

PROJET D'ETABLISSEMENT

2014 – 2019

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES
AGEES DEPENDANTES

EHPAD « ILE FLEURIE »



INTRODUCTION	4
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	5
1.1 Historique et contexte	5
1.2 Plan d'accès	6
1.3 Autorisations	7
1.4 Lien avec le Schéma Départemental et le Plan Régional de Santé	7
2. LA POPULATION ACCUEILLIE	8
2.1 La provenance des résidents	8
2.2 Caractérisation des personnes accueillies	8
3. LES AXES STRATEGIQUES	10
3.1 Le parcours du résident	10
3.1.1 <i>L'accueil du résident</i>	10
3.1.2 <i>Le respect des droits et libertés de la personne accueillie</i>	11
3.1.3 <i>Les outils et les moyens d'expression en lien avec le respect des droits et libertés de la personne accueillie</i>	15
3.1.3.1 Le livret d'accueil	15
3.1.3.2 Le règlement de fonctionnement de l'établissement	15
3.1.3.3 Le contrat de séjour	15
3.1.3.4 Le projet d'établissement	16
3.1.3.5 Le comité de gestion	16
3.1.3.6 Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)	16
3.1.3.7 La réunion d'expression des résidents	17
3.1.3.8 La réunion des familles	17
3.1.3.9 Les entretiens formels et informels	17
3.1.3.10 Le recueil des besoins et attentes de la personne accueillie	17
3.1.3.11 La Commission de Relation avec les Usagers (CRU)	18
3.1.4 <i>La vie quotidienne en maison de retraite</i>	18
3.1.5 <i>La vie quotidienne en unité sécurisée : Cantous « les Orchidées » et « la Roseaie »</i>	21
3.1.6 <i>La place de l'animation</i>	23
3.1.7 <i>Le projet de vie personnalisé</i>	23
3.1.8 <i>Les acteurs du projet de soins</i>	26
3.1.9 <i>Définition des fonctions du personnel de l'EHPAD Ile Fleurie</i>	27
3.1.10 <i>Le circuit du médicament</i>	31
3.2 Du soin au prendre soin	32
3.2.1 <i>La démarche de soins</i>	32
3.2.1.1 La prévention et la prise en charge de la douleur	32
3.2.1.2 La prévention et la prise en charge de l'incontinence	33
3.2.1.3 La prévention et la prise en charge des chutes	33
3.2.1.4 Le nursing et le maintien de l'autonomie	33
3.2.1.5 La contention	34

3.2.1.6	La prévention et la prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation	34
3.2.1.7	La prévention et la prise en charge de la constipation	35
3.2.1.8	La prise en charge bucco-dentaire	35
3.2.1.9	La prévention et la prise en charge des escarres	35
3.2.2	<i>Accompagnement et suivi psychologique et cognitif</i>	36
3.2.3	<i>La gestion des urgences</i>	36
3.2.4	<i>L'accompagnement de fin de vie</i>	37
3.3	La démarche de bientraitance	38
3.3.1	<i>La coordination et la transmission des informations</i>	38
3.3.2	<i>La qualité de vie au travail</i>	39
3.3.3	<i>Les actions de bientraitance</i>	40
3.3.4	<i>Conduite à tenir par le personnel face aux actes de maltraitance</i>	41
3.3.5	<i>Précaution à l'embauche</i>	41
3.3.6	<i>Protection de la personne qui procède au signalement</i>	41
3.3.7	<i>Procédure de prise en charge des personnels agressés en situation de travail</i>	41
3.3.8	<i>Sécurité sur le site de la Teppe</i>	41
3.3.9	<i>Le comité d'éthique</i>	42
3.4	Les partenariats et collaborations	43
3.4.1	<i>Les partenariats internes</i>	43
3.4.2	<i>Les partenariats externes</i>	43
4.	L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT : RESSOURCES TRANSVERSALES	45
4.1	Politique de Ressources Humaines	47
4.2	Politique Qualité	47
4.3	Politique Sécurité et Gestion des Risques	48
4.4	Le Système d'Information (SI)	50
4.5	Politique de maintenance des infrastructures et des équipements	51
4.6	Politique hôtelière	52
4.6.1	<i>La restauration</i>	52
4.6.2	<i>Le nettoyage et hygiène des locaux</i>	53
4.6.3	<i>L'entretien du linge</i>	53
4.6.4	<i>L'évaluation de ces prestations</i>	53
5.	LES FICHES ACTIONS	54
	CONCLUSION	61
	ANNEXE	62

INTRODUCTION

L'EHPAD « Ile Fleurie » s'appuie sur les valeurs du projet associatif de l'Association « Etablissement médical de la Teppe », organisme gestionnaire, pour assurer une prise en charge adaptée des personnes accueillies.

Ces valeurs accordent la primauté à la personne, auteur et actrice de sa vie, être de savoir et de compétences, membre à part entière de la société. Elles reconnaissent toute leur place aux proches des personnes accueillies. Le projet d'accueil et d'accompagnement de la personne est le fruit d'un travail en commun, entre l'usager, ses proches et les professionnels de la structure d'accueil.

De ces valeurs découlent des engagements de l'Association de la Teppe :

- Prendre en charge globalement les personnes, ce qui suppose l'accompagnement, le suivi de chacune d'elles, en lien avec leur entourage, et l'attention permanente à leurs attentes et besoins,
- Rendre la personne actrice de son projet,
- Etre à l'écoute de l'ensemble des acteurs internes comme externes concernés par les activités de l'Association,
- Veiller à la compétence professionnelle des intervenants.
- Contribuer à la formation et transmission des connaissances sur l'ensemble des prises en charge,
- Assurer une qualité globale qui intègre le cadre de vie, les accompagnements, les infrastructures en lien avec la charte qualité de l'établissement et les référentiels nationaux,
- Assurer en permanence et à tous niveaux la sécurité des personnes.

Le projet d'établissement est un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Ce texte se situe dans la section « droits des usagers » de la loi du 2 janvier 2002, dans laquelle figure l'ensemble des outils au service de ces droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, Conseil de Vie Sociale ou autre forme de participation, charte des droits et libertés, recours à une personne qualifiée.

Ce projet d'établissement a été élaboré à partir du projet précédent 2008-2013, de la Convention Tripartite en cours et notamment de ses fiches actions et des résultats de l'évaluation interne réalisée durant l'année 2013. Les travaux ont été conduits de façon participative et coordonnés par le personnel d'encadrement de l'EHPAD.

Le soutien méthodologique a été assuré par la responsable qualité de l'Association de la Teppe.

Ce travail a été une opportunité d'interroger l'ensemble des acteurs dans la qualification des pratiques au niveau du lien « pratiques-sens ».

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1 HISTORIQUE ET CONTEXTE

L'EHPAD Ile Fleurie est une des structures médico-sociales gérées par l'Association « Etablissement Médical de la Teppe ». Cette structure s'inscrit dans l'histoire de « La Teppe », institution fondée en 1856. Dédiée dès son origine aux soins et à la prise en charge des malades épileptiques, la Teppe est à ce titre le plus ancien « Centre spécialisé » d'Europe dans son domaine.

Il fut géré successivement par une personne privée (M. le Comte de LARNAGE) de 1856 à 1859, par une congrégation religieuse (la compagnie des filles de la Charité) de 1859 à 1975 et enfin depuis 1975 par l'Association « Etablissement médical de la Teppe ».

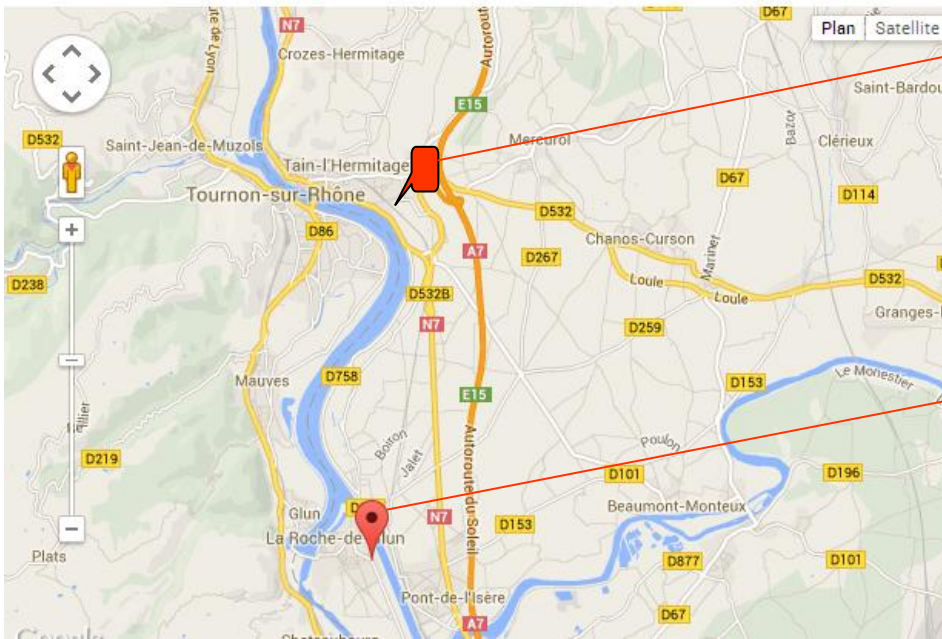
Uniquement vouée à l'épilepsie à son origine la Teppe s'est peu à peu diversifiée par l'ouverture, en complément de la gestion de la structure sanitaire « le Centre de Lutte contre l'Epilepsie »:

- ☞ d'une clinique psychiatrique en 1955,
- ☞ d'une MAS en 1986,
- ☞ d'un ESAT en 1986,
- ☞ d'un foyer d'Hébergement en 1986,
- ☞ **d'un EHPAD en 1989,**
- ☞ d'un FAM en 1994,
- ☞ d'une Entreprise adaptée en 1999,
- ☞ d'un SAVS en 2002,
- ☞ d'un second EHPAD en 2009,
- ☞ d'un Foyer appartement en 2011,
- ☞ d'un Centre de ressources Handicaps rares à composante épilepsies sévères en 2013 (géré avec l'Office d'Hygiène Sociale de Lorraine).

L'ensemble des activités, à l'exception de l'EHPAD l'Ile Fleurie, localisé sur la commune de la Roche de Glun (8 km de Tain l'Hermitage), géré par l'Association « Etablissement médical de la Teppe », est localisé à Tain L'Hermitage, dans la Drôme, à 80 km au sud de Lyon et à 15 km au nord de Valence, sur un site de 40 hectares. Se côtoient sur ce site, des activités sanitaires et médico-sociales, des activités de travail protégé et adapté, d'accueil de personnes polyhandicapées, d'accueil de personnes âgées. Cette situation est à mettre en avant comme un point fort en terme de possibilité d'assurer une continuité des soins pour des personnes handicapées qui pour la plupart souffrent de pathologies chroniques associées lourdes, notamment toutes les formes d'épilepsies pharmaco résistantes.

L'EHPAD Ile Fleurie accueille des personnes âgées qui, à l'exception de personnes n'étant plus en capacité de le formuler, ont fait le choix de vivre dans une telle structure. L'EHPAD a été créé en 1989 à la demande des Maires du Canton de Tain l'Hermitage. Il accueille en priorité des personnes résidant ou ayant de la famille sur le Canton.

1.2 PLAN D'ACCES



Etablissement médical
de la Teppe à Tain
l'Hermitage

EHPAD Ile Fleurie à la
Roche de Glun

Situé à la Roche de Glun dans la Drôme, l'EHPAD Ile Fleurie est très facilement accessible depuis Lyon (80 km) et Valence (15 km).



1.3 AUTORISATIONS

Depuis son ouverture, la capacité de l'EHPAD l'Ile Fleurie a évolué de la façon suivante :

- Arrêté n°2390 du Préfet et n°609 du Président du Conseil Général de la Drôme du 8 avril 1988 (capacité de 50 places),
- Arrêté n°376 du Préfet et du Président du Conseil Général de la Drôme du 17 avril 1989 (capacité portée à 51 places, dont 1 place d'accueil temporaire),
- Arrêté n°04-4645 du Préfet et n°04-346 du Président du Conseil Général de la Drôme du 04 décembre 2004 (capacité portée à 63 places, dont 2 places d'accueil de jour),

1.4 LIEN AVEC LE SCHEMA DEPARTEMENTAL ET LE PLAN REGIONAL DE SANTE

Le projet d'établissement de l'EHPAD « Ile Fleurie » est en phase avec les orientations des pouvoirs publics :

- Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012 – 2017, élaboré par l'Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes,
- Schéma départemental pour l'autonomie 2012 – 2016, élaboré par le Conseil Général de la Drôme.

Les principales orientations étant :

- Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité, sécurité,
- Renforcer la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux,
- Prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées dépendantes ; renforcer l'accès à la prévention et aux soins des personnes âgées dépendantes,
- Apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes,
- Promouvoir la Bientraitance, repérer et traiter les situations de maltraitances,
- Accompagner les acteurs du secteur personnes âgées dans l'amélioration continue de leurs prestations.

2.1 LA PROVENANCE DES RESIDENTS

La maison de retraite accueille prioritairement les personnes du canton de Tain l'Hermitage.

57 % des résidents viennent du canton de Tain l'Hermitage.

20% des résidents ont un de leurs proches domiciliés sur le canton.

La majorité des personnes accueillies viennent du domicile privé ou d'un proche (environ 57%).

2.2 CARACTERISATION DES PERSONNES ACCUEILLIES

La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 84 ans.

67 % des personnes âgées sont des femmes.

L'EHPAD a une capacité d'accueil de 63 personnes âgées dépendantes :

- une unité sur deux étages qui accueille 41 personnes âgées, en perte d'autonomie dont une place d'accueil temporaire,
- deux unités de 10 lits spécialisées dans l'accueil des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées,
- deux places d'accueil de jour.

La majorité des résidents accueillis présente une dépendance importante qui nécessite un accompagnement dans la plupart des actes de la vie quotidienne. Ces personnes présentent une altération des capacités motrices et/ou cognitives.

Certaines personnes âgées accueillies sont relativement autonomes dans leurs activités et ont seulement besoin d'une aide ponctuelle pour accomplir les actes de la vie quotidienne tels que la toilette, l'entretien de la chambre. Ces personnes se déplacent souvent seules avec ou sans aide matérielle.

Les personnes âgées accueillies présentent des poly- pathologies variées, souvent sévères. Les affections le plus souvent retrouvées sont :

- les affections psychiatriques (troubles chroniques du comportement, syndrome démentiel, états dépressifs et anxieux),
- les pathologies digestives (dénutrition, syndromes abdominaux, syndromes digestifs hauts),
- les affections cardiovasculaires (artériopathies chroniques, troubles du rythme, hypertension artérielle, coronaropathie...),
- les affections rhumatologiques,
- les affections neurologiques (notamment des épilepsies).

Les personnes âgées accueillies optent pour l'EHPAD quand la dépendance physique vient s'ajouter à la dépendance domestique, quand un traumatisme survient ou que la personne a besoin de soins, quand elles ne peuvent plus accomplir les actes de la vie quotidiennes seule comme se nourrir, se laver, s'habiller, voire gérer sa continence ou que la sécurité et celle de son environnement nécessitent une surveillance quasi permanente.

Comme décrit ci-dessus, les axes stratégiques du projet d'établissement sont en cohérence avec les orientations définies dans le Projet Régional de Santé et le Schéma Départemental pour l'Autonomie. Le dispositif et les actions retenus permettent un accompagnement respectant les besoins et les attentes de la personne accueillie. Ces axes ont été élaborés et travaillés en équipe pluridisciplinaire et reflètent de façon concrète les pratiques professionnelles de l'équipe de l'EHPAD Ile Fleurie.

3.1 LE PARCOURS DU RESIDENT

3.1.1 L'ACCUEIL DU RESIDENT¹

➤ **La visite de préadmission**

Lors de la réception du dossier de demande d'entrée en EHPAD, celui-ci est étudié par la responsable de l'EHPAD pour la partie administrative et par le médecin coordonnateur pour la partie médicale et autonomie.

Si les besoins en soin et en accompagnement correspondent aux possibilités de l'établissement, le dossier est inscrit sur liste d'attentes. Dans le cas contraire, un courrier de refus est envoyé à la personne ou à la personne de confiance notée dans le dossier.

Une visite de pré-admission est organisée. Elle se veut conviviale, chaleureuse et rassurante. La visite consiste à prendre connaissance des désirs et des habitudes de vie du résident et de s'assurer que l'établissement est en mesure de répondre aux besoins de la personne au niveau médical et de l'accompagnement au quotidien.

Cette visite est divisée en 3 moments :

- rencontre avec le médecin coordonnateur et la psychologue afin de recueillir les premiers éléments concernant la biographie, les habitudes de vie de la personne, les éléments médicaux

- visite de l'établissement avec l'IDE coordinatrice ou la maîtresse de maison si possible

- rencontre avec la responsable de l'EHPAD pour les questions administratives et financières.

Le consentement de la personne à entrer dans l'établissement est recherché et tracé.

Si possible, l'entrée est planifiée en terme de date et d'heure. Le projet d'établissement, les documents règlementaires (règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) sont présentés et remis à la personne.

¹ Cf. Fiche action N°1

➤ L'entrée

L'entrée est prévue sur un mardi ou un jeudi en fin de matinée. Cela correspond en terme d'organisation à la disponibilité de l'infirmière coordinatrice et du référent prévu. L'histoire et les habitudes de vie de la personne âgée sont présentées en réunion d'équipe pluridisciplinaire, la semaine précédant l'arrivée.

La personne âgée est invitée à aménager sa chambre avant son arrivée. La clé de la chambre est donnée le jour de l'entrée ou lors de l'aménagement de la chambre.

Le jour de l'arrivée, la personne âgée est accueillie par l'IDE coordinatrice et le référent AS, si possible. Un point est fait sur les habitudes de vie de la personne âgée à domicile.

Le repas est offert à son proche s'il le souhaite.

3.1.2 LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

L'établissement est soucieux du respect des droits et libertés des résidents accueillis. Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens.

L'établissement s'applique à respecter les droits et libertés de la personne âgée, extrait de la « charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » dans l'accompagnement et la prise en charge médicale de la personne âgée accueillie.

➤ Choix de vie

« Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. »

Les mobiliers, bibelots, photos etc.... sont les bienvenus pour décorer la chambre du résident (dans la mesure où ceux-ci ne sont pas trop imposants et n'entravent pas la sécurité).

Les habitudes de vie telles que la sieste, le réveil, les habitudes alimentaires, les distractions doivent répondre aux demandes du résident (et dans la limite des possibilités de l'établissement).

Au cas par cas, c'est un compromis au profit du résident qui doit être trouvé.

Le respect à l'intimité et au libre choix en terme de vie affective est une priorité de la structure.

➤ **Cadre de vie**

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie –domicile personnel ou collectif- adapté à ses attentes et à ses besoins. »

L'EHPAD Ile Fleurie et l'EHPAD Hermitage, situé sur le site de La Teppe à Tain l'Hermitage, collaborent pour permettre un parcours adapté au besoin de la personne. Selon la complexité des situations, chaque fois que possible l'accompagnement en fin de vie se fera à l'EHPAD Ile Fleurie, une convention signée avec le service de soins palliatifs de Romans, permet une intervention si les médecins le jugent utile. Le recours à l'hospitalisation est évité chaque fois que possible.

➤ **Vie sociale et culturelle**

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société. »

L'ouverture sur « la cité », les familles, les bénévoles, les rencontres intergénérationnelles contribuent au maintien de liens affectifs et sociaux de qualité. L'animatrice est en lien avec les associations de La Roche de Glun, la MJC de Tain l'Hermitage afin de préserver et favoriser les échanges et la participation à la vie associative.

Le conseil de vie sociale permet la communication avec les familles de même que la réunion des familles.

L'EHPAD Ile Fleurie est doté d'un mini bus qui permet des sorties régulières, au moins une fois par mois (sorties culturelles ou autres).

➤ **Présence et rôle des proches**

« Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. »

La présence familiale et des proches influencent profondément la qualité de vie des personnes âgées en établissement. L'établissement est soucieux du bien-être des résidents et se doit donc d'inclure la présence et les ressources familiales dans l'élaboration du projet de vie personnalisé de son parent.

La localisation de l'Etablissement au sein du village de la Roche de Glun et la convivialité de la structure contribuent au maintien des relations familiales et des réseaux amicaux. Les proches ont la possibilité de manger sur place avec leur parent. Différentes salles (animation, salons aux étages...) peuvent être mises à disposition des familles pour fêter un anniversaire par exemple.

➤ **Patrimoine et revenus**

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles. »

Chaque résident garde la maîtrise de son patrimoine et de ses ressources disponibles. En cas de grande dépendance, l'Etablissement donne toutes les informations aux familles relatives aux dispositions réglementaires en matière de protection des personnes. Si nécessaire, des signalements sont faits aux autorités compétentes.

➤ **Valorisation de l'activité**

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités. »

L'animation est un soin à part entière comme moyen de lutte contre la dépression, la perte d'autonomie, l'aggravation des troubles de la démence.

La présence d'un animateur diplômé permet une régularité et diversité des activités proposées.

➤ **Liberté d'expression et liberté de conscience**

« Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix. »

La liberté de culte est garantie. Les représentants des cultes sont présents à la demande des personnes accueillies.

Le droit de vote est préservé et facilité.

➤ **Exercice des droits et protection juridique de la personne**

« Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne. »

Les dispositions visant à la protection des personnes vulnérables, notamment le recours aux autorités administratives et judiciaires sont mises en œuvre chaque fois que nécessaire.

➤ **Préservation de l'autonomie**

« La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit. »

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées a instauré une nouvelle dynamique autour de l'accessibilité, traduite par cette intention : « l'accès à tous pour tous ».

L'objectif poursuivi est que les personnes accueillies accèdent aux dispositifs de droit commun : information, logement, transports, loisirs, sports, culture, santé... Cela nécessite de compenser par tous les moyens la diminution ou la perte d'autonomie par la mise en place d'aides humaines et techniques adaptées en étant vigilant à ne pas faire « à la place de ».

Il s'agit, en étant attentif aux problèmes de déplacements dans et hors des locaux, de garantir aux personnes accueillies de pouvoir se déplacer en toute sécurité.

➤ **Accès aux soins et à la compensation du handicap**

« Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles. »

La prévention de la dépendance lors des activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, élimination), ou de la douleur sont des objectifs de soins effectifs, réguliers, planifiés, évalués.

Un moniteur d'activités physiques adaptées intervient sur l'établissement auprès des personnes âgées afin de préserver le plus possible les capacités de mobilisation des personnes âgées. D'autres intervenants libéraux peuvent aussi intervenir, sous prescription médicale : kinésithérapeute, orthophoniste.

➤ **Qualification des intervenants**

« Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution. »

Une politique de formation continue pluriannuelle est mise en œuvre, centrée sur la personne âgée en vue de prévenir toute baisse d'autonomie.

La convention tripartite 2010-2014 a permis la création d'un mi-temps d'infirmière coordinatrice et l'augmentation du nombre d'aide-soignant.

Au sein de l'EHPAD, les médecins traitants qui interviennent, sont choisis par le résident et travaillent en collaboration avec le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice.

➤ Respect de la fin de vie

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

L'équipe de l'EHPAD accompagne la personne en fin de vie et ses proches. Des conventions avec le dispositif d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) sont en place. L'objectif de ces partenariats est de permettre, chaque fois que possible, pour les personnes et les familles qui le souhaitent, de ne pas être hospitalisées.

Conformément aux dispositions réglementaires, les éventuelles directives anticipées sont prises en compte (fiche insérée dans le dossier du résident).

3.1.3 LES OUTILS ET LES MOYENS D'EXPRESSION EN LIEN AVEC LE RESPECT DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

3.1.3.1 Le livret d'accueil

Il est spécifique pour chaque structure, remis depuis 2007 à chaque entrant et propose :

- une présentation synthétique de l'établissement d'accueil,
- les conditions de séjour,
- les formalités d'admission,
- les frais de séjour,
- le processus d'accompagnement,
- la participation à la vie institutionnelle (Conseil de la Vie Sociale (CVS)) -le dossier, son accessibilité pour la personne accueillie,
- la liste des personnes qualifiées.

La « charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est jointe en annexe de chaque livret.

3.1.3.2 Le règlement de fonctionnement de l'établissement

Il s'adresse aux personnes accueillies, à leurs familles et représentants légaux. Il engage aussi les professionnels de l'établissement et toute personne intervenant dans cet établissement. Il précise les règles de vie collective, en accord avec l'ensemble des réglementations en vigueur et notamment il est en conformité avec les droits fondamentaux énumérés dans la « charte des droits et libertés de la personne accueillie », la « charte de la personne âgée dépendante » et la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

3.1.3.3 Le contrat de séjour

Il décline les règles concernant la dimension collective de l'accompagnement :

- le service rendu, les modalités d'accompagnement pensées pour l'ensemble des personnes accueillies quelle que soit leur singularité, les objectifs généraux de prise en charge,
- les besoins pris en compte au regard des missions de l'établissement.

La dimension individuelle s'appuie sur le processus projet de vie individualisé qui décrit les objectifs et prestations adaptées à la personne.

3.1.3.4 Le projet d'établissement

Il a une dimension descriptive (description du public accueilli, définition des orientations, missions de l'établissement). Il est donc un document important qui permet à l'établissement de se positionner par rapport aux prescripteurs et aux autorités de tutelle mais aussi par rapport aux usagers et aux partenaires extérieurs. Le projet d'établissement a une dimension dynamique et prospective sur 5 ans. Il a aussi une dimension intégratrice : outil de référence pour les professionnels de la structure.

3.1.3.5 Le comité de gestion

Il se tient deux fois par an avec les élus du Canton de Tain l'Hermitage. Il se tient en avril pour la présentation des comptes administratifs et en octobre pour la présentation des budgets prévisionnels. Un point est fait sur le fonctionnement de l'EHPAD, les projets en cours et réalisés. Cette réunion est aussi l'occasion d'échanger avec les élus sur les besoins du territoire.

3.1.3.6 Le conseil de la vie sociale (CVS)

Il se réunit au moins deux fois par an. Le CVS est une instance de réflexion qui réunit des représentants des familles, des résidents, des professionnels et des représentants de la Direction de l'établissement. Les représentants siégeant au CVS sont élus pour une durée maximale de 3 ans. Le Président est élu parmi les membres représentants les personnes accueillies. Le secrétariat est assuré par les représentants de la Direction.

Les missions du CVS sont les suivantes :

- examiner les comptes administratifs et budgets prévisionnels,
- donner son avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur l'organisation interne et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les projets de travaux et d'équipement concernant l'établissement,
- connaître le règlement de fonctionnement de l'EHPAD et leurs modifications s'il y a besoin.

A la fin de chaque séance, un procès-verbal est rédigé, approuvé et signé par le Président du CVS.

3.1.3.7 La réunion d'expression des résidents

Elle se met en place, avant le CVS, afin de collecter les remarques et demandes des personnes accueillies et de faciliter le rôle des représentants des résidents. Après la tenue du CVS, une réunion de restitution est mise en place. Ces réunions sont animées par l'animatrice et/ou la psychologue de l'établissement.

Les familles sont informées de la tenue des CVS par voie postale afin de pouvoir contacter leurs représentants auparavant, de même pour le compte rendu du CVS. Le compte-rendu du CVS est aussi affiché dans l'établissement.

3.1.3.8 La réunion des familles

Elle est organisée une fois par an. Elle est animée par la responsable de l'établissement et l'équipe de coordination (à savoir, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, la maîtresse de maison, la psychologue). L'animatrice y est aussi invitée afin de présenter le bilan des animations et le projet d'animation de l'année suivante. Cette réunion est un véritable lieu d'échanges entre les familles et l'établissement. Toutes les familles sont invitées par voie postale. De plus, chaque année, un questionnaire de satisfaction est mis en place.

3.1.3.9 Les entretiens formels ou informels

Ils ont lieu entre les différents professionnels, l'infirmière coordinatrice et/ou le responsable de l'EHPAD, les résidents et les familles. Selon la teneur de l'entretien, les éléments sont tracés ou non dans le projet de soins informatisés.

3.1.3.10 Le recueil des besoins et attentes de la personne accueillie

Il est effectué à l'entrée par les différents intervenants, lors du bilan à 1 mois (phase d'élaboration du projet personnalisé). Les attentes de la personne sont aussi recueillies par l'animatrice à l'entrée et pendant le séjour pour tout ce qui concerne la participation aux activités / animations. Chaque fois que possible, une rencontre avec le médecin traitant, le résident et ses proches (si accord du résident) et l'infirmière coordinatrice est organisée à un mois de l'entrée.

3.1.3.11 La commission de relation avec les usagers (CRU)

Elle est en place sur l'établissement médical de La Teppe. Le champ de compétences de cette commission est celui du respect des droits des usagers, de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Elle a pour mission de :

- veiller au respect des droits des usagers,
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches et à celle de la prise en charge,
- veiller à ce que les patients et leurs proches puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes,
- faciliter les démarches des patients et de leurs proches.

Le dispositif CRU dédié au secteur sanitaire a été étendu au secteur médico-social.

3.1.4 LA VIE QUOTIDIENNE EN MAISON DE RETRAITE²

L'EHPAD Ile Fleurie est composé de différentes unités qui permettent un accompagnement de la personne, quel que soit son état psychique.

Une partie de l'établissement accueille 41 résidents dans des chambres individuelles d'une surface de 16m² minimum, avec balcon pour la majorité, réparties sur deux étages. Elles sont bien éclairées et adaptées à la dépendance des personnes âgées accueillies. Une salle d'eau est attenante avec lavabo, douche et WC.

Un lit médicalisé et une table de nuit sont mis à disposition. Les chambres sont décorées par les résidents et peuvent être aménagées par du petit mobilier.

La maintenance des chambres, comme l'ensemble du bâtiment est régulière,

Les chambres sont équipées d'un téléphone avec un numéro individuel afin de garantir une autonomie d'appel.

Chaque résident dispose de la clé de sa chambre.

Sur chaque étage, une petite salle à manger est présente, les petits déjeuners y sont servis.

Le rez-de-chaussée est aménagé de locaux communs : salle d'animation, salon TV, petit salon de lecture ou autres, salle à manger. La salle de soins et le bureau infirmier se trouvent aussi au rez-de-chaussée. La salle à manger et le salon TV sont climatisés.

Les repas sont servis en salle à manger au rez-de-chaussée. Si l'état de santé de la personne le nécessite, un plateau repas est servi en chambre.

Ils intègrent les différents régimes prescrits par les médecins traitants (diabétiques, hypocaloriques, hypercaloriques, mixés...). Les allergies sont prises en compte et un plat de remplacement est proposé par la cuisine centrale. « Le non-goût » est pris en compte dans la mesure du possible et des plats de remplacement sont proposés par la cuisine centrale.

Le temps accordé au repas est suffisamment long (3/4 d'heure minimum), permettant, chaque fois que possible, de stimuler les personnes afin qu'elles puissent s'alimenter de façon autonome et équilibrée.

² Cf. Fiche action N°7

Un plan de table est constitué en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Il évolue en fonction des affinités et des tensions dues à la vie en collectivité.

Le service des repas se fait à l'assiette.

Les familles ou proches peuvent prendre des repas avec le résident. Une salle attenante à la salle à manger permet que ces moments se déroulent dans l'intimité.

Les visites des familles ou amis sont libres. Il est toutefois demandé à ce que les visites ne débutent pas avant 10h30 de manière à préserver l'intimité des résidents et ne pas gêner le déroulement des soins. Il est possible d'adapter les horaires si besoin.

Les résidents ont la liberté d'aller et venir, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Les professionnels soignants doivent être informés des sorties pour des questions de sécurité.

Horaires	Types d'activités		
7h30 / 10h	Lever des résidents et aide à la toilette Petit déjeuner	<i>Choix de l'heure du lever, le rythme de vie de la personne est respecté dans la mesure du possible Aide partielle ou totale à la toilette et à l'habillage. Aide à la douche en fonction du planning établi.</i>	<i>Service du petit déjeuner. Possibilité d'apporter son propre complément de petit déjeuner si pas de contre-indication médicale. Le choix hôtelier permet à chacun de garder une autonomie importante au niveau du goût. Administration des traitements</i>
10h / 12h	Aide à la toilette	<i>Accompagnement des résidents les plus dépendants dans la salle de vie en rez-de-chaussée</i>	<i>Possibilités d'animation. Prise en charge de la monitrice d'activités physiques adaptées selon planning établi. RV médicaux... Prévention de l'incontinence. Accueil des résidents qui viennent en accueil de jour.</i>
12h / 13h	Repas en salle à manger	<i>Service et aide au repas. Possibilité de repas en chambre si l'état de santé de la personne le nécessite.</i>	<i>Administration des traitements, surveillance alimentaire, adaptation des régimes.</i>
13h / 16h	Activités au choix du résident	<i>Prévention de l'incontinence Liberté aux résidents de vaquer à leurs occupations. Propositions d'animation.</i>	<i>Présence de l'animatrice. Possibilités de sorties extérieures, animations collectives ou non, selon un calendrier établi.</i>
16h	Goûter	<i>Proposition d'une boisson chaude ou froide.</i>	
16h 18h45	Activités au choix du résident	<i>Prévention de l'incontinence Liberté aux résidents de vaquer à leurs occupations. Propositions d'animation</i>	
17h15	Premier service de repas	<i>Service et aide au repas pour les résidents dont l'état de santé le nécessite. Aide au coucher. Administration des traitements. Surveillance de l'alimentation, adaptation des régimes.</i>	
18h45	Deuxième service	<i>Service et aide au repas si besoin. Administration des traitements. Surveillance de l'alimentation, adaptation des régimes.</i>	
19h30	Moments de détente	<i>Chacun est libre de vaquer à ses occupations. Possibilité de regarder la télévision, moment de convivialité entre les résidents..., retour en chambre</i>	
20h	Aide au coucher	<i>Aide partielle ou totale. Prévention de l'incontinence. Administration des traitements. Temps de soins et de relation.</i>	
Nuit	Accompagnement et surveillance	<i>Propositions de boissons chaudes ou froides, possibilités de collation. Temps d'écoute, surveillance nocturne, changes des personnes en fonction des besoins.</i>	

3.1.5 LA VIE QUOTIDIENNE EN UNITE SECURISEE : CANTOUS « LES ORCHIDEES » ET « LA ROSERAIE »³

La population accueillie concerne des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ou maladies apparentées.

Les personnes sont accueillies dans des unités sécurisées : les Cantous (Centre d'Animation Naturelle Tirées d'Occupations Utiles).

L'architecture de chaque unité participe activement à la prise en charge des résidents. Chaque chambre est attenante, sans couloir de déambulation, à la vaste pièce qui sert de lieu de vie.

Chaque unité accueille 10 résidents en chambres individuelles (entre 16 et 18 m²). Les chambres sont décorées par les proches et le résident, en fonction de l'état de santé de ce dernier, sachant que les personnes peuvent endommager leur habitat. Le petit mobilier est accepté tout comme les décorations murales et les bibelots.

Toutes les chambres sont équipées de lit à hauteur variable. 10 lits spécifiquement adaptés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent être mis en place si besoin. Ces lits présentent un meilleur confort pour les résidents et une meilleure ergonomie de travail pour le personnel participant au lever et au nursing.

Les chambres sont ouvertes de manière à ce que les résidents conservent une liberté d'aller et venir. Un accès sur l'extérieur est possible (extérieur sécurisé). Les résidents doivent pouvoir déambuler à leur guise : le besoin de déambulation fait partie des troubles du comportement qui sont fréquemment constatés dans les démences. Les résidents peuvent bouger, sortir leurs affaires personnelles à leur guise. Toutefois, une partie des vêtements peut être rangée dans un placard fermé à clé. Si cela s'avère nécessaire, il est toujours laissé à disposition de la personne un certain nombre de vêtements ou autres. Du fait de l'ouverture des chambres, les résidents peuvent se rendre librement dans leur chambre mais aussi dans la chambre d'autres résidents.

Les repas se prennent sous forme de « repas thérapeutiques » avec les soignants. Avec le temps, la personne âgée qui subit une diminution des papilles gustatives et des corpuscules olfactifs, perd l'appétit par mauvaise identification des saveurs et des odeurs. Elle a tendance à ne pas goûter les aliments. Il faut attirer son attention sur la table, favorisant ainsi une meilleure communication dans une salle attrayante où l'on a envie de rester un moment. Le fait de manger autour de la table permet de créer de la convivialité, un moment de plaisir, des échanges, de favoriser la stimulation et le mimétisme.

Le temps accordé aux repas est suffisamment long, permettant de stimuler les personnes afin qu'elles puissent s'alimenter de façon autonome.

Les troubles du comportement de la démence nécessitent une adaptation de l'organisation du repas, tant au niveau du rythme que des aliments proposés. Certaines personnes déambulent sans cesse et ne peuvent rester assis le temps du repas. Nous essayons de mettre à disposition des aliments qui peuvent être facilement mangés, même en station debout.

³ Cf. Fiche action N°7

Horaires	Types d'activités		
7h30 10h	Lever des résidents et aide à la toilette Petit déjeuner	<i>Les levers sont échelonnés. Le rythme de vie de la personne est respecté dans la mesure du possible. Aide partielle ou totale à la toilette et à l'habillage. Aide à la douche en fonction du planning établi.</i>	<i>Les petits déjeuners sont servis avant ou après les soins de nursing. Administration des traitements au plus tard à 9h. Prévention de l'incontinence.</i>
10h / 12h	Aide à la toilette	<i>Aide partielle ou totale à la toilette. Les résidents sont stimulés de manière à garder le plus d'autonomie possible.</i>	<i>Possibilités d'animation. Prise en charge de la monitrice d'activités physiques adaptées selon planning établi. RV médicaux... Prévention de l'incontinence. Les résidents sont sollicités pour participer à la vie quotidienne. Accueil des résidents qui viennent en accueil de jour.</i>
12h / 13h30	Repas thérapeutiques avec le personnel présent	<i>Service et aide partielle ou totale au repas. Possibilité de repas en chambre. Adaptation des repas aux personnes qui déambulent</i>	<i>Administration des traitements, surveillance alimentaire, adaptation des régimes..</i>
13h30 / 17h30	Activités au choix du résident	<i>Prévention de l'incontinence. Sieste à la demande ou en fonction de l'état de santé.</i>	<i>Participation des résidents à la vie quotidienne (débarrassage des tables ...), animations, goûters personnalisés dans la mesure du possible, animations cuisine ou autres.</i>
17h	Départ des résidents en accueil de jour		
17h15	Actes de nursing + occupations libres	<i>Aide au déshabillage en fonction de l'autonomie des personnes. Prévention de l'incontinence.</i>	
18h30 / 20h	Repas thérapeutique avec le personnel présent	<i>18h30, début de l'aide au repas pour les résidents les plus dépendants. Administration des traitements. Surveillance alimentaire, adaptation des régimes. Adaptation des repas aux personnes qui déambulent</i>	
20h	Aide au coucher	<i>Aide partielle ou totale. Prévention de l'incontinence. Administration des traitements. Temps de soins et de relation.</i>	
Nuit	Accompagnement et surveillance	<i>Propositions de boissons chaudes ou froides, possibilités de collation. Temps d'écoute, surveillance nocturne, changes des personnes en fonction des besoins.</i>	

3.1.6 LA PLACE DE L'ANIMATION

Une animation, c'est :

- un acte permettant de soigner autrement,
- occuper une personne selon ses désirs et ses motivations,
- pouvoir permettre une relation personnalisée, selon les activités
- divertir, amuser, changer les idées, se détendre,
- casser le quotidien, créer des désirs au cours de la journée,
- privilégier le bien être du résident,
- faciliter son confort de vie et psychique
- stimuler les échanges entre eux, créer une convivialité sociale,
- apporter une ouverture d'esprit par les échanges d'idées,
- favoriser la vie en collectivité.

L'animation ne doit pas se faire en fonction du temps disponible et de la bonne volonté de certains membres du personnel mais doit être organisée afin de pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes par sa diversité et l'adaptation au rythme et handicap des personnes âgées. Elle doit être insérée dans le programme quotidien d'accompagnement des résidents.

La mise en place des activités passe par une connaissance de l'histoire de vie du résident, un repérage de leurs envies, de leurs souhaits, de leurs intérêts. C'est pourquoi l'animatrice rencontre chaque nouveau résident lors de son entrée dans l'établissement.

Il semble important que l'animateur puisse :

- planifier des animations pour l'année suivante,
- évaluer la réussite des animations de l'année en cours,
- valider le choix des intervenants extérieurs.

3.1.7 LE PROJET DE VIE PERSONNALISÉ⁴

La mise en place des projets personnalisés est une obligation réglementaire depuis la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et répond à notre engagement dans une démarche qualité.

A ce jour, l'établissement met en œuvre un accompagnement le plus individualisé possible qui prend en compte les besoins et les attentes de la personne et de ses proches. Différents outils comme la fiche de prise en charge personnalisée, le tableau résumant le régime alimentaire de la personne... sont mis en place et réévalué régulièrement en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Des plans de soins infirmier et aide-soignant sont mis en place dans le projet de soins informatisés et suivi par le personnel soignant.

Un travail de formalisation sous forme de « projet de vie personnalisé » est en cours.

Le projet de vie personnalisé est une réflexion collective qui a pour but de proposer à la personne âgée un accompagnement le plus approchant possible de celui que l'on peut avoir chez soi en tenant compte de ses besoins, de ses envies, de ses habitudes de vie et des contraintes liées au fonctionnement de l'établissement. Il est élaboré en collaboration avec les professionnels, le résident et chaque fois que c'est possible en concertation avec la famille, si le résident est d'accord.

⁴ Cf. Fiches actions N°2 & 3

Le projet de vie personnalisé, centré sur les besoins et attentes du résident, fixe les objectifs de prise en charge et les mesures d'accompagnement proposés par l'établissement, en sollicitant la participation du résident et / ou de son représentant légal s'il y a lieu. Les proches peuvent aussi être sollicités.

Le projet de vie personnalisé sera réévalué régulièrement, en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne et au plus tard dans les 18 à 24 mois.

Il est élaboré dans le mois suivant l'admission de la personne dans l'établissement, en collaboration avec le résident, ses proches, le référent soignant, l'infirmière coordinatrice et la psychologue.

Les objectifs à atteindre seront élaborés et validés en réunion pluridisciplinaire. A la suite de celle-ci, le projet et les objectifs seront formalisés dans le projet de soins informatisé (PSI) et un document sera signé par le résident et la responsable de l'établissement lors d'une rencontre formelle.

Le référent soignant est l'interlocuteur privilégié de la famille et du résident. Il est nommé avant l'arrivée du résident. Il est le garant du bon déroulement du projet et de l'application des objectifs posés.

➤ **La place de la famille**

Associer les familles à la prise en charge s'avère parfois difficile malgré les bonnes intentions de part et d'autre. L'entrée en établissement marque souvent une rupture dans l'histoire familiale. Entre épuisement, refus de la maladie, culpabilité et déni de la situation réelle, on peut observer un sur ou sous-investissement allant parfois jusqu'à des problèmes relationnels. Les soignants sont parfois déroutés devant certaines réactions des familles. De leur côté, les familles ne comprennent pas toujours les attitudes des soignants. Le jugement de valeur peut alors être posé et les relations peuvent devenir conflictuelles.

La collaboration dans l'intérêt du résident peut alors devenir difficile.

Les équipes doivent donc prendre le recul nécessaire pour :

- pouvoir entendre l'émotion et le désir des familles face à une situation difficile qu'est l'entrée de leur parent en établissement,
- favoriser la relation de la personne âgée avec sa famille et son entourage,
- permettre aux familles de prendre place dans l'établissement dans un esprit de coopération visant à l'amélioration de la vie du résident,
- adopter une attitude à la fois ferme et ouverte, disponible et bienveillante en posant les limites du fonctionnement institutionnel, tout en y donnant du sens.

Les familles sont informées de tout changement important dans l'état de santé de la personne accueillie. Elles sont sollicitées pour les accompagnements aux rendez-vous médicaux extérieurs. Avec l'accord du résident, la famille est informée de tout changement important dans l'état de santé de la personne accueillie.

A l'entrée du résident, il est demandé à ce que soit nommé un référent familial afin de faciliter la communication et les échanges.

➤ Le projet de soins

Le projet de soins, défini par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et l'équipe soignante précise les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des différents intervenants.

Les dossiers de soins sont informatisés. Pour cela un logiciel de gestion du dossier de soins est utilisé : le PSI projet de soins informatisés. L'informatisation du dossier de soins permet une plus grande réactivité et une meilleure gestion des soins. Chaque professionnel peut y accéder selon des modalités différentes suivant la fonction occupée dans l'établissement. L'accès à ce logiciel est sécurisé par un mot de passe personnel.

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent. Chaque professionnel de la structure est formé mais régulièrement, lors des réunions, un rappel peut être fait.

Les informations médicales sont stockées dans le bureau infirmier et les informations administratives dans le secrétariat.

Un moyen d'informations et de communication des équipes est en place en interne, il s'agit d'Intranet, accessible à partir de l'ensemble des postes informatiques.

Il appartient à chaque professionnel d'être discret dans les conversations concernant les résidents : passage d'information dans les lieux dédiés à cet effet...

Des protocoles sont mis en place à partir des recommandations de bonnes pratiques de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux) par le médecin coordonnateur, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice.

Prendre soin des résidents, veiller à leur sécurité, maintenir pour chacun une autonomie maximale et une qualité de vie digne, impliquent une alliance de tous les acteurs de la prise en charge. Pour cela, chaque fonction doit être clairement identifiée et les rôles de chacun définis. L'objectif essentiel de l'accompagnement, de la prise en charge des personnes âgées est d'ajouter de la vie aux années et non des années à la vie. La qualité de vie est donc un objectif tout aussi important que la durée de vie.

La coordination des soins est assurée par l'infirmière coordinatrice, en collaboration avec le médecin coordonnateur.

3.1.8 LES ACTEURS DU PROJETS DE SOINS

L'équipe salariée est composée de :

Fonctions médicales et paramédicales :

- médecin coordonnateur,
- infirmière coordinatrice,
- infirmières,
- aides-soignants et aide médico-psychologiques ; aides-soignants de nuit,
- psychologue,
- moniteur d'activités physiques adaptées (MAPA).

Fonctions administratives et logistiques :

- adjoint de direction ; responsable EHPAD,
- secrétaire,
- agents de service logistique,
- gardes malades (nuit),
- animatrice.

L'équipe soignante travaille en collaboration avec les professionnels libéraux.

Les résidents accueillis ont le libre choix :

- du médecin traitant,
- des médecins spécialistes,
- des dentistes,
- des kinésithérapeutes, orthophonistes ou autres auxiliaires médicaux.

La continuité des soins est assurée selon l'organisation suivante :

- présence d'infirmiers de 7h à 21h30,
- présence des aides-soignants 24h sur 24h sur l'ensemble des unités,
- présence des agents de service logistique de 7h à 21h30,
- présence des gardes malades de nuit.

3.1.9 DEFINITION DES FONCTIONS DU PERSONNEL DE L'EHPAD ILE FLEURIE

Le responsable de l'EHPAD, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, définit les objectifs et met en œuvre le projet d'établissement.

Dans ce cadre, il est responsable de l'établissement, organise la prise en charge globale de la personne, pour apporter des réponses adaptées aux problèmes posés. Il coordonne l'action des différents acteurs de l'établissement. Il a pour rôle de manager l'équipe (encadrement du personnel soignant et logistique, élaboration des plannings...). Il organise, supervise et anime les réunions institutionnelles, le conseil de vie sociale et la réunion des familles. Il participe au comité de gestion et à la commission de coordination gériatrique. Il assure le lien avec les différents organismes de formation.

Il est le lien permanent avec les familles et représente l'établissement à l'extérieur (partenaires institutionnelles, autres établissements...).

Il assure la gestion administrative. Il veille à la mise en place des actions de formation continue. Il est garant de la cohérence entre les valeurs énoncées dans le projet d'établissement et les pratiques quotidiennes, de la mise en place d'une démarche qualité continue.

Le responsable de l'EHPAD est en lien permanent avec les différents services transversaux et la Direction de l'Etablissement Médical La Teppe.

La secrétaire intervient sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD. Elle assure une fonction d'accueil auprès des familles, des résidents, des professionnels et de l'extérieur.

Elle effectue le traitement des dossiers administratifs et assure leur suivi. Elle réceptionne le courrier, le trie et le réexpédie si besoin. Elle procède à l'archivage des dossiers, documents et compte-rendus. Elle assure différentes tâches administratifs et de secrétariat.

Sous délégation du responsable de l'EHPAD, elle effectue la mise à jour des horaires des professionnels, le suivi des tableaux d'horaires du week-end et jours fériés et en assure l'affichage. Elle participe à l'organisation des plannings horaires de manière à assurer la continuité de service.

Elle assure le suivi et les commandes de fournitures de bureau.

Elle travaille en lien avec les services transversaux de l'établissement médical La Teppe : bureau des entrées, bureau du personnel, économat, service d'entretien et de maintenance...

Le médecin coordonnateur travaille sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement. Il l'assiste dans la gestion des admissions.

Il maintient l'adéquation entre l'état de santé des résidents et la spécificité de l'EHPAD, en fournissant à la Direction les éléments lui permettant de prendre toutes décisions nécessaires à la sécurité des résidents.

Il a une formation complémentaire en gériatrie.

Il est le garant du projet médical qu'il élabore avec l'équipe soignante. Il en coordonne et en évalue sa mise en œuvre en collaboration avec l'infirmière coordinatrice.

Il évalue, valide (grilles AGGIR) l'état de dépendance des résidents et contrôle la progression et la régression de l'autonomie dans les différents types d'activités proposées (notamment à l'aide de l'outil PATHOS pour la mesure de la charge en soins).

Vis-à-vis des résidents, le médecin coordonnateur intervient :

- lors de l'accueil, au cours d'une première consultation pour évaluer les besoins en soins de la personne, son autonomie, son projet

- au niveau de la prévention, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice, avec un travail sur les chutes, la dénutrition, la iatrogénie des médicaments, le risque infectieux en collectivité.

Il a un rôle d'information et de relation avec les familles, à leur demande.

Il met en œuvre une politique de formation en collaboration avec le responsable de l'établissement et participe aux actions d'information des professionnels de santé, centrées sur les bonnes pratiques en gériatrie. Il veille à l'application de ces bonnes pratiques y compris en cas de risque sanitaire exceptionnel.

Avec les médecins traitants, il intervient pour coordonner la prise en charge médicale centrée sur le résident.

Il les rencontre une fois par an lors de la commission de coordination gériatrique. Il les informe et conseille sur les bonnes pratiques de soins en gériatrie ainsi que sur les médicaments à utiliser préférentiellement. Il a un rôle d'information auprès de ces professionnels sur les buts et les objectifs de l'établissement.

Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques afin que l'EHPAD soit reconnu et puisse utiliser les différents plateaux techniques extérieurs existants (hôpitaux, HAD, EMSP, lien avec le plateau technique médical de La Teppe).

Il effectue un rapport d'activités médicales annuel à partir des différentes données du dossier de soins informatisés.

L'infirmière coordinatrice travaille sous la responsabilité et en collaboration avec le responsable de l'EHPAD et le médecin coordonnateur. Elle conduit l'équipe soignante dans une démarche de soins adaptés aux besoins et attentes de la personne âgée dans sa globalité et en s'adaptant à la singularité de chacun. Elle assure la coordination des soins et l'harmonisation des pratiques des soins au sein de l'établissement et garantit leur traçabilité. Elle anime l'équipe soignante pour atteindre un soin de qualité en concertation avec le médecin, dans le respect des prescriptions médicales. Elle est le garant de la qualité et de la continuité des soins ainsi que de la mise en œuvre du projet d'établissement dans son volet « projet de soins ».

Elle travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur et le pharmacien de l'établissement médical La Teppe pour :

- le circuit du médicament,
- les protocoles de soins infirmiers,
- le suivi des grilles AGGIR et des évaluations du PATHOS,
- l'étude des dossiers de demandes d'admission.

Elle a un rôle d'interface entre le résident, les professionnels de santé, la direction, l'équipe et les familles et coordonne l'intervention des professionnels de santé libéraux. Elle est l'interlocuteur privilégié des intervenants libéraux (médecins, kinésithérapeutes...). Elle participe aux réunions de coordination et institutionnelles. Elle anime les réunions d'unité et les relèves, en lien avec la psychologue.

Elle est source de propositions auprès du responsable de l'EHPAD, du médecin coordonnateur, des agents et des partenaires. Elle participe à l'élaboration du plan de formation continue.

L'infirmier intervient sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD et du médecin coordonnateur.

Leurs principales missions, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice sont de :

- rassembler l'équipe autour d'un projet de soins,
- organiser et planifier les soins journaliers,
- coordonner les soins autour de la personne âgée,
- mesurer, évaluer la qualité du soin technique et le réajuster en fonction des résultats constatés.

Pour cela, l'infirmier se doit d'encadrer, d'animer l'équipe soignante pour atteindre un soin de qualité en concertation avec le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, dans le respect des prescriptions médicales.

Il participe à l'encadrement des stagiaires.

L'aide-soignant intervient sous la responsabilité de l'équipe infirmière, ses actions prennent diverses formes :

- maintenir les acquis et prévenir la dépendance,
- mettre en œuvre toutes ses connaissances et compétences en matière de nursing, prévention des escarres,
- collaborer à des activités d'éducation du résident dans les domaines des maladies chroniques telles que le diabète,
- participer aux soins par le suivi des constantes, la surveillance de l'alimentation,
- participer aux différentes animations.

Il est garant du bon fonctionnement du circuit du linge (avec les familles pour l'entretien du linge personnel des résidents), avec l'établissement médical de la Teppe pour le linge collectif (draps...).

Il participe à l'encadrement des stagiaires.

Il participe à des formations lui permettant de mettre à jour ses compétences et donc d'apporter une meilleure prise en charge de la dépendance, de la maladie d'Alzheimer et des démences associées.

La maîtresse de maison est de formation initiale aide-soignant et a suivi une formation complémentaire.

Elle travaille en collaboration avec les différents professionnels et les services transversaux de l'établissement médical La Teppe. Elle organise le travail quotidien des agents de service logistiques. Elle assure :

- les commandes de repas et veille à l'application des règles d'hygiène relatives à la restauration en collectivité, (participe au commission restauration)
- les commandes de droguerie,
- la gestion du matériel et des stocks en lien avec l'infirmière coordinatrice,
- les commandes et la gestion des stocks de protections des résidents.

Elle gère le suivi du linge des résidents et du linge plat. Elle est l'interlocuteur privilégié de la lingère et de l'entreprise adaptée « blanchisserie ». Elle coordonne et facilite les échanges et les interventions des services logistiques de l'établissement médical La Teppe.

Elle est référente en hygiène. A ce titre, elle peut effectuer des contrôles liés à la propreté, l'hygiène, la maintenance des équipements, des installations, des fournitures afin d'assurer le confort et la sécurité des usagers.

Elle participe aux réunions de coordination et institutionnelles.

Elle participe aux évaluations des élèves aides-soignants.

L'agent de service logistique intervient sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD.

Ses missions principales sont :

- l'aide au nursing sous la responsabilité de l'aide-soignant et de l'infirmier,
- la gestion de la fonction linge,
- la maintenance d'un service hôtelier de qualité.

Dans tous les cas, l'agent de services logistiques doit, dans sa communication avec le résident et dans la limite de sa fonction :

- l'écouter
- l'orienter dans la mesure du possible
- répondre à ses besoins
- l'informer
- le sécuriser
- le réconforter.

Il veille à l'entretien des sols, des salles de bains, des espaces communs, du bureau médical, etc....

Il distribue le repas dans le respect des consignes d'hygiène, veille à l'alimentation des résidents, crée de la convivialité. Il aide à l'alimentation des résidents dépendants. Il effectue la vaisselle, élimine les déchets. Il participe aux animations globales, individuelles, en groupe.

L'aide-soignant et le garde malade de nuit veillent au bien-être et à la sécurité des résidents la nuit. Ils assurent une fonction de surveillance, de réassurance et d'accompagnement auprès des résidents.

Ils ont une fonction relationnelle, de réassurance importante avec les résidents. Ils sont amenés à effectuer différents actes de nursing, suivant les indications données par l'infirmière coordinatrice et l'infirmier de jour.

Ils effectuent des rondes régulières dans les chambres des différentes unités.

En cas de problème médical, l'aide-soignant fait appel aux urgences.

En cas de problème technique ou autres, il fait appel à l'astreinte administrative de l'établissement médical La Teppe.

Le psychologue est sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD.

Garant de la démarche qualité et éthique dans l'EHPAD, il a pour mission de contribuer au maintien et au développement de la qualité de vie des résidents. Pour cela, il intervient auprès des personnes accueillies par un accompagnement psychologique et/ou un suivi cognitif. Sa pratique est également orientée vers les familles et les équipes soignantes. Il veille, par ailleurs, à analyser, à questionner le cadre institutionnel.

L'animateur travaille en collaboration étroite avec l'équipe soignante. Il rend compte des observations concernant les résidents qu'il a pu faire au cours de ses animations.

Il a un rôle prépondérant dans le bien être psychologique des résidents.

Il aide à la conservation des acquis par les différentes activités manuelles et mnésiques qu'il propose. Il travaille en lien avec la monitrice d'activités physiques adaptées et le psychologue. Il élabore un projet d'animation en collaboration avec le responsable de l'EHPAD, l'infirmière coordinatrice et le psychologue.

Il effectue une évaluation régulière des activités proposées et un bilan annuel du projet d'animation.

Le moniteur d'activités physiques adaptées intervient après avoir effectué un bilan d'entrée, à la demande du médecin coordonnateur ou du médecin traitant. Il utilise les effets de l'activité physique à des fins de prévention, de rééducation et d'éducation. Il aide à la ré acquisition ou au maintien des potentialités de celle-ci. Il utilise l'activité sportive comme moyen de traitement mais aussi comme outil de réadaptation.

Les bénéfices de l'activité physique sont multiples pour les personnes âgées et peuvent être classés en 3 catégories :

- bénéfiques physiologiques pour l'appareil locomoteur, respiratoire et cardiovasculaire, pour l'amélioration de la digestion, de l'équilibre et de la coordination,
- bénéfiques physiologiques (détente, diminution du stress et de l'anxiété, bien-être général, amélioration de la santé mentale, acquisition de nouvelles habiletés, maintien des capacités intellectuelles en sollicitant l'esprit décisionnel)
- bénéfiques sociaux (renforcement du pouvoir des personnes âgées en contribuant à une attitude plus active, amélioration de l'intégration sociale, création de nouvelles amitiés et camaraderies.

Les activités mises en place sont individuelles ou collectives, se pratiquent en intérieur ou en extérieur.

3.1.10 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT⁵

Le circuit du médicament est organisé en lien étroit avec la pharmacie à usage interne qui se trouve sur le site de la Teppe, à Tain l'Hermitage. Un pharmacien et une préparatrice assurent une présence régulière sur l'EHPAD.

Le circuit du médicament est sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice. Pour en assurer le suivi et la mise en œuvre, elle collabore avec le pharmacien et le médecin coordonnateur.

L'ensemble des prescriptions médicales est informatisé. Les médecins traitants, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice, en assure le suivi. Les prescriptions sont faites dans le respect du livret thérapeutique établi.

Le pharmacien référent de l'EHPAD a un temps de présence hebdomadaire sur l'établissement. Il valide les ordonnances des prescripteurs et signale les interactions médicamenteuses. Il participe à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Il contribue à l'amélioration de la qualité, de la sécurité du traitement et du bon usage du médicament. Il participe à la pharmacovigilance. Il s'assure de l'approvisionnement régulier des produits pharmaceutiques, de la traçabilité des médicaments et de leur correcte délivrance.

Des procédures encadrent le circuit du médicament, de la prescription à l'administration du traitement.

Chaque résident a un casier nominatif géré par le pharmacien et la préparatrice en pharmacie de manière hebdomadaire.

La préparation et l'administration du traitement est sous la responsabilité de l'infirmière. L'administration et l'aide à la prise du traitement sont prioritairement confiées à l'équipe soignante (infirmiers et aides-soignants).

Un planning de préparation et de vérification des traitements est établi.

La validation de la prise de traitement est effectuée sur le PSI, la non-prise du traitement est spécifiée

⁵ Cf. Fiche action N°4

3.2 DU SOIN AU PRENDRE SOIN

3.2.1 LA DEMARCHE DE SOINS⁶

Le soin en gériatrie se définit par le maintien des capacités de la personne, en ayant comme priorité la prévention, le maintien de l'autonomie, l'adaptation au handicap, en préservant le désir de vivre et en accompagnant la personne âgée au quotidien.

La personne âgée est considérée comme acteur de son soin. Son histoire, ses habitudes de vie, ses désirs, ses possibilités, ses difficultés et ses pathologies sont la base de l'accompagnement de la personne âgée. La base du soin relationnel est le respect de son intimité, de son physique et de sa personnalité.

Tout résident est considéré comme un patient potentiellement à risque et nécessite donc un suivi régulier des constantes de bases propres à la gérontologie :

- douleur,
- incontinence,
- chutes,
- nursing,
- nutrition,
- hydratation,
- élimination,
- cohérence,
- téguments (prévention des escarres).

La personne âgée a un vécu, un passé, une histoire, une éducation qui lui est propre. Pour cela, la base du soin relationnel est le respect de son intimité, de son physique et de sa personnalité.

3.2.1.1 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Lutter contre la douleur demeure une priorité. Elle relève de la compétence du médecin et de l'infirmière. Pour autant, l'ensemble des soignants participent à la lutte contre la douleur.

Une évaluation systématique de la douleur physique et psychologique est effectuée à l'entrée dans l'établissement. Le personnel est formé à la prise en charge de la douleur et un référent est nommé au sein de l'équipe soignante.

La prise en charge de la douleur commence par une observation fine de l'aspect général de la personne : mimiques, comportement, changement dans les habitudes, dans le discours.

Toute suspicion de douleur est signalée à l'infirmière qui interpelle le médecin traitant si besoin.

Des prises en charge non médicamenteuses peuvent être prescrites par le médecin traitant (prise en charge par le kinésithérapeute) ou demandé par le médecin coordonnateur (intervention du MAPA). Les soignants sont attentifs à l'installation de la personne que ce soit au fauteuil ou au lit, aux différentes manifestations de souffrance de manière à adapter leur pratique à la personne. Ils veillent à rassurer la personne si besoin, à expliquer les gestes effectués, à avoir des gestes précautionneux et doux.

Le protocole de l'établissement concernant la prise en charge de la douleur aiguë peut être déclenché et est disponible sur le portail intranet de l'établissement.

⁶ Cf. Fiche action N°3

L'équipe mobile de soins palliatifs peut aussi intervenir à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur ainsi que le service d'hospitalisation à domicile.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur psychique, la psychologue peut intervenir auprès du résident mais aussi en tant que soutien auprès de l'équipe. Les soignants peuvent aussi intervenir en se montrant rassurant, en étant dans une écoute bienveillante de la personne. Il peut aussi être demandé à l'animatrice d'intervenir afin de proposer des divertissements à la personne.

La douleur est l'affaire de tous, quelle que soit la fonction occupée.

3.2.1.2 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE

L'équipe soignante travaille de façon active sur la prévention de l'incontinence. Du matériel adapté (verticalisateur...) est mis à disposition du personnel afin de faciliter l'accompagnement aux toilettes. Des bassins, urinaux, chaises pot peuvent aussi être mis à disposition des résidents. La nécessité de mise en place de protections pour incontinence chronique est décidée en réunion après évaluation. Le type de protections utilisées est choisi après concertation de l'équipe soignante, noté dans les chambres et réévalué régulièrement et en fonction des besoins de la personne. Le suivi est tracé dans le PSI.

3.2.1.3 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES

L'équipe est formée et sensibilisée aux risques de chutes. L'agent ayant constaté la chute remplit une fiche de chute au sein du PSI précisant les circonstances. Il informe en systématique l'infirmière qui, suivant la gravité interpelle le médecin traitant ou appelle les urgences. La fiche est transmise, par la suite, au médecin coordonnateur pour analyse, évaluation médicale et déclenchement de consultations si besoin. Des actions préventives ou curatives sont mises en place : propositions de matériel, déambulateurs, canne, chaussures adaptées, modifications de l'aménagement de la chambre... Dans certains cas et sur prescription médicale, une contention peut être mise en place, une adaptation de traitement peut être effectuée.

A l'entrée de la personne, le risque de chutes est évalué par le MAPA. Certains résidents peuvent être repérés comme « résidents chuteurs ». Dans ce cas, les personnes sont invitées à participer à des activités telles que le relevé du sol, la marche,...

Deux professionnels (une AS et le MAPA) ont suivi une formation au CH de Valence concernant le syndrome post chute.

3.2.1.4 LE NURSING ET LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

Une évaluation est réalisée dès l'entrée de la personne et ajustée dans le mois suivant son admission. Par la suite, une fiche de prise en charge personnalisée est mise en place et affichée dans la chambre de la personne. Un référent soignant est identifié pour chaque résident.

Les besoins de la personne sont réévalués régulièrement et en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne.

Le soignant doit préserver l'autonomie de la personne, il ne se substitue pas à lui. Il doit accompagner et non « faire à la place de ». Ce principe du maintien des acquis est une valeur fondamentale.

Les gestes de la vie quotidienne doivent être préservés pendant les temps d'accompagnement à la toilette, au repas, au lever, au coucher, à la marche. Les soignants doivent être vigilants à ne pas créer de dépendance.

La personne, si elle est guidée et stimulée, peut effectuer pendant longtemps les gestes réalisés chaque jour, durant toute sa vie.

Si la personne est lente, le soignant doit s'armer de patience. Diriger les mouvements de la personne, en maintenant un contact corporel avec l'autre main, est indispensable.

Du matériel adapté peut être utilisé :

- matériel d'aide à la mobilisation : déambulateur, fauteuil roulant manuel, verticalisateur, lève malade,
- matériel d'aide au repas : couverts et assiettes adaptés, pailles, gobelets, tapis antidérapants...

Le MAPA ou éventuellement le kinésithérapeute (sur prescription médicale) peut intervenir pour permettre de garder la verticalisation, la mobilisation des personnes.

3.2.1.5 LA CONTENTION

La contention est un acte soignant sensible qui nécessite une réflexion d'équipe permanente et une attention particulière. La contention relève de la compétence du médecin et les soignants doivent adhérer à cet acte. Elle fait l'objet d'une prescription médicale réévaluée régulièrement (selon un protocole établi).

La contention peut être prescrite lorsqu'il y a un danger avéré pour la personne ou pour les autres.

La contention est un risque majeur d'aggravation de la dépendance. Lorsqu'elle est mise en place, il est important de communiquer auprès des familles et du résident pour informer, enseigner, rassurer. Un effort doit être recherché pour fournir un moyen de contention digne pour les résidents (les draps sont à proscrire).

La contention recouvre aussi les surdosages chimiques en cas de troubles du comportement.

La contention physique, étant une forme de privation de liberté, l'adhésion de la famille et de la tutelle doit être recherchée.

3.2.1.6 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION ET DE LA DESHYDRATATION

Le moment du repas est un moment important de la journée. Le suivi de la nutrition est effectué. Il faut garder le plus longtemps possible les plaisirs de la vie, les plaisirs de la bouche.

Si une aide à la prise du repas est apportée à la personne, s'asseoir est impératif. Ne jamais la faire manger en restant debout: la personne ne voit pas votre visage et est agressée par un objet métallique descendant du ciel.

Les goûts des résidents sont pris en compte dans les limites imposées par la collectivité. L'appréciation des plats est notée sur une fiche transmise au responsable de la cuisine, la maîtresse de maison participe deux fois par mois à la commission restauration.

Un protocole de prise en charge de la dénutrition est en place.

Une évaluation mensuelle est effectuée pour chaque résident afin de suivre l'évolution du poids. Celle-ci fait l'objet d'une traçabilité dans le PSI.

Le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et la maîtresse de maison effectue des bilans réguliers afin de mettre en place un régime adapté aux besoins de la personne. Ce régime est validé par le médecin traitant.

Les régimes sont affichés dans les offices hôteliers pour que les soignants et les agents de service logistique puissent les suivre. Des compléments alimentaires peuvent être prescrits : la prise est adaptée à l'état nutritionnel de la personne et tracée.

Le suivi de l'hydratation fait partie de notre accompagnement. Cela diminue l'agitation : la personne a soif mais ne sait pas le dire (surtout en cas de démence), il faut donc décoder son "comportement quand elle a soif" en cas de désorientation.

Des boissons sont proposées aux résidents afin de prévenir le risque de déshydratation. Des fontaines à eau réfrigérées sont à la disposition des résidents dans chaque unité. Des brumisateurs peuvent être utilisés. Une collation à base de boisson fraîche ou chaude est proposée à 16 h et en début de nuit.

Tous les liquides peuvent être gélifiés si besoin : café, eau...

Afin de réduire le jeûne nocturne, une collation sous forme de boisson ou autres peut être proposée aux résidents qui le souhaitent ou qui en auraient besoin la nuit.

3.2.1.7 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION

Un protocole sur la prévention et la prise en charge de la constipation est formalisé.

Une fiche de surveillance des selles est mise en place sous format papier pour toute personne à risque chronique ou ponctuel. La surveillance des selles peut être déclenchée à tout moment par l'infirmière. Des prescriptions spécifiques sont effectuées pour les résidents diagnostiqués.

Des mesures de prévention telles que la marche, l'hydratation, l'adaptation de la nutrition sont mises en place.

3.2.1.8 LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE

Le suivi de la dentition est une priorité des soins. En 2013, un dentiste est intervenue sur l'établissement auprès des résidents et des soignants sur l'hygiène buccodentaire mais aussi auprès des résidents dans le cadre d'une consultation. Certains résidents ont ainsi pu bénéficier d'une consultation diagnostique. Le déclenchement de soins buccodentaires en cabinet extérieur a été organisé.

Lorsque des problèmes d'alimentation apparaissent, l'état buccodentaire de la personne est évalué.

3.2.1.9 LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

Une attention particulière est portée sur la prévention des escarres dans l'établissement. L'évaluation du risque d'escarres est régulière et des mesures préventives sont mises en place : installation de matelas à air, changements de position à intervalles réguliers (retournement, mobilisation), adaptation de la protection, installation de coussin anti escarre, coussin de positionnement...

Un protocole escarres en hygiène est en cours.

Les escarres sont contractées lors d'hospitalisation et non au sein de l'EHPAD ou dans des situations exceptionnelles.

3.2.2 ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI PSYCHOLOGIQUE ET COGNITIF

Le rôle du psychologue est ici particulièrement riche dans les possibilités de travail qui s'articulent autour de 3 axes :

➤ **Auprès du résident, le psychologue :**

- Participe à l'entretien de préadmission et à l'élaboration du projet personnalisé.
- Accueille, écoute et soutient les résidents qui le nécessitent par des entretiens cliniques, ponctuels ou réguliers.
- Évalue la dépendance psychique, et parfois cognitive, pour apporter un éclairage diagnostique aux soignants avec le médecin traitant et d'autres spécialistes (neurologue, gériatre, psychiatre...).

➤ **Auprès des proches du résident, le psychologue :**

- Rencontre les familles lors de l'entretien de préadmission en institution pour écouter leur parcours, évoquer les besoins de l'accompagnement, leurs attentes...
- Apporte un soutien psychologique en proposant un espace de parole et d'écoute tout au long du séjour (questionnements liés au vieillissement, pathologies physiques et psychiques, fin de vie...).
- Facilite la communication entre la famille et l'institution.

➤ **Auprès du personnel, le psychologue :**

- Analyse des situations et recherche des solutions, écoute et soutient pour prévenir le sentiment d'usure professionnelle (souffrances, deuils...) et les risques de maltraitance.
- Apporte une compréhension des comportements et de la communication des personnes accueillies présentant ou non une pathologie démentielle.
- Rédige avec l'équipe soignante les projets personnalisés de chaque résident.
- Se veut un garant de la démarche qualité et éthique dans l'EHPAD, en réfléchissant en particulier sur les pratiques professionnelles et la relation d'aide.
- Oriente, conseille l'animatrice et les soignants dans les activités de stimulations à proposer aux résidents.
- Travaille en collaboration avec les intervenants de l'accompagnement pluridisciplinaire (médecins traitants, moniteur d'activités physiques adaptées...).

En complément du travail de la psychologue et en fonction de l'état psychique du résident, une consultation chez un psychiatre peut être demandée par le médecin traitant. Le résident et ses proches ont le libre choix du médecin psychiatre.

3.2.3 LA GESTION DES URGENCES

Une procédure de gestion des urgences est mise en œuvre dans l'établissement. Un défibrillateur, situé dans le hall d'accueil, est à disposition des professionnels ou des visiteurs. Le bon fonctionnement du défibrillateur est vérifié à périodicité définie. Cette vérification est tracée.

L'établissement est doté d'un chariot d'urgence. Celui-ci est scellé afin de sécuriser son contenu. Une procédure de réapprovisionnement est établie en cas d'utilisation du chariot. Un appareil à aspiration est à disposition des infirmières.

La localisation du chariot d'urgence et son contenu sont présentés par l'infirmière coordinatrice aux professionnels.

Une information concernant un rappel de la procédure à suivre et des premiers gestes de secours doit être effectuée par le chargé de sécurité de l'établissement médical La Teppe.

Dans le cadre d'une urgence vitale, le SAMU est appelé, les soignants peuvent procéder à la mise en place des premiers gestes de secours avant passage de relais à l'équipe urgentiste.

3.2.4 L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE⁷

Une attention particulière est portée sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Cet accompagnement est une préoccupation constante de l'ensemble des professionnels.

Les soins de fin de vie sont autant des soins de confort (physiques et psychiques) que des soins de prévention pour maintenir jusqu'au bout le plus de dignité possible aux patients. Les soins, la prise en charge et l'accompagnement sont organisés par le médecin traitant, en collaboration avec l'infirmière coordinatrice afin de préparer l'équipe.

L'intervention d'une équipe de soins palliatifs est possible après validation de la demande par le médecin traitant. L'équipe de soins palliatifs peut donner un avis médical sur la situation de la personne et peut aussi intervenir afin de soutenir les proches et les professionnels. L'équipe intervenant est composée d'un médecin, d'une psychologue et d'une infirmière.

Du matériel favorisant le confort et le plaisir a été acheté (bâtonnets de soins de bouche pouvant être humectés de boisson appréciée par la personne, diffuseur lumineux d'huiles essentielles).

Lors de l'accompagnement d'une personne en fin de vie, une rencontre est souvent organisée avec les proches, le médecin traitant si possible, l'infirmière coordinatrice et la psychologue afin d'alerter les proches de l'état de santé de la personne. Lors de cette rencontre, les souhaits religieux sont recueillis et la question de l'acharnement thérapeutique est abordée.

Dans la mesure du possible, un accompagnement psychologique du résident est effectué.

Les proches peuvent rester auprès de la personne la nuit s'ils le souhaitent et prendre leur repas sur l'établissement.

Les professionnels ont suivi une formation en 2011 concernant la spécificité de cet accompagnement.

L'ensemble des professionnels, soignants ou non se rend disponible et à l'écoute des proches lors de l'accompagnement des personnes en fin de vie mais aussi pendant et après le décès.

Lors du décès de la personne, la famille est prévenue en fonction de ses souhaits.

Les professionnels soignants effectuent la première toilette mortuaire selon un protocole établi et en fonction des indications religieuses. Le médecin traitant ou un médecin de la maison médicale de Saint-Vallier est appelé afin de constater le décès. Le résident et/ou ses proches ont le libre choix des pompes funèbres. Une procédure, à l'attention des cadres administratifs est en place concernant la conduite à tenir la nuit en cas de décès d'un résident.

Le décès de la personne est annoncé à l'ensemble des résidents. Une photo souvenir est installée sur une petite table, avec une bougie.

Une célébration religieuse, de souvenir, a lieu dans le mois suivant le décès sur l'EHPAD.

Un accompagnement des autres résidents peut être mis en place par la psychologue.

Un mot de l'équipe et de la direction est envoyé à la famille. Des résidents peuvent être accompagnés aux obsèques, à leur demande, accompagnés d'un ou deux professionnels.

⁷ Cf. Fiche action N°5

3.3 LA DEMARCHE DE BIENTRAITANCE⁸

3.3.1 LA COORDINATION ET LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS⁹

L'établissement a mis en place différents supports et temps de transmissions des informations afin d'assurer la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge médicale des résidents.

➤ Les temps de relève orale et écrite

Des relèves orales avec présence des soignants sont mises en place à chaque changement d'équipe (équipe jour/nuit et équipes matin/soir) : c'est un temps de passation d'informations entre les soignants à un moment donné. Elles permettent une articulation des soins entre les équipes dans le but d'assurer la continuité des soins.

Les relèves écrites permettent de communiquer des informations sur le résident afin de les transmettre à l'ensemble des professionnels. Elles permettent d'avoir une photographie et de voir l'évolution de la personne.

Sont transmises toutes les informations concernant le résident : l'état physique, psychologique...

Les relèves écrites sont accessibles au médecin traitant.

➤ Les différents temps de réunion

Une réunion de coordination est organisée une fois par semaine. Elle est animée par le responsable de l'établissement. Sont présents le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, la psychologue et la maîtresse de maison. La réunion de coordination est une instance d'échange, de réflexion et de prise de décision concernant les différents projets à mener ou à mettre en œuvre pour améliorer la qualité de l'accompagnement et la prise en charge des résidents. Les demandes d'admission sont validées lors de cette réunion.

Des réunions d'équipe ont lieu tous les mardis après-midi. Elles réunissent la majorité des professionnels présents ce jour-là.

Elles alternent entre :

- des réunions institutionnelles : lieu d'échange, de coordination, d'information, de réflexion et de régulation sur les organisations et la vie de l'établissement. Elles réunissent la majorité des professionnels présents ce jour-là sur les différentes unités. Elles sont animées par le responsable de l'établissement. Le compte-rendu est noté sur un cahier de réunion.
- des réunions par unité animées par la psychologue et l'infirmière coordinatrice. Ces réunions permettent d'échanger des informations médicales ou autres concernant les résidents, de faire le point sur leur état de santé et l'évolution de ce dernier afin d'adapter l'accompagnement et la prise en charge médicale au plus près des besoins et des attentes des résidents et de leurs proches.

⁸ Cf. Fiche action N°6

⁹ Cf. Fiche action N°3

➤ Les temps de formation

Un plan de formation est élaboré chaque année. Il a pour but de répondre aux besoins des professionnels dans le but d'améliorer les pratiques et donc la qualité de l'accompagnement. Chaque année, 5/6 professionnels suivent une formation sur la manutention des personnes sur l'établissement médical La Teppe.

Deux référents manutention sont identifiés sur l'établissement et peuvent former ou conseiller les différents professionnels sur les techniques de manutention et l'utilisation du matériel tel que verticalisateur et lève-malade.

Des temps d'analyse de la pratique sont mis en place en 2014 avec une psychologue extérieure. Son rôle est d'accompagner les professionnels de l'équipe dans l'élaboration des questions qu'ils se posent sur leur pratique. Ces réunions sont un espace de parole dans lequel le résident, sa problématique ou une situation vécue sert de support pour parler de la pratique des différents professionnels. Cela leur permet d'avoir une attitude réflexive sur ce qu'ils font.

Des formations en hygiène sont organisées avec l'infirmière hygiéniste (hygiène des mains, hygiène des locaux, gestion des épidémies...).

Une formation à l'attention des personnels de nuit (gardes malades) a lieu annuellement.

Des formations concernant la sécurité incendie sont organisées régulièrement par le chargé de sécurité de l'établissement médical La Teppe : exercices incendie sur site (2 fois par an), utilisation des extincteurs...

Des temps de formation/information peuvent être organisés par des professionnels de l'équipe de coordination en fonction des besoins repérés.

3.3.2 LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL¹⁰

Améliorer la qualité de vie au travail est un enjeu important dans la prévention de la maltraitance institutionnelle. La qualité de vie au travail fait référence à différents facteurs dont :

- la qualité du contenu du travail
- la qualité des relations sociales
- la qualité de l'environnement et de l'organisation du travail
-

Une attention particulière a été portée sur le choix du matériel de manutention des personnes (verticalisateur, lève malade) de manière à prévenir les troubles musculo-squelettiques des professionnels et améliorer le confort du résident.

Une attention particulière est portée sur le recrutement des personnes en remplacement : motivation pour travailler auprès de personnes âgées, compétences..., de manière à fidéliser les remplaçants et éviter un turnover trop important (visite de l'établissement, travail en binôme si possible, attention particulière des professionnels titulaires...).

¹⁰ Cf. Fiche action N°2

La répartition des tâches entre les différentes fonctions et les déroulés d'activités sont mis à jour en fonction de la charge en soins et en besoins d'accompagnement des résidents dans les gestes de la vie quotidienne.

Les professionnels sont associés au travail concernant l'adaptation des déroulés d'activités. Ces derniers sont affichés dans les unités, sur les chariots de ménage.

Les roulements horaires des unités sécurisés (cantous) ont été revus de manière à réintroduire de l'équité entre des professionnels d'une même fonction et à organiser les roulements en fonction des besoins en soins et accompagnement des résidents. Depuis janvier 2014, un aide-soignant par unité intervient de 7h à 14h30 (hormis certains week-ends où un aide-soignant est présent pour les deux unités).

Une procédure de prise en charge des personnels agressés en situation de travail est en place. Il ne s'agit pas de stigmatiser les résidents responsables de ces situations qui, de par leur pathologie, sont dans la plupart des situations non conscients de leurs agissements, mais de prendre en compte le fait qu'une agression violente peut constituer une situation traumatique pour le salarié concerné.

Une procédure de soutien psychologique en cas de décès d'un patient ou d'un résident est aussi en place. Selon les situations, l'encadrement, les salariés, le psychologue, par le biais d'entretiens individuels, lors de réunions d'équipes ou de discussions informelles soutiennent le ou les salariés pouvant être en difficultés. L'équipe a suivi une formation sur l'accompagnement en fin de vie en 2011. Un accompagnement supplémentaire, avec un psychologue, à l'extérieur de l'établissement peut aussi être mis en place.

3.3.3 LES ACTIONS DE BIENTRAITANCE

La bientraitance est une démarche qui correspond à une prise en charge globale du résident et de son entourage qui répond à leurs attentes, à leurs besoins et permet le respect de leurs droits et de leurs libertés.

Les réunions, formations sont l'occasion de questionner les pratiques sur des situations particulières afin de prendre du recul, de donner du sens aux actions, de se repositionner et d'adapter la pratique si besoin. Une fiche de prise en charge personnalisée a été mise en place pour chaque résident, elle est revue et adaptée en fonction de l'évolution de l'état de santé et de la dépendance des personnes. Une attention particulière est portée sur l'individualisation de l'accompagnement.

En réunion, il est rappelé que tout acte de maltraitance, de privation des droits et libertés est inadmissible.

Un cahier de bientraitance doit être mis en place afin de valoriser les actions des professionnels. Chaque professionnel pourra noter ce qui était, pour lui, une action « bientraitante ». L'objectif de ce cahier sera de mettre en valeur les actions allant vers une amélioration de la qualité de l'accompagnement et donc de mettre en valeur « ce qui va » et non toujours « ce qui ne va pas ».

Les remarques des résidents et familles transmises lors des CVS ou d'entretiens formels ou non, sont aussi prises en considération afin d'aller dans le sens d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.3.4 CONDUITE A TENIR PAR LE PERSONNEL FACE AUX ACTES DE MALTRAITANCE

Les professionnels, conformément aux dispositions réglementaires, doivent signaler à la direction les faits de maltraitance dont pourrait être victime un résident au sein ou hors de l'établissement, que le responsable des faits reprochés soit un autre usager, un tiers ou un salarié. L'encadrement et la direction prennent les mesures de protection adaptées. Les différentes investigations et procédures (signalements, poursuites éventuelles, accompagnement de l'utilisateur dans un dépôt de plainte.....) sont menées par la direction, dans le respect de la réglementation concernant les droits de la personne qui serait mise en accusation.

3.3.5 PRECAUTION A L'EMBAUCHE

Il est demandé à chaque nouveau salarié de remettre un extrait du casier judiciaire (bulletin n°3). Certaines condamnations rendent impossible une embauche.

3.3.6 PROTECTION DE LA PERSONNE QUI PROCEDE AU SIGNALEMENT

Le fait qu'un salarié ait témoigné de mauvais traitements infligés à une personne accueillie ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauché, de rémunération, de formation, d'affectation de qualification de promotion, ni d'aucune sanction.

3.3.7 PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNELS AGRESSES EN SITUATION DE TRAVAIL

Il ne s'agit pas de stigmatiser les résidents qui seraient responsables de ces situations qui de par leur profil sont dans la plupart des cas non conscients de leurs agissements mais de prendre en compte le fait qu'une agression violente peut constituer une situation traumatique pour le salarié concerné. La procédure mise en place, pour l'ensemble des établissements de la Teppe, vise à organiser les modalités d'accompagnement du salarié concerné au moment et après l'événement subi.

3.3.8 SECURITE SUR LE SITE

Le site de l'EHPAD doit être à la fois un lieu ouvert sur l'extérieur et à même de protéger les personnes vulnérables accueillies. A ce titre la vigilance sur les allées et venues de personnes étrangères à l'établissement est assurée (personnel, astreinte administrative la nuit le week-end) avec signalement si nécessaire aux services de Gendarmerie.

3.3.9 LE COMITE D'ETHIQUE

Un comité d'éthique est en place pour tous les établissements de l'Association de La Teppe. Il est composé de 24 professionnels de l'établissement, toute fonction confondue et de 2 membres extérieurs (un juriste et un philosophe). Le comité d'éthique a pour mission d'identifier les problèmes éthiques, favoriser les réflexions sur le sens des prises en charge, de donner des avis sur des cas et des situations concrètes présentés en réunion du comité, de donner des avis sur des questions et thèmes généralistes. La saisine du comité d'éthique se fait par écrit en adressant un courrier ou un mail au bureau du comité d'éthique. La saisine est ouverte aux administrateurs, aux professionnels, aux usagers, aux familles et toute personne en relation avec l'établissement. C'est une instance qui concerne toutes les structures de l'établissement médical La Teppe. Le comité d'éthique se réunit au minimum 3 fois par an, les avis n'ont aucun caractère obligatoire et sont rendus à l'auteur de la saisine.

3.4 LES PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

3.4.1 LES PARTENARIATS INTERNES

L'EHPAD travaille en collaboration avec l'EHPAD Hermitage qui se situe à Tainl'Hermitage sur le site de l'établissement médical La Teppe. Des transferts sont envisagés, avec l'accord de la personne et de ses proches, lorsque l'état de santé des personnes et leur degré de dépendance nécessite un accompagnement et des soins plus importants.

Les résidents peuvent bénéficier de consultations spécialisées avec un neurologue et un psychiatre de l'établissement médical La Teppe. Un projet de consultation en visioconférence est en cours. Cela permettrait d'éviter le déplacement des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées mais aussi d'effectuer des consultations avec possibilité d'échanges, de transmissions d'informations avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge (médecin traitant, infirmière coordinatrice ou infirmière ou aide-soignant, famille).

3.4.2 LES PARTENARIATS EXTERNES

➤ L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'EHPAD a signé une convention avec un service d'hospitalisation à domicile de Romans sur Isère. Son intervention permet d'éviter des hospitalisations ou de réduire les temps d'hospitalisation. Ce service peut permettre de prendre en charge des soins ponctuels, complexes. L'intervention est limitée dans le temps. Ce partenariat permet un soutien et un partage des pratiques amenés aux équipes concernées.

➤ L'équipe mobile de soins palliatifs

Une convention est signée avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Romans. L'équipe est composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychologue. Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes mais aussi de prendre en compte la souffrance du résident, des proches et de l'équipe.

L'équipe intervient à la demande du médecin traitant, en accord avec le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice.

➤ Service de médecine du Centre Hospitalier de Valence (CHV)

Une convention est signée avec le service de médecine du Centre hospitalier de Valence. La convention précise les engagements de chaque partie afin de faciliter le flux des patients et d'optimiser la prise en charge gériatrique, de favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre le CHV et l'EHPAD, de favoriser la mise en place des bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier, de développer une culture gériatrique commune.

➤ **Conventions avec les intervenants libéraux**

La signature d'une convention est proposée à l'ensemble des intervenants libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes...). La convention a pour but de décrire les conditions particulières d'intervention des intervenants libéraux au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins. Elle a pour but d'assurer au résident une bonne coopération entre l'intervenant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur.

Une commission de coordination gérontologique est organisée chaque année. Elle est présidée par le médecin coordonnateur de l'établissement. L'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral y sont invités de même que le responsable de l'établissement, la psychologue, l'infirmière coordonnatrice, le pharmacien...

La commission de coordination gérontologique est consultée sur le projet de soins de l'établissement, la politique du médicament, le contenu du dossier type de soins, le rapport annuel d'activités médicales, le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé, l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins. La commission de coordination gérontologique a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques.

➤ **Convention avec le laboratoire d'analyses biologiques**

Une convention est réalisée avec le laboratoire d'analyses biologiques Bioclinival. Cette convention a pour objet de régir les relations entre le laboratoire de biologie médicale et l'établissement, structure dans laquelle exerce un professionnel de santé agissant en tant que préleveur externe au laboratoire.

➤ **Filière gérontologique Drôme Nord**

L'EHPAD Ile Fleurie s'est inscrit dans la filière gérontologique Drôme Nord. A ce titre, une charte a été signée. L'objectif de celle-ci est d'établir un socle commun clarifiant le rôle et les engagements de chacun des acteurs de la filière. La mise en œuvre de la filière a pour objet d'optimiser le parcours de la personne âgée selon ses problèmes de santé et de dépendance et/ou en situation de fragilité. Elle concourt à coordonner une prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée et de même qualité sur son territoire.

➤ **Les réunions collaboratives**

La responsable de l'établissement participe à différentes réunions du secteur personnes âgées : CODALPA (commission départementale personnes âgées émanant de l'URIOPSS), FEHAP secteur personnes âgées, CLIC Drôme Nord et différentes réunions d'informations concernant le secteur personnes âgées.

Ces réunions permettent :

- un partage d'informations (législation, orientations budgétaires...),
- de travailler sur des projets communs de formation ou autres,
- d'inscrire l'établissement dans le territoire,
- de faire remonter les besoins des personnes du territoire.

4 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT : RESSOURCES TRANSVERSALES

L'EHPAD Ile Fleurie est concerné par l'ensemble des comités et commissions existant sur le site de la Teppe (du personnel de l'EHPAD siège dans la plupart d'entre eux) :

- Comité de pilotage Gestion des risques
- Comité de pilotage Système d'information
- Comité de Lutte contre la Douleur
- Correspondants infirmiers en hygiène
- Comité du médicament
- Comité de liaison alimentaire et nutrition
- Comité éthique
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- Comité de pilotage qualité
- Comité de coordination des Vigilances sanitaires
- Correspondants en hygiène et propreté
- Comité des antibiotiques
- Cellule d'identitovigilance
- Département d'information médicale

L'organigramme de l'Association de la Teppe permet d'appréhender la diversité des « supports » sur lesquels s'appuie l'Encadrement de l'EHPAD Ile Fleurie pour la mise en œuvre du projet.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

**DIRECTEUR / DIRECTEUR ADJOINT
RESPONSABLE SERVICES ECONOMIQUES
RESPONSABLE RESSOURCES HUMAINES
RESPONSABLE SERVICE FINANCIER**

QUALITE / RISQUES Responsable qualité Chargé de sécurité	ADMINISTRATION Comptabilité Economat Personnel	SERVICES LOGISTIQUES Cuisine Entretien Maintenance Service Informatique Magasin	CHEFS DEPARTEMENTS Cadres éducatifs Cadres de santé Secrétariat chefs de départements MEDECINS CHEFS SERVICES Médecins neurologues Médecins psychiatres Médecins généralistes	BLOC MEDICAL Salle de soins Consultations externes Secrétariats médicaux Assistantes sociales Psychologues Orthophonistes Psychomotricité Kinésithérapeutes Cabinet dentaire	DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM) Médecin DIM Technicienne info. méd.	PHARMACIE Pharmaciens Infirmière hygiéniste
---	--	--	--	--	---	--

ETABLISSEMENT SANITAIRE		ETS. MEDICO SOCIAUX PERSONNES HANDICAPEES				ETS. MEDICO SOCIAUX PERSONNES AGEES		ENTREPRISES ADAPTEES
CENTRE DE LUTTE CONTRE L'EPILEPSIE UNITE D'INSERTION 21 lits Sces médico-éducatifs de soins actifs à but d'insertion St JOSEPH 16 lits St ANDRE 16 lits Epilepsies sévères St LUC 19 lits+1 lit d'urgence LOUIS LARNAGE 23 lits Epilepsies avec troubles du comportement UNITE D'OBSERVATION NEUROLOGIQUE (UON) 17 lits EEG VIDEO 3 lits Observations, bilans, soins spécifiques + 1 salle EEG standard ATELIERS THERAPEUTIQUES	CLINIQUE PSYCHOTHERAP LA CERISAIE 50 lits Psychiatrie femmes court séjour CONSULTATION PSYCHIATRIE CONSULTATION NEUROLOGIE	FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISE (FAM) 80 lits Epilepsies chroniques dépendantes PATIO ARC-EN-CIEL	MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE (MAS) LES COLLINES 31 lits Personnes en perte Totale d'autonomie + 8 lits de traumatisés crâniens	FOYER 34 lits Accueil travailleurs E.S.A.T. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE (SAVS) L'ENVOL 30 places </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> Foyer appartement Les Lavandes 8 places </div>	ETABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (E.S.A.T.) 65 places Travailleurs handicapés	ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES (E.H.P.A.D.) L'ILE FLEURIE avec CANTOU 61 lits	E.H.P.A.D. DE L'HERMITAGE 40 lits	BLANCHISSERIE 11 salariés ESPACES VERTS 5 salariés

4.1 POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES

Elle repose sur les principes suivants :

- *Démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences à même de répondre aux enjeux de pouvoir mobiliser les compétences rares compte tenu de la démographie des métiers concernés :*
 - ✓ Maintenir / développer l'attractivité de l'établissement,
 - ✓ Politique de recrutement adaptée,
 - ✓ Travail sur l'intégration des nouveaux arrivants (tutorat, formation),
 - ✓ Enjeu de renouvellement intergénérationnel (20% des salariés ont 55 ans ou plus),
 - ✓ Actualisation et adaptation des connaissances par le biais de la formation.

- *Dans un environnement prenant en compte à la fois les aspirations des professionnels à participer de façon active à l'évolution des prises en charge des résidents, leurs souhaits de pouvoir évoluer dans leurs métiers, de voir leurs conditions de travail et la nécessité de préservation de leur santé au travail prisent en compte :*
 - ✓ Organisation du travail adaptée,
 - ✓ Proximité de l'encadrement,
 - ✓ Equité et écoute,
 - ✓ Politique de promotion / mobilité interne,
 - ✓ Donner du sens au travail (Culture propre à la « Teppe » = histoire / sentiment d'appartenance / travail en réseau),
 - ✓ Communication interne,
 - ✓ Dialogue social,
 - ✓ Politique de santé au travail.

- *Tout en ayant une maîtrise de l'évolution des dépenses de personnel (70 à 80% des charges de fonctionnement) :*
 - ✓ Limiter l'absentéisme,
 - ✓ Politique de santé au travail pour limiter l'incidence financière de la pénibilité / des risques professionnels,

4.2 POLITIQUE QUALITE

La formalisation d'une démarche qualité coordonnée par un « responsable qualité » a été mise en œuvre à la Teppe au début des années 2000, pour satisfaire aux nouvelles obligations réglementaires dans le champ du sanitaire à savoir l'accréditation, aujourd'hui devenue certification. Dès le début, les établissements médico-sociaux de la Teppe ont été impliqués dans cette démarche et se sont appropriés, dans le cadre des dispositions réglementaires, notamment en terme de calendrier, le dispositif propre au médico-social d'évaluation interne et externe.

La politique d'amélioration de la qualité est élaborée par un Comité de Pilotage Qualité. Elle décline les priorités d'amélioration de la qualité et vise à obtenir une réduction des dysfonctionnements susceptibles de créer un dommage au patient / résident. La politique d'amélioration de la qualité est centrée sur le service rendu aux usagers et la sécurité des prises en charge et activités. Elle implique un engagement de la Direction et requiert une implication de tous les professionnels du terrain participant à la prise en charge des patients et à l'accompagnement des résidents.

Elle est établie à partir

- des résultats de la démarche de certification (pour le sanitaire) et des évaluations (médico-sociales),
- de la participation effective des professionnels,
- de l'analyse de questionnaires de satisfaction complétés par les patients et les familles
- des constats de dysfonctionnements ou d'incidents relevés dans le cadre du dispositif de signalement des événements indésirables,
- des évolutions des exigences réglementaires (notamment HAS et ANESM),
- des résultats des indicateurs,
- des bilans d'activités et des orientations des projets de chaque établissement.

Le management de la qualité a pour objectif d'améliorer :

1. le service médico-psycho-social rendu aux patients ou résidents,
2. un accompagnement personnalisé des patients ou résidents,
3. la sécurité des personnes,
4. la satisfaction des usagers,
5. l'efficacité des établissements.

Le système de management de la qualité s'inscrit dans l'analyse des processus de prise en charge et l'étude des organisations afin d'améliorer le service rendu. La politique d'amélioration de la qualité s'inscrit dans trois orientations principales :

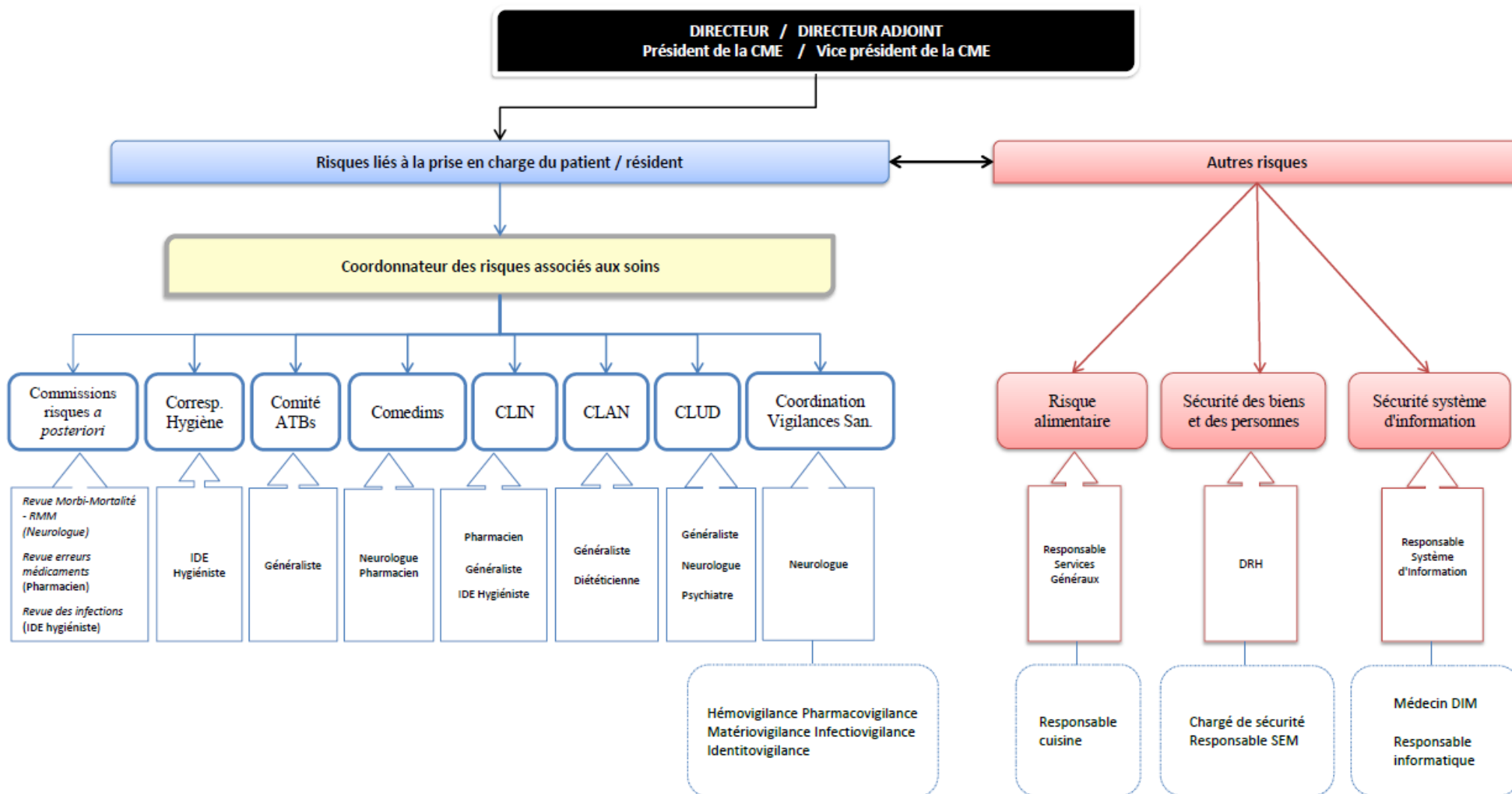
1. Optimiser la prise en charge et le respect des droits des usagers,
2. Garantir aux patients, résidents et professionnels, un bon niveau de sécurité,
3. Poursuivre les démarches d'évaluation et la dynamique d'amélioration.

Un suivi régulier de l'avancement des projets et de l'atteinte des objectifs fixés annuellement est réalisé par le comité de pilotage qualité.

4.3 POLITIQUE SECURITE ET GESTION DES RISQUES

Sous la responsabilité du Directeur de l'Association « Etablissement médical de la Teppe », l'organisation mise en place est décrite dans l'organigramme ci-dessous.

ORGANIGRAMME DE LA GESTION DES RISQUES - ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE



La sécurité et la gestion des risques sont étroitement liées au dispositif d'amélioration continue de la qualité.

La sécurité et gestion des risques passent :

- Par le respect de la réglementation, la mise en œuvre de l'ensemble des prescriptions découlant des visites périodiques de sécurité,
- La bonne connaissance des procédures en place par l'ensemble de l'encadrement et leur bonne mise en œuvre par les personnes concernées,
- La participation des personnes concernées aux exercices de mise en sécurité des résidents par le personnel en cas de sinistre,
- L'attention particulière portée à l'information des nouveaux salariés en matière de prévention des risques et d'application des procédures de sécurité,
- La qualité du travail d'inventaire des risques à priori, de la mise en œuvre des plans d'actions adaptés et de l'évaluation de l'efficacité de ces actions par l'analyse des risques à posteriori, cela dans une démarche continue,
- Le bon fonctionnement du dispositif de déclarations des événements indésirables, outils permettant d'analyser des incidents susceptibles de se reproduire et de mettre en œuvre des actions correctives.

4.4 LE SYSTEME D'INFORMATION

Depuis plusieurs années l'Association « Etablissement médical de la Teppe » a opté pour la mise en place d'un système d'information adapté aux besoins des acteurs, système devant être évolutif et sécurisé.

Ce choix a donné lieu à l'élaboration d'un Schéma Directeur du Système d'Information, dont les orientations sont décrites dans le tableau ci-dessous.

	LIBELLE	OBJECTIFS
1	<i>Faire les choix d'organisation liés à l'évolution du système d'information</i>	Statuer sur certains choix organisationnels ou à les stabiliser : (I) la gestion des données de base et de structure (II) la gestion des transmissions ciblées (III) le périmètre et les modalités d'accès à Internet (IV) l'évolution de l'organisation du service informatique
2	<i>Poursuivre le déploiement du Portail Intranet, consolider la communication institutionnelle</i>	Poursuivre le déploiement du portail intranet, en assurer l'actualisation de façon continue et mettre en œuvre et déployer la gestion des formulaires de façon plus importante
3	<i>Poursuivre le déploiement du Dossier Patient Informatisé dans une démarche progressive et en capitalisant sur les choix antérieurs</i>	Consolidation du Dossier Patient Informatisé, avec quelques axes majeurs : (I) Actualisation gestion du patient, gestion délocalisée des mouvements (II) Finalisation de la mise en œuvre du circuit du médicament (III) Accès aux résultats de laboratoire du CH Drôme Nord (IV) Mise en place du Dossier de Soins
4	<i>Assurer une intégration performante du SI administratif et faciliter l'exploitation des données par les services</i>	Meilleure intégration des logiciels administratifs et mise à disposition d'indicateurs d'activités pertinents auprès des services et départements
5	<i>Informatiser certains services logistiques sur la base de progiciels du marché</i>	Informatiser la gestion des cuisines et les commandes de repas
6	<i>Préparer l'établissement à la communication future avec ses partenaires extérieurs</i>	Etudier les besoins en termes de communication (contraintes réglementaires, besoins et choix de l'architecture nécessaire).
7	<i>Poursuivre l'optimisation, la sécurisation et la rationalisation de l'infrastructure technique</i>	Poursuivre la sécurisation de l'infrastructure technique, notamment sur le plan de la politique de sécurité du SI, du réseau et des serveurs. Déploiement des postes.

4.5 POLITIQUE DE MAINTENANCE DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS

La Teppe s'est fixée comme priorités pour son site pour la période 2014-2020 :

- *Une meilleure accessibilité :*
« Un site exemplaire » en matière d'accessibilité pour les personnes les plus vulnérables (signalétiques adaptées aux différents types de handicaps, qualité des cheminements, sécurité des déplacements, adaptation des locaux à la réglementation relative aux établissements recevant du public).
- *Un embellissement et un renforcement de la convivialité :*
« Un site où il fait bon vivre ». Nécessité de compléter la qualité de vie au sein de chaque établissement par le développement de lieux accessibles à tous, visant à favoriser les échanges à la fois inter générationnels (maison de retraite, services accueillant des jeunes épileptiques...) et entre les différentes personnes se côtoyant (familles, personnel des établissements, résidents). Cela passe par l'embellissement du parc, la facilitation de l'accueil et les modalités d'hébergement des familles.

- *D'assurer l'adéquation entre les équipements et l'évolution des missions des établissements* avec le souci de l'adaptation aux handicaps des personnes accueillies, du respect de leur dignité et de leur intimité.
- *D'intégrer le développement durable* dans la réflexion sur les projets de construction et/ou rénovation.
- *De maintenir les infrastructures et les équipements en bon état.*

Les actions de maintenance « du patrimoine » sont assurées à la fois et selon les besoins :

- par des ressources internes pour les interventions courantes et de proximité,
- par la formalisation de contrats de maintenances préventives et curatives.

4.6 POLITIQUE HOTELIERE

La politique hôtelière de la Teppe couvre les domaines suivants :

- Restauration
- Entretien et Hygiène des locaux
- Entretien et hygiène du linge

4.6.1 LA RESTAURATION

La Teppe a reconstruit en 2012 sa cuisine centrale, cela confirmant son choix de maintenir en interne la fonction « restauration ».

Un Comité de Liaison Alimentaire et Nutrition (CLAN) est en place, au sein de la Teppe. C'est une instance de réflexion et de proposition pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients et résidents.

Une commission restauration qui est une sous-commission du CLAN, examine et valide les menus élaborés par le responsable restauration et la diététicienne. Les commentaires de chaque établissement sur les repas servis sont analysés en commission ainsi que les remarques transmises.

La commission restauration est composée d'un représentant salarié de chaque service, d'un représentant des médecins, d'un cadre, d'un représentant du comité d'entreprise, de deux représentants des résidents, du responsable restauration, du chef de cuisine, d'une diététicienne et du responsable des services économiques.

Cette commission se réunit deux fois par mois.

De plus, l'appréciation des patients est recueillie régulièrement toutes les semaines sur les fiches de menus et annuellement, de manière plus générale, sur les questionnaires de satisfaction.

Les menus sont examinés par une diététicienne dans le respect des prescriptions médicales pour les régimes. Une possibilité de choix est en place sur certains plats.

Le respect des pratiques alimentaires liées aux croyances culturelles est assuré, dans la mesure du possible.

Afin de respecter les différents rythmes, les services sont approvisionnés en liaison froide pour les repas de midi et du soir. Le matin les petits déjeuners sont préparés dans les différents services.

4.6.2 LE NETTOYAGE ET L'HYGIENE DES LOCAUX

La prestation de nettoyage des locaux est assurée en interne par des agents de service logistique (ASL) sur tous les services d'hébergement.

Des correspondants hygiène et propreté sont identifiés, ils ont participé à la rédaction d'un livret hygiène et propreté. Sous la coordination de l'infirmière hygiéniste ils en assurent l'évaluation et l'actualisation régulière.

Les correspondants infirmiers en hygiène participent à la diffusion et à la mise en place des actions retenues par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Le programme du CLIN est élaboré pour 2 ans et validé par les instances réglementaires.

Une société extérieure intervient sur les locaux communs tels que l'administration, la pharmacie, les services techniques.

4.6.3 L'ENTRETIEN DU LINGE

L'entretien du linge des patients ou des résidents est assuré par le personnel de l'Entreprise Adaptée située sur le site de la Teppe.

La prestation assurée est de type pressing, un suivi personnalisé du linge est effectué, marquage, filmage, suivi du nombre de lavage.

Une procédure est en place sur le remplacement du linge détérioré.

L'entretien du linge plat et des tenues professionnelles est sous-traité au Centre Hospitalier de Tournon/Rhône. Une convention est formalisée entre les deux établissements.

4.6.4 L'EVALUATION DE CES PRESTATIONS

Elles sont soumises à l'évaluation annuelle de la satisfaction des patients ou des résidents.

Les résultats sont diffusés aux personnels et ils entraînent, si besoin, la mise en œuvre d'actions d'amélioration, sous la responsabilité des instances concernées.

5 LES FICHES ACTIONS

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : LE PARCOURS DE VIE DU RESIDENT

*Référence texte projet
§ 3.1.1*

FICHE ACTION N°1 : Accueil du résident et de sa famille

1. Formaliser le processus d'admission du résident
2. Améliorer le recueil et la traçabilité des informations lors de l'admission
3. Améliorer la transmission d'informations concernant les aides possibles

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Étapes opérationnelles	Calendrier	Référénts
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalisation d'une procédure concernant le processus d'admission du résident Description du processus de gestion de la liste d'attentes via trajectoire et interne à l'établissement Remise des documents relatifs aux dispositions en vigueur pour les directives anticipées et la personne de confiance 	2015 2014 2014	Chef de département et médecin coordonnateur
<ol style="list-style-type: none"> 2. Systématisation du recueil du nom du référent familial Systématisation du recueil du nom de la personne de confiance selon le formulaire établi Systématisation de la traçabilité du consentement du résident pour l'entrée en établissement Amélioration du questionnaire de recueil d'informations concernant le résident 	2014 2014 2014 2014	Chef de département, IDE coordinatrice et équipe de l'EHPAD
<ol style="list-style-type: none"> 3. Mise à disposition des proches un livret répertoriant les associations de soutien aux aidants familiaux Réalisation d'un document synthétisant les dispositifs d'aide aux personnes âgées existant sur le territoire et le mettre à disposition des personnes accueillies et de leurs proches Transmission du GIR de la personne au bureau des entrées au plus tard un mois après l'admission 	2015 2014 2014	Chef de département
Délivrables et/ou indicateurs	✓ Taux de traçabilité des différents éléments dans le projet de soins informatisé (PSI) ✓ Procédure formalisée ✓ Livret formalisé ✓ Nombre de documents transmis	
Action(s) connexe(s)	NA	

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : LE PARCOURS DE VIE DU RESIDENT

*Référence texte projet
§ 3.3.2*

FICHE ACTION N°2 : Accompagnement des personnes accueillies sur les unités « cantous »

1. Soutenir une dynamique d'accompagnement des résidents accueillis sur les cantous avec prévention des risques de maltraitance
2. Favoriser la connaissance de la maladie d'Alzheimer et des troubles associés
3. Prévenir l'épuisement des professionnels, les dysfonctionnements

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Étapes opérationnelles		Calendrier	Référents
1.	Mise en œuvre des projets personnalisés Amélioration de la dynamique d'animations au quotidien, mise en place par les professionnels des unités Réflexion sur l'ouverture des Cantous	2014-2018 2014-2018 2016	IDE coordinatrice, psychologue +Equipe EHPAD
2.	Elaboration d'un livret d'informations à l'intention des familles Elaboration d'un livret d'informations à l'intention des professionnels	2016 2016	Chef dép. + IDE coordinatrice + psychologue + équipe
3.	Mise en place des réunions de fonctionnement et de régulation Mise à jour régulièrement les déroulés d'activités Adaptation des horaires Travail sur la place et la fonction de chacun dans les unités Cantous	2014-2018 2014-2018 2014-2018 2014-2018	Chef de département + équipe + IDE coordinatrice
Délivrables et/ou indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de projets personnalisés formalisés ✓ Enquête de satisfaction résidents / famille ✓ CR de réunions ✓ Effectivité de la mise à disposition des livrets ✓ Recueil de la satisfaction des professionnels ✓ Taux d'absentéisme (maladie et accident du travail) 		
Action(s) connexe(s)	NA		

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : LE PARCOURS DE VIE DU RESIDENT

*Référence texte projet
§ 3.1.7, 3.2.1, 3.3.1*

FICHE ACTION N°3 : Projet de vie personnalisé

1. Mettre en œuvre les projets de vie personnalisés
2. Favoriser la fonction de référent
3. Améliorer la traçabilité des informations
4. Améliorer le suivi médical du résident
5. Evaluer et améliorer le projet d'animation

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Etapas opérationnelles	Calendrier	Référénts
<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de la fiche de prise en charge personnalisée et systématiser la réévaluation de cette fiche Réalisation d'une trame de projet personnalisé (papier + PSI) Mise en place d'une réunion spécifique « projet de vie personnalisé » Association du résident et de ses proches Augmentation du temps de présence de la psychologue à 0.50 ETP 2. Redéfinition du contour de la fonction 3. Augmentation du nombre de transmissions écrites Amélioration de la qualité des transmissions orales (organisation et contenu de la relève) Amélioration de la gestion des données sociales et autres dans le PSI 4. Amélioration de la qualité du suivi nutritionnel Amélioration de la qualité du suivi des chutes Systématisation de l'évaluation de la douleur physique et morale avec l'utilisation des échelles Formation des personnels à l'utilisation des échelles Rencontre de l'équipe de l'hospitalisation à domicile (HAD) Augmentation des temps de présence du médecin coordonnateur et de l'IDE coordinatrice 5. Recueil les souhaits des résidents Adaptation des animations aux souhaits des résidents Mise en place des activités favorisant la communication entre les résidents 	<p>2014-2015 2014-2015 2014-2015 2014</p> <p>2014</p> <p>2014 2014 2014</p> <p>2014-2015 2014-2015 2014-2015 2014-2015</p> <p>2014-2015 2014-2015 2014-2015</p>	<p>Equipe de coordination</p> <p>Chef de département, Chef de département + IDE coordinatrice</p> <p>Médecin coordonnateur + IDE coordinatrice</p> <p>Chef de département + animatrice en lien avec l'équipe EHPAD</p>
Délivrables et/ou indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procédure « projet de vie personnalisé » formalisée ✓ Nombre de projets de vie personnalisé effectués ✓ Nombre de transmissions réalisées dans les différents chapitres du PSI ✓ Traçabilité dans le PSI de l'évaluation de la douleur ✓ Projet d'animation, satisfaction des résidents (enquête, compte rendu de CVS...) 	
Action(s) connexe(s)	Fiches action n°1 concernant l'accueil du résident et de sa famille et n°4	

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : LE PROJET DE SOINS

*Référence texte projet
§ 3.1.10*

FICHE ACTION N°4 : Sécurisation du circuit du médicament

1. Finaliser la procédure liée à la sécurisation du circuit du médicament
2. Améliorer le circuit du médicament
3. Améliorer la qualité du suivi thérapeutique

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Etapas opérationnelles		Calendrier	Référents
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evolution de la procédure en fonction des évaluations faites auprès des équipes Formalisation du processus de renouvellement des ordonnances 2. Traçabilité de l'administration des traitements la nuit Application des règles concernant les médicaments à écraser Systématisation de la validation des traitements et la traçabilité de l'administration ou non du traitement 3. Information des médecins traitants des différentes recommandations de l'ARS Augmentation du temps de présence du médecin coordonnateur de 0.20 à 0.40% ETP Augmentation du temps de présence de l'IDE coordinatrice de 0.50 à 0.75% ETP 		<p>2014</p> <p>2014-2015</p> <p>A négocier dans la prochaine convention tripartite</p>	<p>Médecin coordonnateur et IDE coordinatrice</p>
Délivrables et/ou indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procédure circuit du médicament formalisée ✓ Traçabilité sur le PSI ✓ Application des règles concernant les médicaments à écraser, adaptation des traitements en fonction de ces règles ✓ CR commission de coordination gériatrique 		
Action(s) connexe(s)	NA		

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : LE PROJET DE SOINS

*Référence texte projet
§ 3.2.4*

FICHE ACTION N°5 : Accompagnement des personnes en situation de fin de vie et gestion des décès

1. Améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie
2. Améliorer la gestion des décès pour les familles

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Etapes opérationnelles	Calendrier	Référents
<ol style="list-style-type: none"> 1. Travail sur les mesures concernant l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs Rencontre de l'équipe mobile des soins palliatifs Systématisation du recueil des besoins et attentes de l'équipe Trouver les moyens nécessaires permettant de favoriser la notion de plaisir et de mieux-être pour la personne en fin de vie 2. Actualisation de la procédure de gestion des décès sur l'EHPAD la nuit Mise en place une conduite à tenir concernant la gestion des décès la nuit Création d'un document « démarches à effectuer par la famille lors d'un décès » 	<p>2014-2016</p> <p>2014-2015</p> <p>2018</p>	<p>Chef de département + médecin coordonnateur + IDE coordinatrice</p>
<p>Délivrables et/ou indicateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer la satisfaction des familles ✓ Traçabilité de l'intervention ou non de l'équipe de soins palliatifs 	
<p>Action(s) connexe(s)</p>		

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : DEMARCHE DE BIENTRAITANCE

*Référence texte projet
§ 3.3*

FICHE ACTION N°6 : Accueil des nouveaux salariés

1. Améliorer l'accueil des nouveaux salariés
2. Favoriser une démarche de bienveillance

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Etapas opérationnelles		Calendrier	Référénts
<ol style="list-style-type: none"> 1. Déclenchement du tutorat si conditions requises Mise en place d'un référent professionnel sur une période définie avec la personne Mise en place des entretiens de suivi de l'intégration avec le chef de département afin d'organiser la montée en compétences du nouveau salarié Organisation d'une rencontre systématique avec le référent manutention Réalisation d'un livret contenant les informations nécessaires pour une bonne prise de poste, lister et prioriser les informations à donner 2. Mise en place d'un cahier de bienveillance Formalisation d'un livret à l'attention des nouveaux salariés concernant la connaissance de la maladie d'Alzheimer et les conduites à tenir face à une personne démente 		2014-2018	Chef de département, IDE coordinatrice + équipe EHPAD
Délivrables et/ou indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taux de satisfaction des nouveaux salariés ✓ Effectivité des livrets ✓ Nombre de tutorats déclenchés ✓ Nombre de référence professionnelle mise en œuvre 		
Action(s) connexe(s)	NA		

ASSOCIATION ETABLISSEMENT MEDICAL DE LA TEPPE

Mission : ACCESSIBILITE DES LOCAUX

*Référence texte projet
§ 3.1.4, 3.1.5*

FICHE ACTION N°7 : Accessibilité des locaux et cadre de vie des résidents

1. Améliorer l'accessibilité des locaux
2. Améliorer le cadre de vie des résidents

Responsable / Groupe projet : Laure BERNARD

Etapes opérationnelles		Calendrier	Référénts
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation des travaux d'accessibilité dans les chambres notamment Réalisation des travaux de rénovation dans les sanitaires communs du rez-de-chaussée 		2014-2018	Chef de département + direction de l'établissement médical La Teppe
<ol style="list-style-type: none"> 2. Réflexion à mener concernant l'agrandissement des locaux communs du rez-de-chaussée Agrandissement de l'espace de déambulation extérieure pour les unités Cantous Poursuite de la réfection progressive des chambres Réflexion à mener sur les possibilités d'ouverture sécurisée des Cantous 		2014-2018	
Délivrables et/ou indicateurs	✓ Effectivité des travaux		
Action(s) connexe(s)	NA		

CONCLUSION

L'EHPAD « Ile Fleurie » bénéficie d'un projet qui s'inscrit dans le respect de la loi du 2 janvier 2002 et du projet associatif. Le projet d'établissement permet de bâtir des projets personnalisés qui tiennent compte des attentes et des besoins découlant des capacités des résidents.

La démarche participative à l'élaboration du projet d'établissement, que nous avons proposé et mise en œuvre, est facilitatrice à l'appropriation de tous du projet et à la reconnaissance de l'importance de chaque individu à le faire vivre. Cette dynamique, dans les possibilités de construction des projets personnalisés, rejaillit sur la vie de l'EHPAD Ile Fleurie et nous incite à leur proposer une grande diversité d'activités et de réalisations.

Nous nous devons de nous adapter aux nouvelles réalités des résidents et être exigeants à la qualité des réponses apportées.

A nous de préserver toute la richesse de ce projet et d'être attentifs à la qualité de la personnalisation de l'accompagnement des résidents en maintenant comme fil conducteur « la bientraitance ».

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Article 1^{er}

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7
Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8
Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9
Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10
Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.



Article 11
Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.



Article 12
Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

