



Projet d'établissement

2008-2012

EHPAD du Docteur Robert
18, rue Rencontre
56380 GUER

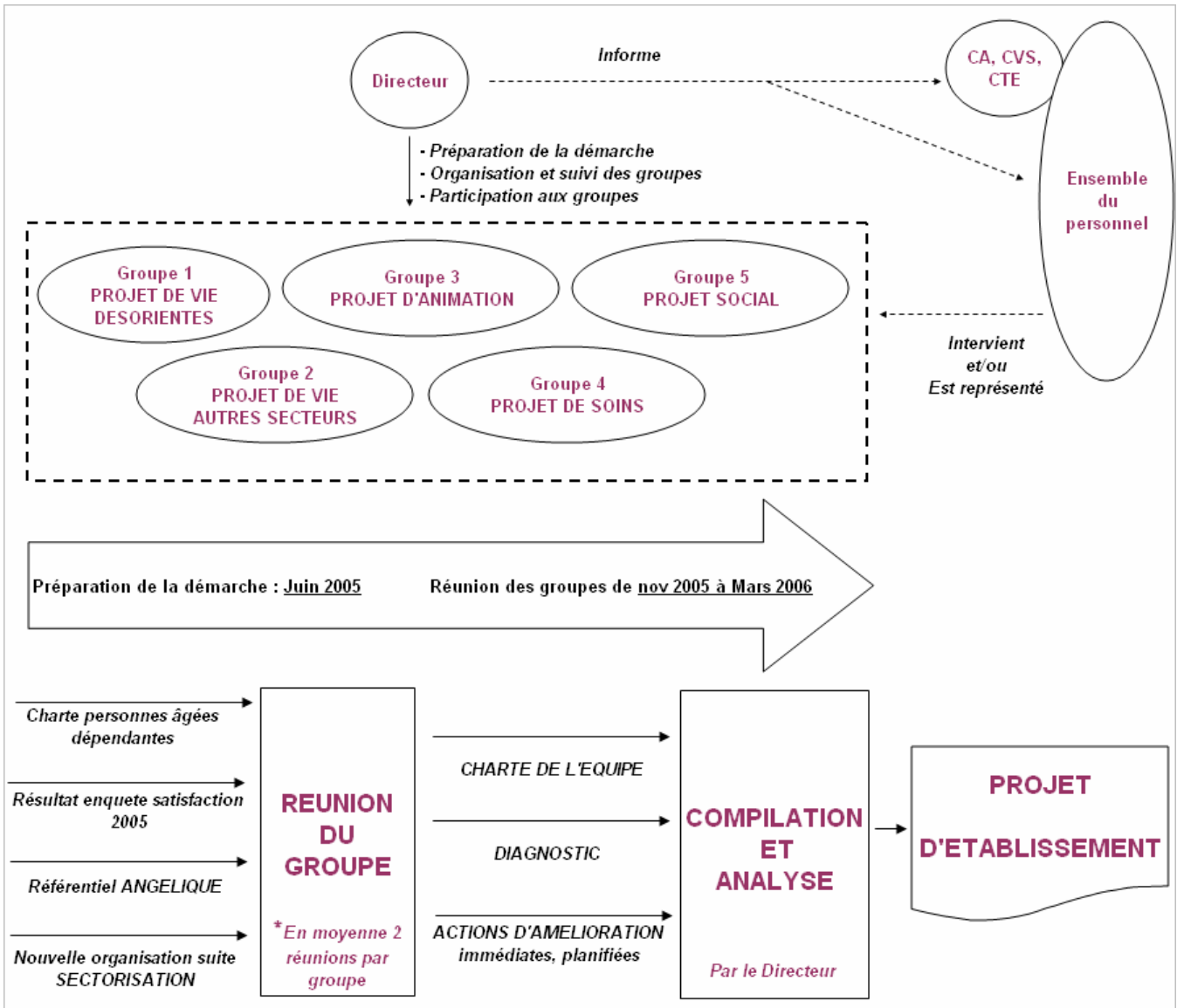
Avis du CTE du 22.10.2007
Avis du CVS du 24.10.2007
Adopté par le CA du 25.10.2007

SOMMAIRE

1. L'ETABLISSEMENT	5
1.1. INTRODUCTION	5
1.2. PRESENTATION DETAILLEE ET INDICATEURS	6
1.2.1. FICHE D'IDENTIFICATION	6
1.2.2. CAPACITE	7
1.2.3. DESCRIPTION DES LOCAUX	7
1.3. POPULATION ACCUEILLIE	8
1.4. EVOLUTION DU PRIX DE JOURNEE* A LA CHARGE DU RESIDENT	11
2. ENVIRONNEMENT EXTERNE	12
2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.2. DEMOGRAPHIE LOCALE	13
2.3. TAUX D'EQUIPEMENT « ACCUEIL DES PERSONNES AGEES »	15
2.4. ORIENTATIONS GERONTOLOGIQUES LOCALES	16
3. ENVIRONNEMENT INTERNE	17
3.1. ANALYSE FORCES FAIBLESSES OPPORTUNITES MENACES DE L'ETABLISSEMENT	17
3.2. SYNTHESE DE L'ENQUETE DE SATISFACTION ANNUELLE	18
3.2.1. RESULTATS GLOBAUX DE L'ENQUETE « RESIDENTS »	18
3.2.2. RESULTATS GLOBAUX DE L'ENQUETE « FAMILLES »	18
4. POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	19
4.1. MISSION DE L'ETABLISSEMENT	19
4.2. POLITIQUE GENERALE	19
5. PROJET DE VIE	20
5.1. PROJET DE VIE DES SECTEURS COQUELICOTS, MYOSOTIS, JONQUILLES ET NARCISSSES	20
5.1.1. CHARTE DES EQUIPES	20
5.1.2. ACTIONS D'AMELIORATION	21
5.1.2.1. Accueil	21
5.1.2.2. Projet d'animation	22
5.1.2.3. Bientraitance	24
5.1.2.4. Relations avec les familles	25
5.1.2.5. Projet de vie individualisé	26

5.2. PROJET DE VIE DU SECTEUR « CHEMIN DU MUGUET »	27
5.2.1. CHARTE DE L'EQUIPE	27
5.2.2. ACTIONS D'AMELIORATION	28
5.2.2.1. Accueil	28
5.2.2.2. Bientraitance	28
5.2.2.3. Sécurité des personnes et des Biens	30
5.2.2.4. Relations avec les Familles	30
5.2.2.5. Projet de vie individualise	30
5.3. PROJET DE VIE DES STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT CLASSIQUE	32
5.3.1. PROJET DE VIE DE L'ACCUEIL DE JOUR	32
5.3.2. PROJET DE VIE DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	35
<u>6. PROJET DE SOINS</u>	<u>37</u>
6.1. INTRODUCTION	37
6.2. MANAGEMENT DES SOINS	37
6.3. MEDECIN COORDONNATEUR	37
6.4. PERMANENCE ET CONTINUITE DES SOINS	38
6.5. CIRCUIT DU MEDICAMENT	39
6.6. REALISATION DES SOINS	40
<u>7. PROJET SOCIAL</u>	<u>41</u>
7.1. DONNEES SOCIALES	41
7.2. ORGANIGRAMME DE L'ETABLISSEMENT	44
7.3. LES ORIENTATIONS	45
7.3.1. MANAGEMENT OPERATIONNEL	45
7.3.2. ECOUTE DU PERSONNEL	45
7.3.3. RISQUES PROFESSIONNELS	46
7.3.4. ACCUEIL ET SUIVI DU PERSONNEL	46
7.3.5. FORMATION CONTINUE	47
<u>8. PROJET QUALITE</u>	<u>48</u>
8.1. INTRODUCTION	48
8.2. STRUCTURATION ENVISAGEE DE LA DEMARCHE QUALITE	49
<u>9. PROJET ARCHITECTURAL</u>	<u>50</u>
<u>10. MODALITES D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT</u>	<u>51</u>
<u>11. CONCLUSION</u>	<u>52</u>

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

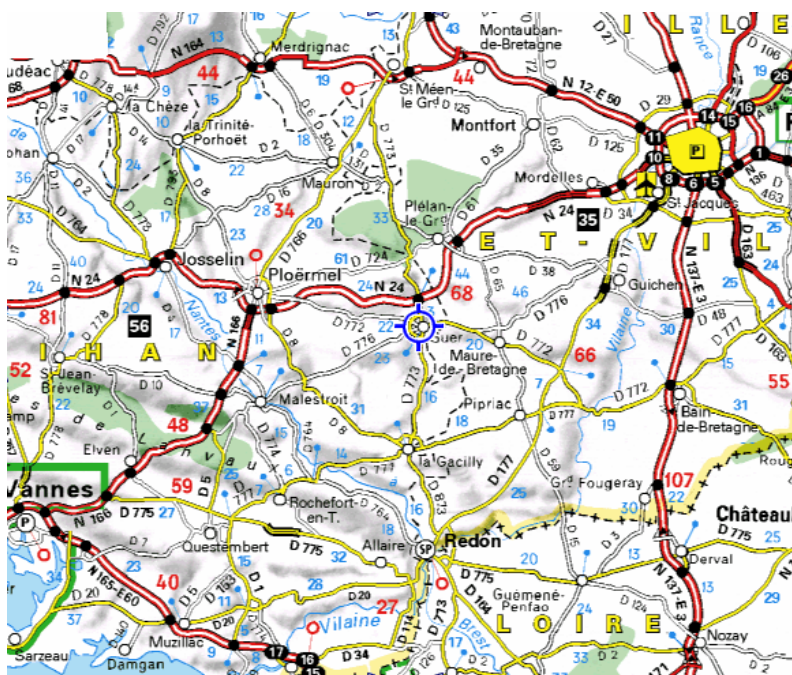


1. L'ETABLISSEMENT

1.1. INTRODUCTION

L'EHPAD du Dr Robert accueille **65 résidents** en hébergement permanent, dont **10 dans une unité spécifique pour personnes désorientées**. Il propose **2 places en accueil de jour**, **2 places en hébergement temporaire (depuis le mois de mai 2006)** et **2 places en accueil nuit/jour depuis 2007**.

L'établissement est situé dans la commune de **Guer**, dans le département du Morbihan. La commune de Guer se trouve en bordure sud-est du pays de Plœrmel.



Guer se trouve à :

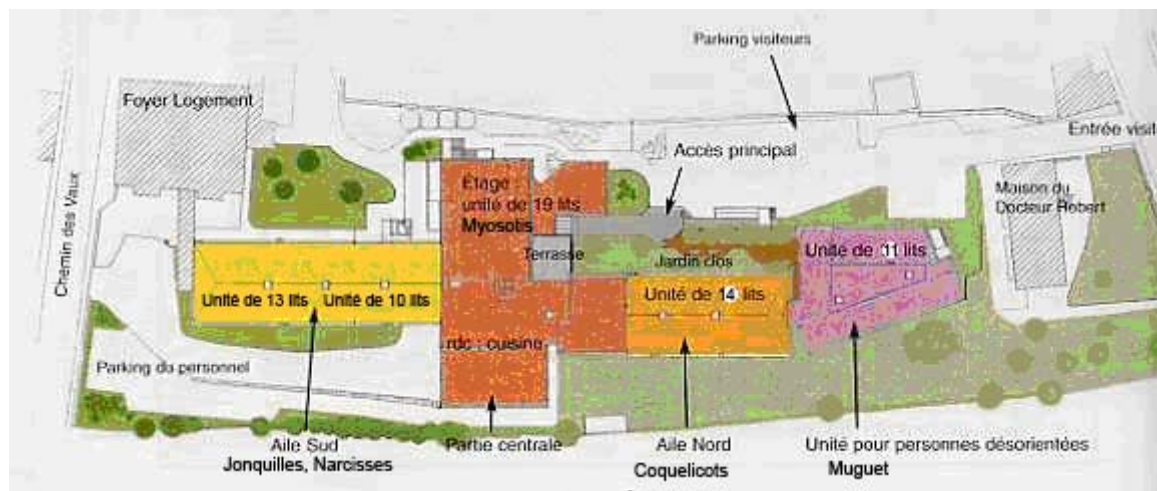
- 45 km de Rennes
- 60 km de Vannes
- 30 km de Redon
- 110 km de Nantes

D'un **point de vue historique**, le terrain sur lequel a été construite la Maison de Retraite avait été légué à la ville de Guer par Monsieur le Docteur et Madame ROBERT afin d'y ériger un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.

Le bâtiment principal a été inauguré en 1970. Sa capacité permettait l'accueil de 50 personnes âgées. Il était alors constitué de deux allées où se répartissaient 36 chambres : 22 chambres à un lit, 14 chambres à deux lits d'une part et d'un noyau central regroupant l'administration, la salle à manger et le salon, la salle de soins, la cuisine, les services généraux d'autre part. Des travaux de rénovation ont été réalisés en 1991.

D'avril 2000 à mars 2002, un vaste projet de restructuration et d'extension a été réalisé. Il a permis, outre l'adéquation de l'établissement avec son projet de vie, l'accroissement de la capacité d'accueil à 65 places dont 11 destinées à des personnes désorientées.

Le plan de l'établissement est le suivant :



1.2. PRESENTATION DETAILLEE ET INDICATEURS

1.2.1. Fiche d'identification

Raison Sociale de l'établissement :	EHPAD du Dr ROBERT
Code FINESS	56 000 2396
Adresse	18, rue Rencontre, BP 42 56382 GUER Cedex
Téléphone / Fax / Mail / Site internet	Tel : 02 97 22 01 10 Fax : 02 97 22 10 43 ehpadguer@megalix.org www.mdrguer.fr.st
Nature juridique de la structure	Etablissement public autonome
Président du CA	M. Jean-Luc BLÉHER, Maire de Guer
Directeur	M. Michel BARBÉ
Identification du propriétaire des locaux	EHPAD de Guer

1.2.2. Capacité

	Héberg perman.	Accueil de jour	Héberg temp	Accueil de nuit	TOTAL
Nombre de lits / places autorisées	65	2	2	2	71
Nombre de lits / places installées	65	2	2	2	71
Places habilitées à l'aide sociale	65				
Taux d'occupation	2003	2004	2005	2006	
	99,7 %	99,7 %	99,7 %	99,3	
DMS en années	3,5	4,5	2,6	4,5	

Commentaires :

La DMS a tendance à baisser légèrement. Le turn-over a tendance à augmenter. Au 31 décembre 2006, 69% des résidents sont présents depuis moins de 5 ans.

1.2.3. Description des locaux

Superficie au sol des bâtiments	2 550 m2	
Date(s) de construction des locaux	1970	
Conformité incendie	Avis favorable de la commission de sécurité dernier passage le 29/6/04	
Nombre d'étages	1	
Nombre d'ascenseurs	1	Accessible pers. handic : oui

Total chambres*	Quantité	1 lit	2 lits	> 2 lits	Total
		Taux	49	10	-
		83 %	17 %	-	100 %
Chambres simples	Quantité	< 18 m2	18-22 m2	> 22 m2	Total
		-	49	-	49
Chambres doubles	Quantité	< 22 m2	27 m2	> 35 m2	Total
		-	10	-	10

(*) dont les deux chambres individuelles destinées à l'hébergement temporaire et la chambre à 2 lits pour l'accueil de nuit

Commentaires :

- 100% des chambres sont équipées d'un cabinet de toilette intégré (WC+douche).
- 100 % des chambres sont équipées de lits à hauteur variable.

1.3. POPULATION ACCUEILLIE

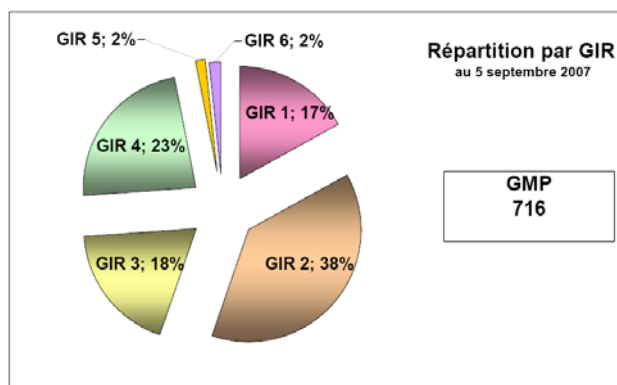
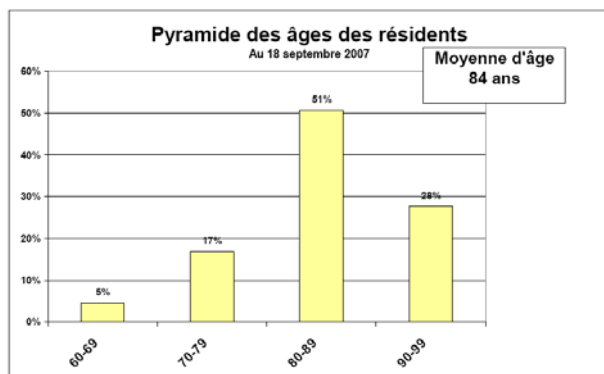
Données actualisées au 31 décembre 2006

Résidents accueillis	Hommes		Femmes		Total	
	Nbre	22	43	65		
	Taux	34 %	66 %	100 %		
Age moyen	81 ans	84 ans	83 ans			

Pyramide des âges des résidents	60-69		70-79		80-89		90-100		> 100	
	Nbre	3	11	33	18	-				
	Taux	5%	17%	51%	28%	-				
Evolution âge moyen	2003		2004		2005		2006			
	82 ans		83 ans		82 ans		83 ans			

Age moyen de l'entrée	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	81 ans	82 ans	85 ans	81 ans	83 ans	86 ans

GMP	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4		GIR 5		GIR 6	
	Nbre	11	25	12	15	1	1					
	Taux	17%	38%	18%	23%	2%	2%					
Evolution GMP (du mois de septembre)	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	638		633		650		657		643		713	



		Commune de Guer	Canton hors Guer	Départem 56 hors canton de Guer	Autre Dept
Origine géographique des résidents	Nbre	29	16	2	18
	Taux	45%	25%	3%	28%

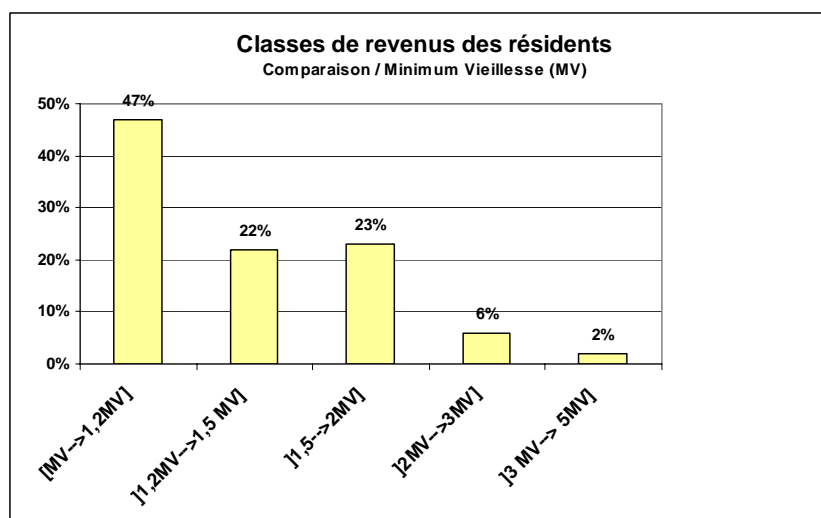
Commentaires : Origine communale et cantonale pour près de ¾ des résidents (70%)

		Agriculteur	Employé	Commerçant	Artisan	Autre
CSP d'origine	Nbre	21	22	5	8	9
	Taux	32 %	34 %	8 %	12 %	14 %

MV = Minimum Vieillesse		< MV	→MV +20 %	→MV +50 %	→ 2MV	→ 3MV	→ 5MV
		< 6 840	6 840 8 200	8 200 10 200	10 200 13 700	13 700 20 500	20 500 32 400
Revenu Moyen Annuel MV 2005 = 6 840 / an	Nbre	0	31	14	15	4	1
	Taux	0 %	47 %	22 %	23 %	6 %	2 %
	Taux cumul	0 %	47 %	69 %	92 %	98 %	100 %

Classe de revenu annuel en euros	7000-9000	9000-14000	14000-18000	18000 et +	Total
Nbre	20	5	2	2	29
Taux	69 %	17 %	7 %	7 %	100 %
Taux cumulé	69 %	86 %	93 %	100 %	-

Données issues de l'enquête réalisée par la communauté de commune du pays de Guer en 2004 (échantillon = personnes de plus de 75 ans ayant souhaité répondre)

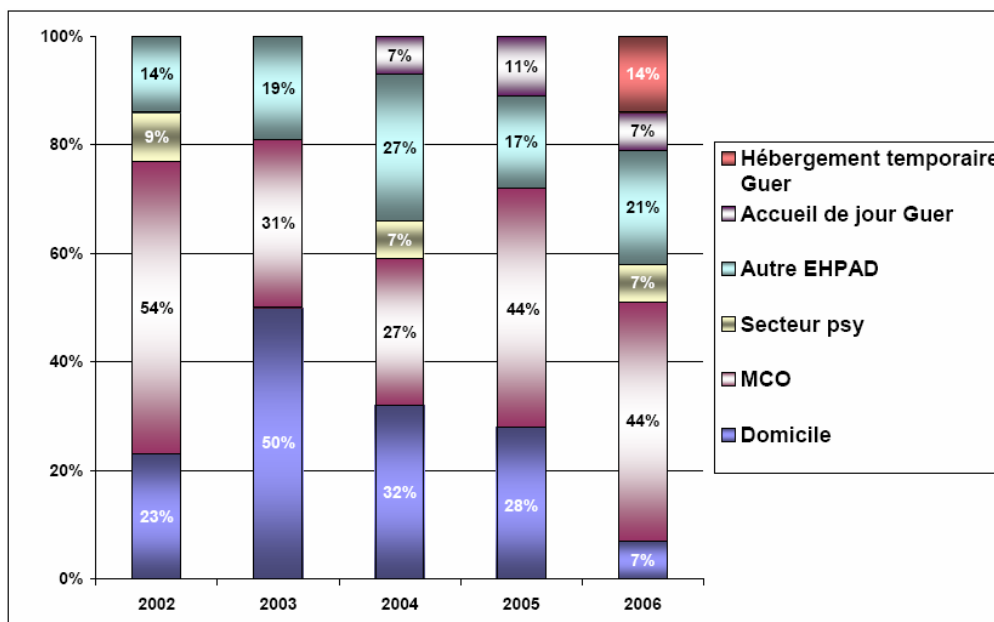


Commentaires : Les revenus moyens des résidents sont plutôt modestes et correspondent au revenu moyen des personnes âgées du canton.

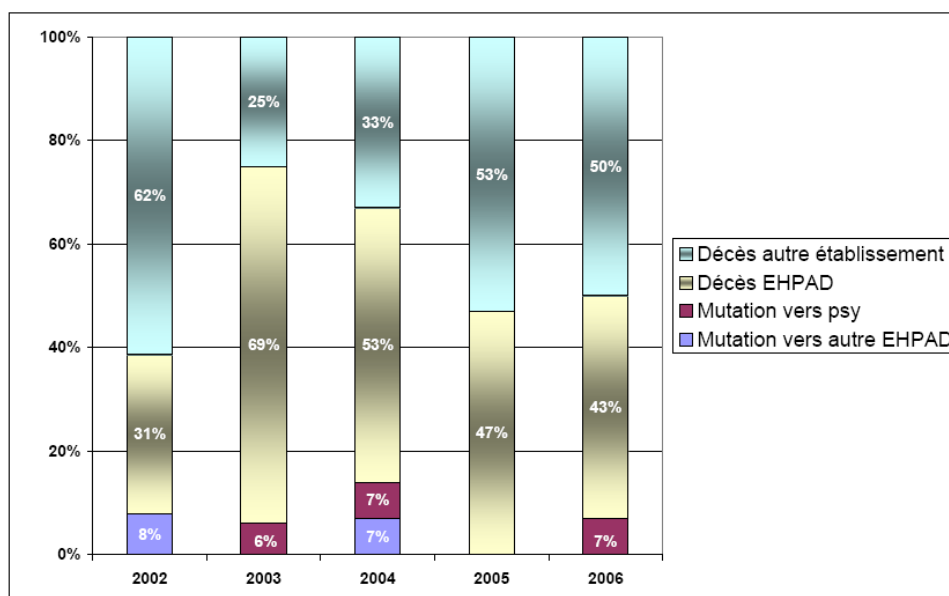
		2002	2003	2004	2005	2006
Mouvements	Entrées	22	16	15	18	14
	Sorties définitives	13	16	15	19	14
	Sorties temporaires	0	0	0	0	0

Commentaires : L'augmentation du nombre d'entrées en 2002 est due à l'augmentation de la capacité de l'établissement (55→65 lits) à la fin des travaux de restructuration.

		2002	2003	2004	2005	2006
Entrées (Taux)	Domicile Dont FL	23%	50%	32 %	28 %	7 %
	MCO	54%	31%	27 %	44 %	44 %
	Secteur psy	9%	0%	7%	0%	7%
	Autre EHPAD	14%	19%	27%	17%	21%
	Accueil de jour de l'EHPAD	0%	0%	7%	11%	7%
	Hébergement temporaire de l'EHPAD	0%	0%	0%	0%	14%



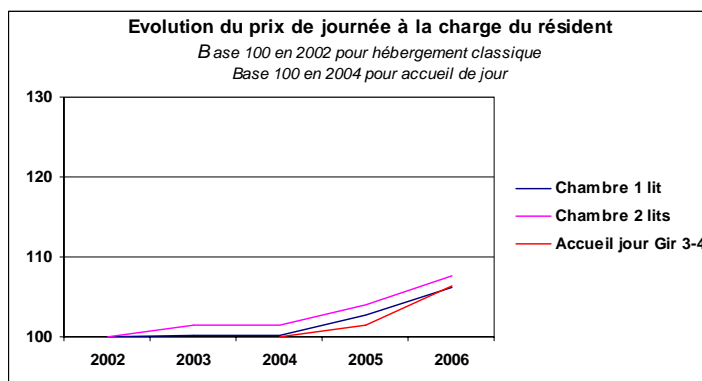
		2002	2003	2004	2005	2006
Sorties (taux)	Mutation vers autre EHPAD	8%	0%	7%	0%	0%
	Mutation vers psy	0%	6%	7%	0%	7%
	Décès EHPAD	31%	69%	53%	47%	43%
	Décès autre établissement	62%	25%	33%	53%	50%



1.4. EVOLUTION DU PRIX DE JOURNEE* A LA CHARGE DU RESIDENT

	2002	2003	2004	2005	2006
Chambre 1 lit	44.90	45.02	45.02	46.13	47.71
Chambre 2 lits	42.90	43.52	43.52	44.63	46.21
Résident – 60 ans	53.37	52.30	53.35	54.53	56.47
Accueil jour Gir 3-4			25.87	26.25	27.50

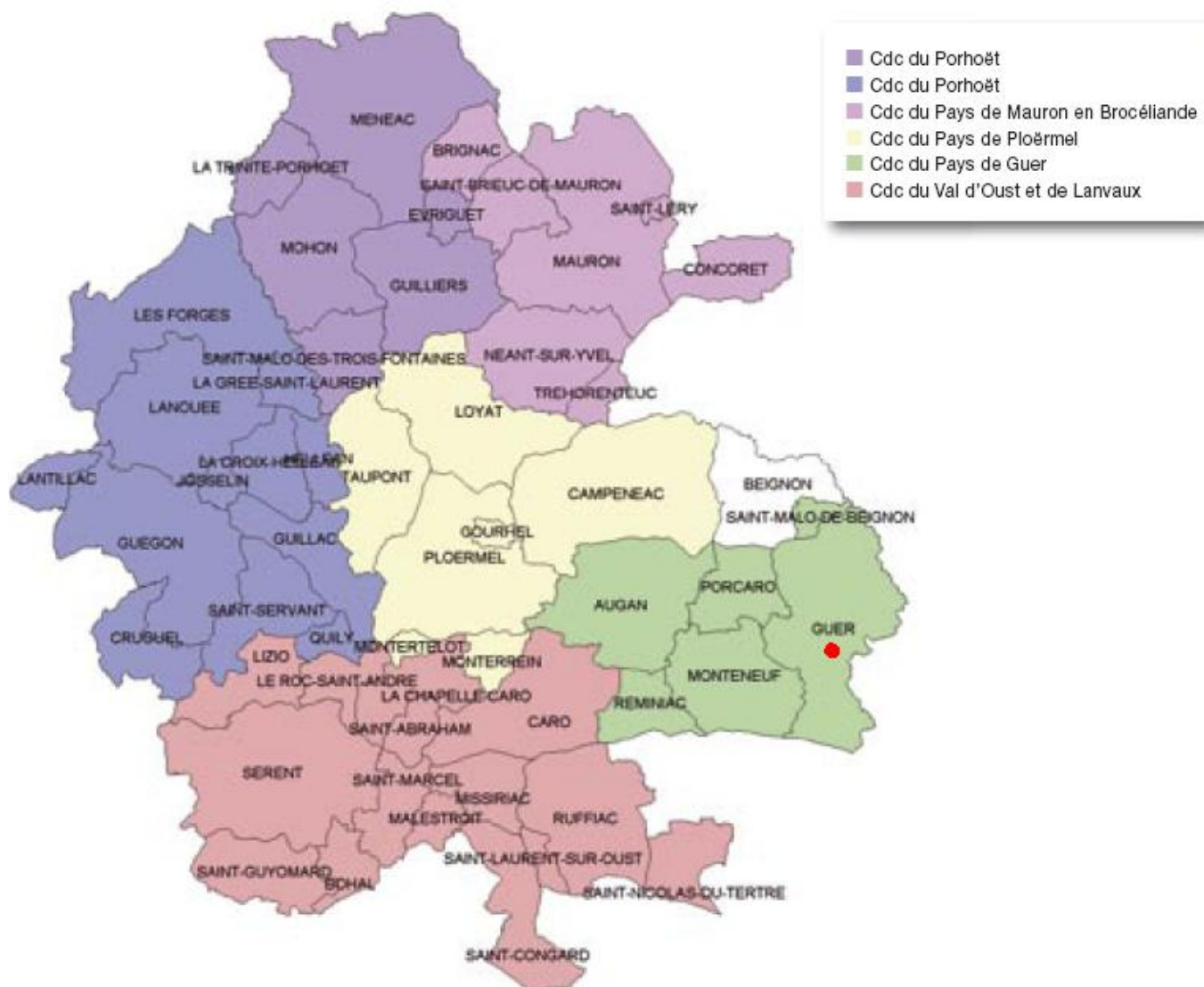
* Prix de journée hébergement + ticket modérateur



2. ENVIRONNEMENT EXTERNE

2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE DE L'ETABLISSEMENT

L'EHPAD de Guer est situé à l'extrémité Est du secteur gérontologique du pays de Ploermel.



2.2. DEMOGRAPHIE LOCALE

TABLEAU 1 ● La répartition de la population âgée sur le Pays de Plœrmel

	Pop. totale	Pop. de 60 ans et plus	Pop. de 80 ans et plus	% de pers. de 60 ans et plus
Cdc du Pays de Guer	8 741	1 920	282	22
Cdc du Pays de Josselin	11 183	3 289	586	29
Cdc du Pays de Mauron en Brocéliande	5 531	1 804	304	33
Cdc du Pays de Plœrmel	13 304	3 280	471	25
Cdc du Porhoët	5 301	1 821	298	34
Cdc du Val d'Oust et de Lanvaux	15 313	3 988	617	26
Commune isolée	818	160	16	20
Pays de Plœrmel	60 191	16 262	2 574	27

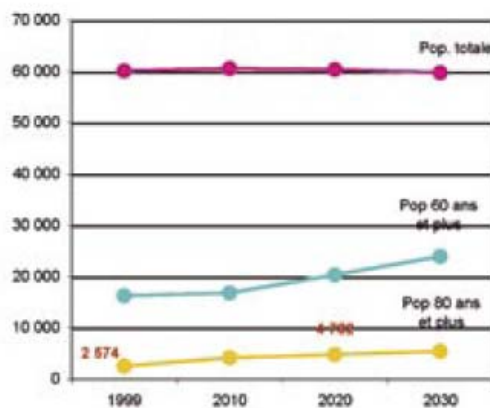
Cdc : Communauté de communes

TABLEAU 2 ● Les projections de population entre 1999 et 2030

POPULATION	1999	2010	2020	2030
60 ans et plus	16 262	16 834	20 322	23 924
80 ans et plus	2 574	4 166	4 782	5 403
Totale	60 191	60 645	60 398	59 803

- Cdc du Porhoët
- Cdc du Porhoët
- Cdc du Pays de Mauron en Brocéliande
- Cdc du Pays de Plœrmel
- Cdc du Pays de Guer
- Cdc du Val d'Oust et de Lanvaux

GRAPHIQUE ● Les projections de population entre 1999 et 2030



Source : schéma gérontologique 2006-2010

Toutes les prévisions de l'INSEE indiquent clairement que le fait marquant des prochaines décennies sera un vieillissement sans précédent de la population. Plusieurs phénomènes concourent à ce vieillissement :

- L'allongement de la durée de vie ;
- Une fécondité basse qui assure difficilement le remplacement des générations ;
- L'arrivée à la retraite des populations nées lors du baby-boom ayant suivi la 2ème Guerre Mondiale ;
- L'entrée dans le « grand âge » des populations nées lors du baby-boom ayant suivi la 1ère Guerre Mondiale.

D'une façon générale, la population de la **Bretagne** va augmenter dans les 20 prochaines années, grâce essentiellement à un accroissement notable de la population de l'agglomération rennaise. Les Côtes d'Armor auront tendance à se dépeupler. La population du Finistère devrait rester stable. Seuls le Morbihan et surtout l'Ille et Vilaine verront leur population s'accroître.

En 2020, l'Ille-et-Vilaine restera le département le plus jeune de Bretagne. A l'opposé, les Côtes d'Armor resteront le département le plus âgé de la région (36,9 % de personnes de plus de 60 ans en 2020).

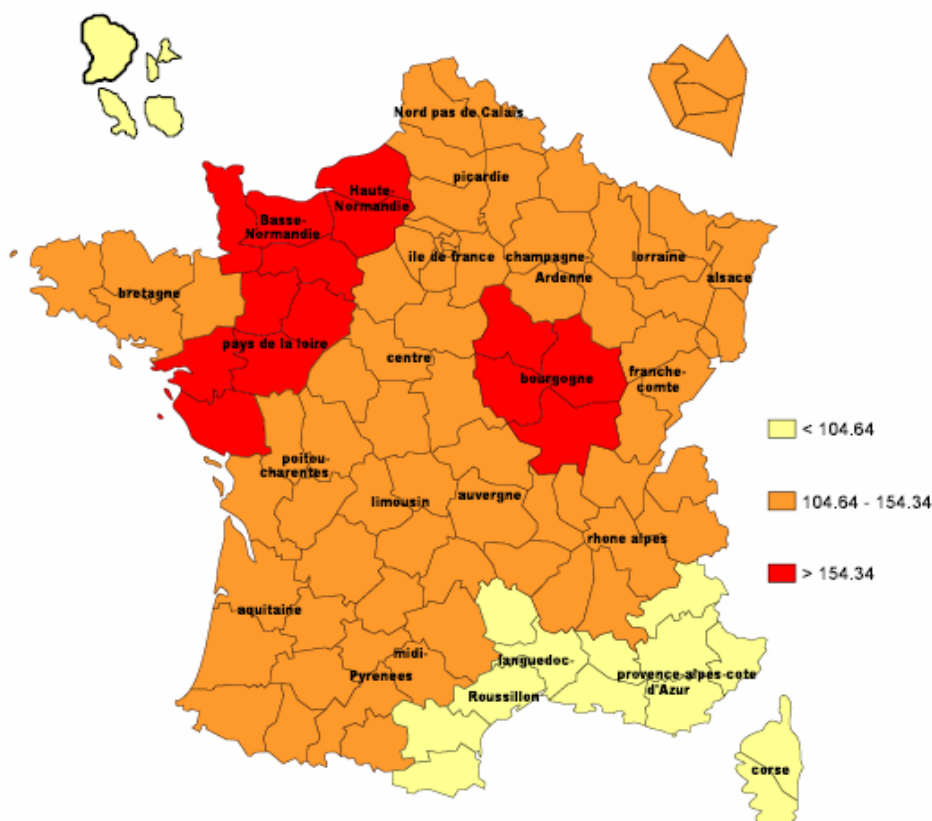
Des quatre départements bretons, c'est le **Morbihan** qui verra sa population vieillir le plus rapidement dans les 20 prochaines années. La proportion des plus de 80 ans va y doubler. Ceci s'explique, d'une part par l'exode des jeunes vers des bassins d'emploi attractifs (Rennes essentiellement) et d'autre part par l'arrivée de personnes en retraite attirées par le cadre de vie. Les cantons de Ploemeur, Quiberon et Sarzeau, en particulier, seront des cantons qui connaîtront l'un des plus forts vieillissement de France.

Dans la région de **Ploërmel**, le vieillissement entraînera une baisse de la population totale de 4,6 % entre 2000 et 2020 avec de grandes disparités selon les cantons : forte baisse à La Trinité-Porhoët (- 2000 habitants) et à Mauron, baisse à La Gacilly et à Malestroit, stabilité à Guer et hausse importante à Ploërmel (+ 2000 habitants). La part des personnes âgées dans la population totale y restera sensiblement plus élevée que la moyenne nationale.

Le canton de Guer, actuellement relativement jeune, est particulièrement concerné par le vieillissement de la population : entre 2000 et 2020, le nombre de personnes de plus de 80 ans va y augmenter de 106 % !

Les cantons les plus âgés en 2020 seront ceux de La Trinité-Porhoët (10,8 % de personnes de plus de 80 ans) et de La Gacilly (10,5 % de personnes de plus de 80 ans).

2.3. TAUX D'EQUIPEMENT « ACCUEIL DES PERSONNES AGEES »



Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées pour 1 000 hab de 75 ans et plus. France, 01/01/2003. (source : statiss)

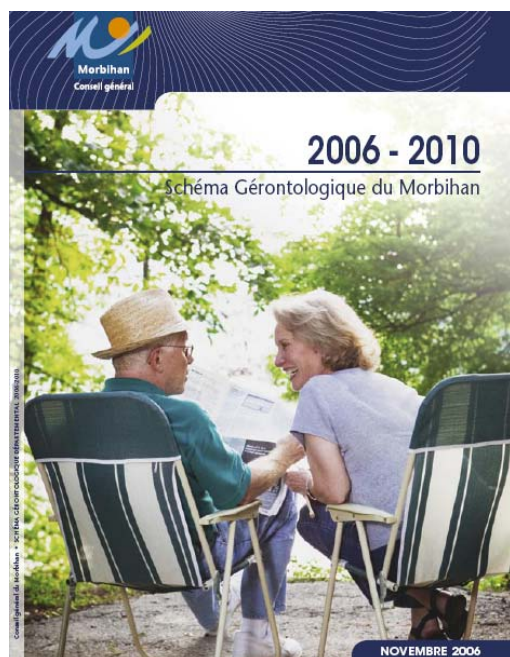
Equipement du pays de Ploërmel (source : schéma gérontologique 2006-2010) :

	Nb d'établissements	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
EHPAD	10	746	2	4
USLD	3	228	0	0
FL	4	181	0	0
MAPA	4	84	0	0
Ensemble	21	1239	2	4

TOTAL : 1 239 places pour 2 574 habitants de 80 ans et plus.

INDICATEUR HEBERGEMENT PERMANENT : 481 places / 1 000 hab de 80 ans et +

2.4. ORIENTATIONS GERONTOLOGIQUES LOCALES



AXE 1	Favoriser le maintien à domicile
Orientation 1	Accompagner le vieillissement et prévenir la dépendance
Orientation 2	Développer et renforcer les services sur l'ensemble du territoire
Orientation 3	Mettre en place une Charte du maintien à domicile
Orientation 4	Accompagner les services dans leur démarche qualité
AXE 2	Proposer des formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement
Orientation 5	Soutenir le développement des logements sociaux adaptés
Orientation 6	Harmoniser le développement des domiciles partagés
Orientation 7	Soutenir les aidants par le développement de l'Accueil de Jour, de l'Hébergement Temporaire et de l'Accueil de Nuit
AXE 3	Améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes âgées
Orientation 8	Encourager l'accueil familial
Orientation 9	Développer l'offre de places en établissements
Orientation 10	Améliorer la qualité d'accueil en établissements
Orientation 11	Maîtriser les coûts pour les résidents et veiller au rapport qualité/prix
AXE 4	Lutter contre la maltraitance
Orientation 12	Lutter contre la maltraitance
AXE 5	Informer et coordonner
Orientation 13	Achever la couverture du département par les CLIC et les relais gérontologiques

L'établissement s'inscrit pleinement dans :

- ✓ **L'orientation 7 : Soutenir les aidants par le développement de l'Accueil de jour, de l'hébergement temporaire et de l'accueil de nuit.**
 - ⇒ ***L'EHPAD de Guer souhaite développer ces alternatives à l'hébergement permanent.***
- ✓ **L'orientation 10 : Améliorer la qualité d'accueil en établissement.**
 - ⇒ ***L'EHPAD de Guer souhaite supprimer les 10 chambres à 2 lits.***
- ✓ **L'orientation 11 : Maîtriser les coûts pour les résidents et veiller au meilleur rapport qualité prix**
 - ⇒ ***L'EHPAD de Guer souhaite maîtriser la part restant à la charge du résident***
- ✓ **L'orientation 12 : Lutter contre la maltraitance**
 - ⇒ ***L'EHPAD de Guer s'est engagé dans une démarche de prévention de la maltraitance associant les agents, les bénévoles et les résidents***

3. ENVIRONNEMENT INTERNE

3.1. ANALYSE FORCES FAIBLESSES OPPORTUNITES MENACES DE L'ETABLISSEMENT

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<p><i>Eléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent positivement d'un autre établissement et qui sont <u>susceptibles de lui procurer un avantage dans le jeu concurrentiel</u></i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'un Médecin coordonnateur gériatre 2. Ouverture de l'établissement sur l'extérieur 3. Communication vers l'extérieur (presse, internet, signalétique) 4. Locaux adaptés 5. Personnel motivé et disponible 6. Structure d'accueil des désorientés 7. Accueil de jour – Accueil de nuit 8. Hébergement Temporaire 9. Collaboration/Confiance avec les élus locaux 10. Proximité du centre ville 11. Dossier de soins informatisé 12. Mise en place du projet de vie individualisé 13. Taux de formation du personnel élevé 14. Ecoute et réactivité aux demandes des clients 15. Intervention de 70 bénévoles dans la structure 16. Présence régulière d'une ergothérapeute et d'une psychologue 17. Filière gériatrique 	<p><i>Eléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent d'un autre établissement et qui sont <u>susceptibles de désavantager dans le jeu concurrentiel</u>.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Emprise au sol limitée pour extension 2 Manque de place de parking surtout en cas d'extension 3 Manque d'implication des médecins généralistes dans la tenue du dossier de soins informatisé 4 Pas encore de démarche qualité structurée 5 Locaux : <ul style="list-style-type: none"> - Pas de studio aménagé pour familles - Pas de bureau du médecin coordonnateur 6 10 chambres à deux lits 7 Impossibilité de répondre à l'ensemble des demandes d'admission 8 Pas de poste budgété de cadre de santé dans l'établissement
<u>Opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<p><i>Evénement <u>extérieur</u> dont l'apparition aurait pour conséquence de favoriser la réalisation ou la création d'un métier, d'une activité, d'une mission ou d'une tâche, ou l'atteinte d'un objectif.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Politique nationale et départementale en faveur : <ol style="list-style-type: none"> 1.1- de l'accueil de jour 1.2- de l'accueil de nuit 1.3- des unités d'accueil pour désorientés 2 Vieillesse de la population 	<p><i>Evénement <u>extérieur</u> dont l'apparition aurait pour conséquence d'empêcher ou de compromettre la réalisation ou la création d'un métier, d'une activité, d'une mission ou d'une tâche, ou l'atteinte d'un objectif.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Création de petites unités de vie dans le secteur de l'établissement 2 Beaucoup d'EHPAD déposent des dossiers de création d'unités pour personnes âgées désorientées

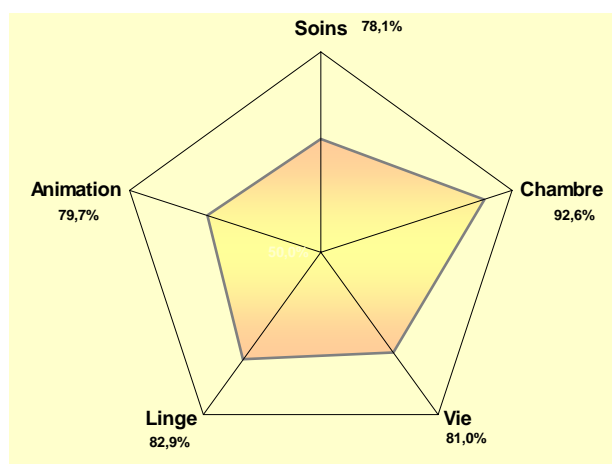
3.2. SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION ANNUELLE

Période de réalisation : juin

- ✓ 1 questionnaire résidents
- ✓ 1 questionnaire familles

Résultats détaillés présentés en conseil de vie sociale.

3.2.1. Résultats globaux de l'enquête « résidents »

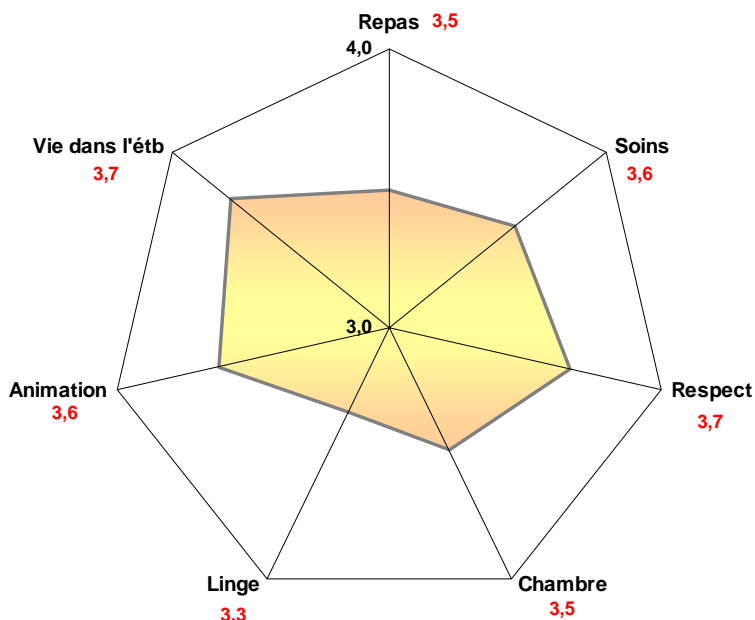


36 % : Taux de retour :

54 % : Taux de retour pondéré (si résidents désorientés non comptés dans le taux de retour) :

Taux de réponses positives PAR THEME
Échelle : oui / non

3.2.2. Résultats globaux de l'enquête « familles »



37 % Taux de retour :

42 % : Taux de retour pondéré (tuteurs associatifs exclus) :

Note moyenne PAR THEME
Échelle : 1 (mini) à 4 (maxi)

4. POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

4.1. MISSION DE L'ETABLISSEMENT

L'EHPAD du Dr Robert accueille et accompagne des personnes âgées dépendantes du canton de Guer dont le maintien à domicile est devenu difficile. De plus, il est à l'écoute et répond aux attentes de leurs familles.

4.2. POLITIQUE GENERALE

La politique de la Direction de l'établissement pour les années 2008-2012 est la suivante :

- 1- Développer l'accueil alternatif à l'hébergement permanent :
 - a) Créer des places d'accueil de jour ;
 - b) Créer des lits d'hébergement temporaire ;
 - c) Créer des places d'accueil de nuit.
- 2- Améliorer les conditions d'hébergement en supprimant complètement les chambres à deux lits dans l'établissement ;
- 3- Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité conforme aux orientations du projet de vie et garantissant la satisfaction des clients de l'établissement ainsi que de l'ensemble des parties prenantes.

La stratégie de mise en œuvre de cette politique est décrite dans le cadre :

- ⇒ Du projet de vie
- ⇒ Du projet de soins
- ⇒ Du projet social
- ⇒ Du projet qualité
- ⇒ Du projet architectural

5. PROJET DE VIE

5.1. PROJET DE VIE DES SECTEURS COQUELICOTS, MYOSOTIS, JONQUILLES ET NARCISSES

Ce projet de vie est commun aux secteurs Coquelicots, Myosotis, Jonquilles et Narcisses. Il s'appuie sur une charte définie en janvier 2006 par un groupe multiprofessionnel représentatif des différents secteurs (directeur, soignants, animatrice, agent technique, agent administratif). Cette charte a été validée par les équipes en mars 2006.

5.1.1. Charte des équipes

L'équipe du secteur s'engage à :

- 1- Accueillir chaque résident en tenant compte de ses habitudes de vie
- 2- Echanger par la parole ou le toucher
- 3- Prendre en charge chaque résident du secteur avec humanité, confiance et respect
- 4- Mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour maintenir l'autonomie des résidents
- 5- Garantir l'accès aux soins et la prise en charge la douleur
- 6- Favoriser les échanges par le maintien d'une vie sociale culturelle et religieuse et en proposant des activités d'animation adaptées aux souhaits et aux possibilités des personnes
- 7- Maintenir les liens familiaux et amicaux
- 8- Veiller à la sécurité des personnes
- 9- Etre à l'écoute des besoins et des souhaits des résidents que ce soit pour les activités, l'aspect vestimentaire, les habitudes de vie ou l'alimentation...
- 10- Etre attentif au confort hôtelier des résidents que ce soit pour le linge, les repas, l'entretien, les équipements ou la décoration
- 11- Tenir informés les résidents et leur famille par exemple sur la vie de l'établissement ou toute autre information générale
- 12- Respecter les libertés des résidents
- 13- Solliciter l'avis des résidents sur la gestion de leurs biens dans la mesure de leurs possibilités
- 14- Accompagner dignement la personne en fin de vie en respectant sa volonté
- 15- Participer aux différentes évaluations du respect de cette charte

5.1.2. Actions d'amélioration

La définition de la charte a été l'occasion d'identifier les écarts entre le niveau de qualité souhaité (charte) et les pratiques de l'établissement. De plus, la réflexion s'est orientée sur les modalités concrètes de mise en œuvre et de sensibilisation du personnel à la charte. Le plan d'action, décrit ci-dessous, est organisé en fonction des principaux thèmes d'amélioration.

5.1.2.1. ACCUEIL

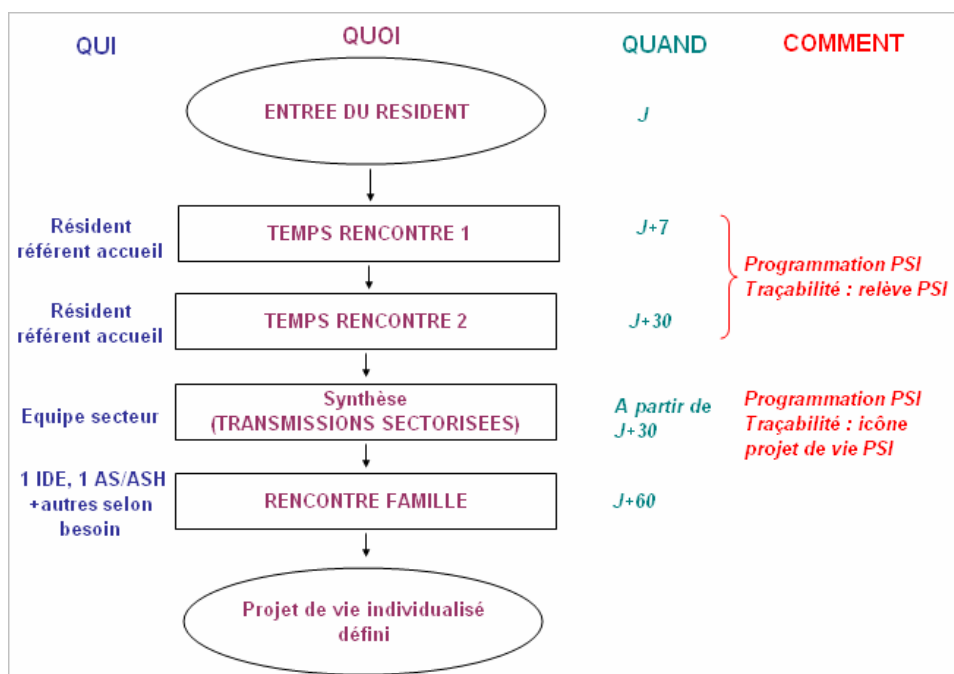
Le groupe projet de vie souligne que l'entrée en institution est source d'appréhension chez la personne âgée pour les raisons suivantes :

- Elle quitte son foyer lequel est associé à des souvenirs, à une histoire
- La vie en collectivité peut faire l'objet d'une appréhension initiale
- La personne âgée peut craindre de moins voir sa famille
- Sentiment de « réprobation sociale » : peur du regard des autres sur l'institutionnalisation.

Un travail sur l'accueil avait été mené en 1999 lors de l'élaboration du premier projet de vie (mise en place d'un groupe de réflexion accueil, élaboration d'une procédure d'accueil, organisation de visites au domicile....). Il s'agit désormais de poursuivre la réflexion.

Les orientations de l'établissement au titre de l'accueil sont les suivantes :

- ⇒ Actualiser la procédure d'accueil
- ⇒ Organiser l'intégration du résident avec des bilans programmés sur les deux premiers mois.



Description du processus d'accueil tel qu'il a été envisagé par le groupe projet de vie en janvier 2006

5.1.2.2. Projet d'animation

Depuis la mise en place de la sectorisation en 2005, **l'animatrice est chargée de coordonner les animations**. Elle a en plus de son travail de coordinatrice, un rôle d'organisation et de conseil auprès des équipes mais aussi un travail d'exécution. Chaque jour, le travail des agents soignants est enrichi par des activités d'animation sur tous les postes.

Prolongeant la prise en charge globale et lui donnant finalement tout son sens, les temps d'animation ou de relation prévus sur chaque poste de travail ont signé la reconnaissance officielle des besoins de présence et d'écoute des résidents. Ainsi, aujourd'hui, s'asseoir pour écouter la personne ne nécessite plus de voler du temps au temps, cela fait partie intégrante du travail.

Dans chaque secteur, **3 temps d'animation répartis sur les divers postes sont programmés** :

- chaque jour de 11 h à 11 h 30 : temps dédié principalement à l'information des résidents et aux échanges en petit groupe,
- chaque jour de 14 h à 14 h 45 : un « temps rencontre » permettant à un agent de rencontrer un résident en particulier,
- chaque jour de 16 h à 17 h 15 : un temps d'animation alternant des activités festives ou de création.

Une commission animation se réunit une fois par trimestre, elle est composée du directeur, de résidents de l'EHPAD et du Foyer Logement, de membres du personnel, de trois représentants des bénévoles et de l'animatrice. C'est lors de cette réunion trimestrielle que le planning des animations et des expositions est établi.

L'animation élabore un journal interne : « *La Gazette de nos Aînés* ». Un comité de rédaction composé d'agents et de bénévoles permet de relater l'ensemble des activités du trimestre mais aussi de transmettre des informations concernant le fonctionnement de l'établissement et la vie locale dans « La Gazette de nos Aînés ». L'important investissement d'un agent administratif, pour la coordination de ce journal permet la parution chaque trimestre de la nouvelle édition qui est très attendue des résidents et de leurs familles. En effet, un exemplaire est remis à chaque résident de l'EHPAD et du Foyer Logement. Un numéro tout en couleur est consultable à l'entrée de l'EHPAD.

Différentes expositions sont mises en place dans l'établissement. En 2006, les expositions suivantes ont été proposées :

- Exposition années 1960 –1970,
- Exposition sur les pays de l'Est,
- Exposition sur les territoires et départements d'Outre Mer avec des vêtements typiques, des revues, des photos et des objets divers sans oublier les recettes locales,
- Exposition de peinture à l'huile sur le thème « La nature et les animaux »,
- Exposition de figurines sur le thème de Pâques par les résidents du Chemin du Muguet,
- Exposition de tableaux peints par des agents ainsi que des résidents mais aussi des peintures sur ardoises, bois, tissus (napperons, vêtements), des encadrements, des bijoux et bien d'autres objets,
- Exposition sur le thème de la fête du cheval,
- Exposition – vente « Aux Frontières de l'Himalaya »,
- Exposition sur le tour de France au Chemin du Muguet,
- Exposition de deux sections d'encadrement,
- Exposition peinture d'une artiste peintre,
- Mise en place d'une crèche provençale.

Activités d'animations régulières proposées¹ :

- Un lundi sur deux, une séance de gymnastique sur chaise a lieu au Foyer Logement avec quelques résidents du Chemin du Muguet et une séance est aussi organisée à la Maison de Retraite.
- Le lundi quand il n'y a pas de Gymnastique, les résidents du Foyer Logement et du Chemin du Muguet prennent un goûter en commun.
- Le mardi, place au chant animé en musique soit par une bénévole un mardi sur deux, soit par l'animatrice uniquement.
- Tous les premiers jeudis de chaque mois, les anniversaires sont fêtés autour d'un goûter offert par l'Association des Amis de la MDR.
- Tous les vendredis une séance de gymnastique douce est animée par un animateur sportif mis à disposition par la ville de Guer.
- Tout au long de l'année, des ateliers permettent à ceux qui le souhaitent d'exercer leurs talents en réalisant divers objets.
- Chaque semaine, un atelier mémoire permet de maintenir une bonne activité cérébrale et une fois par an, un atelier PAC résidents est mené avec l'aide de l'assistante sociale de la MSA.
- Des échanges inter-générationnels sont aussi favorisés en permettant ainsi aux résidents de partager des activités avec des enfants et notamment ceux du centre aéré.
- Une fois par trimestre, un atelier peinture est programmé avec des enfants d'une classe de CE2.
- Une fois par mois, des bénévoles de l'Association participent à un atelier jeux et notamment à des parties de belote.
- Chaque vendredi des bouquets de fleurs afin de décorer les tables de la salle à manger sont confectionnés.
- Tous les dimanches après-midi, une bénévole assure une lecture (roman, nouvelles ...).
- De nombreuses sorties sont réalisées à l'extérieur (marché, commerces, médiathèque, etc...).
- Deux clowns interviennent une fois par mois dans le cadre d'un atelier « Clowns relationnels ».
- Des ateliers pâtisseries permettent la confection de gâteaux qui sont servis lors d'animations festives.
- Les résidents peuvent participer aux repas organisés par les CCAS de leurs communes d'origine.
- Les bénévoles de Coëtquidan effectuent des visites régulières auprès des résidents.
- Des goûters à thème sont organisés dans les différents secteurs.
- Par petits groupes, les résidents visitent en décembre, les illuminations de Guer.

Les orientations de l'établissement au titre de l'animation sont les suivantes :

- ⇒ Améliorer la programmation des activités d'animation (cf formulaire de programmation élaboré dans le cadre du projet d'animation)
- ⇒ Organiser de nouvelles activités comme *l'organisation des vacances des résidents* ou les *ateliers coiffure*
- ⇒ Assurer des animations au niveau des secteurs sans porter de blouses pour les agents
- ⇒ Bénévoles : améliorer leur identification et renforcer le travail en partenariat avec le personnel de l'établissement (environ 70 bénévoles interviennent)
- ⇒ Poursuivre la rédaction des fiches d'atelier

¹ Source : Bilan annuel de l'animation présenté lors du rapport annuel d'activité

5.1.2.3. Bienveillance

Le personnel est formé régulièrement aux notions de bienveillance. L'accompagnement au quotidien des résidents est réalisé dans cet esprit et la volonté de baser ses pratiques quotidiennes en fonction d'une charte témoignent de la politique de l'établissement à ce sujet. Par ailleurs, la perception des résidents et des familles telle qu'elle apparaît dans les écrits des familles et des résidents (cahier de suggestions à l'entrée et courriers de remerciements) montrent le déploiement de cette politique au quotidien.

De plus, l'élaboration du projet de vie a été l'occasion d'une réflexion et d'une action ciblée concernant la bienveillance au travers de la question du respect du domicile :

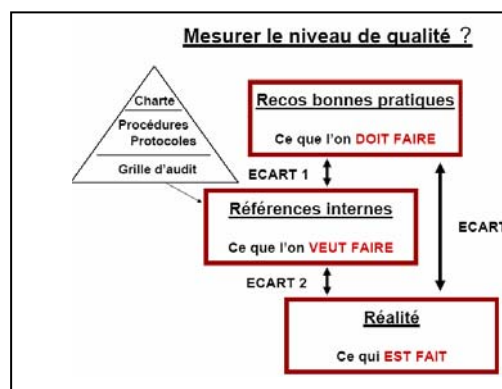
Le point 3 de la charte est formulé de la façon suivante : *Prendre en charge chaque résident du secteur avec humanité, confiance et respect.* Aussi le groupe « projet de vie » a précisé la traduction concrète de ce point. **Le respect du domicile** a fait l'objet d'une focalisation du groupe (notion par ailleurs associée à la question 27 du référentiel ANGELIQUE : *Le personnel frappe-t-il ou sonne-t-il à la porte de la chambre/logement avant d'entrer ? Attend-il la réponse pour entrer ?*).

Le groupe s'est alors demandé :

- Comment sensibiliser l'ensemble du personnel sur le respect du domicile ?
- Comment vérifier que les pratiques professionnelles du personnel sont en conformité avec ce point de la charte ?

La méthodologie et la « philosophie » de l'audit ont alors été présentés au groupe :

L'audit : mesurer des écarts



Il a donc été décidé **d'organiser pendant un mois une sensibilisation sur le respect du domicile**. Cette sensibilisation passant par la mise en place du « mois de la frappe » selon les principes suivants :

- responsabilisation d'un pilote parmi l'équipe,
- élaboration d'une règle du jeu (protocole d'audit) : tout le monde est auditeur et audité pendant 1 mois, recueil en continu des situations de non respect du domicile, recueil du personnel ne frappant pas à la porte et/ou n'attendant pas la réponse avant d'entrer, signalement nominatif, définition de gages,
- consensus initial de toutes les équipes,
- explications et accord des résidents,
- réalisation de « l'audit » pendant 1 mois,
- élaboration d'un rapport d'audit par le pilote et présentation aux équipes.

Les enseignements de cette expérience sont très positifs : l'ensemble du personnel s'est prêté au « jeu », très peu de situations de déviance rencontrées. « Un succès » selon les termes de l'aide-soignante responsable de l'action.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer la réussite de cet « audit » :

- ✓ Accord initial de la Direction
- ✓ Thématique partant d'une réelle problématique dans les EHPAD
- ✓ Aspect concret de l'audit
- ✓ Lien direct avec la charte (les engagements)
- ✓ Bonne préparation de l'audit :
 - Communication / projet : ce qu'on veut faire, pourquoi on veut le faire
 - Consensus initial des équipes
 - Accords des résidents
 - Préparation des supports d'enregistrement
- ✓ Réalisation de l'audit sur un temps bien défini : 1 mois
 - Pas d'essoufflement
 - Clarification de la communication institutionnelle sur le sujet (Mois de ...)
- ✓ Aspect ludique soutenu par les promoteurs du projet (direction, responsable de l'audit).

Les orientations de l'établissement au titre de la bienveillance sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place un comité de vigilance « **Tous ensemble pour la bienveillance** » chargé de la définition et du suivi de la politique de bienveillance et de ses actions associées en collaboration avec la société française de gériatrie et de gérontologie
- ⇒ Participer au programme MobiQual²
- ⇒ Poursuivre les démarches d'évaluation du respect de la charte.

5.1.2.4. Relations avec les familles

L'établissement encourage la participation des familles à la vie institutionnelle. Le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement.

Les orientations de l'établissement au titre des relations avec les familles sont les suivantes :

- ⇒ Poursuivre la politique d'intégration des familles dans la vie de l'établissement
- ⇒ Organiser des réunions d'information thématiques et conviviales
- ⇒ Poursuivre la réalisation d'enquêtes de satisfaction « familles ».

² MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la qualité. Il s'agit d'un programme national piloté par la société française de gériatrie et de gérontologie.

5.1.2.5. Projet de vie individualisé

La sectorisation de l'établissement (démarche de réorganisation des secteurs entraînant une nouvelle organisation du travail et une nouvelle journée type) a par ailleurs été l'occasion de s'approprier des outils permettant de mieux connaître et suivre les besoins des résidents sur la base de leur histoire de vie et de leurs habitudes.

Les contours exacts de la notion projet de vie individualisé demeurent flous et larges. S'il s'agit de baser la prise en charge sur une bonne connaissance des besoins et de l'histoire de vie de la personne âgée, alors l'établissement définit et met en œuvre un projet de vie individualisé.

L'enjeu est désormais de maîtriser le processus de définition et de suivi du projet de vie individualisé en répondant aux questions suivantes :

- **Qu'est ce qu'un projet de vie individualisé ?**
 - Prendre son café le matin selon ses habitudes ?
 - Ou réaliser un projet plus ambitieux (projet permettant de répondre au besoin de réalisation selon la hiérarchisation de Maslow) ?
 - Qui est responsable de ce processus dans l'établissement (qui pilote ?)

- **Quelles sont les démarches existantes et les outils associés** permettant d'identifier et de répondre aux besoins des résidents ?
 - Identification et réponses aux besoins de base : projet de soins individualisé, programmation des menus en fonction des goûts des personnes âgées, programmation des animations respectant les choix des personnes hébergées...
 - Identification et réponses aux besoins d'estime de soi et de réalisation (voyage, retour à domicile, revoir des proches...)

- **Quels sont les écarts** entre la définition interne du projet de vie individualisé et les démarches entreprises ?
 - Quelles démarches, quels outils créer et à quel moment les utiliser et les mettre à jour (quelle organisation) ?

- **Comment coordonner les différentes démarches** et les différents outils (optimisation de l'organisation et absence de doublon dans les outils) ?

Les orientations de l'établissement au titre du projet de vie individualisé sont les suivantes :

⇒ Maîtriser l'organisation de la définition et du suivi du projet de vie individualisé.

5.2. PROJET DE VIE DU SECTEUR « CHEMIN DU MUGUET »

Mission : Le chemin du Muguet accompagne des personnes âgées désorientées déambulantes si possible jusqu'à la fin de leur vie.

Par ailleurs le secteur propose deux places en accueil de jour.

Le projet de vie est donc spécifique pour cette unité. Il s'appuie sur une charte définie en novembre par l'équipe du secteur. Cette charte a été validée par l'équipe en mars 2006.

5.2.1. Charte de l'équipe

L'équipe du Chemin du Muguet s'engage à :

1- Respecter la personne humaine

- En respectant l'image du résident,
- En respectant le projet de vie individuel,
- En respectant l'intimité corporelle,
- En respectant leur domicile,
- En informant les résidents sur leurs droits,
- En préservant leur patrimoine,
- En connaissant leur histoire de vie,
- En respectant la liberté de culte,

2- Offrir au résident un environnement sécurisé et personnalisé

3- Préserver l'autonomie au maximum

- En accompagnant dans les gestes de la vie quotidienne

4- Développer une relation d'aide

- En écoutant, en rassurant, en prenant le temps, en discutant.

5- Maintenir les liens familiaux

- En informant régulièrement les familles sur l'évolution de l'état de santé de leur proche,
- En les faisant participer à la vie du chemin du muguet.

6- Garantir une vie sociale

- En réalisant des activités variées en fonction des capacités et des désirs des résidents,
- En proscrivant les activités infantilissantes,
- En faisant participer les résidents à la vie extérieure,
- En aidant à conserver des liens sociaux.

7- Apporter des soins médicaux et paramédicaux adaptés

- En veillant particulièrement au soulagement de la douleur

8- Accompagner la personne en fin de vie

9- Participer aux différentes évaluations du respect de cette charte

5.2.2. Actions d'amélioration

La définition de la charte a été l'occasion d'identifier les écarts entre le niveau de qualité souhaité (charte) et les pratiques de l'établissement. De plus, la réflexion s'est orientée sur les modalités concrètes de mise en œuvre et de sensibilisation du personnel à la charte. Le plan d'action décrit ci-dessous est organisé en fonction des principaux thèmes d'amélioration.

5.2.2.1. ACCUEIL

Un travail sur l'accueil avait été mené en 1999 lors de l'élaboration du premier projet de vie (mise en place d'un groupe de réflexion accueil, élaboration d'une procédure d'accueil, organisation de visites au domicile...). Il s'agit désormais de poursuivre la réflexion.

Les orientations de l'établissement au titre de **l'accueil dans le secteur protégé** sont les suivantes :

- ⇒ Actualiser la procédure d'accueil
- ⇒ Organiser l'intégration du résident avec des bilans programmés sur les deux premiers mois
- ⇒ Systématiser l'évaluation gériatrique lors de l'accueil (MMS, bilan nutritionnel, test de chute...).

5.2.2.2. BIENTRAITANCE

Le personnel est formé régulièrement aux notions de bientraitance. L'accompagnement au quotidien des résidents est réalisé dans cet esprit et la volonté de baser les pratiques quotidiennes en fonction d'une charte témoignent de la politique de l'établissement à ce sujet. Par ailleurs la perception des résidents et des familles telle qu'elle apparaît dans les écrits des familles et des résidents (cahier de suggestions à l'entrée et courriers de remerciements) montrent le déploiement de cette politique au quotidien.

De plus, l'élaboration du projet de vie a été l'occasion d'une réflexion et d'une action ciblée concernant la bientraitance au travers de la question du respect de l'image de soi :

Le point 1 de la charte est formulé de la façon suivante : *1- Respecter la personne humaine notamment en respectant l'image du résident.* Aussi le groupe « projet de vie Chemin du Muguet » a répondu aux questions suivantes :

- Concrètement le respect de l'image du résident, cela se traduit comment au quotidien, dans nos pratiques ?
- Comment pouvons nous vérifier et prouver que nous sommes en conformité avec nos propres exigences de qualité ?

La méthodologie et la « philosophie » de l'audit ont alors été présentés au groupe :

L'audit : mesurer des écarts



La méthodologie suivante a été mise en oeuvre : Discussion en équipe sur le contenu attendu des critères. Programmation d'une date pour l'audit. Exécution de l'audit durant le déjeuner par le personnel de l'équipe. 1 résident=1grille.

Les critères sont explicités dans un guide d'interprétation précisant les situations attendues.

Les résultats font l'objet d'un rapport d'audit qui a été transmis au directeur.

Grille d'audit utilisée par l'équipe du Chemin du Muquet

EHPAD Dr Robert GUER		Formulaire d'audit		Titre : Respect de l'image du résident			Objectif : Vérifier le point 1 de la charte du service
Date :		Auditeur :					
Résident (Prénom+NOM) :							Form n° :
N°	Critère	C	N C	N A	Commentaires		
1	Propreté du résident						
2	Habillage						
3	Coiffure						
4	Ongles						
5	Rasage						
6	Maquillage						
7	Posture adaptée au fauteuil						
8	Façon de donner à manger						
9	Propreté de la chambre						
10	Aménagement et rangement de la chambre						
11	Pas de tutoiement						
12	Gestion des crises et des agitations						
13	Autres situations non-conformes identifiées par l'auditeur						

C : Conforme, NC : Non-conforme, NA : Non applicable

Les principaux enseignements sont positifs. Les quelques non conformités identifiées font l'objet d'un suivi et d'actions correctives. L'équipe envisage un nouvel audit avec des auditeurs venant d'un autre secteur (audit croisé).

Les orientations de l'établissement au titre de la bientraitance au sein du secteur protégé sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place un comité de vigilance « **Tous ensemble pour la bien traitance** » chargé de la définition et du suivi de la politique de bientraitance et de ses actions associées en collaboration avec la société française de gériatrie et de gérontologie
- ⇒ Participer au programme MobiQual³
- ⇒ Poursuivre les démarches d'évaluation du respect de la charte.

³ MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la qualité. Il s'agit d'un programme national piloté par la société française de gériatrie et de gérontologie.

5.2.2.3. SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

Le Chemin du Muguet offre la possibilité d'une déambulation dans un secteur protégé. La dimension de la sécurité dans un EHPAD couvre un large champ (sécurité physique, financière, morale, sécurité des locaux et environnementale (eau, air, fluides, déchets...). La politique institutionnelle fixe comme obligation première la sécurité des résidents. Les formations à la prévention de l'incendie et aux techniques d'hygiène sont mises en œuvre de façon récurrente. Les chutes font l'objet d'un signalement systématique mais l'analyse des causes de chute n'est pas approfondie. L'établissement se pose la question de savoir comment analyser les causes de chute les plus critiques (fréquentes, graves). Un travail et une aide méthodologique avec l'unité mobile de gériatrie sont à envisager.

Les orientations de l'établissement au titre de la sécurité au sein du secteur protégé sont les suivantes :

- ⇒ Organiser l'analyse systématique et le traitement des causes de chute
- ⇒ Organiser l'analyse et le suivi régulier du niveau de protection juridique
- ⇒ Organiser l'identification de l'ensemble du personnel et des bénévoles
- ⇒ Maîtriser la réalisation et le suivi de l'inventaire des biens et des objets de valeur

5.2.2.4. RELATIONS AVEC LES FAMILLES

L'établissement encourage la participation des familles à la vie institutionnelle. Le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement. Les familles sont très présentes au sein du secteur protégé. D'ailleurs 3 représentants des familles ont participé à l'élaboration du projet de vie du secteur le 18 novembre 2005 et ont permis d'identifier de nouveaux axes d'amélioration.

Les orientations de l'établissement au titre des relations avec les familles sont les suivantes :

- ⇒ Poursuivre la politique d'intégration des familles dans la vie de l'établissement
- ⇒ Organiser des réunions d'information thématiques et conviviales
- ⇒ Poursuivre la réalisation d'enquêtes de satisfaction « familles » et améliorer le taux de retour par une meilleure organisation de la remise du questionnaire
- ⇒ Organiser des staffs en présence des familles et des résidents (suivi médical et paramédical, suivi du projet de vie et du projet de soins⁴).

5.2.2.5. PROJET DE VIE INDIVIDUALISE

Comme dans les autres chemins, la récente sectorisation de l'établissement (démarche de réorganisation des secteurs entraînant une nouvelle organisation du travail et une nouvelle journée type) a par ailleurs été l'occasion de s'approprier des outils permettant de mieux connaître et suivre les besoins des résidents sur la base de leur histoire de vie et de leurs habitudes.

Les contours exacts de la notion « projet de vie individualisé » demeurent flous et larges. S'il s'agit de baser la prise en charge sur une bonne connaissance des besoins et de l'histoire de vie de la personne âgée, alors l'établissement définit et met en œuvre un projet de vie individualisé.

⁴ Proposition des familles associées à l'élaboration du projet de vie du secteur lors de la réunion du 18 novembre 2005

L'enjeu est désormais de maîtriser le processus de définition et de suivi du projet de vie individualisé en répondant aux questions suivantes :

- **Qu'est ce qu'un projet de vie individualisé ?**
 - Prendre son café le matin selon ses habitudes ?
 - Ou réaliser un projet plus ambitieux (projet permettant de répondre au besoin de réalisation selon la hiérarchisation de Maslow) ?
 - Qui est responsable de ce processus dans l'établissement ?
- **Quelles sont les démarches existantes et les outils associés** permettant d'identifier et de répondre aux besoins des résidents ?
 - Identification et réponses aux besoins de base : projet de soins individualisé, programmation des menus en fonction des goûts des personnes âgées, programmation des animations respectant les choix des personnes hébergées...
 - Identification et réponses aux besoins d'estime de soi et de réalisation (voyage, retour à domicile, revoir des proches...)
- **Quels sont les écarts** entre la définition interne du projet de vie individualisé et les démarches entreprises,
 - Quelles démarches, quels outils créer et à quel moment les utiliser et les mettre à jour (quelle organisation)?
- **Comment coordonner les différentes démarches** et les différents outils (optimisation de l'organisation et absence de doublon dans les outils).

Les orientations de l'établissement au titre du projet de vie individualisé sont les suivantes :

- ⇒ Maîtriser l'organisation de la définition et du suivi du projet de vie individualisé
- ⇒ Mettre en place des actions de formation sur la connaissance de la pathologie et la gestion des troubles du comportement associés (agressivité, apathie...).

5.3. PROJET DE VIE DES STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT CLASSIQUE

Les structures alternatives à l'hébergement classique sont constituées aujourd'hui de l'**accueil de jour** (2 places en 2006) et de l'**hébergement temporaire** (2 lits en 2006) et de l'**accueil de nuit** (2 places en 2007)

La Direction souhaite conformément avec le plan solidarité grand âge du 27 juin 2006.

- Augmenter la capacité de l'accueil de jour
- Augmenter la capacité de l'hébergement temporaire
- Augmenter la capacité d'accueil de nuit

5.3.1. Projet de vie de l'accueil de jour

BUT DE L'ACCUEIL DE JOUR

Le but de l'accueil de jour est d'héberger à la journée des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, de soulager et de soutenir les familles. En effet, les troubles du comportement, l'apathie, et la perte progressive de l'autonomie aboutissent à des situations d'épuisement de celles-ci.

OBJECTIFS

- ☒ restaurer et maintenir les liens sociaux et familiaux,
- ☒ maintenir l'autonomie aux actes de la vie quotidienne.

LE PROJET

La qualité de vie est l'enjeu principal de la prise en charge. Les repères déterminants de la qualité de vie pour ces personnes atteintes de démence sont difficilement évaluables. Toutefois, la mobilité et l'indépendance physique, l'orientation, la capacité à participer à une vie sociale, le regard et le sourire (signes de bien être) sont des critères essentiels.

LIEU ET CAPACITE D'ACCUEIL

Les personnes âgées sont accueillies dans l'unité de vie pour personnes âgées désorientées nommée « Le Chemin du Muguet » qui comprend 11 lits d'hébergement permanent.

L'accès est sécurisé par une barrière avec code et un jardin fermé. Un espace de vie permet aux résidents de prendre leurs repas et de participer aux animations. Un espace sanitaires adapté aux handicapés existe.

L'aménagement et la décoration suscitent la convivialité et les repères.

La capacité d'accueil autorisée est de 2 personnes par jour. L'accueil se fait du lundi au vendredi de 10 h 30 à 17 h 30.

La capacité et les jours d'ouverture pourront être modifiés en fonction de la demande.

L'ADMISSION – RECUEIL DE DONNEES

L'admission peut être sollicitée par la famille ou les professionnels.

L'admission est décidée par le médecin coordonnateur et l'IDE référente après un entretien et une visite préalable avec la famille et le résident.

Une visite au domicile par le médecin coordonnateur et l'IDE ou un agent permet l'évaluation des besoins et le recueil des données de vie :

- Nom, prénom, adresse, date de naissance,
- Date d'entrée,
- Motif,
- Médecin traitant et antécédents médicaux,
- Gir, MMS, poids,
- Rythme de la fréquentation souhaitée,
- Récit de vie, habitudes de vie (goûts alimentaires, etc.)
- Moyens de transport,
- Fiche administrative de l'aidant principal avec son degré de parenté,
- Prévoir sur fiche la date de sortie de l'accueil de jour avec le motif.

Un dossier social et administratif est élaboré auxquels sont joints les éléments médicaux transmis par le médecin traitant. Une liaison se fait en coordination avec les services intervenants au domicile.

Il est défini un projet de vie individualisé sous la forme d'un document contractuel dans lequel il est précisé la fréquentation.

Le transport est géré par la famille.

UNE JOURNEE TYPE

- | | |
|---------|--|
| 10 h 30 | Arrivée du résident
Accueil autour d'une boisson chaude ou froide selon la saison |
| | En attendant l'heure du repas, participation aux activités occupationnelles prévues pour les autres résidents. |
| 12 h | Prise du repas en commun avec les autres résidents |
| 13 h 30 | Participation aux activités avec les autres résidents |
| 17 h 30 | Départ |

Les familles doivent apporter les médicaments préparés dans un pilulier, un double de l'ordonnance doit être laissé au service. Elles devront également fournir les protections et prévoir du linge de rechange si nécessaire.

LES REPAS ET LES GOUTERS

Il est important de :

- ↪ connaître les goûts et les désirs de chacun
- ↪ privilégier la convivialité et le confort
- ↪ proposer des aides techniques pour favoriser l'autonomie (couvert ergonomique)
- ↪ adapter les textures
- ↪ surveiller l'alimentation car les états de dénutrition sont fréquents
- ↪ informer les familles et au besoin le médecin traitant si des troubles de l'alimentation apparaissent.

PRISE EN CHARGE RELATIONNELLE ET SOCIALE

- ✓ favoriser les échanges avec la personne âgée et la famille en prévoyant un temps de transmissions au moment de l'arrivée et au moment du départ,
- ✓ favoriser les échanges avec les autres résidents,
- ✓ favoriser les échanges sociaux : sorties, lecture du journal, informations locales, etc....
- ✓ maintenir ou revaloriser l'estime de soi, reprendre confiance devant le regard des autres en échangeant autour du vêtement, des accessoires, de la mode, participation à un atelier beauté, soins esthétiques, etc...

PRISE EN CHARGE SENSORIELLE ET COGNITIVE

Réorienter dans le temps et l'espace : signalétique, calendrier adapté, transmissions événementielles, jeux de mémoires, atelier de réminiscence.

Les ateliers ne sont envisageables qu'avec le consentement de la personne :

- activités sensorielles : atelier cuisine, expression des envies, goûts, odeurs, touchers,
- ateliers peintures, danses, goûter dansant, musicothérapie,
- ateliers chants et musique : musique active, percussion, chants
- écoute musicale : les résidents choisissent les morceaux.

AIDE AUX FAMILLES

But : Offrir un lieu d'écoute, d'échanges, de conseils et de soutien aux familles

- ☒ sous la forme d'entretien avec le médecin coordonnateur, la psychologue,
- ☒ en réunion avec les familles et les intervenants.

L'EVALUATION

Bien que non thérapeutique, l'accueil de jour s'oriente dans un double objectif de maintenir le plus longtemps possible la qualité de vie des personnes accueillies leur permettant ainsi de rester à leur domicile, de prévenir et de préparer une éventuelle décision de placement définitif quand celui-ci s'impose.

Pour atteindre ce double objectif, des évaluations seront mises en place sous forme :

- de bilan à six mois et à un an permettant de faire le point par rapport aux objectifs que l'on s'est fixés et à la fréquentation aussi bien quantitative (nombre de personnes accueillies) que qualitative (taux de fréquentation),
- d'évaluation gériatrique réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation sera communiquée aux médecins traitants et à la famille. Des outils adaptés seront utilisés (cotation AGGIR, MMS, etc ...),

- deux questionnaires de satisfaction seront élaborés, un destiné aux accueillis et l'autre sera rempli par la famille,
- deux rencontres famille-équipe seront définies pour faciliter les échanges entre les familles elles-mêmes et avec l'équipe.

Ce projet de vie de l'accueil de jour, comme tout projet n'est pas figé, il est susceptible d'évoluer dans le temps et de s'ouvrir à toutes perspectives et suggestions inhérentes à ce service. Seule l'expérience et la pratique nous montreront comment introduire de nouveaux concepts pour l'accueil des personnes âgées désorientées.

5.3.2. Projet de vie de l'hébergement temporaire

BUT DE L'HERBERGEMENT TEMPORAIRE

- ⇒ Offrir du répit à l'aidant et/ou à la personne âgée.
- ⇒ Evaluer la capacité d'intégration de la personne en institution.

INDICATIONS DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

- ⇒ Séjours de sortie d'hospitalisation avant retour à domicile.
- ⇒ Séjours de repos de la personne âgée pour des raisons de santé.
- ⇒ Séjours de répit ou de relais des aidants naturels.
- ⇒ Séjours liés à l'indisponibilité des aidants professionnels à domicile.
- ⇒ Séjours de préparation à une entrée en établissement.

LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT

Stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives par des actions de groupe, des activités occupationnelles, des ateliers mémoire devant contribuer à la préservation de l'autonomie.

L'hébergement temporaire doit aussi contribuer à :

- ❖ Favoriser le maintien à domicile.
- ❖ Préserver ou rétablir les contacts sociaux.
- ❖ Repérer les modifications comportementales.
- ❖ Permettre aux aidants de se consacrer à d'autres investissements personnels pendant l'accueil de leurs parents au sein de la structure.

MODALITES D'INSCRIPTION

La personne âgée ou son représentant prend contact avec le Directeur.

Un dossier d'inscription comprenant la grille de dépendance est rempli par le médecin traitant ou un médecin hospitalier.

Les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent bénéficier de l'accueil en hébergement temporaire sous réserve de l'avis du médecin gériatre de l'établissement.

Des dérogations peuvent être sollicitées pour les personnes de moins de 60 ans.

Un contrat d'hébergement temporaire est signé entre la personne et l'établissement dès la réservation, il est accompagné d'un chèque pour le règlement des frais de séjour. Ce dernier sera encaissé après la fin du séjour.

Un exemplaire du règlement de fonctionnement est remis avec le premier contrat.

6. PROJET DE SOINS

6.1. INTRODUCTION

Le présent projet de soins est issu du diagnostic et des actions d'améliorations associées qui ont été proposées en février 2006 par un groupe de travail composé du Directeur, d'infirmières, d'agents et d'aides soignantes de l'établissement. Les réponses du groupe au référentiel ANGELIQUE (questions relatives à l'organisation des soins et au maintien de l'autonomie) constituent le support du diagnostic.

6.2. MANAGEMENT DES SOINS

Les effectifs soignants sont les suivants : 3 ETP infirmières, 13,1 ETP AS, 4,5 ETP AMP, 12,5 ETP ASH. La gestion des plannings est assurée par le Directeur. Les agents sont affectés dans les 5 secteurs.

Une infirmière est formée au poste de **cadre de santé**. Sa fiche de poste reste à définir. Le poste de cadre de santé n'étant pas budgété, elle partage son temps entre l'organisation des soins et la réalisation des soins infirmiers. Une réorganisation de l'équipe infirmière a été mise en place suite à son retour de formation en juillet 2006, afin de dégager du temps pour l'encadrement tout en restant dans l'enveloppe budgétaire.

Orientations de l'établissement au titre du **management des soins** :

- ⇒ Elaborer la fiche de poste des infirmières suite à la réorganisation
- ⇒ Intégrer le poste de cadre de santé dans les effectifs budgétés
- ⇒ Elaborer la fiche de poste du cadre de santé.

6.3. MEDECIN COORDONNATEUR

Un **médecin coordonnateur gériatre** est présent dans l'établissement. Il intervient dans le cadre de l'unité mobile de gériatrie.

Orientations de l'établissement au titre du **partenariat avec le médecin coordonnateur** :

- ⇒ Programmer une consultation et une évaluation gériatrique standardisée à tout nouveau résident 1 mois après son arrivée en institution
- ⇒ Organiser une réunion annuelle avec les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD
- ⇒ Définir le contenu attendu d'un rapport médical annuel et l'élaborer. Ce rapport devra notamment contenir les indicateurs suivants
 - Nb de résidents transférés en hospitalisation de court séjour
 - Nb de transferts en hôpital
 - Motifs principaux d'hospitalisation
 - Nombre de chutes
 - Taux de personnes incontinentes

6.4. PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

En dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, l'établissement passe par la régulation de la **permanence des soins** départementale. Le numéro d'appel est connu et affiché à plusieurs endroits. Le recours à un spécialiste est toujours possible, de plus les liens avec la clinique de Malestroit permettent d'accéder de façon privilégiée à un bilan gériatrique. L'équipe privilégie le recours aux spécialistes qui suivaient les résidents avant leur entrée dans l'établissement. Les conditions d'intervention des kinés font l'objet d'une traçabilité au moyen du dossier de soins informatisé.

Les transmissions dans l'établissement sont organisées de la façon suivante :

Nuit / jour : 6 h 45 – 7 h 00, en salle de soins, l'agent de nuit édite les transmissions de la journée et de la nuit et s'efforce de participer à ces transmissions en fonction de la charge de travail

Mi-journée : 13 h 30 – 14 h 00, transmissions générales tous les jours et transmissions sectorisées (1 secteur par jour du lundi au vendredi)

Jour / nuit : 20 h 45 – 20 h 55 avec l'aide-soignante de nuit qui arrive à 20 h.

L'équipe connaît la technique des transmissions ciblées (rédaction systématique des résultats avant la mise en place de PSI). Il reste à déployer cette technique en utilisant le logiciel de soins PSI.

Points à améliorer / continuité des soins :

- Des temps de transmissions dans les couloirs subsistent
- Pas de présence systématique des deux équipes pour transmissions orales
- Pas de règles définies pour assurer les transmissions orales
- Recueil de données non systématiquement mis à jour.

Un **dossier médical et de soins informatisés** (PSI) est en place depuis février 2004. Cet outil donne satisfaction et il est globalement bien utilisé par tous les agents. Il est également utilisé pour la gestion des interfaces avec l'administration, l'atelier, la cuisine et la blanchisserie. Il reste à améliorer la tenue du dossier médical (obligatoire) par l'ensemble des médecins généralistes.

Orientations de l'établissement au titre de la maîtrise de **la permanence et de la continuité des soins** :

- ⇒ Elaborer et diffuser le protocole de conduite à tenir en cas d'urgence vitale
- ⇒ Mettre en place un chariot d'urgence et organiser son contrôle
- ⇒ Améliorer la collaboration avec les kinés
- ⇒ Améliorer l'organisation des transmissions orales entre équipes
- ⇒ Organiser et mettre en oeuvre le suivi du recueil de données initial
- ⇒ Utiliser PSI pour les transmissions ciblées
- ⇒ Améliorer la tenue du PSI par les médecins généralistes

6.5. CIRCUIT DU MEDICAMENT

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage interne et organise l'approvisionnement en médicaments avec les officines de ville selon le libre choix des résidents.

Les prescriptions médicales donnent le plus souvent lieu à une retranscription IDE sur PSI du fait de la sous utilisation de PSI par les médecins généralistes.

La préparation des semainiers est réalisée tous les jours par les IDE. L'organisation retenue prévoit la préparation d'1 secteur par jour. La distribution est déléguée au personnel soignant non infirmier le matin. Les infirmières assurent directement la distribution du midi et du soir.

Points faibles :

- Beaucoup de médicaments prescrits
- Retranscription IDE des prescriptions
- Circuit du médicament non décrit et n'ayant pas fait l'objet de démarches d'évaluation sur tout ou partie du processus (prescription, préparation, transport, administration...)
- Les médicaments sont déconditionnés lors de la préparation des semainiers par les IDE.

Orientations de l'établissement au titre du **circuit du médicament** :

- ⇒ Augmenter le taux de prescriptions informatisées
- ⇒ Elaborer un livret du médicament
- ⇒ Conduire des démarches d'évaluation (audit) sur tout ou partie du processus de délivrance d'un médicament.

6.6. REALISATION DES SOINS

Suivi nutritionnel et de l'hydratation : Une fiche de suivi de repas est mise en place en cas de détection d'un résident dénutri. Le suivi du poids est organisé : les agents sont responsabilisés pour suivre, chaque mois, le poids de l'ensemble des résidents. Le plan bleu est élaboré et est fonctionnel en cas de besoin.

Incontinence : Les résidents sont accompagnés aux toilettes régulièrement. La mise en place de protections est retardée au maximum.

Douleur : Des formations sur la douleur sont réalisées de façon régulière, il existe des outils (doloplus 2) progressivement déployés dans l'établissement suite à ces formations.

Escarres : Le personnel est formé à la prévention et à la prise en charge des escarres. Les changements de position sont organisés et les agents disposent de matériel adapté et en nombre suffisant. Il existe très peu d'escarres constituées dans l'établissement et celles-ci sont identifiées à temps. La prise en charge des escarres ne fait pas l'objet d'un protocole.

Contention : Il existe une discussion systématique dans l'équipe. La prescription est rédigée ; par contre, il n'existe pas de critères définis et formalisés sur la mise en place et la réévaluation d'une contention.

Fin de vie : Le personnel est régulièrement formé sur la prise en charge des résidents en fin de vie. Il existe une prise en charge spécifique de la fin de vie adaptée à chaque résident. Il est possible de faire appel à une Unité Mobile de Soins Palliatifs. Cela dit, ses modalités d'intervention et les possibilités de soutien ne sont pas bien connues du personnel.

Orientations de l'établissement au titre de la **réalisation des soins** :

- ⇒ Elaborer un protocole d'identification et de prise en charge d'un résident à risque de dénutrition (*priorité forte*)
- ⇒ Elaborer un protocole d'identification et de prise en charge de la déshydratation (*priorité forte*)
- ⇒ Elaborer un protocole de suivi du poids
- ⇒ Améliorer la prise en charge de la douleur (formaliser les pratiques : autoévaluation, hétéroévaluation - *priorité moyenne*-)
- ⇒ Elaborer le protocole de mise en place et de réévaluation d'une contention (*priorité faible*)
- ⇒ Renforcer les liens avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs de Malestroit.

7. PROJET SOCIAL

7.1. DONNEES SOCIALES

TOUS PERSONNELS Effectif budgété	CDI (1)	CDD (2)	Total ETP 1+2	Ratio/lit*
Direction	1		1	0,01
Administration	2		2	0,03
Animation	1		1	0,01
Médecin		0.25	0.25	0,00
Infirmière	2.6	0.4	3	0,04
Aide-soignante	10.6	0.9	11.5	0,17
Aide médico-psychologique	4	0.5	4.5	0,07
Masseurs kiné				0,00
Agents de service	11.8	0.7	12.5	0,19
Lingerie				0,00
Cuisine	2	1.5	3.5	0,05
Service technique	1		1	0,01
TOTAL	36	4.25	40.25	0,60

*lits d'hébergement complet+temporaires soit 67 lits

Temps partiels dans l'établissement Au 31/12/2006		
Catégorie	Qté	Commentaires
Infirmières	2	2 infirmières à 80 %
Aides soignantes	4	2 à 80 % et 2 à 50 %
ASHQ	1	1 ASHQ à 80%
AEQ	1	1 AEQ à 50 %

REPARTITION BUDGETAIRE (ETP)	Héb	Dép	Soins	Total
Direction	1			1
Administration	2			2
Animation	1			1
Médecin			0.25	0.25
Infirmière			3	3
Aide-soignante		3.45	8.05	11.5
Aide médico-psychologique		1.35	3.15	4.5
Masseurs kiné				
Agents de service	8.75	3.75		12.50
Lingerie				
Cuisine	3.5			3.5
Service technique	1			1
Autre				
TOTAL	17.25	8.55	14.45	40.25

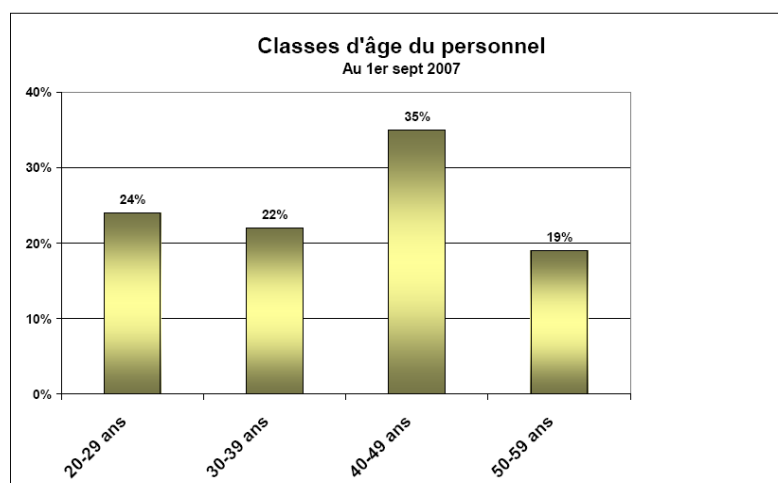
TYPES DE CONTRATS		En nombre	En ETP
CDI	Titulaires	31	29
	Stagiaires	6	6
CDD sur poste permanent		7	4.25
Autres contrats	Intérimaires		-
	CAE	7	5
TOTAL		51	44.25

PERSONNEL DE NUIT	ETP	Nombre agents présents / nuit	Horaires associés
AS	2	1	20 h 00 – 5 h 00
ASHQ	2	1	22 h 00 – 7 h 00
TOTAL	4	2	-

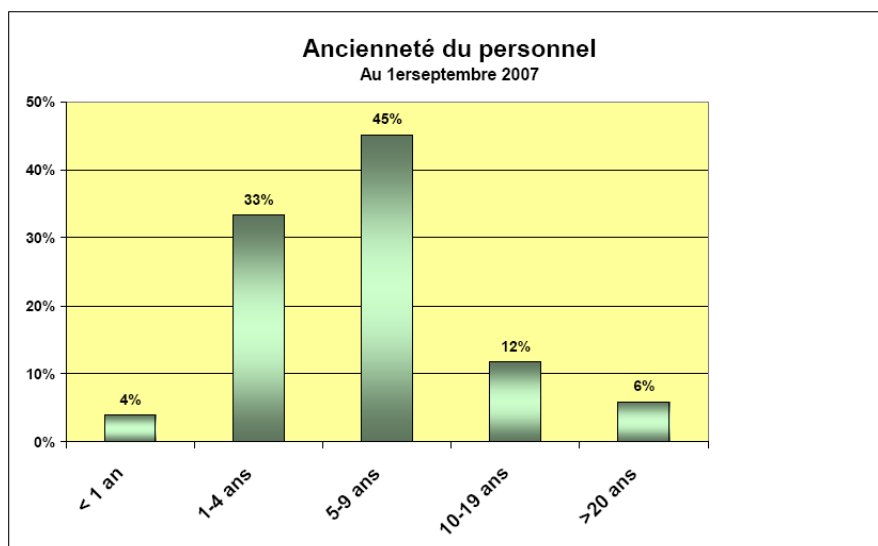
ABSENTEISME Nombre jours arrêts	2002	2003	2004	2005	2006
Accidents du travail	371	913	746	675	422
Congé Longue Maladie	0	0	0	0	657 2 personnes
Congés maternité / pathologiques	497 2 personnes	53	497 4 personnes	111 1 personne	422 4 personnes
Autres arrêts de travail	613	695	614	594	901
TOTAL	1 481	1 661	1 857	1 380	2 402

Commentaires La hausse du nombre de maladies ordinaires en 2006 s'explique en partie du fait qu'un agent est en maladie ordinaire depuis le 15 avril 2006 suite à un AVP et des congés maladie avant maternité. Deux congés de longue maladie dont un était auparavant qualifié en accident de travail.

Moyenne d'âge	<20 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	>60 ans	Total
Nombre	0	12	11	18	10	0	51
Taux	0 %	24 %	22 %	35 %	19 %	0 %	100 %
Age moyen en 2006	40 ans						



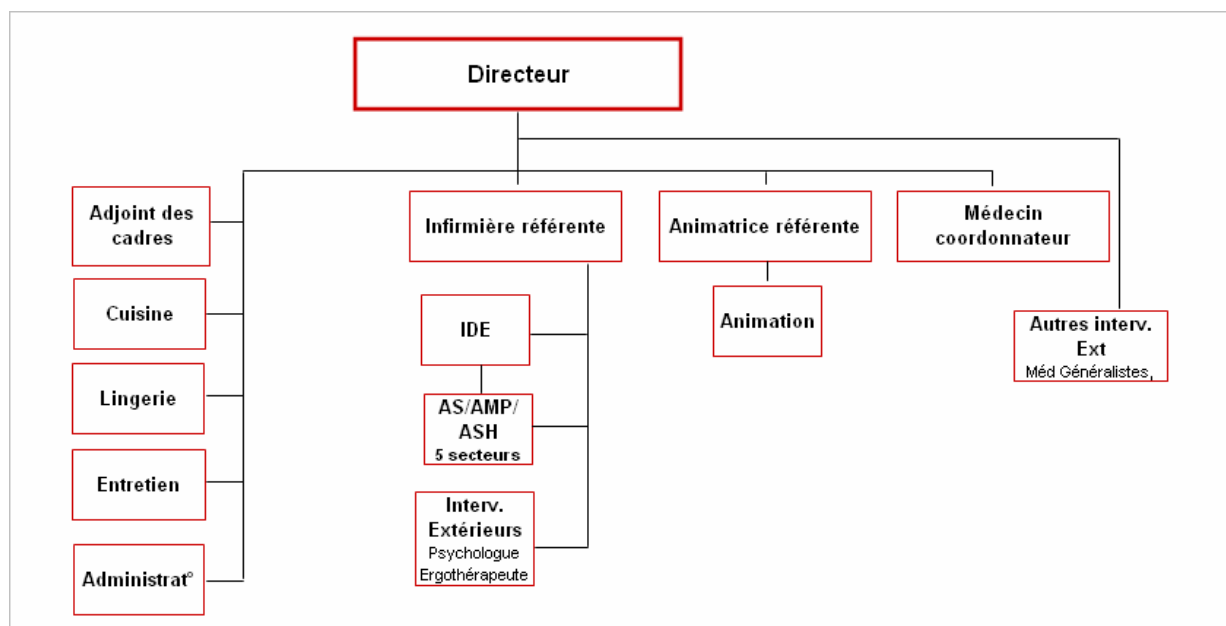
Ancienneté	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-19 ans	>20 ans	Total
Nombre	2	17	23	6	3	51
Taux	4 %	33 %	45 %	12 %	6 %	100 %



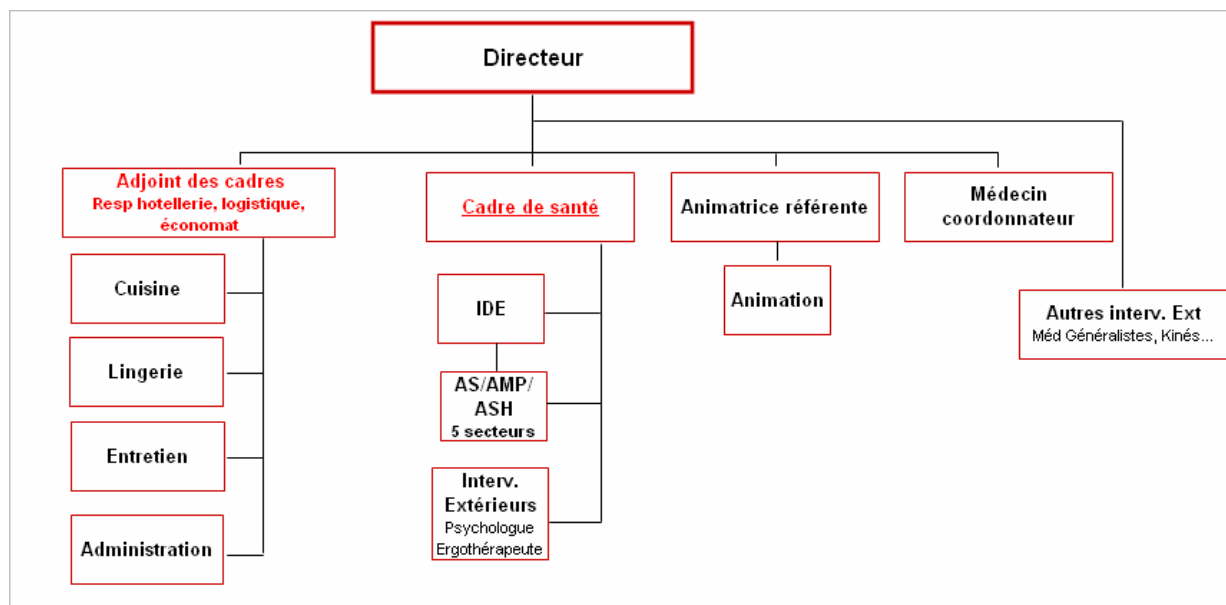
Départs à la retraite prévisionnels	2007	2008	2009	2010	2011	Total période
Agents de service	1			2		3
Cuisine						0
Animation				1		1
Total	1	0		3		4

7.2. ORGANIGRAMME DE L'ETABLISSEMENT

Actuel (septembre 2007) :



Envisagé :



7.3. LES ORIENTATIONS

7.3.1. Management opérationnel

L'encadrement du secteur logistique et hôtelier relève aujourd'hui directement de la compétence du Directeur. Une cadre de santé qui effectue aussi du travail infirmier assure l'encadrement des services de soins (infirmières, AS, ASH). Les missions à assurer (administration, hôtellerie, restauration, aides et soins,...) font l'objet d'une organisation au sein de l'établissement, mais la description des postes n'est pas maîtrisée par des fiches de postes exhaustives (les documents actuels s'apparentent plutôt à des descriptifs de tâche).

Orientations de l'établissement au titre du **management opérationnel** :

- ⇒ Déléguer l'encadrement logistique et hôtelier à l'Adjoint des Cadres Hospitaliers
- ⇒ Créer un poste de Cadre de Santé
- ⇒ Elaborer des fiches de postes intégrant le contenu attendu du poste

7.3.2. Ecoute du personnel

Les **instances représentatives** du personnel (CTE et CAPL) existent et se réunissent de façon régulière dans le cadre de leurs attributions respectives. Le Directeur organise de façon complémentaire l'information du personnel au moyen de réunions d'information. Par ailleurs, une **enquête de satisfaction du personnel** a été réalisée en 2004 avec un taux de retour de 75 %. Les résultats⁵ de cette enquête indiquent un taux de satisfaction élevé des agents dans l'établissement (conditions de travail, relations avec la Direction, organisation du travail).

Orientations de l'établissement au titre de **l'écoute du personnel** :

- ⇒ Sectoriser les réunions du personnel complémentaires au CTE
- ⇒ Réaliser des enquêtes de satisfaction du personnel tous les deux ans.

⁵ PV CTE du 19/10/2004

7.3.3. Risques professionnels

Le **document unique** mentionné dans le décret 2001-1016 a été réalisé en 2003, il est réactualisé annuellement mais il n'aborde pas les différents risques dans leur globalité (risque chimique par exemple). En parallèle, le médecin du travail dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise a réalisé un bilan abordant les risques auxquels étaient exposés les salariés.

Orientations de l'établissement au titre de **la gestion des risques professionnels** :

⇒ Intégrer l'ensemble des risques professionnels dans le document unique et organiser son suivi annuel.

7.3.4. Accueil et suivi du personnel

Les recrutements sont gérés par le Directeur : étude de la base de données internes, présélection, convocation pour entretien, entretien avec le Directeur (parfois avec du personnel du service), confirmation du recrutement.

L'accueil du personnel nouveau donne lieu à une visite détaillée de l'établissement, une information du personnel, la remise du règlement de fonctionnement ainsi que la signature du contrat de travail.

Personnel d'été : l'établissement privilégie les personnes qui ont déjà travaillé dans l'établissement (stagiaires ou remplaçants...), la préparation du recrutement d'été est envisagée dès le mois de mars.

Stagiaires élèves : Conformément à une politique institutionnelle l'établissement constitue un terrain de stage pour de nombreux élèves. Une démarche d'accueil spécifique est prévue : tableau de bord en réseau contenant le planning prévisionnel et nominatif, les dates de stage prévisionnelles. Ce document *démarche d'accueil* comprend les obligations des stagiaires, l'organigramme de l'établissement, une information sur la prévention de la maltraitance, la planification d'une journée de travail ainsi que la fiche d'évaluation du lieu de stage. Ce document pourrait être amélioré en le transformant en véritable livret d'accueil.

L'évaluation du personnel est réalisée de la façon suivante : préparation de l'entretien d'évaluation (pour fin septembre : bilan de l'année + objectifs de l'année suivante), évaluation à réaliser avant décembre. Les modalités d'évaluation du personnel telles qu'elles sont mises en œuvre aujourd'hui ne donnent pas satisfaction au directeur.

Orientations de l'établissement au titre de **l'accueil du personnel et du suivi du personnel**

⇒ Elaborer le livret d'accueil du personnel (*intégrant les points du document démarche d'accueil ainsi que le plan de l'établissement, l'explication de la fiche de paye, la charte des droits et libertés...*)

⇒ Réorganiser l'évaluation du personnel.

7.3.5. Formation continue

L'établissement déploie une politique de formation du personnel soutenue. Ainsi, chaque agent peut en moyenne bénéficier de plus de 8 jours de formation par an. A titre d'exemple, en 2006, les formations suivantes ont été réalisées.

THEMES	NBRE DE JOURS effectués (1)	NBRE d'AGENTS présents (2)	NBRE JOURNEES AGENT (1)x(2)
Module spécifique soins palliatifs	1	4	4
Manutention des résidents	2	8	16
Hygiène en restauration - HACCP	5	7	35
Gestes d'urgence, détresses vitales, premiers secours	1	10	10
Prise en charge de la douleur	1	10	10
Prévenir maltraitance direction personnes vulnérables	1	10	10
Hygiène en cuisine – applications et protocoles	1	2	2
Nettoyage et hygiène des locaux	1	9	9
Progiciel de paie PH7	2	1	2
Formation cadre de santé (du 8.09.05 au 30.06.06)		1	
Projet de soins informatisé	2	6	12
Elaboration du projet d'établissement	6	6	24
Maladie d'Alzheimer / Comment gérer troubles	2	1	2
Dépistage de la dénutrition	1	7	7
Animation en milieu sanitaire et social	2	2	4
Formation recyclage à l'habilitation électrique	1	1	1
Module obligatoire VAE – DPAS 70 h		2	
Accompagnement VAE – DPAS 24 h	3	2	6
Méthode de soin Gineste Marescotti	4	12	48
Assises nationales du médecin coordonnateur	2	2	4
Se préparer à la VAE	2	2	4
Animateur en sécurité incendie SSIAP1	12	1	12
Prise en charge personnes angoissées la nuit	4	2	8
Les missions de l'Hôpital Local	2	1	2
Formation sécurité incendie	2	18	36
Formation premiers secours AFPS	2	12	24
L'importance du lien social	1	1	1
Information sur la formation	1	2	2

Le processus d'identification des besoins de formation est globalement le suivant : Recensement des besoins en juin avec la paie sur la base d'une fiche de recensement, remise avec le bulletin de salaire du mois de juin, à renseigner avant le 31 juillet. Le plan de formation est élaboré en collaboration avec le personnel (réunion du personnel et CTE). En fonction des demandes, partent en formation, en priorité les agents qui ont demandé. L'établissement privilégie la formation en groupe.

L'établissement souhaite poursuivre sa politique active de formation continue.

8. PROJET QUALITE

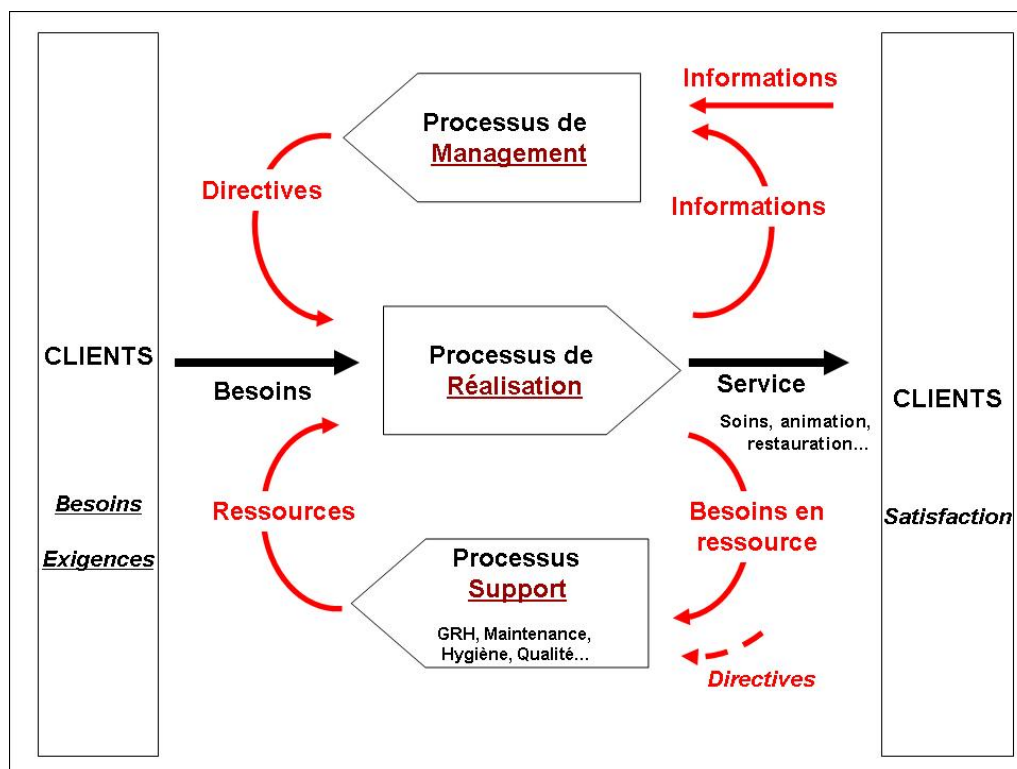
8.1. INTRODUCTION

Pourquoi un projet qualité dans un projet d'établissement ?

Introduites dans le paysage médico-social français par l'arrêté du 26 avril 1999, les démarches d'amélioration continue de la qualité font aujourd'hui partie des orientations politiques et stratégiques des EHPAD. Cette avancée tient compte de deux principales évolutions qui caractérisent le médico-social depuis le début des années 90 : d'une part, la maîtrise des dépenses qui impose de veiller à ce que les efforts budgétaires n'aient pas de conséquences préjudiciables sur la qualité des prestations ; d'autre part, le changement des mentalités des usagers vis à vis des pratiques médico-soignantes, à savoir :

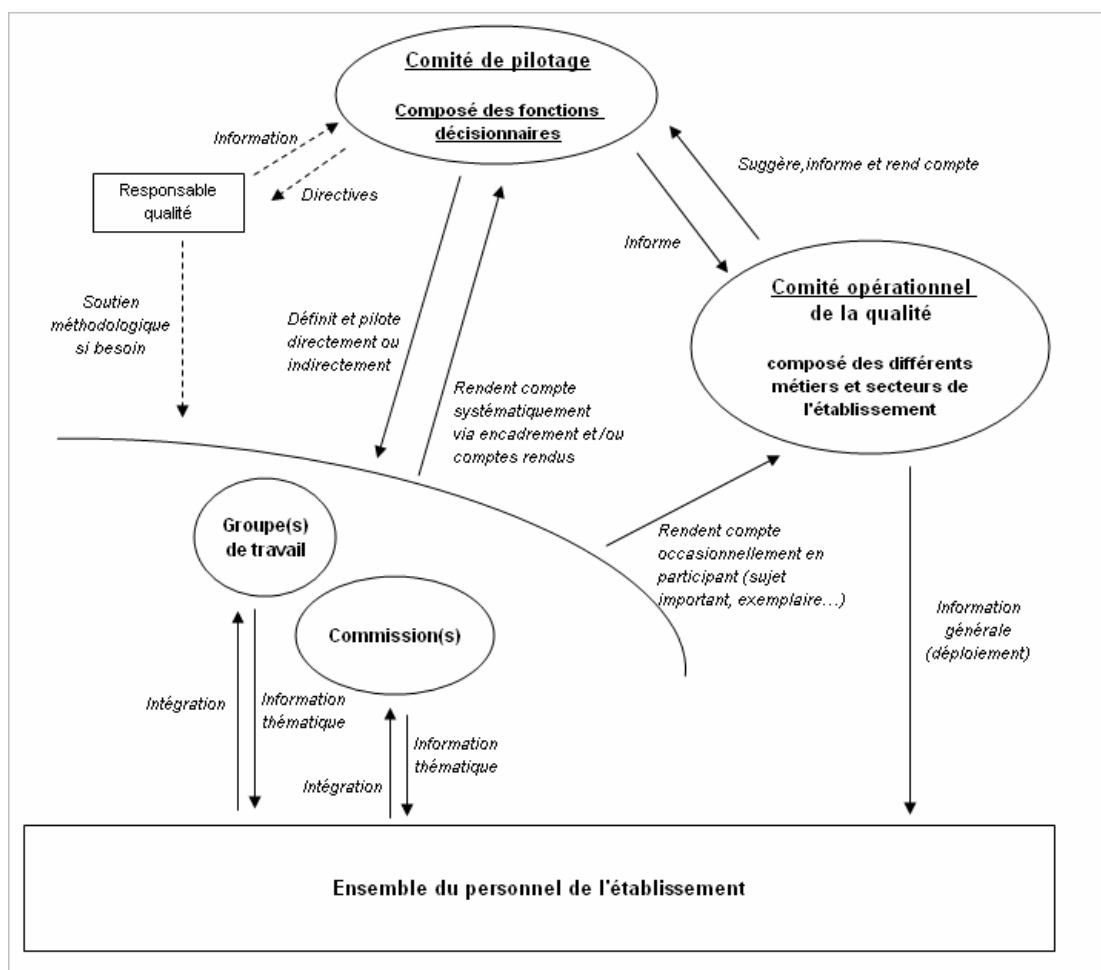
- ✓ Renforcement des exigences des clients vis-à-vis de la qualité attendue quant aux services proposés par un EHPAD,
- ✓ « Démystification » de la médecine ; le patient ou le résident objet devenant sujet et acteur de sa prise en charge.

Soucieux de répondre aux obligations réglementaires qui s'imposent ainsi, mais aussi convaincu que l'avenir de l'établissement dépend de sa réactivité et de son dynamisme face à ces évolutions, l'EHPAD du Dr Robert entend s'engager à définir et à mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette démarche qualité permettra par ailleurs de mettre en œuvre une partie des orientations du projet d'établissement (orientations relevant de la maîtrise des processus de management, de support ou de réalisation).



Représentation systémique de l'approche processus

8.2. STRUCTURATION ENVISAGEE DE LA DEMARCHE QUALITE



Le comité de pilotage est composé du Directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de santé et du responsable hôtellerie et logistique. Il a notamment en charge :

- ⇒ De définir et mettre en œuvre la politique qualité
- ⇒ De définir et planifier les objectifs qualité associés ainsi que d'en assurer le suivi
- ⇒ D'organiser la communication sur la démarche
- ⇒ De piloter le système de management de la qualité et d'en assurer le suivi

Le comité opérationnel de la qualité est en charge de déployer l'information qualité auprès de l'ensemble du personnel et de rendre compte de certains objectifs qualité auprès du comité de pilotage. Composé des différents métiers et secteurs de l'établissement, il est réuni à la demande du comité de pilotage.

Le responsable qualité est en charge de la gestion quotidienne de la qualité et de fournir les ressources méthodologiques nécessaires au bon déroulement de la démarche.

Ce poste s'avère indispensable car la mise en place d'une démarche qualité génère ses propres besoins (méthodologie et outils qualité, préparation et restitution des travaux des groupes de travail, suivi des indicateurs de satisfaction de résultat et de processus, gestion de la documentation qualité (procédures, formulaires, enregistrements...). A ce jour l'établissement ne dispose pas d'un temps qualité dans ses effectifs, **l'objectif étant de faire reconnaître ce poste au niveau des emplois budgétés.**

9. PROJET ARCHITECTURAL

Les bâtiments de l'établissement étant de construction récente, le projet architectural consiste à décrire les moyens architecturaux nécessaires afin de développer les **alternatives à l'hébergement permanent** et de **supprimer les chambres à 2 lits**.

9.1- CONTEXTE DU PROJET D'EXTENSION

Un groupe de travail interne composé du Maire président du CA, du Directeur, de l'Adjointe aux affaires sociales, du médecin coordonnateur, et de l'infirmière référente a été créé par le CA le 10 octobre 2003 afin de définir et de suivre le projet.

Le projet architectural intégrant une extension de 20 lits n'a pas été retenu dans le cadre du schéma gérontologique 2006 –2010, par contre, sur proposition de Monsieur le Directeur Général des Interventions Sanitaires et Sociales du Morbihan lors d'une réunion sur le site avec Monsieur le Président du Conseil d'Administration, le 6 juillet 2006, il nous a été proposé de développer les alternatives à l'hébergement permanent.

Le groupe de travail s'est réuni le 10 janvier 2007 et le 24 janvier 2007 avec l'architecte. Les membres du Conseil d'Administration se sont positionnés le 12 avril 2007 afin que soit réalisée une étude de faisabilité (juillet 2007) qui vise à définir les capacités d'extension de l'établissement sur son site actuel selon les objectifs suivants :

- ⇒ **Maintien de la capacité existante conformément au schéma gérontologique ;**
- ⇒ **Suppression des 9 chambres à 2 lits selon les recommandations du cahier des charges de la réforme de la tarification ;**
- ⇒ **Ouverture de 13 lits complémentaires pour personnes désorientées**

Dans la mesure où le site actuel est relativement exigu et ne laissant aucune possibilité d'emprise foncière libre et que l'établissement ne souhaite pas délocaliser sur un nouveau site le besoin de lits complémentaires, il est nécessaire de considérer la démolition de bâtiments existants. Si l'étude de faisabilité réalisée en 2004 avait conduit à retenir la démolition du foyer logement et du foyer restaurant, l'établissement souhaite à présent mesurer les incidences de la **démolition de la maison du Docteur Robert** pour réaliser son projet. En effet, après lecture du transfert de propriété, il semble qu'une démolition de ce bâtiment soit possible.

Le projet de vie de cette unité de 13 lits est semblable à celui du Chemin du Muguet.

Les **incidences financières** précises sont décrites dans l'étude de faisabilité.

10. MODALITES D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est revu annuellement par le comité de pilotage de la qualité. Son évaluation fait l'objet d'un rapport écrit qui contient les éléments suivants :

- ✓ Etat d'avancement des orientations des différents projets (projet de vie, projet de soins, projet social)
- ✓ Résultats des enquêtes de satisfaction (indicateurs de satisfaction)
- ✓ Synthèses des audits réalisés pendant la période
- ✓ Audits système (évaluation interne et externe dans le cadre du décret 2007-975 du 15 mai 2007)
- ✓ Audits qualité interne
 - Audits de protocoles ou de procédures
 - Audits relatifs au respect de la charte des services
- ✓ Indicateurs de résultat définis et suivis au titre du pilotage de la démarche qualité.

11. CONCLUSION

Le projet d'établissement, l'équivalent du projet « d'entreprise » est pris au sens de ce que l'on se propose d'entreprendre. Nécessairement global, il doit servir de référence permanente à la réflexion et à l'action, dans l'intérêt des personnes âgées qui sont nos clients.

Ce premier véritable projet d'établissement de l'EHPAD de Guer est un cadre fédérateur tourné vers l'avenir, il exprime une volonté collective, forte et précise, et détermine des principes d'actions et des normes de comportement professionnel.

Ce projet vise à mobiliser les équipes, à orienter les décisions des responsables et des élus et à conduire l'action dans une direction commune largement acceptée.

Il répond à trois questions :

- A quoi servons-nous ?
- Où voulons-nous aller ?
- Qu'y gagnerons nous ?

Il présente 5 caractéristiques :

- C'est un document écrit.
- C'est un texte dynamique.
- C'est un pacte de participation.
- C'est un message de l'ensemble des acteurs.
- C'est un projet mobilisateur.

De plus, tout ce qui sera fait au sein de l'EHPAD de Guer devra être basé sur « **la philosophie de l'humanité** », ce qui permettra d'accompagner les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, « debout jusqu'à la fin ».

Ce projet d'établissement est le sillon pour les cinq prochaines années. Et selon le proverbe berbère recueilli par Raoul Follereau

« Si tu veux que ton sillon soit droit, accroches ta charrue à une étoile. »