes : bilan du précédent projet d'établissement, constats réalisés par les équipes et enfin ils ont abordé les objectifs à atteindre en déclinant les fiches actions.

1 - Bilan du projet d'établissement 2009 – 2013

Le projet d'établissement précédent n'avait pas développé une partie entière sur la prestation hôtelière. L'ensemble des objectifs décrits étaient répartis dans l'ensemble du projet d'établissement.

Les trois axes que l'on peut dégager des différents objectifs sont :

- Améliorer le confort des résidents
- Prévenir les troubles nutritionnels
- Améliorer la prestation hôtelière

Sur l'ensemble des actions déclinées à partir des objectifs, 65 % ont été réalisés.

Cf. Bilan projet 2009-2013 – Hôtellerie : à consulter en annexe

2 – Constats des équipes :

Un service en plateau inadapté aux résidents de l'EHPAD

Le service en plateau ne permet pas d'avoir une approche personnalisée des repas. Les repas sont pour tous identiques, quantité, présentation, seule diverge la texture des aliments selon les besoins des résidents. On observe que certains résidents ne savent plus repérer l'ordre des plats sur un plateau et que de voir toute cette nourriture devant eux contribue à ce qu'ils ne s'alimentent pas.

Ainsi, une étude réalisée sur deux semaines pour évaluer ce qui était jeté a mis en évidence qu'environ 50% de la nourriture partait à la poubelle. Les résidents ont assez peu l'occasion d'être sollicités pour le choix de matériel qu'ils utiliseront. L'absence de partage de plateau de fruits, de plateau de fromages contribue encore un peu plus à avoir la sensation de service hospitalier.

Les présentations des repas et les couverts des résidents encore insuffisamment adaptées à leur dépendance

Au regard de leur dépendance physique ou cognitive, les résidents sont parfois en grande difficulté pour manger correctement. Sans apport nutritif, la dépendance et la dégradation de l'état de santé ne cessent de croître. Bien qu'un travail soit déjà engagé par les équipes, à l'aide de couverts ergonomiques, pour adapter au maximum les couverts des repas à la dépendance des résidents, un travail reste à réaliser. Un bilan pourrait être fait à l'entrée du résident ou lors des évolutions de la dépendance des résidents. Le personnel du pôle hôtelier et du pôle soins pourrait être formé à l'utilisation du matériel ergonomique.

On note aussi que certains résidents ne savent plus par quel ordre appréhender leur repas et ne connaissent plus l'utilité des couverts. Il faut alors qu'ils soient stimulés par des gens ou encore que les repas proposés soient appropriés pour pouvoir manger avec leurs mains et ne plus avoir à se servir des couverts.

Comprendre les enjeux de la nutrition est important. Le personnel est encore insuffisamment formé sur ces différents aspects.

Les échanges entre les résidents lors des repas restent limités

Les écarts entre les niveaux de dépendance des résidents restent importants. Ainsi certains résidents regrettent de ne pas pouvoir partager un temps convivial lors des repas et échanger avec d'autres résidents.

Les plans de table restent difficiles à réaliser. Les résidents sont très attachés à garder leur place et celles-ci ne sont pas garanties, obligeant certains résidents à développer certaines stratégies pour pouvoir en bénéficier (venir très tôt en salle à manger pour réserver sa place). Le matériel utilisé dans les salles à manger (tables, chaises...) n'est pas toujours adapté au niveau de la dépendance des résidents. La présentation des tables reste de tradition hospitalière. Les couverts ne permettent pas de valoriser une belle mise en place. Le menu n'est pas suffisamment accessible aux résidents (écrit trop petit, placé trop haut).

Des espaces conviviaux insuffisants

Les résidents et les familles regrettent de ne pas avoir suffisamment d'espaces conviviaux et intimes pour pouvoir se retrouver. La chambre ne permet pas de répondre à ce besoin car elles sont trop souvent doubles. L'accès aux espaces extérieurs est aussi fortement limité. Le jardin n'est pas accessible du fait de la pente. Le reste des espaces est surtout réservé aux parkings et les accès sont en pente. Lorsque l'établissement disposait encore de l'ancien bâtiment du Cèdre, les résidents allaient dans le parc pour passer un moment à l'extérieur. Les résidents de l'EHPAD ont souvent eu des jardins et restent attachés à cette culture.

Les résidents sont souvent demandeurs pour participer à la vie de l'établissement. Les temps hôteliers (lingerie, mise en place de la table, cuisine ...) peuvent être des moments privilégiés pour permettre aux résidents de participer et de se sentir plus utiles.

Certains équipements ne prennent pas suffisamment en compte la dépendance des résidents

Les salles de bain ne disposent pas d'espaces de rangement pour les résidents. Il n'y a pas de rampes pour se maintenir dans les salles de bain.

Dans les chambres, les résidents ont besoin d'avoir des espaces de rangement pour leurs dentiers ou appareils auditifs. Il arrive régulièrement que ceux-ci soient perdus.

Un des deux ascenseurs peut être emprunté par les résidents et conduire directement à la cuisine et à la lingerie. Lorsque les résidents l'utilisent, ils peuvent être désorientés en arrivant au RDC et risquer de se perdre.

Se conformer aux normes HACCP et RABC

Suite à une formation sur la méthode RABC, les agents ont noté qu'il existait un écart entre ce qui est fait sur le terrain et le respect des normes RABC. Le circuit du linge n'est pas respecté, le mode de transport du linge propre n'est pas respecté (chariot fermé), aucun sac ne doit être stocké à terre dans tous les locaux, le matériel n'est pas adapté pour le pliage et le triage du linge, le linge propre ne doit pas être stocké si il n'est pas protégé (armoires fermées ou filmées).

En cuisine, le même travail a été fait et certains écarts restent à résoudre pour se conformer strictement aux normes HACCP. A cela il faut ajouter la rédaction du Plan de Maitrise Sanitaire.

3 – Des prestations hôtelières améliorées

La prestation hôtelière regroupe l'ensemble des services apportés aux résidents lors de leur séjour au sein de l'EHPAD. Tout est mis en œuvre par le biais de la restauration, de la blanchisserie et des prestations annexes pour que le résident se sente bien.

Améliorer le service des repas

L'amélioration des repas passe par un changement de matériel et d'organisation afin de pouvoir proposer un service à l'assiette. Ceci permettra une meilleure adéquation des envies et des besoins du résident avec ce que nous pouvons lui proposer.

Pour faire face aux difficultés d'alimentation de certains résidents, il est important d'avoir une approche suffisamment fine pour leur offrir du matériel ergonomique adapté à leurs besoins.

Pour faire aboutir ces projets, une nouvelle organisation devra être trouvée et testée afin de faire advenir un service à l'assiette adapté, maintenir la dynamique de la commission des menus et permettre un choix de menu. La formation des professionnels sera une clef du succès.

Un aménagement des lieux de vie plus adapté

Pour répondre aux besoins et aux souhaits des résidents et des familles, on doit envisager un réaménagement des espaces de vie. Les salles à manger doivent concilier espace de convivialité et espace adapté à toutes personnes dépendantes.

Dans le même esprit, il s'agit de prévoir des espaces offrant la possibilité aux résidents et à leur famille de se retrouver entre eux dans un endroit un peu intimiste.

Pour permettre aux résidents de se sentir encore plus intégré dans leur lieu de vie, des ateliers de pliage de linge, de cuisine et de jardin thérapeutique ou encore des ateliers culinaires permettant l'épluchage des légumes pourraient être proposés.

L'optimisation des espaces extérieurs par la création de salons d'été, rendre accessible le jardin à l'arrière du bâtiment et réaliser un jardin thérapeutique constitue un des objectifs pour les 5 ans à venir.

On observe qu'il manque des espaces de rangement dans les salles de bains, situation à laquelle il va falloir remédier pour des raisons de commodités et d'hygiène.

Renforcer l'hygiène et la sécurité dans toute la prise en charge hôtelière

Globalement dans l'établissement, bien qu'il y ait déjà une bonne prise en compte des notions d'hygiène, des progrès sont encore à réaliser pour se mettre en adéquation totale avec les normes HACCP et RABC pour la cuisine et le traitement du linge.

Par ailleurs pour augmenter la mise en sécurité des résidents, les ascenseurs doivent être totalement pensés pour le transport des personnes dépendantes et désorientées. Par exemple, il faudrait masquer le bouton d'accès au RDC dans l'ascenseur qui dessert les cuisines.

La réalisation régulière d'enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles permet aussi de mieux évaluer nos pratiques et de repérer les segments sur lesquels nous devons particulièrement progresser.

Le renfort de l'hygiène et de la sécurité passe aussi par la formation du personnel sur les points obligatoires mais aussi sur des aspects plus divers comme le manger main et la formation de référents nutrition.

Au regard des constats réalisés par les équipes, 3 axes déclinés en fiches actions ont été recensés :

- Amélioration du service des repas,
- Aménagement des lieux de vie,
- Mise en conformité avec les règles d'hygiène et de sécurité.

4 – Fiches actions du projet hôtelier

Cf. Fiches actions du projet hôtelier

FICHES ACTIONS - PROJET HOTELIER

	INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAI DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GROUPE PROJET	
S e r v i c e d u r e p a s	Revoir le mode de service des repas, actuellement en plateau	Amélioration de la prestation de service des repas par la suppression des plateaux repas, en privilégiant le service à l'assiette	Changer les chariots repas. Contacter plusieurs prestataires de service afin de voir ce qui peut nous être proposé en fonction de nos besoins et nos capacités.			A l'heure actuelle, au premier étage par exemple, il y a plusieurs personnes mangeant en chambre le soir. Les deux agents de soin sont en chambre pour aider les résidents à prendre leur repas. L'agent du pôle hôtelier se trouve donc seule en salle à manger pour servir le repas, aider les personnes, répondre aux besoins de chacun, stimuler au repas, débarrasser, etc... Les agents en salle le soir n'auront pas le temps de constituer les assiettes pour chaque résident avant de les servir, au regard de l'effectif en personnel et de l'organisation actuels.	C'est donc toute une organisation de travail à revoir si le type de service des repas est modifié.	2018 / 2019				
	Revoir l'agencement et le mobilier des salles à manger	Mise en place d'un groupe de travail comprenant le pôle hôtelier, les agents de soins et un agent de l'atelier afin de définir les agencements optimaux et les besoins matériels	Rendre les salles à manger conviviales et chaleureuses, dans lesquelles les résidents apprécient de se retrouver pour partager les repas.					2018 / 2019		Investir dans du mobilier, de la vaisselle, des nappes afin de réorganiser cet espace de vie dans lequel certains résidents passent l'essentiel de leur journée.		
	Favoriser les repas conviviaux au RDC	Proposer au résident dès son arrivée de manger au RDC, si ce lieu est davantage adapté à ses capacités. Il s'agira à l'AMP de juger où le résident sera le mieux installé.	Optimiser l'utilisation de la salle à manger du RDC.	AMP AS ASH				2017		Cela devra être mis en place le jour suivant l'entrée afin de minimiser les événements perturbateurs pour le résident.		
	Mise en place d'un buffet petit-déjeuner		Dans un objectif de lutte contre la résignation acquise, nous souhaiterions pouvoir donner le choix aux résidents de manger ce qu'ils souhaitent selon les jours.					2018 / 2019				
	Favoriser les échanges entre les résidents et les cuisiniers	Les moments d'échanges entre les cuisiniers et les résidents sont rares. Or il est intéressant que les cuisiniers puissent apporter leurs produits jusqu'aux consommateurs et observer ainsi les appréciations des résidents. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une adaptation de la prestation des repas, et donc d'une amélioration de la qualité des plats.				cela engendre une modification des horaires des cuisiniers et doit donc être travaillé en équipe.		2018 / 2019				
	Lutter contre la résignation acquise	Un choix sera fait entre 2 viandes (ou poisson), 2 accompagnements et 2 desserts. Une carte sera donc établie au préalable et transmise aux animateurs. Ces derniers seront missionnés pour faire choisir aux résidents ce qu'ils souhaitent manger. Les résultats seront transmis en cuisine pour que le repas leur soit présenté la semaine suivante.	Donner la possibilité aux résidents de choisir ce qu'ils souhaitent manger, en étant ainsi acteur de leur prise en charge. Leur proposé un « menu choisi » une fois par mois.					2018 / 2019				
A m é n a g e m e n t d e s l i e u x d e v i e	Aménagement des espaces extérieurs		Permettre aux résidents de profiter des espaces verts de l'établissement.			Faire venir un terrassier afin de chiffrer le coût des travaux rendant accessible cet espace. A l'heure actuelle, il est très difficile pour les personnes en fauteuil roulant d'y accéder de part le sol. Les gravillons empêchent les roues de tourner. L'accès est difficile par les deux côtés, que ce soit par l'entrée principale (côté Aldi) ou par la terrasse du 1er étage.		2018 / 2019		Rendre l'accès à la tonnelle plus facile, sans avoir à traverser le parking et passer entre les voitures à effectuer un passage le long de la salle de restaurant en ajoutant des bancs et des jardinières.		
	Création d'une cuisine thérapeutique	Créer un véritable espace cuisine au rez-de-chaussée où les résidents pourront préparer à manger aux côtés des AMP. Ces dernières ont élaboré un protocole sur ce sujet. Mise en place d'ateliers culinaires et d'ateliers épiluchage de légumes qui sont bien appréciés par les résidents.	Que les résidents puissent partager leurs recettes et participer à la réalisation de plats à partir de légumes du jardin. Nous chercherons également derrière cela une certaine stimulation alimentaire pour les personnes en perte d'appétit. En effet, nous souhaiterions pouvoir réaliser des plats, du début à la fin : du marché jusqu'à la dégustation.	Cuisine Diététicienne AMP				2018 / 2019				
	Entretien du jardin thérapeutique, sur la terrasse du 2ème étage	Aménager un temps pour l'agent référent de cet espace afin de faire vivre cet espace aux côtés des résidents.		Agent référent					2017 / 2018			
	Travailler l'affichage		Renseigner les fonctions représentées par les différentes blouses ainsi que les corps de métier intervenant au sein de l'établissement.						2017 / 2018			
	Toujours respecter les espaces privés des résidents	annoncer le passage des agents de l'hygiène lorsque les chambres ont été nettoyées.	Disposer un petit panneau après le nettoyage des chambres afin d'informer le résident que ce sont les personnels de l'hygiène qui sont passés.						2017 / 2018			
	Equiper les salles de bains individuelles de rampes	Les sols étant glissant, il est nécessaire d'équiper davantage les salles de bains.							2017 / 2018			
Afficher les menus sur ardoise au sol à l'entrée des salles à manger.								2017 / 2018				
H y g i è n e e t s é c u r i t é	Méthode RABC	Formation de toute l'équipe lingerie début juin 2016.	Deviser les besoins matériels : investir dans des chariots fermés (linge propre, linge sale), tables de pliage ; ne pas stocker les sacs poubelles à même le sol.					2017 / 2018				
	Rédaction du Plan de Maîtrise Sanitaire (PMS)		Rédiger et rassembler les documents relatifs au paquet hygiène et présenter ainsi un PMS complet.					2017 / 2018				
	Formation de référents nutrition	Mise en place de rencontres régulières avec la diététicienne	Mettre en place des personnes relais auprès de la diététicienne dans la surveillance du statut nutritionnel des personnes âgées.					2017 / 2018		Formation des référents nutrition pour le second semestre 2016.		
	Sécuriser l'accès au RDC par un seul ascenseur		Dissimuler le bouton d'accès au RDC dans l'ascenseur desservant les salles à manger afin d'éviter que les résidents ne se trompent et se retrouvent côté cuisine et lingerie sans savoir où ils sont.			Se renseigner auprès de Thyssen (dans les ascenseurs de la marque Schindler il existe ce type de bouton caché).		2017 / 2018				
	Développer le « manger-mains »	Travailler en cuisine sur du manger-mains en texture mixée.	Offrir davantage d'autonomie au cours des repas pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, maladies apparentées.			Former les équipes sur les principes du manger – mains.	Veiller à ce qu'il n'y ait pas d'abus de recours à la texture mixée.	2017 / 2018				
	Mettre en place des range-serviettes dans les salles à manger		Eviter que les serviettes propres se retrouvent mélangées aux serviettes sales et qu'ainsi davantage de linge doive être lavé.					2017 / 2018				
	Revoir le trousseau d'entrée	Modifier le trousseau d'entrée ou proposer un kit de soin comprenant le matériel nécessaire (boîtier pour appareil dentaire et / ou auditif, ...).	Tous les résidents possèdent le nécessaire en produits d'hygiène et autres pour vivre en collectivité.					2017 / 2018				

LE PROJET MEDICAL

Un projet médical : pour quoi faire ?

Après avoir décliné le projet vie sociale et le projet hôtelier, socles permettant de rendre les résidents acteurs dans un lieu de vie adapté, c'est dorénavant au projet médical d'être développé.

Le projet médical est essentiel en cela qu'il donnera les grandes orientations de la prise en charge médicale. En effet en EHPAD, les résidents confrontés à la dépendance et à l'altération de leur état de santé sont confrontés à des difficultés communes.

Le projet médical doit être coordonné avec le projet de soins. Le projet médical donne les objectifs à atteindre pour améliorer la prise en charge en déployant les moyens nécessaires, tels que la formation des équipes, la coordination avec les médecins traitants et les équipes de soins... Le projet de soins se charge quant à lui de rendre opérationnelles les recommandations réalisées dans le cadre médical.

Distinguer le projet médical du projet de soins est un choix institutionnel fort afin de permettre au médecin coordonnateur et au cadre de santé de bien identifier son champ de responsabilités et de compétences pour rendre plus efficient la qualité du suivi et de la prise en charge des résidents.

1 – Bilan du projet d'établissement précédent

Le précédent projet d'établissement ne distinguait pas le projet médical et le projet de soins. Les objectifs étaient enchevêtrés. Les orientations du précédent projet médical étaient les suivantes :

- Sécuriser l'accompagnement médical,
- Préserver les capacités des résidents,
- Prévention

Sur l'ensemble des actions prévues pour répondre aux objectifs, 25% ont été réalisées, 50% partiellement réalisées et 25 % non réalisées.

Le bilan des objectifs et des actions du précédent projet d'établissement est le suivant :

Cf. Bilan du projet 2009-2013 – Médical : à consulter en annexe

2 - LES CONSTATS

Sur la base de l'ancien projet d'établissement, un travail a été mené en collaboration avec d'une part un groupe de travail composé de membres du personnel soignant et, d'autre part, l'association des médecins traitants au nouveau projet (une réunion avec un des cabinets de ville et consultations par mail pour d'autres).

- **Coordination médecins-soignants**

Il est ressorti du travail mené, une première problématique concernant la centralisation de l'information médicale autrement dit le défaut de transmissions d'informations entre équipes soignante et médecins.

Il semble nécessaire de réorganiser les visites médicales, l'accompagnement pour l'examen médical des résidents quand cela le justifie (mobilisation, interrogatoire médical lors de troubles cognitifs...)

➤ **La coordination médecins-kinésithérapeutes est actuellement défaillante.**

Actuellement, il semble de plus en plus difficile d'obtenir la disponibilité des kinésithérapeutes du fait de l'importance de leur activité en dehors de l'EHPAD.

En effet, certaines pathologies nécessitent une prise en charge kiné en urgence et il est actuellement difficile de répondre à cette demande de façon optimale ce qui retentit sur la prise en charge médicale des résidents.

➤ **Prévention et gestion des risques**

La prévention des chutes passe par un aménagement approprié des locaux et il apparaît que des améliorations sont à envisager dans ce domaine.

D'autre part, la prise en charge de la douleur n'est pas satisfaisante avec des actions retardées par manque de protocoles et de prescriptions anticipées dans ce domaine.

En ce qui concerne les soins palliatifs et la fin de vie, les objectifs n'ont pas été atteints et la prise en charge dans ce domaine reste insuffisante (recueil des directives anticipées et désignation de la personne de confiance)

La prévention de la dénutrition passe par l'hygiène bucco-dentaire et l'examen dentaire proposé dorénavant systématiquement par le dentiste à l'admission va dans ce sens.

➤ **La prévention de l'incontinence est à améliorer.**

Rechercher systématiquement les causes évidentes de l'incontinence. Une stratégie est élaborée en équipe pluridisciplinaire.

Accompagnement systématique aux toilettes au lever, après le repas, en fin d'après-midi et au coucher.

Actions devant être mises en œuvre : sensibilisation du personnel soignant afin de préserver au maximum la continence, discussion avec le médecin de prescription de rééducation fonctionnelle par kinésithérapie spécialisée.

➤ **Mieux informer sur les bonnes pratiques gériatriques**

Travail à faire sur la formation des soignants.

Protocoles à rédiger concernant la gestion des épidémies : en cours de réalisation.

Il est constaté que trop souvent les hospitalisations se font sur un mode direct avec un passage via l'accueil des urgences.

latrogénie : réévaluation des traitements insuffisante.

3 – Un projet médical adapté aux besoins des résidents

Au regard des constats réalisés, les trois grands axes à développer dans le projet d'établissement pour l'amélioration de la prise en charge médicale sont les suivants :

➤ **Améliorer la coordination médecins-soignants**

Coordonner la prise en charge médicale nécessite des temps de concertation avec les médecins traitants, car un suivi médical ne peut se faire sans que les médecins aient connaissance des habitudes de vie des résidents ainsi que d'éventuels changements de comportement et inversement les infirmières peuvent difficilement coordonner les soins sans avoir pu échanger avec les médecins.

➤ **Informier sur les bonnes pratiques gériatriques**

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD passe actuellement sa capacité de gériatrie, ce qui lui permet de développer une expertise et de travailler en collaboration avec d'autres médecins coordonnateurs pour informer les médecins généralistes quant aux recommandations de bonnes pratiques sur la gériatrie.

➤ **Maintenir les efforts sur la prévention et la gestion des risques**

La personne âgée est confrontée à certains troubles (incontinence, nutrition que l'on peut parfois prévenir et à défaut accompagner pour que les choses se passent au mieux). C'est pourquoi l'axe prévention reste au cœur des préoccupations des équipes et doit faire l'objet d'une attention particulière à tous les moments de la prise en charge.

4 – Les fiches actions du projet médical

Pour répondre à ces différents objectifs, 3 axes principaux ont été définis :

- Sécuriser l'accompagnement médical,
- Préserver les capacités des résidents,
- Prévention et gestion des risques

Des fiches actions ont été réalisées et donneront les différentes étapes à franchir pour les 5 ans à venir dans le champ du projet médical.

La bonne coordination du projet médical avec le projet de soins est essentielle pour faire aboutir les objectifs pressentis.

Cf. Fiches Actions du projet médical

		FICHES ACTIONS - PROJET MEDICAL									
INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAÏ DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GROUPE PROJET	
C O M M U N I C A T I O N S M E D I C I N A L I T E S D E G E R I A T R I Q U E S	Amélioration de la coordination médecins-soignants	Le déficit de coordination entre les médecins traitants et les IDE est délétère pour les résidents. Il est important qu'ils puissent travailler de façon concertée.	Organisation des temps d'échange médecins-IDE Organisation d'une réunion avec les IDE afin de revoir l'organisation des visites médicales. Définir des outils de communication et temps d'échange, afin que les informations puissent être transmises correctement pour la prise en charge médicale (événements des derniers jours, constats de l'équipe soignante, observance du traitement...) Organisation des visites médicales avec certains horaires peu compatibles avec la disponibilité des IDE.	Dr GENEAU				2017	1 an	Organisation mise en place pour favoriser la coordination médicale; Réactivité entre la modification de l'état d'un résident et intervention des médecins; Qualité du dialogue entre les médecins et les IDE; Participation des médecins aux commissions gériatriques	
	Mieux informer les médecins et les équipes sur les bonnes pratiques gériatriques	La prise en charge de la personne âgée a ses propres spécificités. Le médecin coordonnateur passe actuellement sa capacité de gériatrie. Il est important de sensibiliser de façon continue les médecins traitants ainsi que les soignants de l'EHPAD à ces bonnes pratiques.	<u>Formation des soignants</u> Mise en place de mini formations en interne concernant des problématiques telles que la prise en charge de certaines pathologies spécifiques, la reconnaissance de certains signes d'alerte. <u>Gestion des modes d'hospitalisations</u> Privilégier les modes d'hospitalisation directe sans passage par les urgences et les retours rapides à l'EHPAD pour éviter l'accentuation des troubles cognitifs. La difficulté reste de trouver une place rapide dans les services. <u>Intégration et outils d'aide à la prescription</u> adaptée à la personne âgée Evaluation régulière de la fonction rénale avec un suivi reporté dans le logiciel PSI (clairance de la créatinine au moins une fois/an), ce qui permet la bonne adaptation de la posologie des médicaments. Réévaluation régulière des traitements : bénéfices/risques, pertinence, observance.	Dr GENEAU				2017	5 ans	Nombre de formations réalisées Evolution du niveau de connaissance des soignants Adhésion des médecins généralistes aux propositions réalisées	
E T L A G E S P T I O N E N D E T I S O N R I S Q U E S	Prévenir les risques de chute et la contention	Un certain nombre d'actions sont à envisager : Veiller au bon chaussage des résidents Savoir à qui mettre les freins des fauteuils roulants. Rester vigilant quant à l'encombrement des locaux. Oter les barres de seuil des pièces, rénovation des sols, aplanissement. L'aménagement des locaux : mains courantes discontinues dans les escaliers, signalisation des marches. Equiper les chambres de lits Alzheimer. Actuellement, les lits ne se baissent pas tous de façon optimale ce qui entraîne des risques de chutes pour les résidents se levant ou agités la nuit. Eviter l'encombrement des chambres doubles et simples avec difficultés de circulation en fauteuil. Une réévaluation des traitements notamment pour les résidents dits « chuteurs » ou à risques de chute doit être réalisée de façon régulière. Veiller à une bonne hydratation facteur de risque des chutes.	Dr GENEAU								
	Maintenir l'hygiène de l'élimination	Rechercher systématiquement les causes d'incontinence. Proposition d'un bilan urodynamique sur prescription du médecin traitant afin d'évaluer la possibilité de traitement curatif de l'incontinence mais peu de résultats positifs de la rééducation chez la personne âgée. Le travail à faire est plus sur la prise en soins : programme individuel d'accompagnement aux toilettes.	Dr GENEAU								
	Favoriser la nutrition et l'hydratation	Un bilan dentaire est systématiquement proposé à l'entrée du résident. Bilan nutritionnel à l'entrée et réévaluation au moins une fois par an. Evaluation de l'hydratation et prescriptions anticipées s'il existe un risque de déshydratation. Besoin de rédiger un protocole hydratation : besoins de base, situations à risques, recours aux perfusions toujours sur prescription médicale. Suivi de l'alimentation grâce à des fiches. Veiller à la bonne utilisation des compléments nutritionnels oraux (sur prescription du médecin et en coordination avec la diététicienne) Rédaction d'un protocole « dénutrition », outil de conduite à tenir pour les équipes de soins.	Dr GENEAU								
	Améliorer la prise en charge de la douleur	Evaluation de la douleur grâce à des échelles (visuelles et numériques) et consigner les valeurs dans le PSI pour assurer un meilleur suivi de la prise en charge. Assurer un suivi de la douleur suite à la mise en place d'un traitement. Rédaction d'un protocole de prise en charge de la douleur avec définition des outils utilisés pour qui et dans quels cas. Connaissance des différentes classes antalgiques et leur utilisation en fonction du type de douleur. (protocole, formation)	Dr GENEAU								
	Favoriser les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie	La loi Léonetti n'est pas complètement appliquée. Il s'agit de se conformer aux recommandations de bonnes pratiques	Consigner dans le dossier médical les directives anticipées (renseignées par le médecin). Désignation de la personne de confiance par le résident, accès dans le dossier PSI. Faire vivre les conventions signées avec HAD et équipe de soins palliatifs (peu d'intervention au sein de l'EHPAD pour l'instant). Importance de la communication entre résidents-familles-équipes soignantes-médecins.	Dr GENEAU							
	Le prise en charge des troubles psychiatriques	Certaines personnes âgées développent ou avaient des troubles psychiatriques. La qualité de leur prise en charge essentielle pour leur assurer une bonne qualité de vie.	Aide précieuse du médecin psychiatre (1 fois/mois) : à poursuivre. Augmenter le temps de psychologue. Afin de pouvoir répondre de façon adaptée aux troubles du comportement : organisation de formations. La déambulation doit être respectée sauf si elle entraîne des risques sur le plan médical (épuisement physique...) et dans ce cas, des solutions doivent être recherchées avant la contention qui peut être décidée pour un temps défini dans la journée. Aménagement d'un espace dédié à la déambulation. Possibilité de trouver des solutions pour les repas chez les résidents déambulants dont le temps assis pour manger est écourté : matériel adapté pour hydratation et alimentation en marchant. Envisager une sectorisation selon les pathologies qui nécessitent des prises en charge plus spécifiques. Unités sécurisées, salle Snoezelen, matériel adapté permettant de répondre dans	Dr GENEAU							
	Améliorer la gestion des épidémies	Les épidémies tardent encore à être repérées et suivies. Ceci a pour conséquence d'augmenter le nombre de personnes infectées en cas de survenue d'épidémie	Rédaction de protocoles de gestion des épidémies au sein de l'EHPAD (Gastro-entérites, infections respiratoires aigües...) avec formation du personnel en interne pour connaître la conduite à tenir. Formaliser des outils de surveillance des signes suspects d'infections permettant une meilleure réactivité face à un épisode de cas groupés.	Dr GENEAU							

LE PROJET DE SOINS

Un projet de soins : pour quoi faire ?

Le soin est produit par un ensemble de professionnels et vise à permettre la meilleure qualité de vie possible chez le résident. Les soins sont produits dans les actes d'accompagnement et dans les gestes de la vie quotidienne. Ils sont particulièrement importants car, lorsqu'ils sont bien réalisés, ils préviennent une dégradation de l'état de santé et permettent le maintien maximum des capacités des résidents. Le projet de soins vient dans la prolongation du projet médical et le complète. Les professionnels concernés par le projet de soins sont les IDE, les AS, les ASH soins, le motricien, la diététicienne et les AMP. Ils interviennent auprès des résidents pour apporter les soins au quotidien. Chacun intervient dans un cadre prédéterminé en fonction de son rôle propre et de son rôle délégué. Ainsi, les aides-soignantes et faisant fonction d'aides-soignantes travaillent auprès des résidents dans le cadre du rôle propre de l'IDE sous la responsabilité de celle-ci. La qualité de la coordination entre ces professionnels est essentielle pour la qualité du suivi des personnes âgées.

Ces soins comprennent deux dimensions, une dimension technique (connaissance des protocoles, des conduites à tenir, connaissance des signes cliniques d'alertes, connaissance des gestes techniques) mais aussi une dimension humaine, souvent qualifiée de bienveillante où la personne âgée est reconnue en tant qu'être humain (dimension éthique du soin) quel que soit son niveau de dépendance. Cette dimension qui regroupe plusieurs types d'approches (bientraitance, humanité, approche non médicamenteuse...) permet de prendre soin de l'autre au quotidien et de construire aussi des réponses aux besoins en soins.

L'ANESM recommande que le projet de soins prenne en compte 5 dimensions :

- L'information du résident sur les droits liés à la santé et leurs modalités d'exercice,
- La participation du résident à son projet de soins,
- La prévention et la gestion des risques liés à la santé,
- La coordination des soins autour du résident,
- L'accompagnement de la fin de vie

Ces recommandations ont servi de support au groupe de travail. Néanmoins, le projet de l'EHPAD Le Cèdre est adapté à ses caractéristiques et part des avancées déjà réalisées dans les soins.

Comme précisé plus haut dans l'introduction du projet médical, le projet de soins et le projet médical doivent se coordonner, chacun ayant ses propres responsabilités et son propre champ de compétence.

1 – Bilan du projet d'établissement précédent sur le projet de soins

Le précédent projet d'établissement était structuré différemment, puisqu'il fusionnait le projet médical et le projet de soins. Les axes retenus lors de ce projet d'établissement étaient les suivants :

- Evaluation des pratiques professionnelles,
- Accompagner le résident de manière personnalisée et respectueuse,
- Maintenir l'autonomie,

- Individualiser les soins,
- Améliorer l'état nutritionnel des résidents,
- Bienveillance, prise en charge de la douleur en fin de vie

Ces objectifs rassemblaient donc des objectifs qui concernaient autant les médecins traitants que le personnel soignant.

Cf. Bilan du projet 2009-2013 – Soins : à consulter en annexe

Sur 25 objectifs identifiés, 5 ont été atteints, 16 partiellement atteints et 4 non atteints.

2 – Constats des équipes : Où en est l'établissement

Avec la réforme de la tarification et la médicalisation des EHPAD, de nouvelles catégories professionnelles ont commencé à travailler en EHPAD, donnant une approche pluridisciplinaire de la prise en charge. Cette approche est un véritable atout pour les résidents. Cependant on observe au quotidien que **construire l'interdisciplinarité** ne se décrète pas. C'est quelque chose qu'il faut construire pas à pas et permettre à chacun de connaître les spécificités des différentes approches professionnelles de la personne âgée. On observe que dans le quotidien cette question reste posée.

Dans la même idée, la collaboration entre soignants, IDE et AS, doit être structurée. Au regard des textes, la **coordination des soins** doit être assurée par les IDE. Ainsi une collaboration efficace entre les soignants permet à chacun de remplir sa mission. Les équilibres dans les équipes doivent se construire à partir des missions de chacun.

Dans le quotidien, réussir un travail d'équipe permettant une véritable approche interdisciplinaire et une collaboration efficace entre ses membres reste un défi à relever. Malgré la réalisation des projets de vie individualisés et depuis peu la réalisation des plans de soins, réussir à **individualiser la prise en charge** de chacun des résidents n'est pas encore complètement aboutie.

Par ailleurs, réaliser un soin peut générer une interprétation différente du soin selon la personne qui l'exécute. Il n'existe pas à ce jour de **protocoles sur les soins techniques** à proprement parlé. Il n'y a pas d'espace à ce jour pour recenser les problèmes de soins rencontrés par les équipes. Ainsi les soignants se trouvent parfois confrontés à des personnes qui refusent les soins (prise de médicaments, refus de soins, refus de toilette...). Ils n'ont pas d'outils spécifiques ou toujours d'espace pour savoir quoi faire de ces refus.

Les pratiques ont évolué et l'**approche non médicamenteuse** développée auprès des personnes avec des troubles cognitifs permet d'avoir des outils participant au mieux-être des personnes âgées. Les agents ont pu faire certaines formations comme le toucher-massage, la méthode humanitude ou encore la sophrologie. La mise en pratique au quotidien n'est pas toujours évidente ou valorisée.

3 – Les perspectives d'évolution du projet de soins

Pour relever le défi d'une prise en charge individualisée et de qualité, plusieurs axes doivent être prioritaires pour le projet d'établissement 2017 – 2021.

➤ **Construire l'interdisciplinarité au service des résidents**

Chaque équipe est fixe par étage depuis le 1^{er} janvier 2016. Chaque équipe est composée de 10 agents (6 AS et 4 ASH) et un pool de 3 personnes qui intervient lors d'une absence de courte durée ou en renfort. Les IDE, la psychologue, les AMP, la diététicienne, le motricien et les animateurs interviennent sur l'ensemble des étages auprès de l'ensemble des résidents. La cadre de santé est en charge de l'encadrement des personnels de soins et veille à la bonne exécution des charges de travail. Elle accompagne les agents dans ce sens. A ce jour, il n'existe que le temps des transmissions pour faire le point sur les situations des résidents. Ce temps de transmission permet de transmettre les informations importantes mais pas de faire une analyse poussée de certaines situations ou encore de coordonner le travail. Depuis peu, les plans de soins ont été refaits. Les PVI existent depuis quelques années. Il s'agit maintenant d'arriver à les coordonner pour permettre une réelle individualisation de la prise en charge. Pour faire aboutir l'ensemble de ces projets, une collaboration efficace entre la psychologue et la cadre de santé est essentielle.

➤ **Une coordination efficace basée sur des soins structurés**

Parce que des soins de qualité passent par une bonne coordination des équipes, particulièrement entre les IDE et les AS et faisant-fonction AS, la structuration des soins apportés ainsi que la détermination du rôle de chacun sont essentielles. Ainsi dans la prise en charge, le point de départ doit rester la toilette évaluative faite par une IDE et un soignant. Cela est du rôle propre de l'IDE et permettra de faire un point sur les capacités du résident, de déterminer les capacités à stimuler et la prévention à mettre en place (hygiène, continence, contention, escarres ...). Dans le même esprit, pour que l'ensemble des soignants (particulièrement les AS faisant-fonction non formées) pratiquent les soins avec une même base de travail, il importe que des protocoles soient rédigés en collaboration avec les soignants pour avoir dans l'ensemble de l'établissement des pratiques homogènes, mais aussi un haut niveau d'exigence sur les questions d'hygiène. La collaboration passe aussi sur l'organisation de la distribution du médicament. Les IDE en ont la charge, néanmoins, elles peuvent déléguer, seulement dans certaines situations cette distribution pour certains résidents (besoin de temps pour avaler les médicaments, refus, traitement pris très tôt...).

➤ **Développer l'approche non-médicamenteuse de la prise en charge de la personne âgée**

L'approche de la prise en charge de la personne âgée a beaucoup évolué, que ce soit dans le champ de la gériatrie que dans une approche non-médicamenteuse. Dans l'établissement, nous avons commencé à former les agents à la méthode Humanitude pour donner des outils au quotidien dans l'approche de la personne âgée. Il existe bien d'autres méthodes permettant aussi d'apporter du mieux-être comme le toucher massage ou la sophrologie que les agents mobilisent. Le jeu peut être aussi une manière de conduire le soin, d'être support à la relation pour accompagner les personnes âgées. De la même façon, on sous-estime peut-être parfois l'importance des habitudes de vie dans la prévention (continence). Il faut pouvoir alors coordonner entre les membres d'une même équipe le respect des habitudes de vie pour permettre aux résidents d'avoir une qualité de prise en charge optimale.

4- Présentation des Fiches actions

Cf. Fiches Actions du projet de Soins

FICHES ACTIONS - PROJET DE SOINS											
	INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAI DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GROUPE PROJET
INTERDISCIPLINARITE	STRUCTURER L'INTERDISCIPLINARITE A L'EHPAD LE CEDRE	Des professionnels différents interviennent à l'EHPAD Le Cèdre. Les approches des besoins de la personne âgée sont perçus selon le prisme de chacun. L'opportunité pour la qualité de la prise en charge des personnes âgées est certaine. Elle reste plus difficile à appréhender dans le quotidien pour l'ensemble du personnel.	Travailler au sein de chaque équipe pour construire une approche plurielle autour des résidents	Cadre de santé Psychologue				1er janvier 2017	1 an	Formalisation de l'organisation trouvée Amélioration de la prise en charge	
	COORDINATION DU PLAN DE SOINS ET DU PROJET DE VIE INDIVIDUALISE	Les plans de soins sont réalisés depuis peu. Les PVI existent depuis quelques années. Le plan de soins et le PVI n'est pas coordonné ce qui ne permet pas une individualisation de la prise en charge suffisante.	Coordonner le plan de soins et le projet de vie	Cadre de santé Psychologue				1er septembre 2017	1 an	Formalisation de l'organisation trouvée Amélioration de la prise en charge	
COORDINATION	COORDINATION DES SOINS AS ET FAISANT FONCTION AS PAR LES IDE	Les AS travaillent sous la responsabilité des IDE dans le cadre de leur rôle propre. Les IDE sont en charge de la coordination des soins. Permettre aux soignants de parler des difficultés rencontrées lors des soins	Permettre aux IDE de réaliser la coordination des soins Formaliser cette coordination	Cadre de santé				1er janvier 2018	1 an	Formalisation de l'organisation trouvée Amélioration de la prise en charge	
	FORMALISATION DES SOINS	Les soins réalisés par les AS ne sont pas formalisés	Formaliser les soins	Cadre de santé		Groupe de travail				Rédaction de protocole Démarche participative	
	COORDINATION DU PROJET MEDICAL ET DU PROJET DE SOINS	L'amélioration des soins médicaux offerts est impulsé par le médecin coordonnateur. Cette impulsion passe par de la formalisation d'un certain nombre de points (coordination médecins / IDE - formation des personnels sur certaines pathologies et conduite à tenir...)	Coordonner le projet médical et le projet de soins	Médecin coordonnateur Cadre de santé							
FAVORISER L'APPROCHE NON MEDICAMENTEUSE	INTRODUIRE LA METHODE HUMANITUDE DANS LES SOINS	Les soignants peuvent être démunis face à des refus de toilette, des comportements agressifs lors des soins et en dehors des soins	Formaliser le plus de personnel à la méthode humanitude pour donner des outils aux soignants Cette méthode doit être portée institutionnellement	Comité de pilotage humanitude Cadre de santé	Plan de formation			1er janvier 2016	4 ans	Fonctionnement du comité de pilotage humanitude Nombre de soins réalisés à l'aide de cette méthode Projets de service ayant intégrés cette méthode	
	INTRODUIRE LE JEU DANS LE SOIN	Les résidents ont besoin d'être stimulés de façon régulière quelques soient leurs capacités Le jeu peut être une façon d'y parvenir de façon agréable, y compris lors d'activités flash.	Introduire le jeu dans la prise en charge, particulièrement auprès des personnes démentes	Cadre de santé Psychologue	Plan de formation			1er janvier 2018	1 an	Intégration des jeux dans le soin proposée par les soignants	
	ENRICHIR LES APPROCHES DANS LE SOIN	Trop souvent, la réponse reste médicale quand on fait face à des problématiques de douleur, de troubles du comportement, d'incontinence.... Il s'agira de développer des compétences autres (sophrologie, toucher-massage, hypnose, habitudes de vie...) pour contribuer à améliorer la prise en soins.	Multiplier les modes d'approche pour offrir une palette de soins permettant une meilleure qualité de prise en charge	Cadre de santé Psychologue	Plan de formation			1er janvier 2018			

LE PROJET SOCIAL

Un projet social : pour quoi faire ?

Le projet social « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du CTE. Le CTE est chargé de suivre, chaque année, l'application du Projet social et en établit le bilan à son terme. » (6143-2-1 du CSP)

Bien que non obligatoire dans le Code de l'Action Sociale et de la Famille, l'opportunité de la réalisation du projet social à l'occasion du projet d'établissement est ici inspiré des pratiques du secteur sanitaire. En effet, le projet d'établissement est aussi l'opportunité de se concerter avec les représentants du personnel sur les problématiques rencontrées en interne dans le champ des ressources humaines.

Un groupe de travail, composé en partie de représentants du personnel, a réfléchi aux problématiques sociales rencontrées dans l'établissement et a donné quelques pistes de réflexion après avoir fait le bilan des actions et des objectifs prévus dans le précédent projet d'établissement.

1-Bilan du projet d'établissement précédent

Dans le projet social du précédent projet d'établissement 2009 – 2013, trois axes composés de 62 actions avaient été déclinés :

- Organisation des équipes de soins,
- Lutter contre l'usure professionnelle,
- Vie sociale et communication

Sur les 62 actions prévues, 35 ont été réalisées, 9 sont toujours en cours de réalisation et 18 non réalisées.

Cf. Bilan du projet 2009-2013 – Social : à consulter en annexe

2 – Les constats des équipes - Des problématiques récurrentes

➤ Un absentéisme récurrent

Le taux d'absentéisme, même si il se rapproche du taux d'absentéisme moyen observé dans la fonction publique hospitalière (13%), il n'en demeure pas moins problématique dans la gestion quotidienne, puisque ce sont l'équivalent de près de 8 ETP qui sont absents tous les mois. La moitié correspond à de l'absentéisme de longue durée (maternité – congé maladie longue durée) et l'autre moitié à de l'absentéisme de courte durée où la gestion des remplacements est problématique

(difficulté à trouver du personnel qualifié, disponible et s'adaptant rapidement à la structure). Des actions ont été mises en place, visant à réduire l'absentéisme.

Les différentes causes identifiées par les agents impactant l'absentéisme sont les suivantes :

- Blessure au travail (accident du travail),
- Troubles musculo-squelettiques résultant de l'exercice professionnel ou non,
- Démotivation des agents (absence de prise en compte des problèmes rencontrés – Absence de respect du travail des uns et des autres ...),
- Usure professionnelle,
- Gestion de la fatigue,
- Charge de travail importante

Le projet d'établissement essaiera de remédier à ces différents aspects en impliquant les instances et en continuant à faire évoluer les organisations et les conditions de travail.

➤ ***Une offre de formation insuffisamment structurée***

La formation est essentielle pour permettre une progression et une remise à niveau régulière des compétences des agents, faire évoluer les pratiques et permettre de se distancier par rapport aux pratiques quotidiennes. La formation est obligatoire pour les agents mais aussi pour l'employeur. Elle peut être organisée en interne ou externalisée. Le plan régional de l'ANFH propose régulièrement des formations spécifiques et adaptées à la fonction publique hospitalière.

De l'ensemble des retours, il apparaît important de rendre certaines formations obligatoires pour tous et de bien veiller à ce qu'elles soient dispensées à chacun.

Les observations, retours suite à la réalisation d'une formation, sont insuffisamment prises en compte et ne permettent pas d'être exploités dans la pratique quotidienne des agents. Il s'agit d'un véritable défi que de pouvoir créer un plan de formation répondant aux besoins des agents en fonction des projets développés et que ces pratiques soient transposées sur le terrain.

➤ ***Le rôle des instances à renforcer***

Les instances représentatives du personnel (CTE et CHSCT) se réunissent régulièrement (4 fois par an). De nombreux sujets sont abordés. Cependant les représentants du personnel ne participent pas encore suffisamment à la construction de réponses. C'est pourquoi le projet social permettra de donner les axes sur lesquels les instances pourront travailler pour apporter des réponses concertées.

➤ ***Une évolution des métiers à accompagner***

La réforme de tarification de 1999 a profondément impacté la structure des emplois au sein des EHPAD en apportant des crédits de médicalisation importants. La loi, sur l'adaptation de la société au vieillissement, continue à apporter des modifications dans la structuration des catégories professionnelles. En effet, on voit de plus en plus de catégorie professionnelle travailler en EHPAD afin de valoriser le soin relationnel. Il devient fréquent d'avoir des AMP exerçant des fonctions d'aide-soignante. La formation d'aide-soignante évolue aussi en intégrant encore plus la dimension

relationnelle dans les compétences requises. Par ailleurs, le départ des baby-boomers en retraite va générer une vague importante de départs (déjà 5 entre 2015 et 2016). Il faut donc anticiper sur les prochains départs et avoir une politique de formation offensive permettant aux ASH faisant fonction aide-soignante d'avoir accès à la formation d'aide-soignante pour évoluer en interne.

L'accompagnement des stagiaires et des nouveaux agents est à ce titre essentiel : il permet de repérer des candidats pouvant faire l'objet d'un recrutement futur et le bon encadrement des stagiaires et des nouveaux agents permet d'assurer une cohésion d'équipe.

3 - Les perspectives d'évolutions du projet social :

A partir des constats réalisés, 3 axes de travail se dégagent pour le prochain projet social :

➤ Accompagnement des stagiaires et des nouveaux agents

La qualité de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux agents est stratégique à plusieurs niveaux. Accueillir de nouveaux professionnels dans de bonnes conditions permet de valoriser le travail réalisé par les agents au quotidien auprès des personnes âgées. Transmettre son savoir-faire et faire montre de son savoir-être apporte un plus dans sa réflexion au quotidien du travail. Structurer l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux professionnels permet aux professionnels qui souhaitent s'engager dans ce type d'accompagnement, de le faire et de les valoriser dans la transmission de leur métier. Avoir une bonne qualité d'accueil permet aussi de recruter plus facilement de nouveaux professionnels. Ils ont d'autant plus l'avantage de connaître la structure. Par ailleurs, un jeune professionnel, bien accueilli et satisfait du déroulement de son stage, communiquera positivement sur son lieu de stage auprès des autres professionnels.

Pour ce faire, il est important de pouvoir structurer l'accueil des stagiaires, tant d'un point de vue administratif que du côté des soins. La position du tuteur doit être claire pour l'ensemble des membres des équipes. Les personnes en charge des fonctions de tuteur doivent être accompagnées pour pouvoir exercer leur mission le plus sereinement et objectivement possible.

➤ Structurer la politique de formation

La formation des personnels en EHPAD est un défi majeur à deux niveaux. Comme dans tout secteur d'activité, il est important d'avoir accès à la formation continue pour remettre à jour ses connaissances, se distancier de ses pratiques au quotidien, s'enrichir de pratiques d'autres établissements quelle que soit sa catégorie professionnelle.

Par ailleurs, nous sommes amenés à recruter des personnes sans formation initiale sur certains postes, ce qui pose encore plus crucialement la question de la formation des agents lors de ces nouvelles arrivées. La formation est alors apportée en partie par les pairs et doit faire l'objet d'apports extérieurs réguliers afin d'apporter les connaissances nécessaires aux agents exerçant leurs fonctions.

Enfin, la politique de formation doit à la fois servir l'établissement dans ses objectifs de prise en charge mais aussi les agents dans leur volonté de progresser. C'est pourquoi il est important d'avoir un plan de formation structuré autour des objectifs du projet d'établissement qui reprend les

problématiques internes mais aussi les formations réglementaires qui doivent être apportées aux agents à intervalles réguliers.

L'ultime défi reste la transposition des acquis de la formation dans les pratiques professionnelles au quotidien.

➤ **Lutter contre l'absentéisme**

L'absentéisme est multifactoriel. Lutter contre celui-ci est important parce que l'absentéisme est un indicateur important quant à la santé des agents mais aussi plus largement, dans une certaine mesure, dans leur rapport au travail. Un certain nombre d'actions ont été mises en place pour améliorer la situation de l'établissement en fonction des problématiques repérées. C'est la raison pour laquelle la question de l'absentéisme sera traitée de façon directe en dernier volet du projet social car les actions mises en œuvre dans les autres volets du projet d'établissement et du projet social devraient pouvoir impacter l'absentéisme de façon positive : formation, mobiliser les équipes autour de l'individualisation de la prise en charge, responsabiliser les acteurs sur l'accompagnement des nouveaux arrivants et des stagiaires....

Par ailleurs, le travail qui doit être réalisé avec les instances (CHSCT et CTE) doit aussi contribuer au mieux-être des agents au travail et à améliorer les conditions de travail afin de lutter contre les accidents du travail et l'usure professionnelle.

4-Les fiches actions du projet social 2017 - 2021

Les fiches actions du projet social reprennent les axes développés ci-dessus et se dérouleront lors des 5 prochaines années.

Cf. Fiches actions du bilan social

FICHES ACTIONS - PROJET SOCIAL											
	INTITULE DE L'ACTION	CONSTATS	PROPOSITION / OBJECTIF RECHERCHE	RESPONSABLE	ESTIMATION BUDGETAIRE	MOYENS HUMAINS	IMPACTS / RISQUES	DATE DE MISE EN ŒUVRE	DELAI DE REALISATION	MODALITES D'EVALUATION	GROUPE PROJET
ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES STAGIAIRES ET DES NOUVEAUX ARRIVANTS	DEVELOPPEMENT DES OUTILS D'ACCUEIL	Un livret d'accueil existe déjà, mais certains éléments n'apparaissent pas. Compléter ce livret permettrait aux nouveaux arrivants de mieux se repérer dans l'institution.	Compléter le livret (motricien, équipes, protocoles...)	Directeur		Groupe de travail		1er janvier 2017	1 an 1/2		
	AMELIORER LA CONNAISSANCE DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL	Les professionnels, particulièrement les nouveaux arrivants, ne connaissent pas suffisamment leur environnement professionnel (Fonction Publique Hospitalière - Avancement de carrière...)	Améliorer la connaissance de l'environnement professionnel par le biais de formations	Directeur				1er janvier 2017	1 an 1/2		
	FORMER LES TUTEURS	Le rôle des tuteurs n'est pas complètement défini.	Repérer des personnes volontaires pour accompagner des stagiaires. Former les tuteurs.	Directeur	Plan de formation			1er janvier 2017	1 an 1/2		
AMELIORER LA POLITIQUE DE FORMATION	STRUCTURER L'OFFRE DE FORMATION DANS UN PLAN DE FORMATION PLURIANNUEL	Le plan de formation doit être adapté à l'évolution des besoins des résidents et en même temps répondre aux besoins des agents pour leur permettre d'augmenter leurs compétences	Réaliser un plan de formation pluri-annuelle concerté avec les représentants du personnel	Directeur	Plan de formation	Représentants du personnel		1er septembre 2018	1 an 1/2		
	DETERMINER LES FORMATIONS OBLIGATOIRES ET EN ASSURER LE SUIVI	Les EHPAD doivent proposer des formations à l'ensemble des agents à un rythme régulier	Programmer les départs en formation obligatoires sur plusieurs années	Directeur	Plan de formation	Représentants du personnel		1er septembre 2018	1 an 1/2		
	FAVORISER LES DEPARTS EN FORMATIONS QUALIFIANTES	Les métiers et la structure des emplois va évoluer en EHPAD Lutter contre l'usure professionnelle	Favoriser les départs en formation qualifiante (Promotion professionnelle - CFP)	Directeur	Plan de formation			1er septembre 2018	1 an 1/2		
	VALORISER LES ACQUIS DES FORMATIONS	Les acquis des agents sont insuffisamment valorisés et utilisés lors du retour de formation	Améliorer l'intégration des nouvelles compétences ou connaissances acquises	Directeur	Projet d'établissement			1er septembre 2018	1 an 1/2		
LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME	DIMINUER LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETIQUES	De trop nombreux AT ont encore lieu dans l'établissement	Diminuer les AT et les TMS Prévention par le motricien formé Accompagnement des agents sur le terrain Association du CHSCT sur l'analyse des situations	Directeur				1er janvier 2020	1 an 1/2		
	FAVORISER L'IMPLICATION DES AGENTS	Les agents sont soucieux de bien faire leur travail auprès des personnes âgées mais manifestent parfois le sentiment de n'être pas suffisamment écouté dans leur quotidien	Travailler autour des projets de vie individualisés	Directeur	Projet d'établissement			1er janvier 2020	1 an 1/2		
	GESTION DE LA FATIGUE	Régulièrement les agents manifestent une fatigue excessive Plusieurs facteurs explicatifs : absentéisme, gestion des congés	Améliorer la gestion des congés Travailler avec les instances pour lutter contre l'absentéisme, notamment en maladie ordinaire	Directeur				1er janvier 2020	1 an 1/2		

**MISE EN ŒUVRE
DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

FICHES ACTIONS TRANSVERSALES

Chaque groupe de travail a travaillé sur un axe du projet d'établissement. A partir de la déclinaison des objectifs de chacun de ses axes de travail, il est important que l'on puisse prévoir la mise en œuvre desdits axes afin de ne pas rendre ces objectifs caducs.

Pour ce faire, nous allons partir de 3 fiches actions transversales :

- L'entrée du résident,
- Le séjour du résident,
- La sortie du résident

Chaque fiche transversale, inscrite dans la durée, a pour objectif de reprendre l'ensemble des fiches actions de chaque axe du projet. Ainsi, pourront être déclinés et suivis les axes du projet d'établissement et cela devrait aussi permettre de donner à tout le monde une sensation d'évolution dans les pratiques mais aussi d'avoir un fil rouge et de savoir vers quoi nous voulons tendre.

Le projet de formation sera construit en regard des objectifs de chaque année, ce qui conduira à avoir un plan pluriannuel de formation correspondant à la durée du projet d'établissement.

	DATE DE REALISATION	PROJET VIE SOCIALE	PROJET HOTELIER	PROJET MEDICAL	PROJET DE SOINS	PROJET SOCIAL
L'ENTREE DU RESIDENT	DU 1er JANVIER 2017 AU 30 JUIN 2018	ACCUEIL DU RESIDENT PLACE DE LA FAMILLE INFORMATION DU RESIDENT	RECUEIL DES INFORMATIONS LORS DE L'ENTREE EXPLICATION DU FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS HOTELIERES DES L'ENTREE	CHOIX DU MEDECIN TRAITANT REALISATION DU PLAN DE SOINS AVEC DETERMINATION DES ACTIONS DE PREVENTION	INFORMATION DES EQUIPES SYNTHESE DES BESOINS EVALUATION A L'ENTREE	FORMATION SUR LA COORDINATION DES SOINS METHODE HUMANITUDE
LE SEJOUR DU RESIDENT	DU 1er SEPTEMBRE 2018 AU 31 DECEMBRE 2019	FAVORISER LA PARTICIPATION DES RESIDENTS LEUR DONNER LES MOYENS D'ETRE ACTEURS ET DE CONTRIBUER A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT	ADAPTATION DES REPAS SERVICE A L'ASSIETTE AMENAGEMENT DES ESPACES INTERIEURS ET EXTERIEURS	COORDINATION DES SOINS MEDECINS / IDE ADAPTER LA POLITIQUE DE PREVENTION	COORDINATION DES EQUIPES FAVORISER LE MAINTIEN DES CAPACITES	FORMATION SUR LE SERVICE A L'ASSIETTE
LA SORTIE DU RESIDENT	DU 1er JANVIER 2020 AU 30 JUIN 2021	PERMETTRE AUX RESIDENTS DE PARLER DE LA MORT ET DU DEUIL	AMENAGER UN ESPACE CONFORTABLE POUR LA FAMILLE ET LE RESIDENT	SOINS PALLIATIFS RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES	PERMETTRE UN ACCOMPAGNEMENT DANS LA DIGNITE SOINS MORTUAIRES	FORMATION SOINS PALLIATIFS

Ce tableau ne reprend pas de façon exhaustive l'ensemble des fiches actions des axes du projet d'établissement mais donne une vision de la façon dont seront construites les fiches transversales. Chaque membre du comité de pilotage sera en charge de sa partie et l'ensemble des objectifs et la méthodologie développée sera définie plus précisément sur chacune des fiches actions transversales.

SUIVI ET EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement va couvrir la période 2017-2021 et va donc durer 5 ans. L'ensemble des fiches actions synthétisées dans trois fiches actions transversales sera le fil conducteur du déroulement du projet d'établissement. Chaque fiche action transversale durera en moyenne 1 an ½. Le projet social fera l'objet d'un déroulement propre mais la temporalité sera la même.

55

	De janvier 2017 à juin 2018	De Septembre 2018 à décembre 2019	De janvier 2020 à juin 2021
Projets transversaux	Entrée du résident	Séjour du résident	Sortie du résident
Projet social	Accompagnement des stagiaires et des nouveaux arrivants	Structurer la politique de formation	Lutter contre l'absentéisme

Le **comité de pilotage** se réunira deux fois par an pour lancer les groupes de travail et veiller au bon fonctionnement des groupes de travail. Le comité de pilotage reste le même que celui qui a été constitué pour la réalisation du projet d'établissement.

Les **instances**, au mois d'octobre, seront sollicitées tous les ans pour faire un point sur le niveau de réalisation du projet d'établissement.

PERSPECTIVES : LE SCHEMA IMMOBILIER DIRECTEUR

L'établissement est composé de bâtiments conçus à différentes époques (1850, 1975, 2000, 2008). Une partie des bâtiments n'est pas encore amortie et continue d'être payée dans le cadre d'emprunts courant jusqu'en 2024. Notre capacité d'investissement est impactée par ceci.

Les bâtiments ne sont pas entièrement adaptés aux besoins actuels des résidents et à leurs besoins futurs.

L'objectif maintenant, à partir des orientations du projet d'établissement, est de travailler à un schéma immobilier directeur qui reprendra les éléments suivants :

- Problématiques de l'établissement (39 chambres doubles – Etat des lieux de ce qui a déjà été proposé – Ergonomie des locaux...),
- Projets de l'établissement,
- Valorisation du patrimoine de l'établissement (recensement du patrimoine et évaluation par les domaines),
- Différentes hypothèses de reconstruction, rénovation à envisager,
- Opportunité d'une étude de faisabilité à envisager,
- Proposition d'échéancier,
- Plan Pluriannuel d'Investissement

Pour réaliser l'ensemble du Schéma Immobilier Directeur, je prendrai appui auprès de l'ANAP qui a développée une véritable expertise dans ce champ.

Ces axes devront être validés par les différentes instances avant d'être présentées pour avis aux autorités de tarification.

CONCLUSION

Répondre aux enjeux de demain en s'inscrivant sur le territoire et aux besoins des résidents a été l'objectif de la réflexion qui a guidé la réalisation du projet d'établissement.

Le projet d'établissement, décliné en 6 parties, concilie approche globale et fixation d'objectifs afin de continuer à accompagner l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La réussite des objectifs fixés dépend de la mobilisation de l'ensemble du personnel pour y parvenir.

ANNEXES

- Bilans du projet d'établissement précédent
- Paroles des résidents,
- La Charte des droits et liberté des résidents,
- PP préparatoire : présentation aux instances
- Exposé des motifs – Loi d'adaptation de la société au vieillissement
- Carte du Groupement Hospitalier de Territoire de la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

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

Article I

CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article II

DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article III

UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article IV

PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article V

PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article VI

VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver ses activités.

Article VII

LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article VIII

PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PRÉVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article IX

DROITS AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article X

QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Article XI

RESPECT DE LA FIN DE LA VIE

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

Article XII

LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article XIII

EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Article XIV

L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

COMPTE RENDU GROUPE DE TRAVAIL AUPRES DES RESIDENTS LE 04/05/16

Présents : Mme BRETON – Mme BOULOT – Mme BLANDAIS – Mme MOGNOS – Mme BOUSSARD – Mme SUEUR

Animateurs : Isabelle QUERE, animatrice et Isaure POTTIER psychologue

Introduction par Mme BERTIN : présentation de ce qu'est le projet d'établissement et de ce qu'on attend du groupe par rapport au volet vie sociale. Qu'avez-vous ressenti quand vous êtes arrivés, qu'est-ce qui vous a plu ou au contraire déplu, qu'est-ce que vous auriez aimé trouver, ce qu'il vous a manqué, ...

En premier lieu les résidents présents sont satisfaits de leur séjour et de leur prise en charge, ils mettent rapidement en avant les qualités des animations, des animateurs, de la cuisine.

Il faut insister un peu pour savoir ce qui peut leur manquer ou ce qui peut leur déplaire.

Finalement c'est en abordant la place des familles que les langues se délient un peu. Il y a selon eux trop de monde en bas quand ils veulent être en famille, il faudrait des espèces d'alcôves. Mais certains reconnaissent aussi que s'ils veulent de l'intimité ils sont obligés de sortir de la chambre. (Cf. chambre double)

Les résidents pensent aussi à ceux qui sont « seuls », ceux là il faut les solliciter, aller vers eux.

Ensemble ils mettent en avant l'importance de créer du lien entre résidents. Il faut être auprès des autres pour garder le moral.

L'entrée en établissement c'est plus facile quand on a choisit.

Il faudrait prévoir des casques pour les chambres doubles car la tv est toujours un problème. Il est important d'avoir de bonnes relations avec son voisin ou sa voisine de chambre. Pour autant la chambre double n'amène pas des points négatifs car elle permet aussi de ne pas être seul.

Les résidents apprécient quand la direction vient les rencontrer même s'ils aimeraient que ce soit plus fréquent.

Une des difficultés la plus souvent exprimées est la déambulation des résidents déments. Il faudrait pouvoir avoir une clé et s'enfermer.

La plupart se sont vite habitués à l'établissement. Tous ont mis en avant le besoin de chaleur humaine, d'échanges, de discussion, de quoi discuter. Il faut être en bon contact avec tous. Il faut bien s'accorder.

Le plus important est de ne pas s'ennuyer car nous n'avons plus notre maison, nous n'avons plus nos petites habitudes du quotidien. Quand on a quelque chose à faire c'est mieux. Ou alors il faut se dire que cela ira mieux demain. Et au contraire certains disent qu'ils ont suffisamment travaillé et qu'il faut qu'on les laisse tranquille. Mais il faut contrer le cafard.

Il faut aussi être près des familles, être en bon terme c'est mieux. Et faire en sorte qu'elle soit heureuse et se sentent en confiance.

Petite critique sur les repas que les résidents trouvent parfois trop chargés le soir.

Niveau animations ils apprécient les diaporamas car cela les fait voyager, « sortir ».

Points négatifs et source d'angoisse : les ascenseurs, les personnes « déambulantes ». C'est aussi difficile par fois d'être avec quelqu'un qui ne bouge pas, ne parle pas et n'entend pas... Pour autant l'ensemble des résidents se montre empathique. « Il faut avoir pitié pour ces gens là, ce n'est pas de leur faute et c'est à nous de faire avec ».

Les résidents aimeraient davantage participer quand il faut décorer les différents espaces, développer les activités manuelles.

La sensation aussi parfois de ne pas pouvoir choisir. Par exemple un résident qui évoque sa place à table, « on m'a mis là ».

COMPTE RENDU GROUPE DE TRAVAIL AUPRES DES RESIDENTS LE 20/05/16

Présents : Mr ET Mme DELAGE – Mme EDIER (a du partir car rdv médical) – Mme MAMEZAREK – Mlle MARTIN – Mr JULIEN – Mme LEPETIT – Mme GIRAUD (partie avant la fin) – Mme MELIODON – Mr MEYNIER – Mme POULET

Animateurs : Isabelle QUERE, animatrice et Isaure POTTIER psychologue

Concernant leur accueil, la plupart des résidents l'ont vécu comme un peu trop rapide et précipité. Il leur est et leur sera toujours difficile de quitter la maison et d'en faire le deuil. Ce qui est important pour eux c'est le respect des habitudes.

Ils apprécient et mettent en avant l'importance du bon contact avec les salariés. « On se confie nos secrets »

En chambre double chacun doit y mettre du sien. « Il faut parfois imposer ses règles »...

« Le rire efface les rides et l'ennui ».

Si chacun y met du sien cela se passe mieux.

Certains apprécieraient la mise en place et/ou un accès au câble et internet.

Tous sont très satisfaits des activités et animations proposées. Les diaporamas ont toujours du succès car ils permettent de s'évader, de voyager. Les résidents aimeraient à sujet pouvoir davantage sortir, profiter des extérieurs quand leurs capacités le permettent encore.

Ils aiment aussi la musique, les jeux intellectuels, ...

Ils insistent sur l'importance d'être sollicités régulièrement pour éviter la solitude

Certains ont aussi évoqué le souhait d'avoir plus d'activités manuelles pour se détendre, s'occuper l'esprit, peut-être des ateliers type ergothérapie. L'idée de se servir de différents ateliers créatifs pour aboutir à une kermesse ou un moment festif est pensé.

L'idée de mettre en place de la gymnastique douce plairait aussi.

Les repas à thème sont bien appréciés.

Plus de communication entre les résidents.



EHPAD Le Cèdre
PONT-DU-CHATEAU

Projet d'établissement 2017 - 2021

DERNIER PROJET D'ETABLISSEMENT 2008 – 2013

- PROJET DE VIE
- PROJET DE SOINS
- PROJET STRUCTUREL
- PROJET SOCIAL

Plus de 100 OBJECTIFS et actions

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE⁽¹⁾ 2012

L'appréciation globale de l'évaluateur externe :

L'établissement propose un accompagnement de qualité et s'est engagé dans une dynamique d'amélioration des prestations effective qui porte ses fruits.

Les atouts de l'établissement :

- Un établissement vivant remplissant l'ensemble de ses missions
- Un encadrement engagé porteur des valeurs du service public
- Une équipe pluridisciplinaire qualifiée engagée dans une démarche d'amélioration des prestations
- Un projet d'établissement en accord avec les pratiques gérontologiques
- Un projet d'animation de qualité
- Une démarche qualité qui s'installe durablement

RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE⁽²⁾ 2012

L'appréciation globale de l'évaluateur externe

Les axes d'amélioration prioritaires :

- Le recrutement d'un médecin coordonnateur
- L'élaboration de l'ensemble des projets personnalisés
- La mise en place d'une structure pérenne pour la démarche qualité : comité de pilotage élargi aux professionnels, référent qualité, réunions régulières
- L'appropriation collective des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM
- La mise en œuvre du dépistage des troubles cognitifs et leur suivi

OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT

- Améliorer la qualité de prise en charge des résidents;
- Fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un projet commun;
- Faire du projet d'établissement un outil de management;
- Faire du projet d'établissement un outil de prospective : Répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain;
- Définir le projet immobilier au regard des objectifs du projet d'établissement.

METHODOLOGIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Objectif : une association large des différents protagonistes :

- Résidents
- Familles
- Professionnels
- Les représentants du personnel
- Conseil d'administration
- Autorités de tarification

Méthode retenue : Un comité de pilotage (3 rencontres)

- Directeur
- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé
- Responsable pôle logistique
- Psychologue

5 GROUPES DE TRAVAIL

LES 5 VOLETS DU PROJET D'ETABLISSEMENT :

- Projet vie sociale (3 rencontres)
- Projet hôtelier (3 rencontres)
- Projet médical (2 rencontres)
- Projet de soins (3 rencontres)
- Projet social (3 rencontres)

Chacun des projets a fait l'objet d'un groupe de travail animé par un binôme.

Au total, ce sont :

- **30 Résidents**,
- **7 familles**,
- **55 Professionnels** (dont les médecins traitants),
- L'ensemble des instances (**CTE – CHSCT – CVS**)
- **8 Membres du conseil d'administration**

Qui ont contribué aux différents objectifs du projet d'établissement à travers **26 rencontres** d'environ **2 heures**.

LA CONSULTATION DES RESIDENTS⁽¹⁾

L'entrée dans l'établissement a été difficile pour tous (on doit quitter notre domicile).

Ce qui est important pour nous à notre arrivée c'est :

- De respecter notre rythme et nos habitudes. Pour certains l'entrée a été trop rapide voire précipitée.
- La gentillesse du personnel (besoin de chaleur humaine).

LA CONSULTATION DES RESIDENTS⁽²⁾

Pendant notre séjour

Ce qui est important c'est :

- Avoir des bons rapports avec les autres résidents, le personnel et nos proches;
- Avoir des activités pour ne pas s'ennuyer et broyer du noir;
- Ne pas laisser des résidents isolés (les solliciter pour les activités, aller vers eux);
- De pouvoir avoir la parole et faire des choix (place à table, repas, soins...).

Ce qui est difficile c'est :

- La cohabitation avec les résidents déambulants / déments (entrent dans les chambres, crient...) même si nous comprenons qu'ils sont malades c'est difficile de vivre avec eux.

LA CONSULTATION DES RESIDENTS⁽³⁾

Les familles :

- C'est important d'avoir de bonnes relations avec la famille.
- On aimerait avoir plus d'espace pour les recevoir dans l'intimité (petits salons, jardin...).

LES 5 AXES DU PROJET D'ETABLISSEMENT

PROJET VIE SOCIALE⁽¹⁾

Projet d'établissement précédent

- Améliorer l'accueil du résident et de sa famille (12 objectifs / 3 non réalisés)
- Mettre de la vie dans l'établissement (3 grands objectifs avec 9 actions déclinées / 5 non réalisées)
- Analyser et prendre en compte la satisfaction des usagers (3 objectifs / 1 non réalisé)

Taux de réalisation : 50%

PROJET VIE SOCIALE⁽²⁾

Les constats (sur les 3 objectifs du dernier PE)

Améliorer l'accueil du résident et de sa famille :

- Accueil trop rapide (pouvoir faire au mieux avec ce qu'on a...);
- Trop d'objectifs/actions dans l'ancien projet;
- Le résident n'est pas chez lui.

Mettre de la vie dans l'établissement :

- Poursuivre ce qui est déjà fait;
- Remettre en place certaines actions;
- Palier au sentiment d'ennui le week-end.

Analyser et prendre en compte la satisfaction des usagers :

- Redonner du souffle à ce qui a été mis en place et le valoriser;
- Officialiser des temps de rencontres/bilans depuis entrée;
- Garder en tête le sentiment d'utilité et d'individualité.

PROJET VIE SOCIALE⁽³⁾

Le projet d'établissement 2016 – 2020

Obj. N°1 : Que mettre en place pour que le résident se sente bien accueilli ?

- Avant l'entrée
- Le jour J
- Tout au long du séjour

Obj. N°2 : Un résident acteur, un lieu de vie en adéquation et un accompagnement personnalisé

- Donner la parole aux résidents et renforcer le sentiment d'utilité
- Adapter l'établissement pour favoriser les liens sociaux et familiaux
- Des propositions d'animations adaptées et diversifiées

Obj. N°3 : La place des familles

- Donner la parole aux familles (des temps et des espaces pour eux)
- Les impliquer dans la vie de l'établissement
- Leur transmettre des informations, communiquer

PROJET HOTELIER⁽¹⁾

Précédent projet d'établissement :

Améliorer le confort des résidents

- signalétique adaptée, séparateur pour chambre double

Prévenir les troubles nutritionnels

- équilibre des menus, couverts ergonomiques, ↗ etp diététicienne

Améliorer la prestation hôtelière

- création pôle hôtelier, formation équipe blanchisserie, mise en place de référent soignant pour chaque résident

Taux de réalisation : 65 %

PROJET HOTELIER⁽²⁾

Evaluation externe :

Service des repas en plateau : non adapté à la personnalisation du service, notamment en terme de quantité.

Constats – Points à améliorer

- Salles à manger mal agencées : disposition et mobilier à revoir;
- Sol des salles de bain glissant : ajout de rampes de maintien;
- Jardins extérieurs difficilement accessibles;
- Abus de texture mixée ... évaluer nécessité en individuel;
- Système de service des repas en plateaux à revoir en équipe;
- Réflexion sur la mise en place du « manger-main ».

PROJET HOTELIER⁽³⁾

Projet établissement 2016-2020 (4 Axes de travail) :

- La Nutrition des personnes âgées au cœur des réflexions
- Le Pôle Hôtelier au service des soins
- Hygiène et sécurité
- Lutte contre la résignation acquise

PROJET MEDICAL⁽¹⁾

Projet d'établissement précédent

Le précédent projet médical reprenait notamment les thèmes suivants :

- La problématique de la gestion du médicament avec l'objectif fixé de la mise en place de la P.U.I. (pharmacie à usage interne);
- la nutrition et l'hydratation avec une demande de temps supplémentaire de présence de la diététicienne;
- La prise en charge des troubles du comportement avec des objectifs de création de postes d'AMP, de construction d'unités spécialisées et intervention du médecin psychiatre.

PROJET MEDICAL⁽²⁾

Les constats :

Les objectifs fixés dans le projet d'établissement n'ont pas été atteints complètement pour la majorité des thèmes, pas du tout atteint pour d'autres et certains atteints.

- concernant la gestion des médicaments, la mise en place de la PUI a pu se faire avec préparation robotisée des médicaments pour les résidents;
- la nutrition et l'hydratation demandent des objectifs supplémentaires;
- les troubles du comportement quant à eux nécessitent un travail supplémentaire d'autant que la modification du profil des résidents entrant dans l'établissement le justifie. Les objectifs précédemment fixés n'ayant pas été atteints.

PROJET MEDICAL⁽³⁾

Le projet d'établissement 2016 – 2020 :

Le projet médical 2016-2020 reprend un certain nombre de thèmes avec objectifs à atteindre:

-La prise en charge de la douleur avec rédaction de protocoles, prescriptions anticipées, évaluation régulière et suivi grâce à des outils (échelles d'évaluation);

-les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie avec en premier lieu la systématisation du recueil des directives anticipées et la désignation de la personnes de confiance pour chaque résident. Un des objectif est de faire vivre les conventions signées entre l'EHPAD et l'HAD et équipe de soins palliatifs;

-la prise en charge des troubles psychiatriques avec des objectifs d'augmenter le temps de présence du médecin psychiatre et de la psychologue, réorganisation architecturale avec création d'espace dédiés à la déambulation et unités sécurisées.

PROJET DE SOINS⁽¹⁾

Projet d'établissement précédent

- Evaluer nos pratiques;
- Accompagner le résident de manière personnalisée et respectueuse;
- Maintenir l'autonomie;
- Individualiser les soins;
- Améliorer l'état nutritionnel des résidents;
- Bienveillance, prise en charge de la douleur et de la fin de vie.

Taux de réalisation :

25 objectifs : 5 atteints – 16 partiellement atteints – 4 non atteints

PROJET DE SOINS⁽²⁾

Constats :

- Une prise en charge mettant insuffisamment en avant l'approche non médicamenteuse;
- Pas de spécificité d'accueil selon les pathologies;
- Une coordination insuffisante entre les équipes de soins (IDE / AS);
- Des axes d'amélioration à construire autour de l'accompagnement en fin de vie et la gestion de la douleur.

PROJET DE SOINS⁽³⁾

Le projet d'établissement 2016 – 2020 :

- Le résident, sujet de soin;
- Prévention et gestion des risques liés à la santé;
- Proposer des soins de qualité en intégrant une démarche d'amélioration continue.

PROJET SOCIAL⁽¹⁾

Projet d'établissement précédent :

- Organisation des équipes de soins;
- Lutter contre l'usure professionnelle;
- Vie sociale et communication.

Taux de réalisation :

62 objectifs : 35 réalisés – 18 non réalisés – 9 en cours

PROJET SOCIAL⁽²⁾

Constats :

- Un absentéisme récurrent;
- Une offre de formation insuffisamment structurée;
- Le rôle des instances à renforcer;
- Une évolution des métiers à accompagner.

PROJET SOCIAL⁽³⁾

Le projet d'établissement 2016 – 2020 :

- Lutter contre l'absentéisme;
- Améliorer l'accueil et l'accompagnement des nouveaux agents et des stagiaires;
- Développer la politique de formation.

DEFINIR DES ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES

UN SECTEUR EN MUTATION

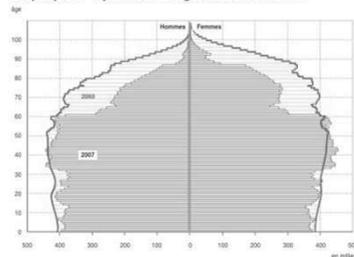
- Fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes (ARS);
- Conclusion des Groupements Hospitaliers de Territoire au 1^{er} juillet 2016 (63/03);
- Loi d'adaptation de la société au vieillissement;
- Contexte budgétaire contraint;
- Une augmentation continue de la dépendance et des besoins en soins ;
- Une politique de maintien à domicile de plus en plus efficiente;
- Un raisonnement en parcours de soins et non plus institutionnel;
- Des systèmes d'information de plus en plus essentiels;
- Mise en place des CPOM;
- Modification budgétaire : mise en place de l'EPRD.

LES DEFIS A RELEVVER

- Augmentation du nombre de personnes âgées;
- Des durées moyenne de séjour qui diminuent;
- Des entrées de plus en plus rapides;
- Un nombre de places suffisantes sur le territoire (Cf. tableau suivant);
- Des coopérations et des mutualisations à construire pour faire face aux exigences législatives.

LES ENJEUX DEMOGRAPHIQUES

Graphique 1 - Pyramide des âges en 2007 et 2060



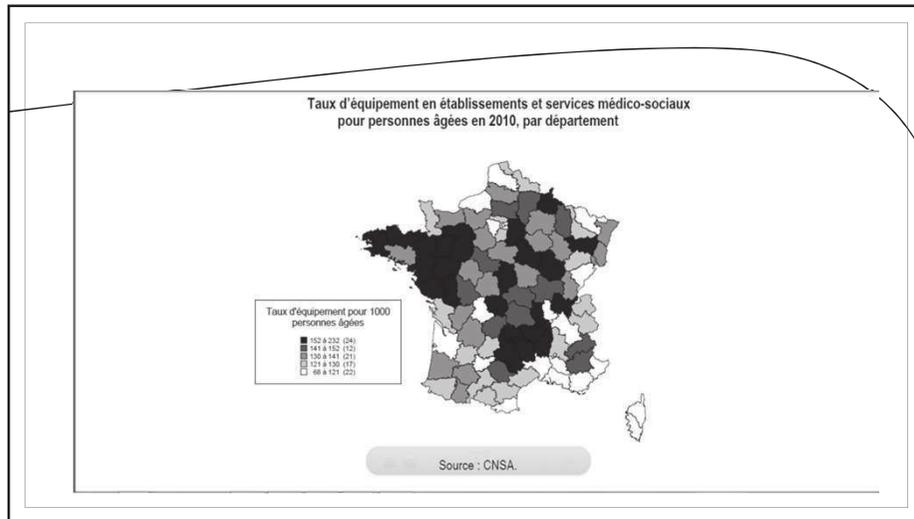
Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

➤ Le vieillissement en bonne santé

ETABLISSEMENTS ENVIRONNANTS

ETABLISSEMENT	STATUT	DISTANCE	TOTAL LITS ET PLACES
MOINS DE 10 KM			
PONT DU CHATEAU	PR L	2 KM	76
LEMPDES	PU TE	6,5 KM	80
BEAUREGARD	PU TE	8,5 KM	71
AULNAT	PU TE	9 KM	58
COURNON	PU TE	9,8 KM	79
COURNON	PR LU	9,8 KM	83
TOTAL			447 + 112
MOINS DE 15 KM			
GERZAT	PR NL	10,7 KM	88
BILLOM	PU FPH	12,9 KM	277
LE CENDRE	PU TE	12,9 KM	96
LEZOUX	PU FPH	13,2 KM	300
LEZOUX	PR NL	13,2 KM	86
COULHAT	PU FPH	13,5 KM	84
CLERMONT	PU TE	14,9 KM	513
CEBAZAT	CHU	14,9 KM	113
TOTAL			1556



FORCES ET FAIBLESSES DE L'EHPAD

Forces :

Localisation géographique (communauté de commune);
 Equipe pluridisciplinaire;
 112 lits d'hébergement permanent;
 Taux d'occupation correcte.

Faiblesses :

Pas d'accueil diversifié;
 39 chambres doubles;
 Un projet immobilier inabouti;
 Absence de tarification en dotation globale avec PUI.

ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES INTERNES

- Développer la politique qualité;
- Améliorer l'efficacité des systèmes d'information;
- Développer une politique achat structurée;
- Accompagner la montée en compétence des agents.

LES PISTES DE TRAVAIL⁽¹⁾

Constat N°1 :

Les besoins des résidents sont divers. L'EHPAD doit pouvoir proposer une palette de services adaptés à leurs besoins avec des prises en charge diversifiées.

- Pathologie Alzheimer et associées avec déambulation
- Troubles du comportement
- Besoins de prise en charge rapide (Sorties hôpitaux – Besoin médecins)

Proposition :

- Offrir des prises en charge diversifiées (PASA – UHR – Espace Cantou – places en urgence);

LES PISTES DE TRAVAIL⁽²⁾

Constat N°2 :

Le parcours de la personne âgée est privilégié. Des liens doivent être créés avec les différents acteurs du territoire (Hôpitaux – SSIAD – SAD – Médecine libérale – Population).

Proposition :

Améliorer les systèmes d'information (DMP);
Être un pôle ressource sur le territoire pour les problématiques gériatriques.

Constat N°3 :

La place de la famille et des aidants reste interrogée.

Proposition :

Permettre de partager des temps de plaisir (Manifestations – Ateliers thérapeutiques – Associer certaines familles aux soins...);
Ouvrir des ateliers thérapeutiques à des personnes extérieures (couple aidant / aidé) – EX. : relaxation

LES PISTES DE TRAVAIL⁽³⁾

Constat N°4 :

L'augmentation de la professionnalisation des personnels des EHPAD est plus que nécessaire pour faire face aux enjeux auxquels sont et seront confrontés les EHPAD. Le contexte législatif multiplie les exigences. La politique qualité doit être effective.

La taille des équipes ne permet pas de faire face à ces enjeux de façon satisfaisante. La multiplicité des sujets à traiter rend très difficile la spécialisation.

Proposition :

Travailler avec les établissements publics de la fonction publique hospitalière pour mutualiser certaines fonctions (Informatique – Qualité – Achat ...)

LE PROJET IMMOBILIER

- **Faisabilité (soutenabilité financière pour les résidents);**
- **Adapté aux besoins de prise en charge;**
- **Ancré sur son territoire;**
- **Conforme aux évolutions des besoins.**

Je vous remercie pour votre attention.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

EXPOSE DES MOTIFS

La France est engagée, comme ses voisins européens, dans un processus de transition démographique marqué par une croissance importante et continue des classes d'âge les plus élevées, ainsi que par une augmentation de la longévité des Français. Les personnes âgées de soixante ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Les Français âgés de soixante-quinze ans et plus (5,7 millions en 2012) seront 12 millions en 2060. Et le nombre des plus de quatre-vingt-cinq ans va quasiment quadrupler, passant de 1,4 million aujourd'hui à 5,4 millions en 2060.

Cette «révolution de l'âge», qui repose sur l'augmentation de l'espérance de vie, plus de quatre-vingt ans aujourd'hui en moyenne contre quarante-sept ans en 1900, constitue une chance. C'est également un défi majeur pour la société qui doit s'adapter dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et de santé et le plus longtemps possible de ce formidable progrès.

L'adaptation de la société française au vieillissement de la population constitue un chantier de longue haleine, pour de nombreux acteurs à la fois publics et privés, locaux et nationaux, associatifs et institutionnels, à commencer par les âgés eux-mêmes et leur entourage. La prévention de la perte d'autonomie constitue un enjeu aussi important que sa prise en charge. Le potentiel de développement économique induit par les consommateurs âgés, le logement, le caractère inclusif de la société, le respect des droits des âgés et la prise en compte de leur expression constituent eux aussi des aspects essentiels de l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Ce projet de loi d'orientation et de programmation vise à créer un cadre permettant à l'ensemble des acteurs concernés de se projeter dans l'avenir en anticipant la perte d'autonomie, en la prenant mieux en charge lorsqu'elle survient, et en adaptant la société au vieillissement. Il promeut une approche territoriale permettant d'appréhender les enjeux locaux et l'organisation des réponses par les acteurs en présence.

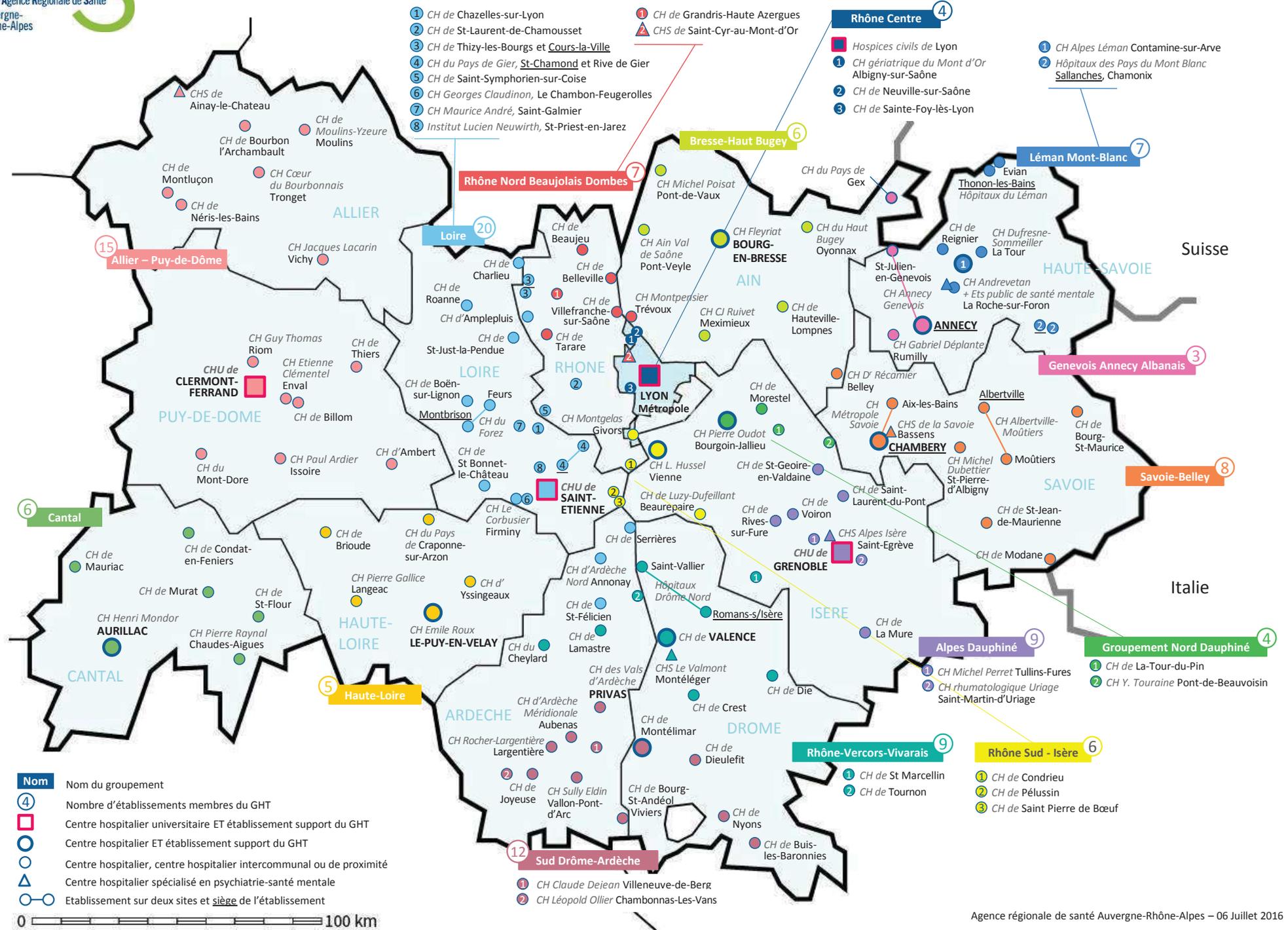
A cet égard, **l'article 1er** précise que « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».

L'approbation du rapport annexé fait l'objet de **l'article 2**. Ce rapport complète la présente loi de programmation et d'orientation et présente les orientations de l'ensemble des politiques publiques qui contribueront à répondre au défi de la révolution de l'âge. Il est structuré autour de quatre grands axes, l'anticipation et la prévention, l'adaptation de la société au vieillissement, l'accompagnement de la perte d'autonomie et la gouvernance nationale et locale des politiques de l'autonomie. Cette dynamique d'ensemble permet de porter un nouveau regard sur les âgés, de consacrer leur place, de reconnaître leur rôle fondamental dans la société et de saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi.

Source :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=7F85CA39A7918256AE7FEE5366873F52.tpdila12v_2?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=expose&typeLoi=&legislature=14

15 groupements hospitaliers de territoire en Auvergne-Rhône-Alpes



BILAN PROJET ETABLISSEMENT 2009 - 2014 - PROJET VIE SOCIALE			
OBJECTIFS	ACTION (S)	NIVEAU DE REALISATION	PERSPECTIVES
L , A C C U E I L L E S A M I L I D O U R R E M I S I L L E D E N T	Entrée du lundi au vendredi en début d'AM	Réalisé (mais pas facile de savoir avant)	En savoir plus avant le jour J
	Préparation et vérification de la chambre en amont	Pas toujours OK : il manque trop souvent certains éléments. Base : 1 fauteuil, 1 lit, 1 téléphone, 1 adaptable, 1 sonnette, 1 chaise, toutes les aides techniques, ...	Faire une check list ! Avoir du stock de matériel. (ATELIER)
	Le personnel du bureau d'accueil reçoit le résident et/ou sa famille pour les formalités administratives	Moyen : famille reçue mais pas forcément avec le résident (il arrive après ou est accompagné dans sa chambre), procédure à adapter selon l'état du résident. Cela prend du temps, beaucoup d'informations transmises sans compter les doléances et les difficultés à entendre pour un bon accueil	Prévoir un espace dédié pour recevoir le résident et sa famille ensemble.
	Le directeur d'établissement les reçoit à son tour pour signature du contrat de séjour	Christelle s'en occupe. Souvent le contrat est transmis et on laisse un temps pour lecture et signature. La directrice à ce jour programme un rendez-vous pour rencontrer le résident dans les jours/semaines qui suivent l'entrée	
	Le personnel de l'unité concernée accueille le résident (CDS, IDE et AS/ASH)	Différent aujourd'hui, avant les AMP étaient rattachées à des activités et animations désormais elles sont en charge de l'accueil. C'est le personnel du secrétariat qui les prévient quand la personne arrive et elle recueille les habitudes de vie, viennent ensuite les AS pour l'inventaire quand le linge est là et marqué!, elles donnent les explications sur le lieu, leur chambre, les horaires de repas et accueille les premières réactions (« ça fait tôt ! »)	
	Selon planning, l'agent référent facilite intégration, apporte des repères et répond aux attentes du résident. Idéalement il est présent le jour de l'entrée	Pas de référent, nommé rapidement... prévoir un renfort le temps de l'accueil pour éviter de bâcler. C'est souvent les AMP qui donnent les 1ers repères	Renfort en personnel le jour de l'entrée
	Installation du résident dans son lieu de vie (équipe et famille)	... Valider ou non meubles personnels	Suggérer aux familles d'apporter des meubles
	Présentation de l'organisation générale et les objectifs de l'unité	Cf. format papier, livret d'accueil	Info sur A4 avec les horaires de repas par exemple
	Résident et famille informées des Droits et libertés de la personne accueillie + livret d'accueil (à l'entrée)	Donné avant mais pas rappelé en chambre	
	Faire inventaire dans les 48h et organisation du marquage du linge avec la famille	Il faut attendre que tout soit étiqueté. Dur à faire le jour J car souvent linge pas marqué, entrée en urgence, problème de traçabilité	Demander aux familles d'anticiper l'étiquetage avant l'entrée
	Recueil des données (habitudes de vie, environnement habituel, liens familiaux/amicaux, animal de compagnie, antécédents sociaux/familiaux/ médicaux, choix médecin, choix du lieu d'hospitalisation)	Feuille créée par AMP et transmise aux AS/ASH le soir et renseignée dans PSI.	Prévoir d'anticiper la liste des MT et le choix, sensibiliser les familles.
	Jours suivants : visite complète de l'établissement par les animateurs, infos sur organisation des journées et prestations proposées, évaluation de l'autonomie pour une PEC adaptée et établir le plan de soins individuel	Ne le font plus... Laisser + de temps aux résidents. Montrer lieux où plannings affichés, étaler les infos sur la 1 ^{ère} semaine. PEC la 1 ^{ère} semaine pour faire le bilan et le plan de soins, cf. AMP. Suivi AMP pendant 2 semaines	Il faudrait créer un temps pour conclure : une semaine ou 15 jours après l'entrée (Cf. comme les GIR) Réunion bilan au bout de ces deux semaines avec AMP.
M E T T R E E T D E B L I S S V E M E N T D A N S	Mieux encadrer et développer l'animation : - Réunions de concertation avec l'équipe de direction, la cadre de santé pour fixer les grandes orientations - Développer le travail avec les bénévoles - Mobiliser les personnels soignants sur les projets d'animation (lien avec soignants) - Réunions entre les animateurs et les soignants - Développer les activités de loisirs les week-ends quand les animateurs sont absents	OK (à ce jour uniquement avec la directrice, responsable hiérarchique) OK (suivi + fiches de suivi dans PSI, qui ils prennent en charge + convention signée, bénévoles officiels, réunion annuelle avec les animateurs) Cela a été fait mais plus maintenant L'équipe hygiène en faisait le we mais terminé à ce jour (ils faisaient des petites sorties, des lotos, mots fléchés, ...)	Mettre des outils à disposition des agents le we. Prévoir chariots type activités flash, matériel de dessin,... pour les soignants et une formation interne Problème de temps et disponibilité (Cf. pas de renforts). Quand c'est possible le soir et le we temps musicaux
	Individualiser la PEC et développer la dimension thérapeutique des animations : - Mettre en place un recueil de vie (goûts, habitudes, libre choix de participer ou non, favoriser expression envies) - Développer la réflexion pluridisciplinaire - Maintenir un service aux personnes (courses si sans famille, déplacements, ...) - Développer une animation proche du soin (gym douce, jeux mémoire, stimulation cognitive)	Avant les AMP le faisait seules ou en lien avec les animateurs. « repas thérapeutiques » et/ou « repas convivial ». Il y avait toujours une activité les après-midi. Maintenant actions faites par des intervenants extérieurs. (Cf. médiation animale, musicothérapie) - Encore et toujours ! - Ok : courses, cimetière, ... Le rendre plus lisible, sortie CORA, association, événements sportifs - Activités physiques ok. (et en individuel aussi)	
	Pérenniser un programme distractif varié permettant le maintien de la socialisation des résidents : sorties extérieures, journées à thème, spectacles, fêtes, intergénérationnel, cérémonies de Pont Du Château	A développer en plus avec lien mairie pour que les familles puissent les accompagner	
A P R E S L E N D R E E L T I O	Enquête de satisfaction une fois par an en prévoyant recueil et analyse, communiquer ces données (CA, CVS, résidents et familles) lors des soirées à thème qui seront organisées	Toujours à faire : le logiciel existe ! (Sphinx) mais il faut former le personnel (en projet avec une stagiaire) + journées sur thème (pathologies) (à ce jour il est prévu d'en réaliser deux par an, une en avril et une en novembre)	
	Développer et faire vivre les instances : CVS, Commission des menus		
	Faciliter les échanges par une libre expression : organiser des réunions où familles et résidents posent leurs questions à l'équipe de direction et équipe soignante	mais ce sera officiel désormais (2 fois par an)	

BILAN PROJET ETABLISSEMENT 2009 - 2014 - PROJET HOTELIER			
OBJECTIFS	ACTION (S)	NIVEAU DE REALISATION	PERSPECTIVES
A M E L I O R E R L E C O N F O R T D E S R E S I D E N T S	Conditions d'hébergement : assurer la sécurité des personnes démentes en installant digicode aux entrées, vidéo-surveillance, espace jardin clos.	Installation de digicodes aux entrées + système anti-fugue avec bracelet	
	Conditions d'hébergement : équiper tous les lits d'adaptables fonctionnels	Réalisé	Veiller à faire un réassort tous les ans.
	Conditions d'hébergement : veiller à l'agencement des chambres et des salles de bain pour éviter un encombrement néfaste		Réaménagement des salles de bain Projet immobilier
	Conditions d'hébergement : améliorer la préservation de l'intimité des résidents dans les chambres doubles	Réalisé Pose de séparateurs de chambre dans les chambres doubles	
	Conditions d'hébergement : adapter la signalétique aux personnes "courbées" ou en fauteuil	En cours Diagnostic accessibilité réalisé en 2010	
	Conditions d'hébergement : équiper le jardin de bancs hauts et solides	Non réalisé : problème d'accessibilité aux espaces verts.	
	Gestion des repas : maintien d'une équipe de restauration au RDC midi et soir	Seul le repas du midi est maintenu au RDC	
	Gestion des repas : demande des résidents pour une plus grande présence de la direction au moment des repas : passer en salle au moment du repas du midi pour saluer les résidents et envisager un repas mensuel où des résidents seraient invités à déjeuner avec l'équipe de direction	Non Réalisé	
	Gestion des repas : faire en sorte que les animateurs prennent régulièrement leur repas à la table des résidents.	Non Réalisé	
	Gestion des repas : respecter l'équilibre alimentaire - Mise en place de la commission des menus	Réalisé Repas confectionné avec une diététicienne Mise en place d'une commission des menus	
	Gestion des repas : respecter le choix des résidents	Réalisé Fiche de goût et d'aversion alimentaire mise en place	
	Gestion des repas : adapter les textures aux capacités des résidents	Réalisé Les textures normales, mixées et hachées sont proposées	Manger main
	Gestion des repas : installation à table	Réalisé	Plan de table
	Gestion des repas : environnement calme, pas de télévision, musique douce et lumière adaptée	Réalisé	
	Gestion des repas : respecter le rythme et la durée des repas Petit déjeuner à partir de 8h - Déjeuner à partir de 11h30 - Collation à 15h - Dîner vers 18h30	Aménagement des horaires de repas pour limiter le jeûn nocturne : Petit-déjeuner à partir de 7h - Repas du midi à 12h et repas du soir à 18h15	
	Gestion des repas : les résidents qui le souhaitent peuvent participer au service du repas	Non Réalisé	
	Gestion des repas : menu affiché, commenté par les animateurs	Réalisé en partie Menu affiché	
	Gestion des repas : à la fin du repas, les résidents sont raccompagnés en chambre ou laissés en salle selon leur convenance	Réalisé	
	Gestion des repas : réalisé une enquête de satisfaction	Non réalisé	
	Gestion des repas : visite régulière du cuisinier en salle à manger et dans les étages	Non réalisé	
Gestion des repas : commission d'élaboration des menus	Réalisé Les menus sont faits par la diététicienne et le chef cuisinier		
Gestion des repas : tables décorées lors de certaines occasions	Réalisé		
Gestion des repas : croissant le dimanche	Réalisé		
Gestion des repas : faire un gâteau d'anniversaire tous les mois	Réalisé		
Gestion des repas : barbecue l'été	Non réalisé en 2015		
P R E V E N I R L E S T R O U B L E S N U T R I T I O N N E L S	Troubles nutritionnels : poursuite du projet nutrition débuté en octobre 2007	Non réalisé	
	Troubles nutritionnels : augmentation du temps de présence de la diététicienne à hauteur de 0,5 ETP	Réalisé	
	Troubles nutritionnels : rechercher les solutions possibles afin d'enrichir les apports alimentaires : poudre de protéine, lait en poudre, lait concentré	Réalisé	
	Troubles nutritionnels : acquisition de matériel ergonomique d'aide au repas	Réalisé	
	Troubles nutritionnels : développer les activités physiques pour faciliter l'absorption des médicaments	Réalisé Intervention du GE sport	
	Troubles de l'hydratation : mettre un pictogramme d'alerte dans la chambre du résident	Réalisé	
	Troubles de l'hydratation : achat de récipients ergonomiques	Réalisé	
A M E L I O R E R P R E S T A T I O N N E L S	Prise en charge du linge du résident : référent soignant	Non réalisé	
	Prise en charge du linge du résident : mieux communiquer avec les familles sur la nécessité d'un trousseau adapté	Non réalisé	
	Prise en charge du linge du résident : veiller à l'étiquetage des vêtements des résidents	Réalisé en partie	
	Satisfaction des résidents : faire remplir un fois par an un questionnaire de satisfaction et l'analyser	Non réalisé	
	Satisfaction des résidents : faire vivre les instances	Réalisé	
Satisfaction des résidents : organiser des réunions avec les familles	Réalisé		

BILAN PROJET ETABLISSEMENT 2009 - 2014 - PROJET MEDICAL				
OBJECTIFS	ACTION (S)	NIVEAU DE REALISATION	PERSPECTIVES	
L ' E S A N C T C C U O M R M E I P D S A I E G C R N A E L M	Liberté de choix du médecin traitant Sécuriser les prescriptions et la gestion du médicament	Réalisé Les ordonnances sont rédigées dans le logiciel PSI et le livret thérapeutique mis en place par la pharmacie à usage interne est globalement bien utilisé par les médecins prescripteurs. L'objectif est atteint avec la mise en place de la PUI.		
	Favoriser l'intervention du personnel médical et paramédical	En partie réalisé Convention signée avec le CMP G. MONTPIED pour l'intervention d'un psychiatre tous les mois Intervention des kinésithérapeutes sur prescription médicale Signature d'une convention HAD	Augmentation du temps de psychiatre au regard des caractéristiques de la population accueillie	
C A P A C P I R T E E S E R D V E S R R L E S S I D E N T S	Maintenir l'autonomie mictionnelle : accompagnement aux toilettes à heures régulières, rester à l'écoute des demandes des résidents, être attentifs aux difficultés de locomotion, d'habillage, de verbalisation des besoins, détection précoce des troubles de l'élimination.	En partie réalisé	Sensibilisation du personnel soignant afin de préserver au maximum la continence, discussion avec le médecin de prescription de rééducation fonctionnelle par kinésithérapie spécialisée.	
	Maintenir l'autonomie mictionnelle : accompagnement psychologique de l'incontinence	En partie réalisé		
	Maintenir l'autonomie mictionnelle : Rechercher systématiquement les causes évidentes de l'incontinence. Une stratégie est élaborée en équipe pluridisciplinaire.	Non réalisé		
	Prévenir les troubles nutritionnels et de l'hydratation en lien avec la diététicienne. Les menus doivent être adaptés aux besoins, des compléments nutritionnels oraux peuvent être prescrits et les textures sont adaptées individuellement. Les troubles nutritionnels ont des causes variées (démence, états infectieux ou inflammatoires, difficultés à l'alimentation, affections digestives) Les conséquences sont multiples : perte musculaire, perte d'autonomie, chutes, fractures, escarres, constipation. L'évaluation de l'état nutritionnel est conduite par la diététicienne en collaboration avec les médecins. Lorsqu'est constatée une perte d'appétit chez un résident, une fiche de surveillance de l'alimentation est mise en place, les résultats sont interprétés par la diététicienne qui les transmet au médecin pour éventuelle prescription des compléments alimentaires. Enrichissement des apports alimentaires (fromage, lait, poudre de protéines, crèmes aux œufs). Matériel ergonomique adapté à la prise des repas : en cours d'acquisition.	Réalisé en grande partie L'objectif d'augmenter le temps de présence de la diététicienne a été atteint.		
	Les troubles de l'hydratation : besoins quotidiens en eau (boissons et apports par l'alimentation) : 1,5 à 2 litres par jour.	La lutte contre la déshydratation au sein de l'établissement passe par plusieurs actions menées. Les signes de déshydratation sont connus et consultables facilement, possibilités d'eau gélifiée pour les personnes présentant des troubles de la déglutition aux liquides et eau gazeuse. Des carafes et verres sont disponibles dans les chambres. Des fiches de consignes et plan canicule existent en cas de forte chaleur. Lors des transmissions, l'alerte est donnée dès qu'est constaté un changement de comportement ou un signe évocateur de déshydratation concernant un résident, les mesures sont alors mises en place et si la situation le nécessite, la prescription de perfusions peut être réalisée par le médecin traitant. Objectifs proposés réalisés : augmentation du temps de présence de la diététicienne, courbe de poids (pesée de chaque résident 1 fois par mois). Un bilan biologique de nutrition (albuminémie corrélée au dosage de la CRP et pré-albuminémie) est demandé au minimum une fois par an et plus souvent si évènement à risques de dénutrition. Le déplacement d'un dentiste à l'EHPAD était souhaité, ce qui est le cas actuellement.		
	Respect du sommeil : respecter les habitudes des résidents (horaires de lever et coucher, rites, rythme veille/sommeil, installation au lit, lutte contre les troubles du sommeil et prévention de l'insomnie, sécuriser le résident la nuit).	En partie réalisé		
Travail sur les capacités motrices Mobilisation régulière des résidents (kiné, motricien...) Augmenter le temps de présence de l'ergothérapeute Parcours de marche à l'extérieur Matériel adapté en quantité suffisante.	Partiellement réalisé			
P R E V E N T I O N	Prévenir les chute et la contention	Partiellement réalisé La prévention des chutes ne justifie pas le recours systématique à une contention. Elaboration d'un protocole de prévention des chutes : non fait. Fiche de déclaration de chute systématique : réalisée Evaluer le risque de chute à l'entrée : par le motricien et médecin. La contention physique doit rester exceptionnelle, limitée dans le temps, réalisée sur prescription médicale. Actions : outils appropriés à l'installation (auteuils adéquats...), maintien de la déambulation, mise en place de barrières de lit sur prescription médicale après réflexion en équipe.		
	Soins palliatifs, accompagnement en fin de vie	Accompagnement au sein de l'EHPAD jusqu'au bout en privilégiant les soins de confort Accompagnement de la famille avec possibilité de présence continue. Connaissance et respect des souhaits du résident.		
	La douleur	Sensibilisation des équipes à reconnaître les signes de douleurs physique et/ou morale. Transmissions aux professionnels Evaluation des traitements mis en place Présence d'une psychologue pour l'accompagnement de la douleur morale Convention avec une équipe de soins palliatifs.	Objectifs et actions à mettre en œuvre : Outil d'évaluation de la douleur (échelle visuelle, numérique) : non utilisée en systématique Temps supplémentaire de psychologue Formation sur la douleur élargie à tout le personnel soignant : non atteint Formation toucher-massage : en cours de réalisation	

PROJET D'ETABLISSEMENT - BILAN PROJET SOCIAL 2009 -2014

OBJECTIF GENERAL	SOUS OBJECTIF	DECLINAISON OPERATIONNELLE	INDICATEURS	FAIT	EN COURS	NON FAIT	COMMENTAIRES	
ORGANISATION DES EQUIPES DE SOINS	ORGANISATION DES UNITES D'HEBERGEMENT	ELABORATION DES FICHES DE POSTE ET D'ACTIVITES	DEFINIR LES ROLES			X	Plus des fiches des tâches Sans distinction de tâches AS et ASH Nouvelles fiches de tâches à afficher dans les lieux de travail des agents	
			AFFICHEES DANS OFFICES			X	Fiches de tâches non connues	
			REEVALUEES			X		
			POLYVALENCE			X	En mode dégradé	
		ORGANISATION DU TRAVAIL	CRÉER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL STRUCTURE	FORMALISATION DE L'ENVIRONNEMENT MATERIEL		X		Travail réalisé mais n'a pas duré Pas de retour suffisant sur les objectifs fixés entre les réunions Pose la question du cadre
				CALENDRIER DES ACTIVITES A REALISER : FORMALISATION			X	Le travail n'est pas complètement formalisé Mise en place de référents Procédure
				REALISATION DE PROCEDURES		X		A commencé Début avec équipe hygiène : animation le dimanche midi
				POLYVALENCE ET DECOISSONNEMENT	X			Pas consulté régulièrement Pas présentés aux nouveaux arrivants
				PRESENCE IDE 7H/19H30 : RENFOR	X			Revenu en arrière 7,8 ETP
				PRESENCE AS 24H/24	X			
	EVALUER LA CHARGE DE TRAVAIL	ETAT DES LIEUX REGULIERS DES AC	RENFORCEMENT DES EFFECTIFS AS	X			Effectifs AS n'ont pas bougé	
			CREATION POSTE IDE DE NUIT			X		
			REUNIONS REGULIERES UNITES D'H	X			Arrêté quand les équipes ont tourné	
				X			Mise en place sur la base du volontariat - Pas de formalisation	
	DEFINIR LES PRIORITES DE FORMATION	CONNAISSANCE DU VIEILLISSEMENT			X		Simulation ...	
		MALADIES D'ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES			X		Limite sur la réappropriation des choses apprises dans le travail	
		RELATION COMMUNICATION AVEC RESIDENT ET ENTOURAGE			X			
		MALTRAITANCE ET VALEURS DE SOINS			X			
		ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE			X			
		TROUBLES DU COMPORTEMENT			X			
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR				X				
SOINS D'ESTHETIQUES				X				
GESTES D'URGENCE				X				
MANUTENTION ET ERGONOMIE				X				
TOUCHER-MASSAGE			X					
SOINS DE PEDICURIE			X					
LUTTER CONTRE L'USURE PROFESSIONNELLE	VALUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES		Auto-audit			X	Par évaluation externe et interne	
	ORISER LES COMPETENCES PAR LA FORMAT	POURSUIVRE LE PLAN DE FORMATION			X			
		INFORMATION DU PERSONNEL SUR LA FORMATION			X			
	VALORISER LES COMPETENCES PAR L'ENCADREMENT ET L'EVALUATION	AIDE A LA CONSTITUTION DES DOSSIERS				X		Ce qui avait bien marché : réunion d'information sur la vie de l'établissement (instances - RH)
		REALISATION DES ENTRETIENS PROFESSIONNELS		QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION		X		
	MOTIVER LES AGENTS	REMERCIER LES AGENTS		IDENTIFICATION DES BESOINS DE FORMATION		X		Absence de lisibilité sur les formations retenues Acpt sur le choix de formation
		COMMUNIQUER AVEC L'EXTERIEUR		ORGANISER DES TEMPS CONVIVIAUX	X			M. Gomez : moments conviviaux : dégustation ...
		ECHANGES PONCTUELS AVEC AGENTS AUTRES ETABLISSEMENTS			X			Journée porte ouverte : 1X
		REFLEXION SUR LA MOBILITE INTERNE				X		A mettre dans plan de formation
	QUALITE DE VIE AU TRAVAIL / ECOUTE DES BESOINS / AMELIORATION DES CONDITIONS MATERIELLES	REALISER UNE ENQUETE ANNUELLE SUR LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL			X			Une fois - A voir avec le CHSCT
METTRE EN PLACE UN LIVRE D'OR POUR AGENTS / RESIDENTS / FAMILLES				X			Mis en place - Pas connu	
FORMER LES PERSONNELS A LA GESTION DU STRESS				X			Sous la forme de formation	
PROTEGER LES PERSONNELS (VIDEOSURVEILLANCE)					X		Installation de caméras factices	
VIE SOCIALE ET COMMUNICATION	FONCTIONNEMENT ET CONNAISSANCE DES	INFORMER LES PERSONNELS SUR LE ROLE DES INSTANCES			X			
		AFFICHAGE DES COMPTES-RENDUS			X			
		RENFORCER LIEN ENTRE LA DIRECTION ET LES INSTANCES				X		?
	MIEUX COMMUNIQUER	OUVRIRE UNE BOITE A IDEES ET EXPRESSIONS				X		
		DIFFUSER INFORMATIONS EN MEME TEMPS QUE LA FICHE DE PAIE				X		
		DEVELOPPER L'OUTIL INFORMATIQUE		CREATION SITE INTRANET			X	
		ORGANISER DES SOIREES A THEME (2 PAR AN)					X	
	AMELIORER ACCUEIL ET INTEGRATION DES PROFESSIONNELS	FORMER LES PERSONNELS A LA PRISE DE PAROLE EN PUBLIC					X	
		ETENDRE LA FICHE DE POSTE A TOUTES LES CATEGORIES DE PERSONNEL					X	
		REDIGER UN LIVRET D'ACCUEIL POUR LES AGENTS			X			
REDIGER L'ORGANIGRAMME				X				
ACCUEIL DES NOUVEAUX AGENTS A LA PRISE DE POSTE		AVANT PRISE DE POSTE : DEUX ENTRETIENS + REMISE DOC ECRIT					X	Mais remise de doc
		VISITE MEDICALE D'EMBAUCHE			X			
		REMISE DES DOCUMENTS			X			
	A LA PRISE DE POSTE : DOUBLURE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL						Pas toujours fait	
PRESENTATION DE LA FICHE DE TACHES					X			
VISITE DE L'ETABLISSEMENT			X					
ENTRETIEN DEBRIEFING 1 MOIS APRES			X					
ORGANISER DES FORMATION INTERNE POUR LES NOUVEAUX AGENTS						Pas toujours		
METTRE EN PLACE PROTOCOLE D'A			X			Mais pas par rapport aux équipes		

BILAN PROJET ETABLISSEMENT 2009 - 2014- PROJET DE SOINS			
OBJECTIFS	ACTION(S)	NIVEAU DE REALISATION	PERSPECTIVES
E R V A N T L O J I U S Q U E R E S	Conduire une évaluation interne à partir du référentiel ANGELOQUE.		
	S'inscrire dans une démarche d'évaluations régulières et se préparer à une évaluation externe.	Evaluation externe réalisée en 2012 et restitution à l'ensemble des agents	
A C C O M P E R S O N N E L I E S T E R E S T I D R E N T S P E C T A M A N S I E R E	Relations et Communication	Établir une communication adaptée à la personne et à son entourage en tenant compte des déficits moteurs, cognitifs et/ou sensoriels du résident et des particularités familiales. Favoriser la communication entre résidents, entre résidents et familles, entre agents et résident et entre agents et familles. - Développer la fonction de « référent » - Apprendre à utiliser la communication non verbale (attitudes, toucher, regard)	recrutement de 3 AMP Temps de Psychologue et de Psychiatre Formations spécifiques
	Hygiène corporelle et image du corps	Afficher un protocole hygiène dans les salles de bains. Effectuer un recensement des habitudes de vie les bains assurent relaxation et prévention des rétractions. Soins de pédiatrise par un personnel de l'établissement Soins d'esthétique (soins du visage, manucure...) par les soignants (établissement achète/sera des pinces à épiler, du maquillage, des crèmes...)	formation au logiciel de soins PSI qui permet la réalisation d'un recensement des habitudes Une nouvelle baignoire pourrait améliorer ce soin AS formée fournis des soins de pédiatrise ponctuellement + Soins esthétiques + local aménagé
	Culture et animation	Mieux encadrer l'animation - Réunions de stratégie + Réunions d'organisation - Développer le travail avec les bénévoles (prédaction d'un « contrat ») - Mobiliser tous les personnels sur les projets d'animation (l'animation est l'affaire de tous) Personnaliser la prise en charge et développer la dimension thérapeutique des animations Pérenniser un programme distrayant varié permettant le maintien de la socialisation	existence d'un contrat pour les activités bénévoles compte-rendu des différentes réunions de concertations « ambiance » de l'établissement + réponses dans questionnaire de satisfaction Les ateliers thérapeutiques sont irréguliers
	Améliorer la prise en charge nocturne des résidents	<u>Sécuriser les nuits</u> Actuellement seuls deux agents sont présents la nuit pour 3 niveaux d'hébergement et 112 résidents. La sécurité n'est pas correctement assurée. Il est indispensable d'avoir une permanence de 3 agents présents la nuit. <u>Respecter le sommeil</u> Un bon sommeil est indispensable pour préserver la qualité du temps d'éveil. - prévenir l'insomnie - respecter les habitudes et rites du résident - éliminer les bruits <u>Prévenir les chutes nocturnes</u> - sécuriser la chambre (enlever les chariots ou autres matériels) - prescrire avec discernement les barrières de lit - mettre des veilleuses dans les salles de bains	Étudier l'opportunité d'une vidéosurveillance postes de nuit recrutés bruits récurrents en fin et prise de poste + absence de repères des cycles de nuit du résident respect du sommeil dans le cadre du suivi de l'incontinence + mise en place de paravent fauteuil roulant mis dans la salle d'eau + absence de veilleuse + sols glissants
M A I N T E N I R L A U T O N O M I E	Transferts – Déplacements – Mobilisation	Préserver l'autonomie, les capacités motrices et la liberté du résident : lever systématique sauf contre-indication médicale, stimulation à la marche, choix de matériels adaptés, prévention des escarres, prescriptions de contention régulièrement révisées... Étudier les chutes et élaborer un protocole de prévention Évaluer le risque de chute de manière systématique à l'entrée et pendant le séjour Poursuivre les formations en ergonomie et manutention et les formations aux gestes d'urgence	postes d'AMP recrutés : 3 ergothérapeute non psychomotricien : non + recrutement d'un moniteur ASPA résultats d'une étude de prévalence des chutes non connue + groupe de travail sur les chutes ASPA + rédaction d'une fiche sur les chaussants plan de formation : aide à la marche et risque de chutes
	Élimination	<u>Respecter la continence</u> - accompagnement régulier aux toilettes, y compris la nuit - être à l'écoute des demandes, attentif aux difficultés - détecter rapidement les troubles pour mise en place d'un accompagnement adapté Surveiller la constipation fiche de suivi pour tout résident à risque Accompagner l'incontinence accompagnement psychologique adaptation des protections information (du résident, de sa famille) adaptation de la prise en charge au fur et à mesure de l'évolution (discute avec les médecins la prescription de rééducation fonctionnelle)	7 ETP actuellement Existence d'une fiche de suivi dans le dossier résident Suivi PSI pour tous les résidents logiciel ABEANA - informations aux résidents et familles - délai d'attente pour mise aux WC trop long
	Projet de soins individualisé (plan de soins personnalisé)	Disposer d'un dossier médical complet et le saisir en informatique Discuter avec les médecins traitants pour prévenir l'iatrogénie médicamenteuse suivre régulièrement les besoins et l'évolution des pathologies : formaliser un bilan quotidien pendant la première semaine, puis hebdomadaire pendant le premier mois, puis mensuel Réactualiser les plans de soins de manière régulière (qui – quand – comment) Systématiser le bilan cognitif à 1 mois de l'entrée Former les personnels à l'utilisation du logiciel PSI (dossier de soins informatisé)	Existence d'une fiche de relevé des besoins et de suivi de l'évolution des pathologies Dossier PSI rempli par tous les personnels : en partie (progression sur les transmissions) Bilan cognitif présent dans le dossier médical : en grande partie
P R I S E E N C O M P T E D E S T R O U B L E S D U C O M P O R T E M E N T	Prise en charge spécifique des troubles du comportement	Identifier les causes différencier les troubles : traits de caractère, réactions face au vieillissement, états dépressifs, troubles psychiatriques anciens ... Apprendre à communiquer avec les résidents atteints Organiser des réunions de formation/information conduites par le médecin psychiatre à l'intention des personnels et des familles	Plan de formation Existence de réunions coordonnées par psychologue et/ou psychiatre
	Prise en charge spécifique des démences de type Alzheimer	Adapter la prise en charge (soins de base évalués et adaptés en fonction des possibilités du résident) Adapter les activités : ateliers d'activités cognitives, mobilisation physique, massages, espace de détente de type Snoezelen (toucher massage, espace détente) Permettre la déambulation dans un espace protégé Développer le projet de construction d'un nouveau bâtiment	
	Projet Nutrition/Hydratation	Poursuivre le travail débuté en octobre 2007 - Relevés réguliers et traitement des données : - Courbes de poids - Indice de masse corporelle - Rechercher les solutions d'enrichissement des apports alimentaires - Créer un pictogramme d'aide à placer dans la chambre des résidents à risque de déshydratation	Suivi nutritionnel à chaque admission et MAJ par la diététicienne Complémentation organisée - fiches de suivis
	Surveiller l'état dentaire et buccal	Vérifier et faire suivre régulièrement la dentition des résidents. - développer l'hygiène buccale - Envisager le déplacement d'un dentiste dans l'établissement pour un suivi des résidents qui ne peuvent pas se rendre au cabinet dentaire.	
A S S U R E R L E N T E M E N T D E S N E C E S S I T E S	Acquérir du matériel ergonomique d'aide au repas	Achat de récipients ergonomiques pour faciliter la prise des liquides	Fournitures achetées Réévaluation nécessaire : Prestation hôtelière et technique d'aide au repas à revoir
	Développer les activités physiques pour faciliter l'absorption physiologique des nutriments	Réunions de concertation : type « commission des menus » Maintenir aussi longtemps que possible la salle à manger du rez-de-chaussée Relayer régulièrement l'opinion des résidents concernant la prestation repas Développer les « repas fête » (repas à thème : raclettes, potes, crêpes, tartiflettes...)	Poursuivre le travail de collaboration avec la diététicienne pour l'équilibrage des menus Discuter les menus avec les résidents Adapter les textures aux capacités du résident Repas servi uniquement à midi au RDC Enquête de satisfaction
	Concilier une offre alimentaire équilibrée et une prise en compte des attentes des résidents	Mener une réflexion sur les pratiques professionnelles visant à identifier les comportements de bientraitance au regard des 14 besoins de V. Henderson et en référence à l'Étique. Créer et afficher des pictogrammes pour sensibiliser les personnels sur les situations à risque. Élaborer une charte de bientraitance	Existence d'une charte de bientraitance signée des personnels, affichée dans l'établissement : non, mais réalisation d'une charte des valeurs en 2013 Absence de politique dans la structure : plan de formation annuel sur la bientraitance
	Douleur	Écrire un protocole pour la prise en charge de la douleur la nuit Formaliser un outil d'évaluation de la douleur (échelle de type « verbale analogique » ou « visuelle simplifiée ») Poursuivre les formations Disposer du kit douleur qui devrait être disponible auprès de la DRASS développer les relations avec l'équipe mobile généraliser la formation au toucher-massage à visée relaxante et antidouleur	Protocole existant non réactualisé sur la douleur Choix d'outil empirique (présent dans PSI) Formation annuelle KIT MOBILQUAL non développé
B I E N E T R A I T A N C E D E S D O U L E U R E T E S	Fin de Vie	disposer du kit soins palliatifs (idem que kit douleur ci-dessus) développer les relations avec l'équipe mobile « Palla dom » (faire vivre la convention) Mieux informer les autres résidents Mieux informer les familles (notamment, renforcer les conseils pour les démarches à effectuer en cas de décès)	Convention existante : palla dom, HAD 63, HAD AURA informations délivrées par des affiches