
Projet d'établissement de la résidence Marin Bouillé d'Alexain
2012-2016

Sommaire

préambule.....p 3

contextualisation.....p 4

- 1- l'environnement national
- 2- l'environnement régional et local
- 3- présentation de l'établissement et de ces principales caractéristiques
- 4- la démarche d'élaboration du projet d'établissement

Le projet de vie p24

[1-le projet de vie de la résidence Marin Bouillé](#)

1-1 Etat des lieux

1-2 actions d'amélioration

[2- le projet de vie individualisé](#)

2-1 Etat des lieux

2-2 actions d'amélioration

Le projet de soins p37

1- élaboration du projet de soins

2- Etat des lieux

- 2-1 organisation des soins
- 2-2 Aides et soins spécifiques

3- axes d'amélioration

- 3-1 organisation des soins
- 3-2 Aides et soins spécifiques

Le projet logistique

p47

1- enjeux du projet logistique

2-diagnostic

- 2-1 la restauration
- 2-2 la blanchisserie
- 2-3 maintenance et entretien des locaux
- 2-4 gestion des déchets

3 – axes d'amélioration

- 3-1 amélioration de la sécurité sanitaire
- 3-2 amélioration de l'hygiène
- 3-3 politique écologique de l'institution

Le projet architectural

p51

1-enjeux et diagnostic

2 axes d'amélioration

- 2-1 amélioration du confort et de la sécurité du cadre de vie
- 2-2 amélioration de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap ou avec des difficultés de mobilisation

Le projet qualité et gestion des risques

p53

1- diagnostic

2- axes d'amélioration

- 2-1 la prise en compte des risques professionnels
- 2-2 l'évaluation des pratiques professionnelles
- 2-3 mettre en place une réelle méthode de gestion des événements indésirables
- 2-4 veiller à la sécurité des résidents
- 2-5 veiller au maintien en bon état de l'établissement

Le projet managérial

p56

1 - diagnostic

2 - axes d'amélioration

2-1 explorer les besoins locaux en accueil de jour

Le projet des systèmes d'information

p57

1- état des lieux

2- axe d'amélioration

Le projet social

p58

1- enjeux du projet social

2- état des lieux

2-1 gestion des ressources humaines

2-2 plan de formation

3-axes d'amélioration

3-1 adapter encore plus le programme de formation aux problématiques des résidents et de l'établissement

3-2 améliorer l'intégration des nouveaux professionnels

3-3 améliorer l'implication et la cohésion du personnel

Préambule

Pourquoi faire un projet d'établissement ?

Traditionnellement, les établissements ont toujours fonctionné avec des habitudes et des savoir faire qui ont fait une large place à la culture de l'oral et de l'informel. Ces traditions orales ont aujourd'hui trouvé leurs limites à l'heure où la communication a pris une place importante.

Les résidents, leurs familles, le public doivent savoir quelles prestations, quelle philosophie de soin, quelles valeurs sont mises en œuvre dans les établissements pour personnes âgées. Cela permet également pour le personnel de se poser la question de l'utilité, de la pertinence mais surtout de l'avenir de l'établissement.

Les projets d'établissement sont une obligation légale issue de la loi du 2 janvier 2002. Il s'agit ici du premier projet pour la résidence Marin Bouillé. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et expirera le 31 décembre 2016. Ce projet prend en compte les évolutions nombreuses du secteur médico-social. Il se veut réaliste et audacieux et place la personne accueillie au centre des préoccupations de chacun.

Contextualisation

Un projet d'établissement se situe toujours au carrefour d'enjeux nationaux, départementaux et locaux.

1-l'environnement national

1-1Le contexte démographique.

La population française vieillit. Au 1^{er} janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005.

Cette donnée connue de tous impose une réflexion sur l'accompagnement du grand âge.

1-2 Les politiques nationales

Conscient des enjeux les pouvoirs publics ont lancé différentes politiques publiques dans le sens d'une prise en charge toujours meilleurs de nos personnes âgées.

1-1-1 Le plan solidarité grand âge 2007-2012

Il repose sur 5 principes :

Assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile

- En développant l'offre de services et de soins : services d'aide et d'accompagnement à domicile, services de soins infirmiers, hospitalisation à domicile, accueils de jour, gardes itinérantes de nuit...
- En soutenant davantage les aidants familiaux avec la création d'un congé de soutien familial.
- En assurant une continuité entre domicile et maison de retraite.
- En augmentant le nombre de personnels soignants pour disposer, au terme du Plan, d'un professionnel par résident dans les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes.
- En améliorant la qualité de vie. Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.
- En lançant un grand programme de recherche sur les maladies du grand âge, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et les pathologies apparentées.

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

Adapter l'hôpital aux personnes âgées

- En développant et en labellisant les filières gériatriques.
- En resserrant les liens avec le domicile et avec la maison de retraite.

Garantir pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance

Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

- En lançant un grand programme de recherche sur les maladies du grand âge, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, et les pathologies apparentées.

1-1-2 Le plan national Alzheimer 2007-2012

Les grandes orientations de ce plan portent notamment sur :

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

2- l'environnement régional et local

2-1 Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, 3ème génération : SROS III

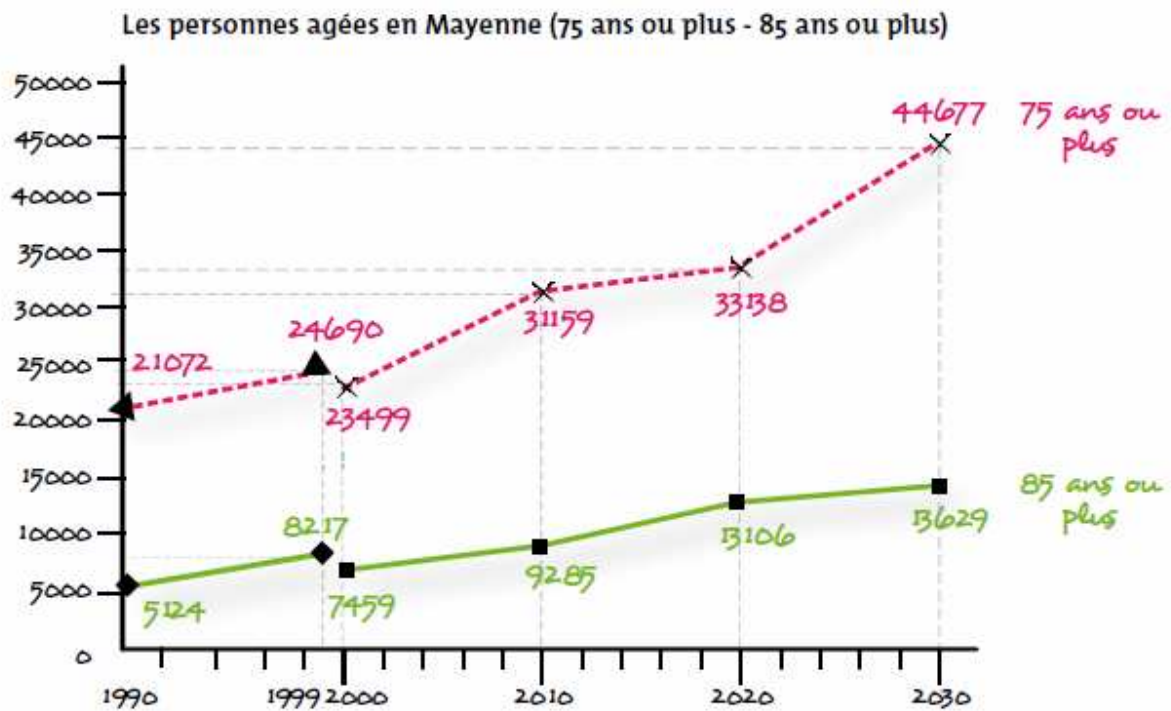
2-1-1 Bref rappel des données démographiques de la région

En matière de vieillissement, la population ligérienne se situe à un niveau proche de la France métropolitaine. La population des plus de 75 ans sera multipliée par 2 en Pays de la Loire en 2030 par rapport à 2003. Les personnes de 60 ans et plus qui représentent aujourd'hui 21.5% de la population ligérienne devraient atteindre 33.8% de la population en 2030.

Par ailleurs, les personnes de 75 ans et plus, représentent 20 % des séjours hospitaliers tous âges confondus.

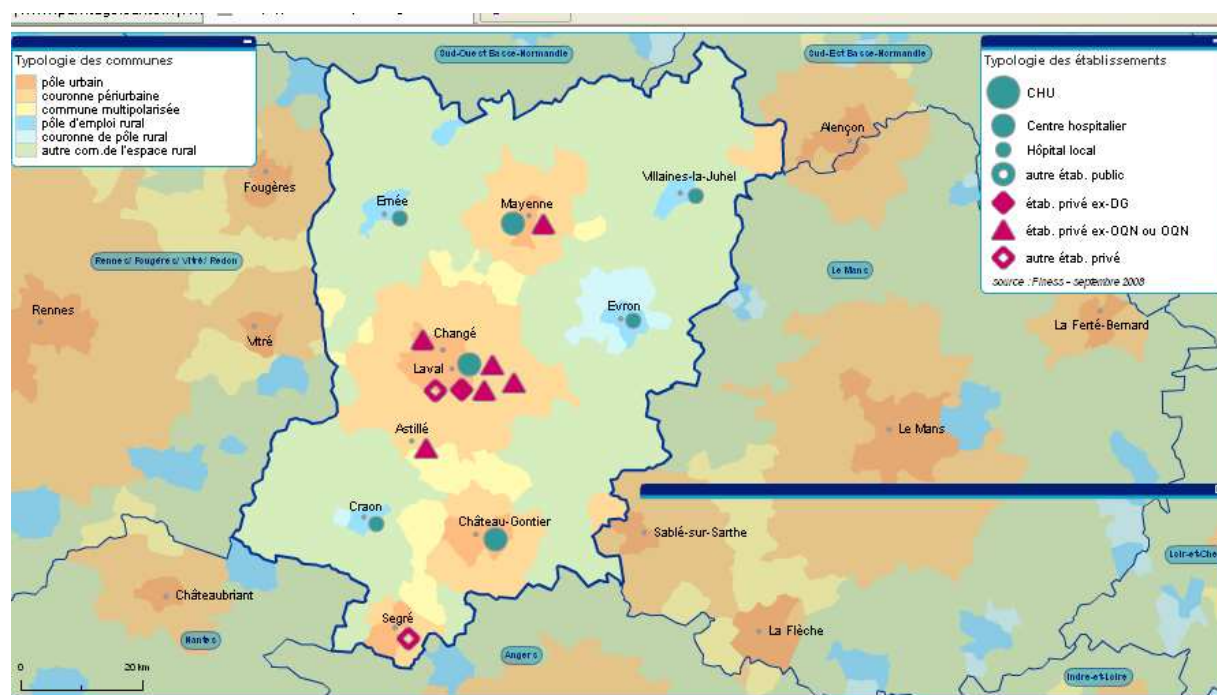
Effectif de la population par classe d'âge	France	Pays de la Loire	Mayenne
75 – 84 ans	5 018 984	223 994	21 388
85 ans et plus	1 201 927	67 577	6 637
Totalité de la population	61 166 815	3 425 390	299 499
En pourcentage	France	Pays de Loire	Mayenne
75 - 84 ans	8.20%	6.5%	7.1%
85 ans et plus	2%	2%	2.2%

Perspectives



Source : INSEE - RGP 1990 et 1999, Projections Omphale 2000 à 2030

2-1-2 l'offre sanitaire et médico-sociale en Mayenne



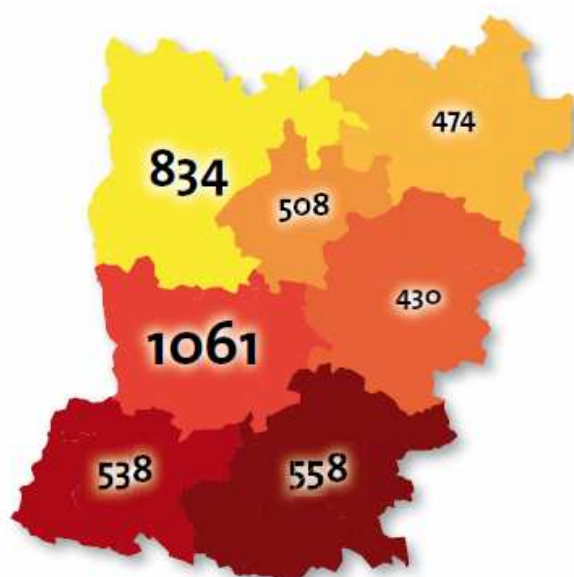
L'offre de soins se concentre au niveau de Laval. La position géographique d'Alexain est stratégique puisque l'établissement se trouve quasiment au centre du triangle Ernée-Mayenne-Laval qui concentrent la majorité de équipements de santé. Cela est sans conteste un atout dans l'optique d'une filière gériatrique complète.

L'offre médico-sociale est également satisfaisante notamment dans le nord mayenne.

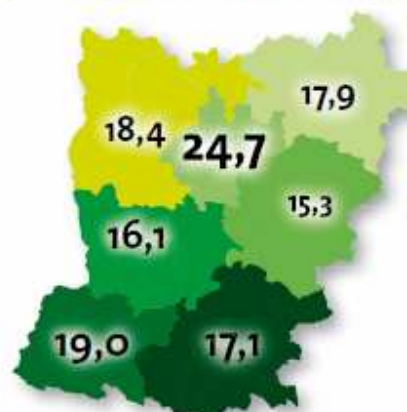
zone	Etablissements	EHPAD	USLD	Autres	Personnes âgées de 75 ans ou plus en 99	Ration USLD+EHPAD pour 100
Zone de Mayenne	Alexain	48				
	Martigné sur Mayenne	75				
	Mayenne	207	100	50		
	Oisseau	32				
	Saint Fraimbault des Prières	46				
	total		408	100	50	2054

Zone d'Ernée et du bocage Mayennais	Ambrières les Vallées	98				
	Baconnière (La)	48				
	Chailland			24		
	Chantrigné	26				
	Châtillon sur Colmont			19		
	Croixille (La)	27				
	Ernée	160		40		
	Fougerolles du Plessis	68				
	Gorron	102				
	Juvigné	38				
	Landivy	44				
	Montaudin			41		
	Montenay	26				
	Pas (Le)	34				
	Pontmain	83		72		
Saint Denis de Gastines	80					
Total	834		196	4534	18.4%	
TOTAL GENERAL MAYENNE	4112	291	893	24690	17.8%	

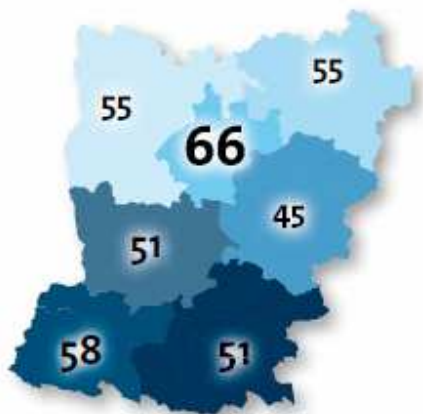
Répartition du nombre de places USLD + EHPAD, par zone (2007)



Ratio USLD+EHPAD pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1999 (%)



Ratio USLD+EHPAD pour 100 personnes
âgées de 85 ans ou plus en 1999 (%)



2-2 Les orientations régionales

Le SROS III a comme objectif principal de répondre au vieillissement de la population.

Les orientations majeures du schéma sont de :

- Adapter l'offre de soins aux besoins de la personne âgée : cette exigence implique la mise en place d'une filière gériatrique complète et de proximité.
- Favoriser une prise en charge de proximité : il s'agit de permettre à la personne âgée d'accéder à l'ensemble de la filière et d'éviter des ruptures de prise en charge lors du retour à domicile. L'organisation des soins mise en place vise également à promouvoir une offre gériatrique de proximité autour des hôpitaux locaux, des services et des professionnels libéraux ainsi que des structures médico-sociales (EHPAD).
- Optimiser l'organisation des soins : cette dernière doit passer par une coordination renforcée entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, dans le cadre de réseaux gérontologiques articulés avec les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Le projet d'établissement de l'EHPAD Marin Bouillé s'inscrit dans l'optimisation de l'organisation des soins. Il propose nombre de conventions avec les structures sanitaires environnantes.

2-3 Le Schéma départemental gérontologique de la Mayenne

Le schéma départemental gérontologique de la Mayenne fixe les orientations et objectifs de 2008 à 2012 en matière d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge des personnes âgées. Il est important d'en rappeler les principes dans la mesure où les objectifs du projet d'établissement de l'EHPAD Marin Bouillé ont été définis dans le cadre des orientations du schéma.

2-3-1 Les orientations de fond et/ou prioritaires:

- ↳ Veiller sur l'ensemble du territoire mayennais, à une égalité des chances dans l'accès des personnes âgées aux aides, services ou établissements.
- ↳ Permettre aux personnes âgées d'exercer un droit au choix.
- ↳ Favoriser le soutien à domicile.
- ↳ Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, tant au domicile qu'en établissement.

2-3-2 Les actions transversales du schéma départemental :

- ↳ Développer la coopération entre partenaires.
- ↳ Articuler la politique gérontologique sur la base territoriale des CLIC.
- ↳ Informer et communiquer sur l'offre existante.
- ↳ Encourager le bénévolat tant au domicile qu'en établissement.
- ↳ Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance.
- ↳ Former les professionnels, si possible dans une logique de décroisement des statuts et des services.
- ↳ Rechercher et mobiliser des sources de financement externes.

Par ailleurs, les acteurs de l'EHPAD Marin Bouillé ont pour objectifs de faire connaître l'établissement et la prise en charge proposée dans le cadre de journées portes ouvertes en parallèle de la fête communale.

2-3-3 Les objectifs de prise en charge du schéma départemental :

Le schéma gérontologique mayennais fixe également des objectifs clairs en matière de prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

- ↳ Améliorer la prise en charge des personnes désorientées vivant à leur domicile : en créant des accueils de jour pour une couverture homogène du territoire, en développant des services d'aide aux aidants, en formant les professionnels qui interviennent au domicile.

→ Améliorer la prise en charge en établissement des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

2-3-4 L'amélioration des dispositifs de prise en charge au domicile

Un autre volet du schéma départemental gérontologique de la Mayenne concerne les problématiques liées au soutien à domicile ainsi que les services et prestations délivrés aux domiciles des personnes. Il s'agit de :

- Redéfinir les missions des CLIC.
- Encourager les interventions d'aide à domicile en service prestataire dans le respect de la diversité de l'offre.
- Communiquer sur les avantages et inconvénients du cadre prestataire et de l'emploi direct.
- Développer la qualité dans les services d'aide à domicile.
- Augmenter la capacité des SSIAD et développer la qualité.
- Optimiser le dispositif de l'APA.
- Développer l'hébergement temporaire comme solution alternative en recentrant l'hébergement temporaire sur sa fonction initiale.
- Développer un réseau d'accueillants familiaux pour personnes âgées.

2-3-5 Les orientations à prendre par les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Enfin, le dernier volet du schéma concerne les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Le schéma départemental gérontologique prévoit de :

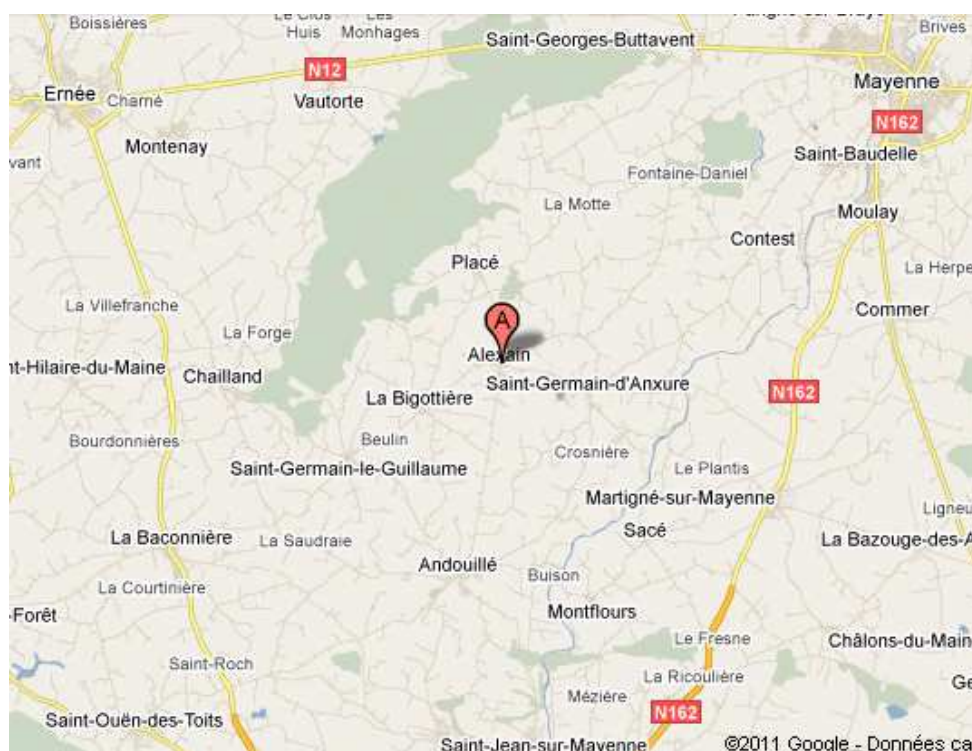
- Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance.
- Favoriser les opérations de rénovation et de restructuration.
- Favoriser le rapprochement des établissements par des mutualisations ou des fusions.
- Conseiller les élus locaux sur les résidences-services.
- Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées.

3- présentation de l'établissement et de ces principales caractéristiques

3-1 caractéristiques générales

L'EHPAD Marin Bouillé d'Alexain est un établissement public autonome de statut hospitalier, hébergeant des personnes âgées dépendantes. Il est autorisé par un arrêté n°88-171 du 4 novembre 1988 pour une capacité de 48 lits auxquels s'ajoute une place en hébergement temporaire.

L'établissement se trouve à 16 kilomètres de Mayenne, à 25 kilomètres de Laval et à 18 kilomètres d'Ernée



L'établissement est logé dans un bâtiment qui fût donné en don par l'ancien maire Mr René-Marin Bouillé en 1857.

Aujourd'hui une extension existe. Des gros travaux de mise en sécurité incendie ont été effectués en 2004.

L'établissement dispose de deux ascenseurs permettant l'accès aux étages. La maison de retraite se compose de 6 chambres doubles et 37 chambres seules.

Chaque étage dispose d'une salle de bain. Celle du second étage n'est pas utilisée à l'heure actuelle. Une réflexion sera menée dans le cadre de ce projet d'établissement pour la remettre en service.

Une chambre mortuaire est également à la disposition des résidents qui souhaiteraient rester dans l'établissement, après leur décès.

La restauration est réalisée sur place par notre équipe de cuisine qui confectionne plus d'une centaine de repas par jour, entre les repas des résidents, le portage à domicile, les repas du personnel et les repas des familles et accompagnants.

Le traitement du linge est également effectué sur place par les équipes de nuit. Cela correspond au traitement de 42 tonnes de linge annuellement.

Enfin les travaux de maintenance sont effectués sur place par l'agent d'entretien.

3-2 Résidents et activité

3-2-1 l'activité

La résidence Marin Bouillé a un nombre de journée théorique maximal de 17 885

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de journées effectuées	17632	14652	17588	17227	17670
Taux d'occupation	98.6%	81.9%	98.3%	96.3%	98.8%
Nombre d'entrées	13	26	16	17	14
Nombre de sorties	14	24	18	16	12
Nombre de résident à l'aide sociale	/	7	7	7	7
Moyenne d'âge	/	85	86	85.31	85.28

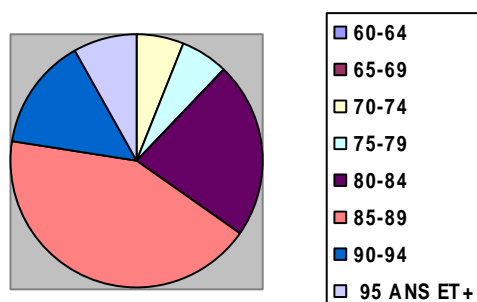
Mis à part l'année 2007 qui a vécu beaucoup de décès successifs ce qui a eut une répercussion négative sur l'activité, le taux d'occupation de la résidence est globalement stable.

Il est à noter que le mouvement est important au sein de la résidence. Ainsi chaque année entre 25 et 50% des résidents quittent l'établissement soit à cause d'un décès, d'un retour à domicile ou d'un changement de structure.

3-2-2 les résidents

La moyenne d'âge au sein de la résidence s'élevait au 30 avril 2011 à 85.31 ans.

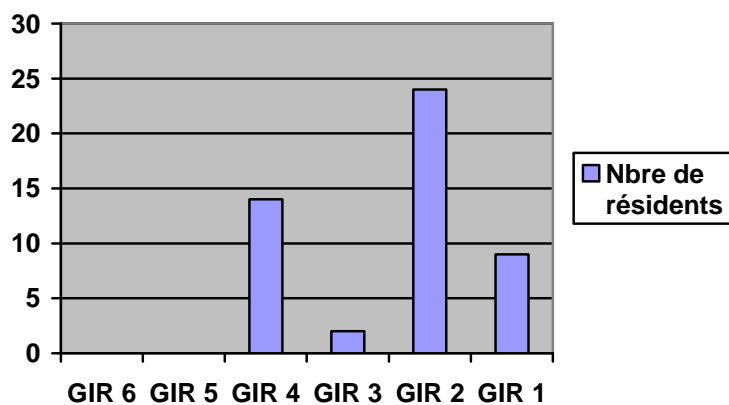
Tranches d'âges	Nombre de résidents	%
60-64 ans	0	0
65-69 ans	0	0
70-74 ans	3	6.12%
75-79 ans	3	6.12%
80-84 ans	11	22.45%
85-89 ans	21	42.86%
90-94 ans	7	14.29%
95 ans et +	4	8.16%



Répartition des résidents par tranches d'âge

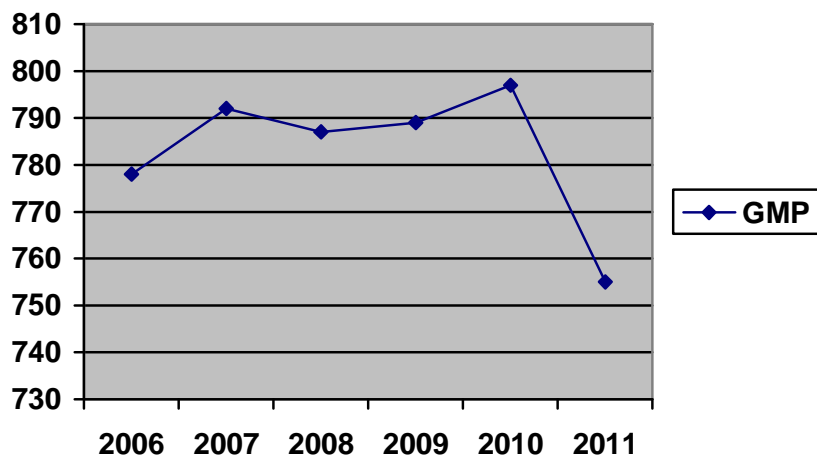
80% des résidents se trouvent dans la tranche d'âge 80-95 ans. Cela confirme une tendance entrevue depuis plusieurs années déjà : une entrée en institution toujours plus tardive, quand le maintien à domicile ou dans des structure d'accueil légère n'est plus possible.

Le GIR moyen pondéré et son évolution



Le dernier GMP validé par le Conseil Général s'élevait à 755.

Evolution du GMP ces dernières années

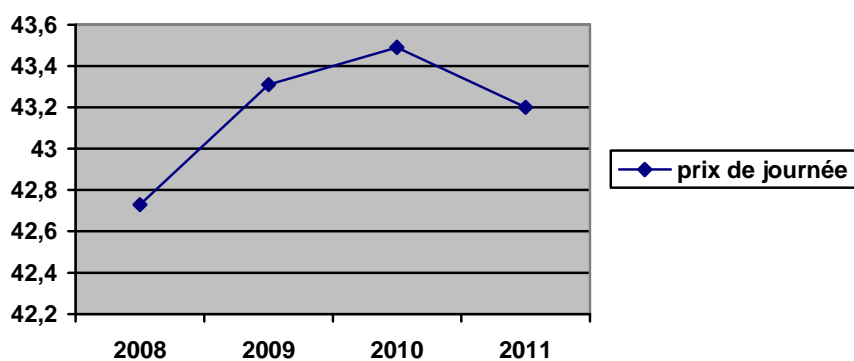


La dépendance à la maison de retraite d'Alexain est restée très élevée tout au long de ces dernières années. L'année 2011 a vu le GMP fortement diminué suite à une visite du Conseil Général. Cette donnée a un impact que

l'accompagnement que nous proposons. En effet, il faudra au sein du projet social, intégrer cette constante notamment en matière de formation.

Le prix de journée

L'attractivité d'une maison de retraite s'effectue sur deux aspects : les prestations délivrées et leurs prix. De plus en plus, les familles cherchant une place pour leur proche comparent, visitent. Plus qu'un enracinement de plusieurs décennies, le prix de journée est un élément stratégique garant d'un haut niveau d'activité.



	2008	2009	2010	2011
Prix de journée	42.73€	43.31€	43.49€	43.20€

Il faut noter que le prix de journée de la maison de retraite d'Alexain est particulièrement compétitif quand on sait que le prix moyen d'établissements similaires en Mayenne tourne autour des 50€.

4- la démarche d'élaboration du projet d'établissement

La maison de retraite d'Alexain n'a jamais eu de projet d'établissement formalisé. Celui que nous venons de construire est le premier alors même qu'il s'agit d'une obligation légale depuis la loi du 2 janvier 2002.

4-1 finalité du projet d'établissement

Le projet d'établissement sera le document fondateur de la stratégie de l'établissement. Basés sur ses valeurs, cet outil précisera les objectifs que l'établissement se fixe pour les cinq années à venir.

Ce projet a été travaillé en équipe avec le personnel de l'établissement. Pour nous assister dans cette tâche, un consultant extérieur Mr Turbel est venu nous aiguiller dans la démarche.

Nous avons travaillé en sous-groupes sur différentes thématiques :

- ❖ Le projet de vie
- ❖ Le projet de soins
- ❖ Le projet social
- ❖ Le projet logistique
- ❖ Le projet qualité et gestion des risques
- ❖ Le projet architectural

Ce document doit adapter notre prise en charge au défi que nous serons amenés à rencontrer demain et dans les années qui viennent. La démarche qualité que l'établissement a entreprise depuis plusieurs années trouve ici une continuité fondamentale.

La finalité du projet d'établissement, outre d'être l'outil référence de l'accompagnement que nous proposons, c'est aussi d'être un outil de communication qui doit ouvrir les portes de l'EHPAD au public et en premier lieu aux familles. Celles-ci doivent savoir ce que nous faisons, comment nous le faisons et suivant quelles valeurs. Cette transparence permet également d'éviter certaines incompréhensions dans nos relations aux familles.

4-2 Méthodologie du projet

4-2-1 constitution du groupe de travail

Le groupe de travail constitué pour travailler sur ce projet fut celui du groupe qualité. Ce groupe rassemble des professionnels de chaque service à l'exception de la cuisine et de l'entretien qui sont associés de façon plus ponctuelle.

Ainsi il est composé : du directeur, du psychologue, d'une infirmière, d'une secrétaire, d'AS, d'AMP, d'ASH de jour et de nuit.

Des sous-groupes ont été constitués pour travailler sur les différents projets. Nous avons veillé à mélanger ces groupes (personnel de soins, administratifs, médico-psychologique).

4-2-2 les étapes de l'élaboration du projet

- Etape1 : la conception du projet

Avec le concours du consultant externe, la direction et le groupe qualité ont défini les principes de la démarche d'élaboration afin que ce dernier respecte et traduit les valeurs de l'institution.

- Etape 2 : l'auto-évaluation

Pour se donner des objectifs, il faut déjà situer l'organisation du travail par rapport aux bonnes pratiques admises en maison de retraite. Les écarts repérés entre notre fonctionnement et le référentiel angélique servent de base à la réflexion de notre projet.

- Etape3 : formulation d'orientation

Les orientations sont fixés par la direction en fonction d'un certain nombre d'éléments : l'environnement extérieur les, différents plans nationaux, les schémas gérontologiques

- Etape 4 : définition du plan d'action

Le plan d'action a été défini lors des réunions sur le projet avec le groupe qualité. Il reprend les orientations que nous nous sommes fixées en établissant les priorités, un calendrier, les moyens d'action à mobiliser et les indicateurs nécessaires à son évaluation.

- Etape 5 : formalisation du projet

Le projet d'établissement est l'aboutissement des discussions qui ont été menées. Il réaffirme les valeurs et la philosophie de vie et de soins de la structure tout en fixant des objectifs pour nous permettre à l'avenir d'être toujours adapté aux évolutions des besoins des personnes âgées dépendantes.

- Etape 6 : validation du projet

Une relecture du document a été effectuée ainsi qu'une validation des fiches projets. La direction a apporté les dernières corrections au projet

- Etape 7 : mise en œuvre

Tout au long des cinq années de vie du projet, les actions seront mises en œuvre conformément au calendrier défini dans les fiches projet

- Etape 8 : actualisation et évaluation

Le groupe qualité sera chargé d'effectuer le suivi de réalisation des objectifs ainsi que de la réévaluation du projet.

Le projet de vie

La raison d'être de la résidence Marin Bouillé d'Alexain est l'accompagnement de personnes âgées dépendantes ou non, jusqu'à la fin.

L'architecture et la capacité de la structure donne à l'établissement une ambiance familiale qui lui correspond. Ainsi chaque professionnel est attaché à la maison de retraite lieu de vie.

Depuis plusieurs années et notamment par le renouvellement de la convention tripartite en 2009, cet aspect de la prise en charge a été renforcé. La personne âgée n'est pas considérée comme un objet de soins mais comme une personne à part entière avec une histoire de vie, un passé, des habitudes, des envies et des absences d'envie que nous nous efforçons de respecter dans la mesure de nos moyens.

La démarche de projet d'établissement a permis aux membres du groupe de pilotage de donner leur ressenti sur la structure et sur l'accompagnement que nous dispensons.

Pour le personnel, nous disposons de nombreux atouts :

- un cadre de vie agréable, et un jardin intergénérationnel permettant des sorties régulières,
- Une équipe performante et compétente dont les capacités sont renforcées chaque année par la formation continue,
- Une philosophie d'accompagnement centrée sur le respect de la personne de sa dignité, de ses droits de ses habitudes de vie et de son rythme,
- Des prestations hôtelières de qualité avec notamment une cuisine traditionnelle confectionnée sur place tout comme l'entretien du linge,
- Des équipements adaptés et renouvelés en fonction des besoins.

Le projet de vie est stratégiquement le premier volet de ce projet d'établissement pour affirmer encore une fois que la résidence Marin Bouillé est avant tout un lieu de vie et que cette dimension va se renforcer au long des cinq années de vie de ce projet.

1-le projet de vie de la résidence Marin Bouillé

1-1 Etat des lieux

1-1-1 accueil et admission

Les demandes de renseignement peuvent être effectuées à tous moments de la semaine durant les horaires d'ouverture du secrétariat : 9h-17h30 le lundi et mardi et 9h-16h30 du mercredi au vendredi.

Tous les documents nécessaires à l'inscription sont désormais disponibles sur le site internet : www.ehpad-marinbouille.fr

L'inscription peut intervenir dans les mêmes conditions que les demandes de renseignement. L'établissement dispose d'une liste d'attente. Celle-ci est réactualisée à chaque place vacante. La longueur de cette liste n'est pas un indicateur pertinent. Beaucoup de personnes inscrites le sont par précaution. De plus en plus, les entrées sont des entrées en urgence, directement des services de soins de suite.

Une visite est systématiquement proposée aux résidents et à leur famille. Cependant avec l'augmentation des admissions hospitalières, celle-ci est rarement possible.

Le consentement de la personne est toujours recherché, même pour des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Les documents d'accueil préconisés dans la loi 2002-2 sont remis à chaque personne entrante : le contrat de séjour (qui sera revu fin 2011), et le règlement de fonctionnement (réactualisé en 2011). La charte des personnes âgées dépendantes est portée à la connaissance du futur résident.

L'établissement ne dispose pas encore de livret d'accueil.

Le moment de l'admission doit également permettre de connaître les souhaits de la personne en cas de décès. Un recueil en amont de ces données évite à l'établissement de solliciter la famille dans les moments pénibles de la fin de vie.

Un référent familial est toujours nommé. Ses coordonnées sont tenues à jour et mises à la disposition de l'équipe.

Un référent au sein de l'équipe est désigné pour guider le nouveau résident dans ses premiers pas dans l'institution. Cependant cette procédure n'est pas formalisée et nécessiterait d'être éclaircie et explicitée.

1-1-2 cadre de vie

La résidence se trouve sur la commune d'Alexain à quelques centaines de mètres seulement du centre bourg et de ses commerces. Le lien social pour les personnes ayant vécu toute leur vie à Alexain est donc préservé.

Le bâtiment se compose d'une partie ancienne et d'une partie plus récente ajoutée à la fin des années 80. L'établissement a fait l'objet de gros travaux de mise aux normes incendie en 2004. Il compte 37 chambres simples et 6 chambres doubles.

Du mobilier neuf a été acheté en 2010 pour accompagner les résidents dans leur perte d'autonomie. Ce renouvellement de matériel se fait dorénavant au fil de l'eau.

L'établissement dispose également d'un salon de coiffure et aussi d'une grande salle d'animation équipée d'un écran plat.

Le rez-de-chaussée ainsi que le premier étage offre des petits salons qui peuvent permettre aux familles de rencontrer leur parent plus tranquillement. Les salons du rez-de-chaussée servent également de salle de restauration pour certains de nos résidents.

Le hall reste un endroit privilégié par nos résidents car c'est un lieu de forte activité. Cependant le phénomène d'agglutinement est gênant. Nous essayons de répartir la vie dans les autres pièces de l'établissement mais les habitudes sont tenaces.

1-1-3 droits et libertés

***La charte**

La charte des droits et libertés figurent dans les documents d'accueil. Elle est affichée dans l'établissement, en outre elle est portée à la connaissance des résidents et respectée par le personnel. Le nouveau personnel devra être impliqué dans cette démarche par la signature de cette charte.

*Culte

La liberté de culte est assurée dans l'établissement. Une assemblée de prières a lieu toutes les deux semaines et une messe est célébrée à Noël, à la Toussaint et à Pâques.

*Participation des résidents à la vie institutionnelle

Le CVS (Conseil de la Vie Sociale) a été mis en place en avril 2011. Quatre résidents y participent. De plus une fois par trimestre, une réunion de résident est organisée avec la direction. Les personnes accueillies peuvent ainsi évoquer directement leurs difficultés, les souhaits et leurs encouragements avec l'administration. Les premières réunions furent très constructives.

*Protection des biens

Certaines chambres sont équipées de coffre. Les familles sont informées par le document d'admission de la nécessité de conserver peu d'objet de valeur ou d'argent liquide dans les chambres.

La protection des biens est un point faible de l'établissement.

*Liberté d'aller et venir et respect des droits

Les droits de la personne sont respectés. Son positionnement en tant qu'être humain adulte ouvrant droit au respect de sa dignité et de son intimité est admis et appliqué par l'ensemble du personnel.

La liberté d'aller et venir est garantie sous réserve des contraintes médicales. L'établissement a fait le choix de laisser le résident déambuler au risque de la chute plutôt que la contention.

1-1-4 vie sociale et animation

Pour que la résidence reste un lieu de vie nous devons proposer des activités et des animations qui la fasse vivre. Les résidents viennent passer une étape dans leur vie dans l'établissement et ils ont des souhaits légitimes en matière de vie sociale.

* Organisation de l'animation

L'organisation des animations est assurée par les agents de l'établissement. Nous avons 4 AMP (aide médico-psychologique) formées à un accompagnement plus personnalisé des résidents.

A côté, des temps d'animation sont inscrits dans certaines fiches horaires AS et ASH. Cela permet d'avoir une couverture plus complète de la journée en terme d'organisation d'activité mais cela permet de travailler la cohésion d'équipe en ne réservant pas l'animation à une seule catégorie d'agent. L'organisation de ces moments sera d'ailleurs à retravailler.

Un journal des animations est publié chaque mois et remis aux résidents. Il est depuis juin 2011 également publié sur le site internet. Nous publions également mensuellement un journal de la maison de retraite reprenant les temps forts des animations passées.

Il existe donc des animations tous les jours et souvent plusieurs fois par jour. Celles-ci peuvent prendre différentes formes :

Les animations qui s'adresse à tous. Il s'agit de moments, souvent dans nos murs, qui s'adresse à tous les résidents : fête communale, fête de la musique, repas des familles et des anniversaires, arbre de Noël...

Les animations en petit groupe. Les activités souvent se déroulent avec un nombre restreint de résident. Cela s'explique par les contraintes d'organisation mais également par les envies des résidents qui ne souhaitent pas forcément participer tous les jours à une nouvelle animation. Ces animations peuvent revêtir différentes formes : chant, pâtisserie, cinéma, gym douce, soins esthétiques, et ont lieu principalement l'après-midi

Les activités en matinée : centrée sur la vie quotidienne, elles permettent aux résidents de faire le lien avec leur vie passée. Il s'agit principalement de pliage de linge, ou d'aide à la vaisselle. Elles concernent des résidents suffisamment autonomes pour pratiquer ce genre d'activité. D'autre part, en matinée des groupes de paroles, des lectures de journal ou de l'écoute musicale sont régulièrement organisées

Enfin, les temps d'accompagnement de prise en charge individualisée existent notamment en début d'après-midi. Il s'agit d'un accompagnement spécifique avec un résident. Il peut s'agir d'une sortie dans le jardin intergénérationnel ou juste un temps d'écoute et de partage soignant/résident.

* Rencontre avec l'extérieur

Une maison de retraite se doit de s'ouvrir sur l'extérieur afin de combattre son image autarcique et négative.

En ce sens, la maison de retraite d'Alexain utilise les ressources qu'elle a à sa disposition pour faire entrer d'autres publics dans l'établissement. Les enfants sont régulièrement invités pour des animations avec les résidents qui le souhaitent, c'est le cas à la chandeleur mais également en fin d'année scolaire pour un petit spectacle de fin d'année.

Un jardin intergénérationnel, porté par la mairie d'Alexain a été installé devant l'établissement, les AMP en lien avec les assistantes maternelles programment des journées de rencontres entre les tout petits et les résidents.

Les relations avec le club du 3^{ème} âge existent mais devraient être développées. La présence dans l'établissement de membres de ce club pourrait faciliter les choses.

Les coiffeuses à domicile passent également dans l'établissement à la demande des résidents.

Enfin, des animations entre différents EHPAD sont organisées notamment avec la maison de retraite de Oisseau (chorale).

* Intervention de bénévoles

Des bénévoles interviennent pour des actions précises (mise en place des tables pour le barbecue d'été,...). Ils n'interviennent pas directement auprès des résidents. On peut noter également que l'assemblée de prière est effectuée par des bénévoles.

L'action de ces personnes n'est pas encadrée aujourd'hui. Il est vrai que nous avons peu de demandes d'interventions de bénévoles et que c'est l'établissement qui sollicite le plus souvent.

* Échanges avec les familles

Depuis le mois d'avril 2011, l'établissement dispose d'une instance où les représentants des familles et des résidents peuvent s'exprimer. Auparavant le recueil des ressentis des familles se faisait totalement de façon informelle. Cette

nouvelle instance se réunira 2 à 3 fois par an. Les comptes-rendus sont affichés dans le hall, accessibles à tous.

Les échanges avec les familles se font sinon lors d'événements particuliers : barbecues en été, repas des familles en automne.

1-2 actions d'amélioration

1-2-1 accueil et admission

Les demandes de renseignement doivent pouvoir être satisfaites à tout heure grâce à l'existence du site Internet qui compile toutes les informations nécessaires.

- ❖ Poursuivre la diffusion de l'adresse du site Internet à tous le personnel afin qu'il puisse orienter les personnes souhaitant des informations, en cas d'absence de la secrétaire.

L'absence de livret d'accueil est préjudiciable pour la structure qui est ainsi privée d'un moyen de communication efficace. Une société spécialisée dans la réalisation de ce type de documents avait été missionnée, il y a quelques années. Elle avait sollicité nos fournisseurs et avait fait faillite ensuite sans remplir sa mission. De fait, nos fournisseurs sont donc aujourd'hui très réticents à retenter l'aventure.

- ❖ Réaliser un livret d'accueil de la maison de retraite, soit en faisant appel à un prestataire soit par nos propres moyens.

La pré-admission devrait être améliorée, notamment par la visite de membres du personnel à de futurs résidents admis en structure hospitalière.

- ❖ Effectuer une visite d'une partie de l'équipe soignante aux futurs résidents en structure hospitalière afin de lui présenter la résidence ainsi que les prestations que nous proposons

La procédure d'admission existe et semble donner satisfaction aux résidents. Cependant, elle mériterait d'être réactualisée. Elle passe également par la poursuite de la révision des documents d'admission notamment le règlement de fonctionnement.

- ❖ Réactualiser la procédure d'admission et la diffuser à l'ensemble du personnel
- ❖ Poursuivre la révision des documents d'accueil existants

Le rôle du référent issu du personnel devra être éclairci et préciser dans ses missions.

- ❖ Formaliser l'action du référent institutionnel du résident

L'admission est un temps où les familles des résidents sont présentes. L'établissement doit utiliser ces moments pour nouer des liens de confiance avec ces familles. L'admission est un temps qui souvent définit la qualité de la relation famille/institution pour la durée de séjour du résident.

- ❖ Formaliser les temps de rencontres avec les familles lors de l'admission

Enfin l'établissement doit également prévoir une procédure qui respecte les souhaits du résident en cas de sortie de l'institution : sorties temporaires, retour à domicile, hospitalisation.

- ❖ Formaliser une procédure qui organise les différentes sorties des résidents dans le respect de leur choix

1-2-2 cadre de vie

Le cadre de vie est un élément à prendre en compte dans le maintien de l'autonomie des personnes que nous accueillons. Ainsi, pour pouvoir dispenser des prestations de qualité, l'établissement doit être doté d'un matériel récent et adapté.

Pour faire face à une augmentation de la dépendance, la résidence se doit d'investir dans des tables et fauteuils adaptés dans la perte d'autonomie. Ces équipements procurent un confort au résident mais également au personnel, en préservant le repas comme étant un moment convivial et agréable de la journée.

- ❖ Achat de fauteuils et tables adaptés à la perte d'autonomie

La question des repères est primordiale, en institution. Pour des résidents de plus en plus désorientés, il faut que l'établissement propose des repères spatiaux et temporels guidant pour le résident.

Le personnel doit également pouvoir être identifié par les résidents (notamment le nouveau personnel).

- ❖ Acheter dans chaque pièce de vie une horloge adaptée
- ❖ Améliorer la signalétique de l'établissement en lien avec le diagnostic accessibilité
- ❖ Utilisation de badge d'identification pour le nouveau personnel

1-2-3 droits et libertés

Le respect des droits de la personne passe également par l'accessibilité des espaces communs de la maison de retraite.

- ❖ Prévoir la restructuration des sanitaires du hall

Les chambres doubles rendent compliqué un strict respect de l'intimité de chaque résident. Pourtant des aménagements sont possibles.

- ❖ Mettre en place des cloisons japonaises dans toutes les chambres doubles
- ❖ Proposer des espaces distincts dans les salles de bain des chambres doubles

La protection des biens des résidents doit être améliorée.

- ❖ Mettre en place une procédure de protections des biens
- ❖ Effectuer un état de lieux avec les familles lors de l'entrée dans la chambre

Le recueil de la satisfaction et/ou de l'insatisfaction des résidents doit être organisé.

- ❖ Mettre en place un registre des réclamations et satisfactions
- ❖ Construire une enquête de satisfaction à destination des résidents et de leurs familles

Enfin, si la contention est toujours effectuée sous le couvert d'une prescription médicale, il convient pour l'établissement de se poser la question de la réévaluation et de sa nécessité

- ❖ Réévaluer de façon régulière la nécessité de la contention avec le médecin coordonnateur.

1-2-4 vie sociale et animation

En règle général, l'ouverture vers l'extérieur est toujours perfectible, notamment vers le club du 3^{ème} âge qui pour l'instant a encore quelques réticences à venir dans l'institution mais des activités particulières et la médiation de résidents membres du club pourrait nous permettre de tisser des liens plus étroits.

- ❖ Renforcer les liens avec le club du 3^{ème} âge

La commune propose chaque année début juillet une fête communale auquel nous devrions participer plus avant.

- ❖ Développer notre participation à la fête communale

Un cadrage de l'action des bénévoles est également à envisager. Les bonnes volontés ne sont pas à décourager et l'établissement se doit de leur proposer un cadre et un accompagnement dans leurs actions. Les familles également pourraient être sollicitées pour l'organisation d'événement précis comme certains repas

- ❖ Construire une charte des bénévoles
- ❖ Impliquer davantage les familles sur des événements précis

La participation des résidents aux animations nécessite un matériel adapté comme une tonnelle pour le jardin

- ❖ Achat de matériel adapté à tous types d'animation

2- le projet de vie individualisé

2-1 Etat des lieux

Tout résident a une histoire de vie qui doit être intégrée dans notre accompagnement. Si les habitudes et les rythmes de vie sont pris en compte dans les faits, la formalisation fait défaut. Ainsi, peu de résidents ont un projet de vie individualisé, écrit et validé.

Le projet de vie individualisé reprend les repères que le résidents avait dans sa vie antérieure : heure de lever, de coucher, heure des repas, goûts alimentaires, goût en matière d'animation...

L'entrée en maison de retraite est quelque chose de perturbant pour une personne qui, d'un coup, se trouve projetée dans un espace à la fois individuel et collectif dans lequel elle n'a aucun repère. Le projet de vie individualisé doit lui permettre de conserver les grandes lignes de sa vie au domicile. Bien évidemment les projets de vie individualisés et leurs mises en œuvre trouvent leurs limites dans les contraintes de la vie collective et dans les moyens alloués à l'établissement.

Il est nécessaire de prendre en compte l'évolution des dépendances. Ainsi de nombreux résidents souffrent de troubles neuro-dégénératifs. Notre mission est de les accompagner mais les démences méritent un accompagnement particulier. Il faut garder à l'esprit que nous ne sommes pas là « pour faire » mais « pour faire faire », c'est-à-dire que le résident doit toujours être stimulé afin de conserver ses capacités.

Le leitmotiv de l'établissement étant d'avoir une prise en charge centrée sur le résident, le projet de vie individualisé doit trouver toute sa place dans notre fonctionnement.

Aujourd'hui, les choses manquent de formalisme et la mise en œuvre est perfectible. La multiplication des cas de troubles du comportement doit nous obliger à adapter nos façons de faire.

L'établissement a déjà travaillé dans le sens d'une individualisation de la prise en charge et ce dès l'entrée. Le recueil des habitudes de vie est effectué. Les informations sont prises en amont avant même l'admission que ce soit à l'hôpital ou auprès de la famille.

L'animation permet aussi la prise en compte des particularismes. D'une part, la grande animation de l'après-midi est laissée au choix du résident. A côté de cela, des animations plus modestes sont effectuées à la demande des résidents en fonction de leurs centres d'intérêt.

Des prises en charge individuelles sont inscrites dans les fiches horaires surtout centrées sur les activités de la vie quotidienne.

Les dépendances sont bien évidemment prises en compte dans l'adaptation de notre service à chacun. Chaque résident dispose d'une fiche récapitulant ses capacités (pictogramme).

2-2 actions d'amélioration

❖ L'établissement s'engage donc à formaliser le projet de vie individualisé pour tous les résidents

Le manque de temps est le frein principal de la rédaction du projet. Cependant en lien avec la révision de la procédure d'accueil et de pré admission, il est décidé de fixer les choses dès l'entrée du résident.

Etape 1 : entrée du résident

Visite de l'établissement (même si celle-ci a déjà été faite auparavant)

Installation de la personne dans sa chambre

Recueil des données administratives

Présentation aux autres résidents si la personne entrante est d'accord

Fixation d'une date, un mois après l'entrée, pour la rédaction du projet individualisé

Etape 2 : un mois après l'entrée, réunion avec le résident, sa famille et des membres de l'équipe

Rédaction du projet individualisé

Recueil des impressions sur les premiers pas dans l'institution

Etape 3 : diffusion des informations du projet du résident aux membres de l'équipe

Etape 4 : réévaluation du projet en fonction de l'évolution des besoins du résident

Le projet d'animation doit proposer une spécificité pour les personnes atteintes de désorientation.

❖ Proposer des alternatives aux animations

Nous devons nous obliger à revoir l'animation si celle-ci ne correspond pas aux souhaits des résidents. En clair, si ponctuellement une animation ne marche pas, il faut s'autoriser à l'interrompre et repartir sur autre chose plus en phase avec les souhaits et envies des résidents. Cela suppose que les AMP ait toujours en tête une animation prête à prendre le relais.

❖ Développer les activités pour les personnes avec des troubles cognitifs.

L'augmentation de la dépendance et la forte prédominance des troubles cognitifs doivent nous impliquer dans le développement d'activités spécifiques pour ce public.

Nous ne devons pas nous écarter des activités de la vie quotidienne pour des personnes pour qui cela a un sens.

Une réflexion sera menée pour étudier le type d'animation spécifique que nous allons mettre en place : tactile ? sensorielle ? Le petit salon du 1^{er} étage peut être un espace dédié à cet effet

❖ Impliquer davantage les familles et formaliser ces échanges

Si l'on veut préserver une prise en charge de qualité, nous devons entretenir des relations plus étroites avec les familles. Cela peut prendre différentes formes : le bénévolat que nous pourrions développer, le projet de vie et des rencontres plus systématiques.

Le projet de soins

1- élaboration du projet de soins

Le projet de soins s'élabore en reprenant les objectifs de la convention tripartite signée en 2009. Il définit et détaille, l'organisation des soins qui sont dispensés à la maison de retraite et précise la coordination des différents intervenants médicaux ou paramédicaux. Ce projet de soins a été élaboré en équipe et soumis au contrôle du médecin coordonnateur.

Ce projet a été construit en lien avec les résultats de l'autoévaluation « ANGELIQUE », dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le soin n'est qu'un élément du projet de vie du patient. Cependant l'âge d'entrée en institution et le niveau de dépendance ayant tendance à augmenter, la problématique du soin prend une place toujours plus importante en institution.

Réfléchir à la façon dont nous concevons et réalisons le soin à la maison de retraite d'ALEXAIN permet de poser nos valeurs et notre philosophie de soin. Nous gardons à l'esprit que nous sommes un EHPAD, un lieu de vie. Nous n'appréhendons pas la vieillesse comme une maladie mais comme une étape de la vie. De fait, notre but est le confort du résident et le maintien de ses capacités.

Bien sûr, nos valeurs fondées sur le respect de la personne nous empêchent de réaliser un soin si la personne ne le souhaite pas. Encore une fois, les choix de la personne sont notre priorité.

Ce projet de soin va détailler comment « nous prenons soin », avec quel moyen et avec quelle organisation.

2- Etat des lieux

2-1 organisation des soins

2-1-1 l'encadrement soignant

*** L'équipe**

L'équipe IDE se compose de 3 infirmières. Elle fonctionne selon des horaires de matin, de soir ou de journée. Notre dotation en temps infirmier nous a permis début 2011 de mettre en place le travail infirmier le week-end. Ainsi, la continuité du travail infirmier est largement améliorée. Les équipes, notamment les aides-soignantes se trouvent rassurées, et les familles peuvent avoir un contact direct avec les infirmières.

Nous disposons également de 8 aides soignantes, de 4AMP (aide médico-psychologique) chargées plus spécifiquement de l'animation et de prises en charge plus individualisée. Elles ont un rôle différents et complémentaires de celui des AS. Enfin, nous pouvons également compter sur 13 ASH (agent des services hospitaliers). Il est également particulièrement important, pour la structure, de disposer d'un psychologue à mi-temps.

Des temps de transmissions existent plusieurs fois ans la journée pour faire le relais entre les équipes de jour et équipe de nuit à 6h45 et 20h45, entre les équipes de matin et d'après-midi à 13h30. Un temps de transmission plus important existe de 10h30 à 11h où tous les résidents sont passés en revue.

Il existe une permanence des soins formalisée et affichée dans le bureau des médecins. L'organisation des soins permet un recours satisfaisant à des médecins spécialistes. Une formation aux gestes et soins d'urgence est programmée tous les ans. Environ 10 agents sont formés chaque année.

*** Le médecin coordonnateur**

Il existe un médecin coordonnateur diplômé en gériatrie qui intervient dans l'établissement à raison de 0.03 ETP, soit 1 heure par semaine.

Le temps qui nous est accordé est insuffisant pour impliquer le médecin sur des projets de grande ampleur. Cependant, nous soumettons à sa validation tous les protocoles et procédures ayant trait aux soins. Les dossiers d'inscription de futurs résidents lui sont soumis.

* Les intervenants paramédicaux

Des professionnels paramédicaux peuvent intervenir dans l'établissement à la demande des résidents ou sur prescription médicale. Ainsi interviennent des kinés, des pédicures...

2-1-2 les soins d'hygiène

Le temps des toilettes est adaptable selon le rythme du résident. Il s'échelonne entre 7h30 et 11h45 selon les envies des uns et des autres. La toilette peut même être faite en fin de nuit par les veilleuses si un résident le demande.

Un accompagnement et une aide totale sont apportés par le personnel si cela est nécessaire. Quatre douches et un bain thérapeutique sont effectués chaque jour, sinon la toilette se fait au lit ou au lavabo. Les pictogrammes sur les capacités des résidents donnent la marche à suivre.

Outre la toilette, des bains de pied, des soins esthétiques sont proposés lors des temps de prise en charge individualisée.

2-2 Aides et soins spécifiques

2-2-1 la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle

Certaines personnes bénéficient actuellement d'un projet individualisé. Le projet prend en compte les spécificités des troubles de la personne et par exemple peut prévoir la possibilité de déambuler.

Il existe une prise en compte adaptée des problèmes psychiatriques (par psychologue et psychiatre).

Un accompagnement et des soins spécifiques sont prodigués dans un espace approprié, notamment lors des repas thérapeutiques.

Nous sommes attentifs au besoin d'avoir davantage de pièces spécifiques afin d'accueillir plus de personnes, mais l'établissement ne le permet pas actuellement.

Des formations sur la prise en charge de personnes désorientées sont organisées pour le personnel soignant. Elles seront reconduites, au minimum, sur toute la durée de vie du projet d'établissement. Le personnel a par ailleurs reçu une formation sur l'humanité. Enfin, le psychologue de l'établissement organise en interne des sessions sur la bientraitance.

2-2-2 la prise en charge médicamenteuse

L'établissement conserve ses médicaments dans une pièce fermée à clé, dans des armoires verrouillées, elles aussi, non accessibles aux résidents. Cependant la pharmacie n'est pas sécurisée au sens strict, le circuit du médicament devra être retravaillé car il est largement perfectible.

Tous les résidents possèdent un dossier individuel comportant les éléments nécessaires à sa prise en charge.

Les prescriptions médicales sont écrites et signées par le médecin cependant il n'existe pas de liste type actualisée des médicaments prescrits.

Il n'y a pas de traçabilité écrite du suivi « Prise des médicaments » par les résidents, mais l'efficacité et les effets secondaires peuvent être notés dans le dossier individuel.

2-2-3 la prise en charge alimentaire

Les menus sont élaborés par la cuisinière, toutes les 6 semaines
Tout nouveau résident est pesé dans le mois qui suit son entrée, avec un matériel adapté. Un suivi mensuel du poids est réalisé.

Le régime du résident est connu et appliqué lors de son admission. La texture des repas est suivie par les infirmières puis notée dans la fiche des pictogrammes. Suite aux dernières transmissions, des collations, la nuit, sont proposées pour les personnes réveillées.

Nous utilisons des outils de suivi alimentaire pour les personnes à risque. Faute de moyens, nous ne sommes pas en mesure d'accueillir les personnes ayant des sondes gastriques.

Un suivi en cas de déshydratation et/ou de dénutrition est mis en place systématiquement pour les résidents à risque. Un protocole « déshydratation » est annexé au plan bleu.

L'hydratation fait l'objet d'un suivi régulier, en laissant des boissons à disposition dans les chambres des résidents. Il est proposé systématiquement des boissons, y compris la nuit quand les résidents sont réveillés.

2-2-4 le maintien de l'autonomie

Il existe un protocole validé de prise en charge de l'incontinence. L'équipe soignante décide du système de protection le plus adapté à la personne, avec réévaluation régulière dans un souci de préserver l'autonomie du résident.

L'équipe soignante utilise le PANTS pour certaines personnes et mettent tous les moyens adaptés en œuvre pour une mise régulière, des résidents, aux toilettes, à tous les moments de la journée et de la nuit.

Des formations sont organisées sur l'utilisation des protections, dès que le besoin se fait sentir.

Le maintien de l'autonomie se fait dans le plus strict respect de la dignité de la personne.

2-2-5 la prévention et le traitement des escarres

Les escarres font l'objet d'un suivi. Il existe des protocoles de prévention des escarres, avec utilisation d'outil d'évaluation des facteurs de risques (échelle de Braden).

Actuellement, nous axons notre action sur la prévention en utilisant du matériel adapté (acquisition de matelas plus performant) et en apportant une alimentation enrichie.

2-2-6 la politique de l'établissement en matière de contention

Les contentions sont toujours prescrites par un médecin. Il y en a très peu car l'établissement a fait le choix de laisser les résidents déambuler.

Les seules contentions qui existent sont dites « d'installation ou de sécurité ». Il est important de rappeler que ces personnes contenues sont mobilisées afin d'éviter des escarres. Cela favorise l'autonomie à la marche.

Cette politique de l'établissement qui prend le risque de la chute, est portée à la connaissance des familles. Jusqu'à présent aucune d'elle ne s'en est plainte.

2-2-7 la prise en compte de la douleur

Il existe un protocole de prise en charge de la douleur ponctuelle et nous utilisons des outils d'évaluation en cas de douleur persistante pour personnes communicantes et non communicantes.

Le personnel soignant a reçu une formation de prise en charge de la douleur. L'évaluation fine de l'état du résident par le personnel permet une prise en compte de la douleur au quotidien.

2-2-8 l'accompagnement de la fin de vie

Il existe une prise en charge spécifique du résident en fin de vie. L'établissement a signé une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Mayenne.

Il existe un document pour recueillir les souhaits du résident en cas de décès. Des musiques douces peuvent être mises en place pour apaiser et l'équipe soignante effectue des passages plus fréquents jour et nuit. Des soins de confort sont effectués.

Les formations d'accompagnement en fin de vie représentent une priorité de l'établissement, afin que l'ensemble du personnel soignant soit formé.

L'établissement est équipé d'une chambre mortuaire. Cela permet au résident de rester dans la structure jusqu'au moment de la sépulture, si tel est son choix.

3- axes d'amélioration

3-1 organisation des soins

3-1-1 l'encadrement soignant

* L'équipe

Nous allons travailler dans le sens de créer du lien entre les équipes. La journée du résident ne doit pas être calquée sur notre rythme de vie mais sur le sien et donc une continuité doit s'installer notamment entre le jour et la nuit.

❖ mettre en place des réunions de concertation jour/nuit

D'autre part, la spécificité de chaque métier devra s'affirmer encore davantage. La prise en charge AMP n'est pas celle d'une AS ou d'une animatrice. Nous devons nous appuyer sur nos forces et les développer. Créer du lien c'est également décloisonner les façons de faire. Ainsi, il est important de conserver un temps d'animation dans les fiches horaires des AS et des ASH

* le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur sera davantage sollicité sur des points ponctuels de la prise en charge. Tout ce qui aura un impact sur le soin devra recevoir l'aval du médecin.

La faiblesse du temps de médecin coordonnateur qui nous est accordé nous empêche de développer plus avant son rôle dans l'établissement. Nous lui demanderons également en lien avec la pharmacie la liste des médicaments prescrits dans l'établissement.

Une formation sur les transmissions ciblées sera envisagée pour le personnel concerné.

Du matériel adapté à l'état de santé du résident sera renouvelé (ex : table d'auscultation).

* Les intervenants paramédicaux

L'établissement cherche à encadrer l'intervention de ces intervenants libéraux. Les conventions qui ont été envoyées n'ont pas abouties.

3-1-2 les soins d'hygiène

- ❖ multiplier certaines prises en charge (soins de pied)
- ❖ proposer des espaces distincts dans les salles de bains de chambres doubles
- ❖ veiller à la propreté et à l'entretien des mains et des ongles des résidents

3-2 Aides et soins spécifiques

- ❖ Etablir un bilan étiologique de chaque personne à risque (dénutrition, déshydratation, incontinence, escarres, chutes...)

3-2-1 la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle

- ❖ Approfondir le bilan des facultés intellectuelles à l'entrée du résident
- ❖ Développer les temps d'échanges avec les familles afin de mieux connaître les goûts alimentaires de leur parent, lorsque la personne n'est pas en mesure de le faire

3-2-2 la prise en charge médicamenteuse

- ❖ Sécuriser la pharmacie par un système plus adapté (digicode)
- ❖ Travailler le circuit du médicament

L'établissement doit lancer un travail en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien sur le circuit du médicament

L'informatisation des dossiers de soin permettra :

- une meilleure lisibilité des prescriptions médicales,
- une traçabilité des médicaments prescrits.

Le médecin devra élaborer une liste des médicaments prescrits au sein de l'établissement.

❖ Vérifier davantage la prise effective des médicaments

Nous devons nous assurer que les résidents prennent bien le traitement prescrit par le médecin.

3-2-3 la prise en charge alimentaire

Toutes les 6 semaines, pendant ½ journées, une diététicienne et une infirmière élaboreront le plan alimentaire en liaison avec la référente de cuisine. Celle-ci recevra une formation spécifique. Une commission des menus va être mise en place avec les résidents.

Dans l'optique de recueillir l'avis des résidents sur la cuisine, une enquête de satisfaction sera effectuée sur ce thème.

Nous allons nous doter d'une procédure qui précisera les cas où le résident peut manger en chambre.

L'information sur la composition des mixés et des hachés va être améliorée (meilleur suivi des pictogrammes). Documents consultables dans les petites salles pour le personnel pour la texture des menus.

Nous souhaitons revoir le protocole de prise en charge de la dénutrition pour les patients à risque.

Une collation sera proposée en systématique pour les résidents la nuit dont l'attente entre le dîner et le petit déjeuner est trop longue (en fonction de l'état de sommeil (réveil)). Ce temps de jeun des résidents devra être évalué.

Le petit déjeuner peut être proposé dans le petit salon aux résidents du 2^{ème} étage qui le souhaitent et qui peuvent se déplacer seul, afin de diminuer le temps de jeun.

3-2-4 le maintien de l'autonomie

❖ Formaliser le protocole d'actualisation du système de protection

3-2-5 la prévention et le traitement des escarres

- ❖ Elaborer un protocole de traitement de l'escarre

3-2-6 la politique de l'établissement en matière de contention

- ❖ Réévaluer plus régulièrement avec le médecin coordonnateur la nécessité des contentions

3-2-7 la prise en compte de la douleur

- ❖ Elaborer un protocole de prise en charge de la douleur persistante

3-2-8 l'accompagnement de la fin de vie

- ❖ Elaborer un protocole des soins de confort à réaliser aux personnes en fin de vie

Le projet logistique

1- enjeux du projet logistique

Les enjeux sont de deux ordres :

↳ Le premier auprès des résidents, un EHPAD a également une fonction hôtelière qui crée la vie dans l'établissement. Le moment du repas est un moment convivial apprécié des personnes accueillies. Les préoccupations des résidents qui ressortent des réunions de résidents, tournent souvent autour de la nourriture, du linge et des problèmes d'intendance prouvent s'il en est de l'importance des fonctions logistiques auprès des résidents.

La qualité de la logistique est en partie l'âme de l'établissement car c'est ce qui fait que le résident se sente chez lui.

↳ Le second auprès de l'établissement pour qui ces fonctions ont une importance de plus en plus stratégique car elles se doivent de répondre à :

- * la satisfaction des résidents
- * la performance économique
- * la qualité des prestations
- * l'amélioration et à la sécurisation des conditions de travail

2-diagnostic

2-1 la restauration

La cuisine est réalisée sur place par une équipe de deux cuisiniers, des membres de l'équipe de soins ayant une formation en cuisine viennent effectuer de courts remplacements lors des congés.

Le personnel de cuisine est formé à la méthode HACCP. Un strict suivi des protocoles est effectué. Le matériel de cuisine est renouvelé dès que le besoin s'en fait ressentir.

Le plan alimentaire a été mis en place par une diététicienne qui intervenait dans l'établissement il y a quelques années. Il est établi pour 6 semaines et est

géré par le personnel de cuisine en fonction des besoins et des attentes des résidents.

Les horaires des repas sont les suivantes :

Petit déjeuner à partir de 7h45 au 1^{er} étage, de 8h au RDC et 2^{ème} (8H pour tout le monde le week-end, à partir de 7h pour certaines personnes très dépendantes)

Déjeuner : 12h en petite salle, 12h15 en grande salle

Goûter : 15h45

Dîner : 18H en petite salle, 18h15 en grande salle

Les goûts et non goûts des résidents sont pris en compte au moment de l'admission.

Des repas spécifiques sont organisés pour certaines occasions ; fêtes de fin d'année, goûter d'anniversaire tous les mois, repas des familles, barbecues l'été. Ces moments conviviaux et festifs sont particulièrement appréciés des résidents

Les familles ont bien entendu la possibilité de manger avec leur parent sous réserve de prévenir la cuisine 48h avant, et dans la limite de 4 personnes.

L'établissement propose également un service de portage de repas. Celui-ci s'adresse aux personnes de la commune.

2-2 la blanchisserie

L'entretien du linge est réalisé en interne par du personnel de l'établissement. Cette tâche est effectuée de nuit par les veilleuses.

Cependant, la formalisation des protocoles (circuit propre/sales) manque. Le matériel est lui aussi changé en fonction des besoins

Les réunions de résidents permettent une remontée des problèmes notamment quand il y a des erreurs de distribution ou que le linge met trop de temps à revenir.

Le marquage du linge des résidents doit être réalisé par la famille (étiquettes à coudre et non à coller).

2-3 maintenance et entretien des locaux

La maintenance est organisée en interne par l'agent d'entretien. Celui-ci s'occupe des petites réparations que ses habilitations lui permettent de faire, ainsi que de l'entretien des espaces verts. Il est également le référent de la sécurité incendie.

Des contrats de maintenance 24/24 existent pour certains matériels sensibles : centrale incendie, chaufferie, ascenseur. Ceux-ci sont répertoriés et les numéros de téléphone sont accessibles à tous les membres du personnel.

L'entretien des locaux est assuré par un membre de l'équipe dédié à cette fonction. Cela permet une meilleure qualité et un suivi plus précis.

2-4 gestion des déchets

Le tri sélectif n'est pas encore mis en place sauf pour certaines catégories de déchets comme les cartons. Les conteneurs pour ce tri se ne se trouvent pas sur le site de l'établissement ce qui pose des problèmes de logistique, importants.

Enfin, les déchets à risques infectieux sont stockés dans un endroit dédié et traité par une entreprise spécialisée.

3 – axes d'amélioration

3-1 amélioration de la sécurité sanitaire

Tous les ans, les services vétérinaires font des recommandations à l'établissement dans le but de parfaire encore notre sécurité sanitaire.

❖ Lever les réserves des services vétérinaires

Cet objectif ne pourra être atteint qu'au fil du temps, les réserves demandant parfois un engagement financier conséquent.

3-2 amélioration de l'hygiène

Dans une optique de l'amélioration des conditions de vie du résidents, l'établissement s'engage à :

- ❖ Construire les protocoles et procédures relatifs au circuit du linge ainsi qu'à l'entretien des locaux

3-3 politique écologique de l'institution

La maison de retraite veut se doter d'une politique écologique, plus respectueuse de son environnement. Un premier moyen serait la mise en place d'un tri sélectif complet des déchets en lien avec la mairie.

- ❖ Mise en place d'un tri sélectif complet des déchets

Le projet architectural

1-enjeux et diagnostic

La fonction hôtelière d'une structure d'accueil de personnes âgées dépendantes se manifeste très clairement au regard de la qualité de ses locaux. Pour beaucoup de nos résidents, il s'agit de leur dernier lieu de vie et nous devons le rendre aussi agréable et tranquille que possible.

La maison de retraite d'Alexain se compose d'un bâtiment unique divisé en 2 parties une partie ancienne et une partie « neuve » construite à la fin des années 80.

Il existe 43 chambres dont six doubles. Certaines chambres du deuxième étage sont petites alors que celles du côté récent sont d'une taille tout à fait acceptable.

Une réflexion sur une restructuration complète de l'établissement sera à mener à un moment ou à un autre, les locaux atteignant leurs limites (fonctionnalité cuisine, buanderie).

2 axes d'amélioration

2-1 amélioration du confort et de la sécurité du cadre de vie

Des travaux d'entretien sont toujours nécessaires sur un bâtiment comme le notre.

Ainsi pour que le résidents soit encore plus en sécurité nous envisageons de :

- ❖ Améliorer la signalétique
- ❖ Aménager et sécuriser le parc extérieur
- ❖ Finir l'aménagement du salon du 1^{er} étage
- ❖ Repenser la décoration de la grande salle à manger

2-2 amélioration de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap ou avec des difficultés de mobilisation

Le diagnostic accessibilité a été réalisé en 2010.

- ❖ Répondre aux préconisations du diagnostic accessibilité ce qui passe par :
 - ◆ Réaménager les sanitaires du hall
 - ◆ Réaménager les salles de bain des étages
 - ◆ Étudier la possibilité de fixer des barres d'appui ou des sièges aux endroits où il n'en existe pas

Le projet qualité et gestion des risques

1- diagnostic

L'établissement dispose depuis plusieurs années déjà une « politique qualité ». En effet, il existe dans l'établissement un groupe de travail permanent qui se réunit périodiquement pour évoquer les prestations que nous proposons et les manières de les améliorer. Il rassemble sur la base du volontariat des représentants de tous les corps de métiers présents dans l'institution.

Ce groupe travaille également à l'actualisation des documents obligatoires (contrat de séjour, règlement de fonctionnement). Il sera chargé du suivi de ce projet d'établissement ainsi que de la mise en place de ces objectifs. Les travaux produits par le groupe font ensuite l'objet d'une diffusion à l'ensemble du personnel ainsi que d'une validation par le Comité Technique d'Etablissement.

La politique de gestion des risques est quant à elle beaucoup plus timide. Les risques professionnels sont pris en compte au cas par cas en fonction des remontées des agents mais il n'existe pas à l'heure actuelle de politique définie et formalisée.

2- axes d'amélioration

2-1 la prise en compte des risques professionnels

Les risques professionnels doivent faire l'objet d'une politique claire et formalisée et ce pour la sécurité et la santé du personnel.

❖ Elaboration du document unique

Le document unique est la base de la gestion des risques professionnels. Cependant, la construction de protocoles particuliers est également nécessaire.

❖ Formaliser la conduite à suivre en cas d'accident de travail

- ❖ Elaboration d'un protocole d'action après un accident d'exposition au sang

2-2 l'évaluation des pratiques professionnelles

En lien avec les risques professionnels, l'analyse des pratiques doit permettre aux agents de bénéficier de l'acuité d'une personne extérieure sur la manière de faire. Cette analyse permet de reposer la question du sens dans tous les actes que nous effectuons au quotidien auprès de nos résidents.

- ❖ Relancer de manière stable les réunions d'analyse de la pratique

2-3 mettre en place une réelle méthode de gestion des événements indésirables

Pour faire vivre une politique de GDR, le personnel doit impérativement s'impliquer dans la détection de tous les dysfonctionnements qui peuvent se produire ainsi nous devons :

- ❖ Mettre en place un système de gestion des événements indésirables (de la déclaration au traitement)

2-4 veiller à la sécurité des résidents

L'accompagnement de personnes âgées suppose une vigilance de tous les instants pour leur sécurité. L'établissement a mené une réflexion en ce sens et a décidé de porter ses efforts sur :

- ❖ L'organisation de l'analyse des chutes recensées
- ❖ Achat de matériel plus adapté comme une table d'auscultation
- ❖ l'arrêt de l'achat de mèches désodorisantes, dangereuses pour certains résidents

2-5 veiller au maintien en bon état de l'établissement

La longévité de nos locaux peut être améliorée par des travaux d'entretien réguliers et une vigilance accrue.

- ❖ Etablir les priorités de rénovation des chambres en lien avec l'impératif d'activité.
- ❖ Remettre en service les fiches dysfonctionnement
- ❖ Améliorer le système de sonnette

Le projet managérial

1 - diagnostic

La prise en charge des personnes âgées est un milieu mouvant où de nouveaux types de prises en charges apparaissent régulièrement. Car il n'y pas un type de vieillissement, nous devons avoir, en regard, un accompagnement qui s'adapte aux spécificité de chacun. Une institution doit donc savoir évoluer et s'adapter.

Pour l'instant, le mode d'hébergement alternatif que nous proposons (hébergement temporaire) remporte un succès mitigé. Les résidents que nous accueillons ne peuvent plus habiter seul chez eux et ont besoin d'une assistance renforcée dans leur vie de tous les jours. Les seuls séjours temporaires que nous ayons, concernent des personnes en attente d'une place dans un autre établissement.

Cependant, l'avenir est au mode d'accompagnement alternatif avec une forte incitation à la prise en charge à domicile. Ainsi à l'avenir, des accueils de jours vont se multiplier, autant pour permettre le répit des aidants que pour proposer à la personne un accompagnement individualisé dans un espace sécurisé.

2 - axes d'amélioration

2-1 explorer les besoins locaux en accueil de jour

❖ recenser les besoins en accueil de jour

Le projet des systèmes d'information

1- état des lieux

Aujourd'hui, le système d'information de la résidence Marin Bouillé est très basique. Il n'y a pas d'informatique et tout est fait de façon manuscrite ou orale. Il apparaît qu'à l'heure de la traçabilité, cette façon de faire n'est plus possible. L'informatisation du dossier du résident permet de couvrir un champ d'action beaucoup plus large grâce à l'interaction entre le logiciel de soins et d'autres logiciels (paye, gestion des changes).

2- axe d'amélioration

- ❖ Mettre en place l'informatisation du dossier patient

Cet objectif est l'un des objectifs prioritaires en effet, nombre d'objectifs dépendent de cette informatisation.

Elle doit permettre une traçabilité sur toutes les informations qui concernent le patient et une centralisation de ces données.

Cette démarche est une décision stratégique d'établissement puisqu'elle entraîne des frais importants en matériel, licence, maintenance et formations. Elle nécessite également d'impliquer les médecins.

Le projet social

1- enjeux du projet social

Le projet social repose sur l'engagement du personnel dans l'évolution de la structure. Il est avant tout un outil managérial qui doit permettre au directeur d'orienter sa gestion des ressources humaines en fonction des objectifs choisis dans le projet d'établissement.

Cette gestion se décline au travers de :

- ◆L'adaptation des qualifications aux modes de prises en charge
- ◆L'adaptation de l'organisation de travail
- ◆La participation du personnel à l'analyse des pratiques

Le projet social a pour but la satisfaction des résidents et du personnel. Il est également le garant d'un dialogue social constructif en donnant à chacun une vision claire de la politique managériale qui sera menée dans l'établissement pendant 5 ans.

2- état des lieux

2-1 gestion des ressources humaines

La gestion du personnel est un élément clé dans la vie d'une structure d'accueil pour personnes âgées. Pour tout établissement, le but est d'avoir une équipe stable, expérimentée et formée. La politique des ressources humaines doit tendre vers ces objectifs.

La formation du personnel est assurée par le plan de formation. La stabilité du personnel peut être assurée en partie par l'attribution de tous les postes de titulaires. En clair, tout départ d'une titulaire doit être comblée via un concours sur titre. Cela permet de fidéliser nos agents contractuels et de les sécuriser pour l'avenir.

L'établissement se propose également d'accompagner l'évolution professionnelle de ses agents, notamment pour le grade d'AS, via la validation des acquis d'expérience ou par tout autre moyen.

Les agents disposent de plusieurs moyens pour exprimer leurs opinions sur leurs conditions de travail à la résidence. Le CTE est, bien entendu, mis en place. Il se réunit deux fois par an et permet d'aborder avec des représentants du personnel élus, les difficultés que peut rencontrer l'équipe sur le terrain. Le groupe qualité est également un lieu d'expression.

2-2 plan de formation

Le plan de formation est établi tous les ans, il est validé par le CTE. Les formations sont organisées en fonction de la demande des agents ou des nécessités de service. Elles doivent correspondre également au plan pluriannuel de formation adopté lors du renouvellement de la convention tripartite. Chaque agent est appelé à manifester ses souhaits de formation lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Des référents sont identifiés pour certains aspects de la prise en charge qui peuvent demander une formation ; référent « produits d'entretien », référent « change ».

Pour les années à venir les formations tourneront autour de plusieurs axes :

- ◆ L'accompagnement de la fin de vie
- ◆ Prise en charge des personnes démentes
- ◆ Gestion de l'agressivité
- ◆ Les soins esthétiques
- ◆ Gestion des chutes

Ponctuellement d'autres actions peuvent être organisées sur des points précis : habilitation électrique, formation planiciel etc...

3-axes d'amélioration

3-1 adapter encore plus le programme de formation aux problématiques des résidents et de l'établissement

Le travail dans le grand âge nécessite une réactivité et une faculté d'adaptation accrue. Les situations de nos résidents évoluant très rapidement, nous devons être en mesure de faire face à ces changements.

La formation doit nous permettre d'appréhender au mieux ces évolutions pour nous permettre en toutes circonstances de dispenser un accompagnement de qualité.

- ❖ Etendre la formation aux problématiques de la douleur
- ❖ Proposer une formation et une information du personnel sur la lingerie
- ❖ Mettre en place une formation sur l'élaboration d'une enquête de satisfaction
- ❖ Etendre la formation qualité à tout le personnel

3-2 améliorer l'intégration des nouveaux professionnels

L'équipe de soins d'une maison de retraite est souvent soumise à des changements. La stabilité même si elle est toujours vivement souhaitée n'est pas toujours possible. Dans ces conditions, l'accueil des nouveaux agents est un enjeu primordial et doit permettre une rapide adaptation au nouvel environnement de travail.

Plus un agent s'adapte vite, moins l'équipe est désorganisée. Donc, nous proposons de :

- ❖ Réaliser le livret d'accueil pour les nouveaux professionnels
- ❖ Construire les fiches de postes de tous les métiers présents dans l'institution
- ❖ Construire les dernières fiches horaires manquantes

3-3 améliorer l'implication et la cohésion du personnel

- ❖ Améliorer le suivi des décisions des réunions qualité et la communication aux agents
- ❖ Recueillir l'avis des personnels et des stagiaires qui quittent l'établissement sur leur accueil et leurs conditions de travail.