



E. H. P. A. D. LES COQUELICOTS

12 rue Paul Paray
67430 DIEMERINGEN



Projet d'établissement

2020-2024

Date de finalisation du projet d'établissement :
Date de validation par le Conseil d'Administration :
Date de présentation en Conseil de Vie Sociale :

SOMMAIRE

Prologue

Fiche d'identité de l'établissement.....	p. 4
Repères juridiques	p. 4
Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement	p. 5

1. L'ancrage du projet d'établissement

1.1. Un territoire.....	p. 7
1.2. Des valeurs	p. 9
1.3. Des orientations stratégiques	p. 10

2. Un projet au service des personnes accompagnées

2.1. Les résidents.....	p. 12
2.1.1. <i>Les motifs d'entrée</i>	p. 12
2.1.2. <i>Les provenances</i>	p. 12
2.1.3. <i>Le profil des résidents</i>	p. 14
2.1.4. <i>Les évolutions dans les années prochaines</i>	p. 15
2.2. Les missions.....	p. 16
2.2.1. <i>Les missions de l'association gestionnaire</i>	p. 16
2.2.2. <i>Les missions de l'EHPAD Les Coquelicots</i>	p. 16
2.3. Les orientations régionales et départementales	p. 17
2.3.1. <i>Les orientations régionales</i>	p. 17
2.3.2. <i>La déclinaison des orientations régionales en Isère</i>	p. 19
2.4. Les ressources mobilisées par l'EHPAD Les Coquelicots	p. 19
2.4.1. <i>Les ressources matérielles</i>	p. 19
2.4.2. <i>Les ressources transversales</i>	p. 21
2.4.3. <i>Les ressources humaines</i>	p. 22
2.4.4. <i>Les ressources financières</i>	p. 23
2.4.5. <i>Les ressources externes</i>	p. 23

3. Un accompagnement individualisé

3.1. Le projet de vie sociale et d'animation	p. 26
3.2. Le projet de soins et d'accompagnement des résidents.....	p. 34
3.3. Les paradoxes.....	p. 41

4. L'organisation au service de l'accompagnement

4.1. Le projet social et de soutien des professionnels p. 42

4.2. Les volets transversaux p. 47

5. La mise en œuvre du projet d'établissement

5.1. Les modalités de communication et de validation p. 52

5.2. Les modalités de mise en œuvre p. 52

Conclusion p. 53

Annexe

- **Projet de soins élaboré par le médecin coordonnateur**

PROLOGUE

Fiche d'identité de l'établissement

Raison sociale de l'établissement	EHPAD Les Coquelicots
Code FINESS	670 797 778
N° SIRET	40035646500023
Adresse	12 rue Paul Paray 67430 DIEMERINGEN
Téléphone, fax, mail	Tél. : 03 88 00 48 84 Fax : 03 88 00 07 17 Mail : mdr.coquelicots@wanadoo.fr
Nature juridique de la structure	Etablissement privé à but non lucratif
Convention collective	CCN 51
Organisme gestionnaire	Association d'aide aux personnes âgées des Vosges du Nord
Président du conseil d'administration	Monsieur Emmanuel WITTMANN
Directeur	Madame Anissa DERMECHE
CPOM	Signature programmée au 01/01/2020

Nombre de places hébergement permanent	66
Dont places en UASA	14
Nombre de places d'hébergement temporaire	4
Nombre de places d'accueil de jour	-
Nombre de places en PASA	-
Habilitation aide sociale	Totale

Repères juridiques

L'EHPAD Les Coquelicots a vu son autorisation de fonctionnement renouvelée pour une durée de 15 ans à compter du 2 mai 2017 par arrêté n° CD/ARS N° 2017-1320.

Il fait partie des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Il est soumis à la mise en place d'un contrat d'objectifs et de moyens tel que défini dans la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 dite d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) et conformément au IV ter de l'article L.313.12 du CASF.

Les prestations minimales qu'il est tenu de délivrer aux personnes qu'il accueille ont été listées dans le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015.

Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ont été revues dans le cadre du décret n° 2016-1164 du 26 août 2016, pris en application de l'article 58 de la loi ASV.

Le présent projet d'établissement résulte d'une obligation inscrite à l'article L.311-8 du CASF dans lequel il est précisé que chaque établissement ou service social ou médico-social est tenu d'élaborer un projet d'établissement pour une durée maximale de cinq ans.

Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement

Le présent projet d'établissement a été élaboré sur la période de mars à octobre 2019. Les professionnels se sont appuyés sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM intitulées « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* ».

Un comité de pilotage (COFIL) a été mis en place afin de coordonner la démarche. Il a été constitué de manière pluridisciplinaire afin de pouvoir représenter l'ensemble des métiers de l'établissement. Il était composé des professionnels suivants :

- La directrice
- L'adjointe administrative
- Le médecin coordonnateur
- La psychologue

L'établissement ne disposait pas d'infirmière coordinatrice au moment de l'élaboration du présent projet d'établissement, ce qui explique que le COFIL n'ait pu s'adjoindre de représentant des services de soins en dehors du médecin coordonnateur.

Tout au long de la démarche, le rôle du COFIL a été le suivant :

- Déterminer les orientations stratégiques de l'établissement.
- Identifier les valeurs portées par l'ensemble des acteurs intervenant au service des personnes accueillies.
- Accompagner les groupes de travail.
- Valider l'état des lieux et les analyses faites par les groupes de travail.
- Elaborer le plan d'action quinquennal.

Dans un premier temps, la réflexion du COFIL a porté sur les orientations stratégiques de l'EHPAD pour les cinq années couvertes par le projet d'établissement. Ces orientations ont pu être déterminées après que les membres aient identifié les valeurs fondatrices de leur action, les missions portées par l'établissement, les caractéristiques des résidents accompagnés. Ils ont également pris connaissance des orientations régionales de l'Agence Régionale de Santé Grand Est et des axes stratégiques du département du Bas-Rhin.

Dans un second temps, quatre groupes de travail pluridisciplinaires ont été mis en place et se sont chacun saisis d'une dimension du projet d'établissement :

- Le projet de vie sociale et d'animation,
- Le projet de soins et d'accompagnement des résidents,

- Le projet social et de soutien des professionnels,
- Les volets transversaux.

Les représentants des usagers, résidents et familles, ont été sollicités, mais aucun n'a souhaité s'associer à ce travail. Les partenaires ont été informés, mais n'ont pu se rendre disponibles.

Les groupes ont d'abord identifié les éléments saillants qui ont permis de rédiger la partie descriptive du présent document en spécifiant les forces, les difficultés et points de vigilance, les opportunités et les menaces de leur champ d'analyse.

Ils se sont ensuite penchés sur la partie projective en identifiant les axes d'amélioration à mettre en œuvre dans les cinq années couvertes par le projet d'établissement.

Le Comité de Pilotage a finalisé la réflexion en se ressaisissant du travail des groupes : il a validé les axes d'amélioration lui paraissant pertinents et les a inscrits dans un plan d'action quinquennal.

Au total, 24 professionnels ont participé à l'élaboration de ce projet d'établissement.

1. L'ANCRAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

1.1. Un territoire

Une ville

L'EHPAD Les Coquelicots a été construit sur un terrain communal en 1996. Depuis cette date, il accueille des hommes et des femmes provenant de la Communauté des Communes de Diemeringen mais également des départements 67 et 57.

L'EHPAD est implanté à Diemeringen, commune située en « Alsace Bossue », dans le département du Bas-Rhin, en région Grand Est. Depuis 1793, cette commune se trouve dans la région historique et culturelle d'Alsace. Elle fait partie du parc naturel régional des Vosges du nord.

Cette localité permet une bonne accessibilité puisque Diemeringen se situe sur la ligne SNCF qui relie Strasbourg à Sarreguemines. Elle est également à une dizaine de minutes de l'autoroute A4.

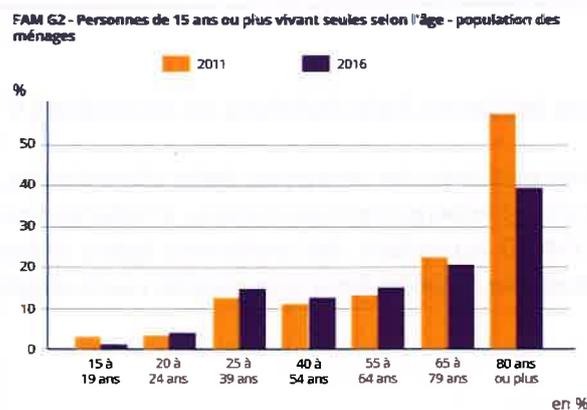
Le bourg est situé à 9 kms de Sarre-Union, 10 kms de Drulingen, 14 kms de Rohrbach-lès-Bitche, 26 kms de Sarreguemines, 25 kms de Saverne et 75 kms de Strasbourg.

Au dernier recensement de 2016, Diemeringen comptait 1 613 habitant (population en baisse par rapport à 2011) dont 32,7 % étaient âgés de 60 ans et plus. Parmi ces derniers, 36 personnes avaient 90 ans ou plus.

	2016	%	2011	%
Ensemble	1 613	100,0	1 635	100,0
60 à 74 ans	323	20,0	266	16,2
75 ans ou plus	205	12,7	172	10,5

Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.

Les Diemeringeois de plus de 65 ans représentaient 60,1 % des personnes vivant seules à leur domicile dont 39,5 % étaient âgés de 80 ans ou plus.



Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019).

Un département

Le Bas-Rhin s'étale sur une superficie de 4 755 km² pour une population de 1 121 407 habitants au 1^{er} janvier 2016. La densité est donc de 236 habitants / km². Le département est découpé en 5 arrondissements et 44 cantons. Il compte 527 communes.

Anciennement rattaché à la région Alsace, il appartient aujourd'hui à la grande région Grand Est. Sa préfecture est Strasbourg, et ses sous-préfectures sont les communes d'Haguenau, Sélestat, Saverne et Molsheim.

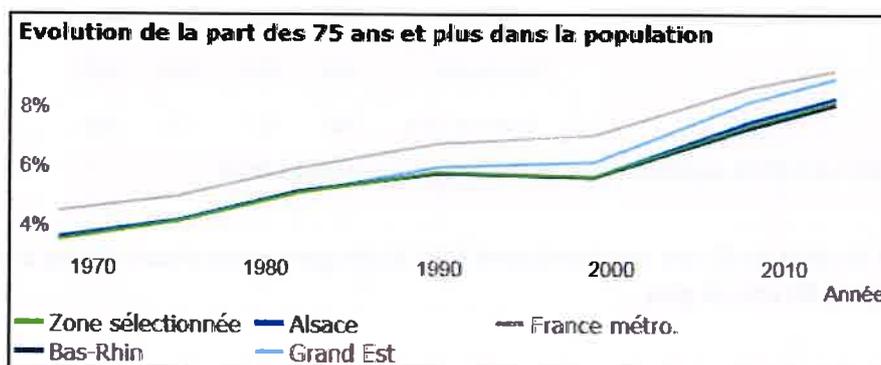
Un territoire de santé

L'Agence Régionale de Santé Grand Est a établi des diagnostics de territoire (à partir des données Insee 2013) aidant à évaluer la situation spécifique d'un territoire à différentes échelles (GHT, départements, cantons, communes, quartiers...) pour mettre en œuvre, avec le concours des élus et de l'ensemble des professionnels concernés, des actions permettant d'améliorer l'état de santé des habitants. Ils sont classés par territoire de démocratie sanitaire numérotés de 1 à 5. Chacun est divisé en sous-territoires (correspondant aux GHT - Groupements Hospitaliers de Territoire).

Selon ce découpage, Diemeringen se trouve sur GHT 10 au sein du territoire n° 5.

La population des plus de 75 ans sur ce territoire

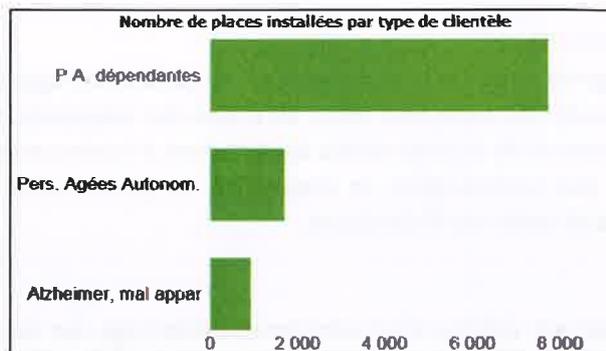
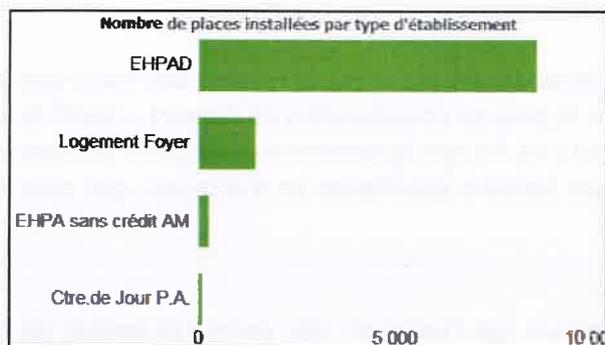
Dans le Bas-Rhin, la place des plus de 75 ans augmente depuis plus de 40 ans, au détriment de la population des moins de 20 ans. Cependant, cette évolution ne se distingue pas spécifiquement de celle de l'ensemble de la région, ni même de celle du territoire français.



Les structures médico-sociales pour personnes âgées installées sur ce territoire (FINESS 2015)

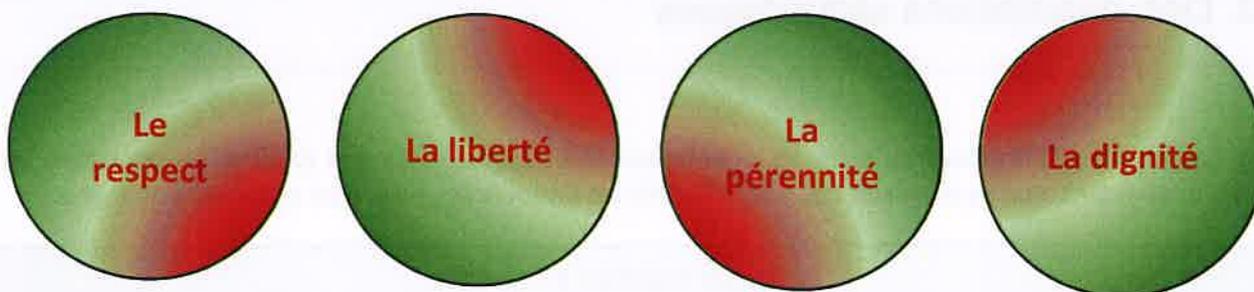
Pour faire face à la demande de prise en charge des personnes âgées dépendantes, le département a autorisé la création de places d'accueil de jour, d'hébergement permanent, d'hébergement temporaire. L'EHPAD Les Coquelicots fait partie des 105 EHPAD accueillant des personnes âgées dépendantes et des 53 EHPAD accueillant des personnes présentant des troubles liés à une maladie neuro-dégénérative.

Clientèle	Type etab.	Nb. Etab.	Capacité autorisée	Capacité installée
Alzheimer, mal appar	Ctre.de Jour P.A.	6	100	100
	EHPAD	53	813	834
	Total	59	913	934
P.A. dépendantes	EHPAD	105	7966	7764
	Serv.Aide Pers.Agées	1	0	0
	Total	106	7966	7764
Pers. Agées Autonom.	EHPA sans crédit AM	16	284	264
	Logement Foyer	24	1437	1445
	Total	40	1721	1709
Personnes Agées	Foyer Club Restaur.	4	0	0
	Serv.Aide Ménag.Dom.	1	0	0
	Serv.Aide Pers.Agées	1	0	0
	Total	6	0	0
Toute Population	Serv.Aide Ménag.Dom.	1	0	0
	Serv.Aide Pers.Agées	6	0	0
	Total	7	0	0



1.2. Des valeurs

Les valeurs citées ci-dessous sont issues d'un travail de réflexion mené par le Comité de Pilotage. Il s'agit de :



LE RESPECT

S'entend par là le souci du respect de la personne, de sa culture, de ses valeurs, de son histoire de vie.

Ce principe s'applique tant aux résidents qu'aux membres du personnel qui, au-delà du service rendu par leur travail, engagent une véritable relation de personne à personne avec les résidents.

Pour le résident, l'expression de ce respect passe par le fait de rester autant que possible acteur de sa vie. Concrètement, tant que la personne est apte à mener indépendamment sa vie, d'agir dans son intérêt, il lui est laissé l'entière responsabilité de ses actes, de ses choix.

Un accompagnement aux gestes de la vie quotidienne est proposé chaque jour pour les résidents autonomes le souhaitant ou systématiquement pour les résidents plus dépendants, en conservant toujours le principe

de faire participer la personne pour tous les actes dont elle est capable et en aucune façon en faisant à sa place.

LA LIBERTE

Pour chacun, cela signifie la possibilité d'exprimer et d'exercer des choix, de se déplacer, de réaliser les actes du quotidien qui lui semblent importants, dans la limite du respect de la liberté de l'autre, des contraintes sécuritaires et également des règles de vie collective.

LA PERENNITE

L'EHPAD défend, d'une part, la pérennité de ses valeurs et, d'autre part, la pérennité de sa mission, de son organisation, des soins apportés, de ses murs. Il s'agit d'offrir aux résidents, en toutes circonstances, la sécurité d'une fin de vie conforme à celle qu'ils ont choisie, dans ce domicile qu'ils ont élu pour poursuivre leur existence dans une ambiance sereine et chaleureuse, accompagnés par un personnel compétent et disponible.

LA DIGNITE

La dignité dans l'accompagnement de personnes âgées dépendantes passe par le respect des corps que la nécessité des soins met entre les mains des soignants, par la prise en considération de l'aspect privatif de la chambre et de tous les objets appartenant à la personne qui y vit. Il s'agit également de considérer le résident dans son individualité, sa singularité, sa personnalité, ses besoins spécifiques et d'accepter que ceux-ci peuvent varier au fil des jours.

Lorsqu'une équipe d'encadrement s'interroge sur les valeurs qui l'animent, elle ancre l'ensemble de la dynamique de l'établissement dans une dimension primordiale : celle du sens qui permettra d'enraciner toute réflexion, toute décision, toute action.

Au-delà, elle unifie et relie les membres de l'équipe entre eux, mais également l'ensemble des acteurs qui interviennent dans l'accompagnement des personnes accueillies au sein de la structure : professionnels, bénévoles, intervenants extérieurs.

Tout au long de la vie du projet d'établissement, il reviendra à l'équipe d'encadrement de s'assurer que les valeurs mentionnées ci-dessous sont toujours au cœur des actes de chacun.

1.3. Des orientations stratégiques

Alors que les valeurs donnent du sens, les orientations stratégiques indiquent la direction pour tous les acteurs intervenant auprès des résidents. Pour l'EHPAD Les Coquelicots, elles sont au nombre de huit :

Orientation 1

Développer une démarche s'inscrivant dans la logique « Humanitude » afin de mettre en place un accompagnement centré sur le respect et la dignité de la personne, ainsi que la prise en compte de son rythme de vie.

Orientation 2

Permettre aux résidents de maintenir, voire de développer, une dimension sociale dans leur projet de vie en restant en contact avec la société. Leur donner les moyens de développer des liens complémentaires à ceux qu'ils entretiennent avec les autres résidents et les professionnels et ainsi lutter contre l'isolement et l'enfermement dans l'EHPAD.

Orientation 3

Ouvrir l'établissement sur l'extérieur afin de favoriser les liens des résidents qui ne peuvent plus sortir avec des personnes nouvelles et de toutes générations ; rompre ainsi leur isolement.
Permettre aussi aux équipes de ne pas fonctionner en vase clos, de se renouveler dans leur perception de la prise en charge.

Orientation 4

Favoriser le développement d'approches thérapeutiques non médicamenteuses.

Orientation 5

Fédérer l'équipe autour d'un projet pour les résidents, adapté à leurs besoins. Faire travailler ensemble les professionnels en mettant le résident au centre de l'accompagnement.

Orientation 6

Proposer une continuité de prise en charge au sein de l'EHPAD pour permettre d'y accueillir les résidents ne relevant plus de l'accompagnement spécifique de l'unité de vie protégée.

Orientation 7

Prendre en compte les difficultés du métier de soignant et de toutes les personnes qui œuvrent en faveur des personnes âgées en EHPAD et les accompagner.

Orientation 8

Proposer un soutien aux médecins libéraux confrontés aux accompagnements de fin de vie en s'appuyant sur les compétences internes à l'EHPAD, tout spécialement celles du médecin coordonnateur formé aux soins palliatif et de la psychologue.

2. UN PROJET AU SERVICE DES PERSONNES ACCUEILLIES

2.1. Les résidents

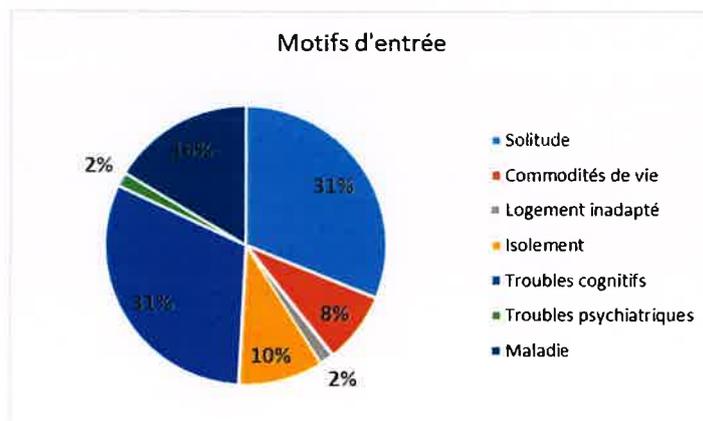
Le projet d'un établissement n'existe que parce que des personnes âgées dépendantes vivent au sein de cet établissement. Tout objectif d'amélioration est donc à envisager en tenant compte des spécificités de ces personnes : leur âge, leurs pathologies, les raisons qui les ont amenées à entrer en EHPAD, etc.

2.1.1 Les motifs d'entrée

A l'EHPAD Les Coquelicots, les principaux motifs d'entrée sont, à part égale, pathologiques et sociaux. En effet, la part des entrées pour maladie et troubles cognitifs ou psychiatriques s'élève à 49 %, tandis que les entrées liées à une difficulté d'ordre social représentent 51 %. Cette répartition des motifs d'entrée est particulière à l'EHPAD Les Coquelicots, la part des causes médicales d'admission en EHPAD étant en général majoritaire.

Parmi les motifs à caractère social, ce sont la solitude et l'isolement, représentant 41 % des motifs de demande d'admission, qui finissent par emporter la décision d'entrée en EHPAD.

L'analyse plus approfondie des motifs d'entrée fait ressortir que la solitude et l'isolement entraînent une difficulté au quotidien, d'où un besoin d'entrée en institution pour y trouver une certaine commodité de vie.

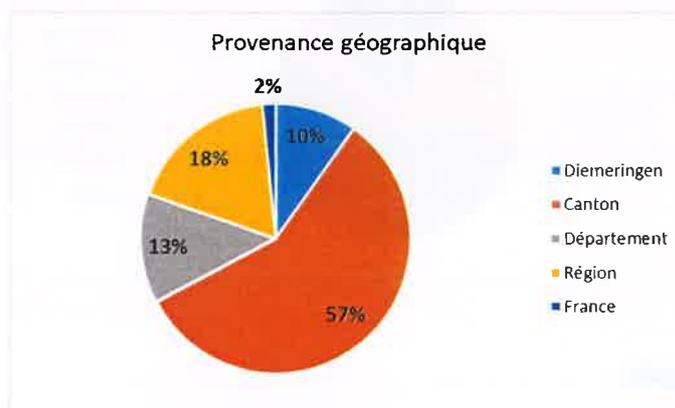


2.1.2 Les provenances

Provenance géographique

Le recrutement est local : 67 % des personnes résidaient dans le canton, dont 10 % à Diemeringen. Cette répartition est à rapprocher de la population totale de Diemeringen qui reste relativement modeste (1 613 habitants en 2016). Par ailleurs, 13 % des résidents habitaient dans une commune du Bas-Rhin.

La proximité géographique de l'EHPAD avec la Moselle explique très majoritairement que 18 % des personnes accueillies soient originaires d'un autre département de la région Grand Est.



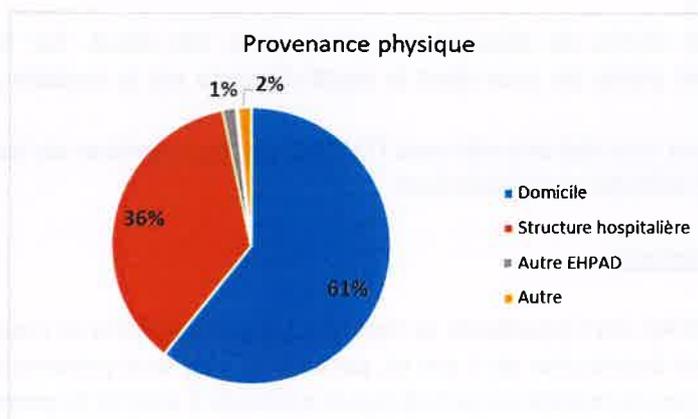
Provenance physique

37 personnes (soit 61 % des résidents) ont quitté leur domicile pour entrer à l'EHPAD Les Coquelicots. Ce chiffre est bien sûr à rapprocher du nombre de personnes ayant été amenées à prendre cette décision pour des motifs à caractère social (cf. *supra*).

Parmi les personnes arrivées directement de l'hôpital, 55 % étaient malades ou souffraient de troubles cognitifs.

36 % vivaient seules chez elles avant l'hospitalisation. Sans doute, l'accident de la vie (type chute) ou le problème de santé ayant entraîné l'hospitalisation ont-ils été le facteur révélateur de leur incapacité à retourner vivre chez elles.

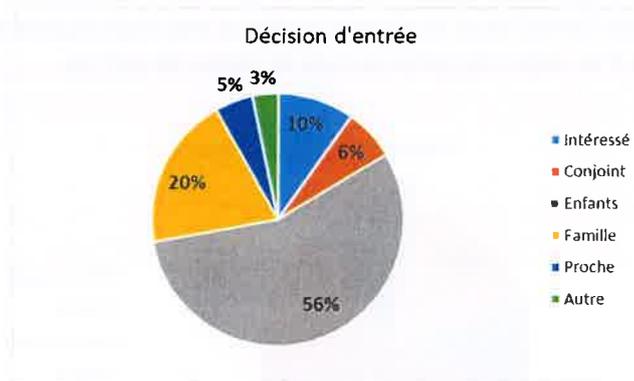
Parmi les personnes venant directement de leur domicile, 30 % souffraient de troubles cognitifs rendant le maintien chez elles dangereux ; 14 % étaient malades, nécessitant sans doute une présence permanente.



Implication dans la décision d'entrée

Dans 10 % des cas, soit pour 6 résidents, la décision d'entrée a été prise par la personne elle-même ; pour 5 d'entre eux, c'est l'isolement, la solitude, ou l'inadaptation du logement qui en a été la cause.

Pour 82 % des personnes accueillies au sein de l'EHPAD Les Coquelicots, c'est la famille qui a pris la décision et majoritairement les enfants (56 % des résidents) ; le conjoint quant à lui s'est prononcé dans 7 % des entrées (soit pour 4 personnes).



2.1.3 Le profil des résidents

Age et sexe

La population accueillie à l'EHPAD Les Coquelicots est très âgée : 85 % des résidents ont plus de 80 ans et, parmi eux, 34 % (de la population totale) ont plus de 90 ans ; deux personnes ont fêté leurs 100 ans à la date du recensement (juin 2019). Cette répartition des âges confirme la crainte exprimée par les professionnels de voir arriver dans les années à venir des personnes très âgées pour lesquelles l'accompagnement risque d'être de plus en plus orienté vers des soins de confort et des soins médicaux.

La population masculine, âgée de 76 à 100 ans, représente 31 % de l'ensemble des personnes accueillies.

Dépendance

Le niveau de dépendance des résidents, identifié par leur GIR, se répartit de la manière suivante :

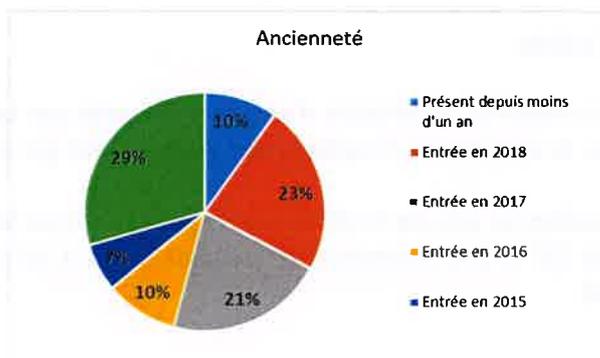
- 6 sont en GIR 5 (pas de GIR 6)
- 20 sont en GIR 3/4
- 35 sont en GIR 1/2

57 % d'entre eux ont un niveau de dépendance élevé, voire très élevé. Sur les 35 résidents les plus dépendants, un quart font partie de ceux dont le motif d'entrée est la maladie ; 46 % présentaient des troubles cognitifs.

Les 6 résidents en GIR 5 ont tous été orientés vers l'EHPAD, par les membres de leur famille ou leur tuteur, pour des raisons liées à la solitude ou à l'isolement.

Ancienneté dans l'établissement

Les résidents vivant à l'EHPAD Les Coquelicots se répartissent entre anciens et nouveaux : 29 % d'entre eux vivent dans l'établissement depuis plus de 5 ans et, parmi eux, cinq sont présents depuis plus de 10 ans. A l'opposé, un nombre presque équivalent est arrivé depuis moins de 2 ans (33 %) parmi lesquels six sont entrés entre janvier et juin 2019.



Protection juridique

Seulement 8 % des résidents (5 personnes) disposent d'une protection juridique. Cela semble peu au regard de l'âge et du niveau de dépendance des résidents pour lesquels un nombre non négligeable présente des troubles cognitifs. Sans doute les familles jouent elles le rôle de tuteur sans avoir été désignées officiellement par un juge.

Dans son rôle de protection des résidents mis sous sa responsabilité, l'établissement aurait sans doute à s'interroger sur l'information qu'il délivre aux familles sur ce sujet et sur l'accompagnement qu'il propose dans ce type de décision, au bénéfice des résidents qu'il accueille.

Aide sociale

L'établissement est habilité à l'aide sociale pour la totalité de ses lits. Seuls quatre résidents bénéficient de cette mesure.

2.1.4 Les évolutions dans les années futures

Dans son Projet Régional de Santé, l'ARS Grand Est estime que : « *Selon les projections de l'INSEE, en 2030, près du quart de la population du Grand Est sera âgée de 65 ans ou plus (...). Le nombre de personnes âgées dépendantes, selon le scénario INSEE retenu, augmente de +35 % à +60 %, entre 2007 et 2030, soit 148 000 à 175 000 personnes âgées dépendantes en région Grand Est en 2030. Les départements à forte dominante rurale concentrent une part plus importante de personnes âgées, en particulier la Haute-Marne et les Vosges avec un taux de personnes âgées de plus de 75 ans respectivement de 12,8 % et 11,7 % (versus 9 % en région Grand Est) »¹.*

Par ailleurs, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estime aujourd'hui à 47,5 millions le nombre de personnes dans le monde atteintes de démences. La maladie d'Alzheimer est impliquée dans 60 à 70 % des cas. Le nombre de nouveaux cas de démences par an est d'environ 7,7 millions et l'OMS estime que le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 75,6 millions en 2030 et à 135,5 millions en 2050. Ainsi, le nombre de personnes atteintes de démences devrait presque doubler tous les 20 ans. Avec 900 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, la France fait partie des pays où le nombre de malades est le plus élevé. 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, soit près d'un toutes les trois minutes. En 2020, un français de plus de 65 ans sur 4 devrait être touché par la maladie d'Alzheimer².

De telles évolutions démographiques et de santé des populations appelleront nécessairement des réponses adaptées aux besoins et aux évolutions sociétales.

Dans ce contexte, et à son échelle, l'EHPAD Les Coquelicots trouvera toute sa place dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, tout particulièrement celles présentant des troubles liés aux maladies neuro-dégénératives.

¹ PRS GRAND EST 2018-2028/ CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

² Source : Fondation pour la recherche médicale

2.2. Les missions

2.2.1 Les missions de l'association gestionnaire

L'EHPAD Les Coquelicot est géré par l'ASAPA (Association d'Aide Aux Personnes Agées). Il s'agit d'une association privée à but non lucratif, régie par le droit local (loi 1908) créée en 1990. Elle s'est donné pour mission de :

- Favoriser l'autonomie et l'insertion sociale des personnes âgées dépendantes dans leur environnement quotidien, par la réalisation de solutions innovantes.
- Rechercher avec les organismes ou associations similaires d'une part et les pouvoirs, les collectivités et établissements publics d'autre part, les possibilités de création d'établissements adaptés aux buts poursuivis par l'association.
- Gérer le ou les établissements qu'elle a créés ou qu'elle pourrait créer.
- Adhérer à une ou des fédérations d'associations ayant un objet similaire connexe.
- Créer à Diemeringen un ensemble de services au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

2.2.2 Les missions de l'EHPAD Les Coquelicots

Les missions des EHPAD sont inscrites dans le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ce décret dispose que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

- Hébergent à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement.
- Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée.
- Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies.
- Lorsqu'ils proposent des modalités d'accueil particulières, ils respectent les conditions prévues aux articles correspondants.
- Inscrivent leur action au sein de la coordination gériatrique locale, en relation notamment avec les plateformes territoriales d'appui, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique.

Les membres du Comité de Pilotage de l'EHPAD Les Coquelicots se reconnaissent totalement dans ces missions. Il souhaite mettre tout particulièrement l'accent sur la prise en charge des usagers et estime que ses missions sont principalement orientées vers l'accompagnement du résident et de sa famille :

ACCUEILLIR des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, **dans le respect de leurs droits et de leurs libertés et la promotion de la bientraitance.**

ACCOMPAGNER les personnes âgées **tout au long de leur vie** dans l'établissement.

PRENDRE SOIN en garantissant le **bien être** de la personne et en assurant sa **protection** et sa **sécurité**.

PERMETTRE que l'établissement soit un **lieu de vie** au plus proche des habitudes de vie quotidiennes des résidents.

DONNER TOUTE SA PLACE A LA FAMILLE en autorisant sa présence dans l'établissement à **tout moment de la journée**.

2.3. Les orientations régionales et départementales

2.3.1. Les orientations régionales

Le Projet Régional de Santé 2018-2028 de l'ARS Grand Est décline sept objectifs stratégiques. Parmi eux, **l'objectif stratégique n° 5** vise à **améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des personnes en situation fragile dans une logique inclusive**.

Concernant la préservation de l'autonomie des personnes âgées, sept sous objectifs ont été retenus.

Objectif 1 : Contribuer à la prévention de perte d'autonomie de la personne âgée.

- Pour la population autonome, mettre en place des actions de prévention primaire et secondaire.
- Pour la population «complexe», mettre en place un volet prévention dans tous les plans d'accompagnement.
- Pour la population accueillie en EHPAD, souvent poly-pathologique et dépendante, mettre en place des actions de prévention tertiaire qui seront contractualisées via les CPOM.

Objectif 2 : Diminuer d'au moins 10 % pour chaque zone d'implantation le recours inadapté aux urgences pour les personnes de plus de 75 ans.

- Déclencher une première réponse en lien avec le médecin traitant, accessible pour les personnes âgées à domicile et pour les personnes âgées en structure d'hébergement (EHPAD, résidence autonomie, petite unités de vie, etc.)
 - ↳ Mettre en place au niveau de chaque territoire un point de coordination unique lisible et reconnu par les professionnels, afin de coordonner les différentes interventions et intervenants autour de la personne âgée, lorsque les situations individuelles deviennent complexes ;
 - ↳ Développer la télémédecine en EHPAD ;
 - ↳ Généraliser le dossier de liaison des urgences ;
 - ↳ Développer (le cas échéant) après évaluation, les expérimentations d'astreintes infirmières de nuit mutualisées entre plusieurs EHPAD.
- Organiser le recours gradué à l'expertise gériatrique dans les territoires (équipe mobile de gériatrie, réseaux gériatrique, etc.) ; organiser le recours aux autres spécialités (géronto-psychiatrie, oncogériatrie, rééducation, neurologie, etc.) ou à l'hospitalisation à domicile.

Objectif 3 : Diminuer d'au moins 5 % le nombre de ré-hospitalisations non programmées dans les 30 jours des personnes de plus de 75 ans.

- Anticiper la sortie des usagers afin d'améliorer le suivi post-hospitalisation ;
- Mettre en place des réponses d'aval rapidement mobilisables (hébergement temporaire, HAD, etc.) ;
- Mettre en place un point de coordination unique lisible et reconnu par les professionnels pour renforcer l'accompagnement des personnes âgées poly pathologiques ;
- Développer la coordination et la transmission d'information entre la ville et l'hôpital ;
- Favoriser l'évaluation pluri professionnelle avec l'ensemble des acteurs du territoire ;
- **Développer une offre médico-sociale adaptée aux prises en charge complexes et expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.**

Les objectifs 4 et 5 portent sur les PA à domicile ; l'objectif 6 porte sur les aidants.

Objectif 7 : Structurer l'offre pour répondre aux enjeux du parcours de santé de la personne âgée.

- Les constats :
 - Le développement des aides en faveur du maintien à domicile s'est traduit en EHPAD par une augmentation du niveau de dépendance et du niveau de soins requis des résidents.
 - L'apparition voire l'aggravation des troubles cognitifs, chez les personnes âgées est signe de limite du maintien dans le lieu de vie ordinaire.

Ces deux facteurs conjugués modifient la population institutionnalisée plus tardivement et plus lourdement dépendante et présentant des troubles du comportement cognitif.
- Il importe en conséquence d'avoir une vigilance particulière quant à la prise en charge dans la même structure d'une population dépendante physiquement et d'une population dépendante psychologiquement. Aussi :
 - Il convient de s'assurer que les **Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)** et les unités d'hébergement renforcé (UHR) soient répartis de façon homogène en région Grand Est.
 - La **télé médecine** devra se développer, elle permettra de disposer d'une expertise au plus proche du résident en évitant des transports sanitaires inutiles.
 - Les expérimentations **d'astreintes infirmières de nuit** devront être évaluées et modélisées au niveau Grand Est puis développées sur l'ensemble du territoire.
- La contractualisation avec les **gestionnaires des EHPAD** est un levier pour :
 - Permettre à terme de disposer de plan de formation adéquat pour le personnel tant sur le plan de la prévention que sur celui de prises en charges spécifiques.
 - Faire évoluer l'offre de services compte tenu des besoins et des ressources des territoires, c'est-à-dire s'interroger sur :
 - ✓ l'accessibilité du plateau technique des EHPAD aux personnes à domicile,
 - ✓ l'élargissement des modalités d'accueil et de l'offre de services des EHPAD,
 - ✓ le développement des coopérations entre EHPAD de manière à maintenir une qualité de services dans le respect des bonnes pratiques.
- **Les EHPAD devront nécessairement s'adapter** pour accueillir les personnes âgées les plus dépendantes, présentant des troubles cognitifs.
 - Ils s'attacheront à disposer d'une offre d'hébergement (temporaire et permanent) cohérente avec les besoins de leur territoire.

- L'offre en pôles d'activités et de soins adaptés au sein des EHPAD de plus de 80 lits devra se développer de manière à assurer un bon maillage territorial de cette offre.
- Les EHPAD seront encouragés à s'intégrer dans les réflexions à mener territorialement sur la restructuration de l'offre, en particulier pour les EHPAD de taille modeste ou petite (inférieure à 80 lits).
- Les mutualisations de fonctions seront une piste de restructuration à explorer.
- Il conviendra de mener une réflexion sur le modèle économique de l'EHPAD de demain.

2.3.2. La déclinaison des orientations régionales dans le Bas-Rhin

Le cadre posé par l'ARS Grand Est s'est fait en concertation avec le Département du Bas-Rhin. Ce dernier a identifié cinq axes stratégiques en direction des personnes âgées :

1. Faire évoluer l'offre médico-sociale pour mieux accompagner le parcours des personnes âgées dépendantes, en qualité, sur la connaissance et la prise en charge (prévention des chutes, de la dénutrition, prise en charge de la douleur...).
2. Assurer la place centrale des droits des usagers, de l'expression et du respect de leur projet de vie. Veiller au bien être des personnes.
3. S'inscrire dans des démarches partenariales constructives pour l'accompagnement des situations individuelles complexes, en s'appuyant sur le partenariat.
4. Ancrer l'ancrage et le partenariat des établissements et services médico-sociaux dans les territoires, développer les coopérations inter-établissements et inter-gestionnaires.
5. Optimiser la gestion des moyens humains et financiers mis à disposition des gestionnaires pour remplir leurs missions auprès des personnes âgées.

2.4. Les ressources mobilisées par l'EHPAD Les Coquelicots

2.4.1 Les ressources matérielles

Le bâtiment, construit en 1996, est la propriété d'un bailleur social, Le Nouveau Logis de l'Est, à qui l'établissement verse un loyer. L'établissement est construit sur trois niveaux :

- Un rez-de-chaussée accueillant :
 - o les lieux de vie collective, la cuisine et la salle à manger principale, l'administration et les locaux logistiques ;
 - l'unité protégée « les Violettes » comprenant 14 chambres, une salle de soins, une salle à manger et un vaste espace libre de déambulation.



Les Violettes

- Un premier étage d'hébergement de 32 chambres, comprenant également une salle de soins et une salle à manger pour les personnes les plus dépendantes.
- Un deuxième étage d'hébergement de 20 chambres.

L'établissement dispose donc de 66 chambres individuelles de 20 m², très lumineuses, avec une salle de bain équipée d'une douche. Toutes sont équipées d'un lit médicalisé et du mobilier de base permettant aux résidents, s'ils le souhaitent, d'apporter quelques meubles peu encombrants pour personnaliser leur espace privatif.

Les lieux de vie collectifs sont principalement constitués de :

- Une grande salle d'accueil attenante aux bureaux administratifs, permettant de recevoir les résidents et une partie des visiteurs.
- Une salle polyvalente destinée à l'animation, mais servant également de salle de réunion pour les professionnels.
- Trois petits salons (un à chaque étage).

Espace détente



- Trois salles à manger :
 - o une grande salle au rez-de-chaussée pour les personnes les plus autonomes ;
 - o une au sein de l'unité « les Violettes » ;
 - o une au premier étage réservée aux personnes dépendantes ayant besoin d'une aide au repas.
- Trois salles de bain collectives équipées chacune d'une baignoire à hauteur variable avec hydromassage et douche.

Un salon de coiffure, situé à l'entrée de l'établissement, à disposition des prestataires extérieurs.



Coiffeuse

L'établissement possède un parc accessible aux résidents. Par ailleurs, un jardin fermé attenant à l'unité protégée permet aux résidents des « Violettes » d'accéder à l'extérieur sans risque de sortie intempestive de l'établissement.



Hôtel à insectes dans le parc



Jardin de l'unité Les Violettes

2.4.2 Les ressources transversales

La restauration

La cuisine est internalisée, tous les repas sont préparés sur place.

Le service cuisine est composé d'un chef (1 ETP) et d'un commis de cuisine (0,8 ETP) ; des ASL assurent les remplacements chaque fois que nécessaire.

L'organisation du travail a été établie de manière à permettre la liaison chaude :

- les postes sont organisés en « coupés » ;
- le chef et le commis travaillent un week-end sur deux.

C'est le chef de cuisine qui est en charge des approvisionnements.

Le blanchissage

Entretien du linge des résidents :

Un temps dédié de lingère, équivalent à 0,70 ETP réalise cette prestation ; trois ASL y sont affectées à tour de rôle selon les plannings.

La lingerie est ouverte tous les jours ouvrés de 11h30 à 16h30.

Les lingères sont chargées du tri, du lavage, du séchage, du repassage, du pliage, du petit raccommodage. Elles assurent également la distribution du linge dans les placards des résidents les mardis et vendredis. Occasionnellement, dans certaines situations exceptionnelles, elles se chargent du marquage du linge.

Le linge délicat reste à la charge des familles.

Entretien du linge de maison et des vêtements des professionnels :

Ce sont les personnels de nuit qui assurent cette mission.

Cependant, afin que la totalité du linge puisse être traité au fur et à mesure, l'ASL d'après-midi assure le nettoyage et le séchage d'une partie du linge.

Entretien du linge plat :

La prestation est externalisée

Le ménage des espaces communs et des espaces privés

Le ménage des chambres et des espaces communs est assuré en interne, par les ASL.

- Le matin : entretien quotidien des chambres et des locaux communs des étages. Il est planifié de la manière suivante :
 - balayage les mardis, jeudis et week-end ;
 - lavage les autres jours.
- L'après-midi : entretien des communs de l'établissement, nettoyage à fond des chambres, programmes spécifiques de nettoyage à fond (exemple : lavage des vitres).

La maintenance des bâtiments et l'entretien des espaces verts

Ces missions sont confiées au responsable de la logistique (1 ETP) et à l'agent d'entretien (0,50 ETP), à l'exception de la coupe de l'herbe qui est externalisée.

C'est le bailleur social qui est chargé de la réalisation des grosses réparations.

Le service administratif

Le service administratif est ouvert de 9h à 17h30 les jours ouvrés. Trois personnes sont en charge de l'accueil, la comptabilité, la facturation, l'ensemble du secrétariat administratif.

2.4.3 Les ressources humaines

L'établissement dispose de 46,46 ETP autorisés répartis comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

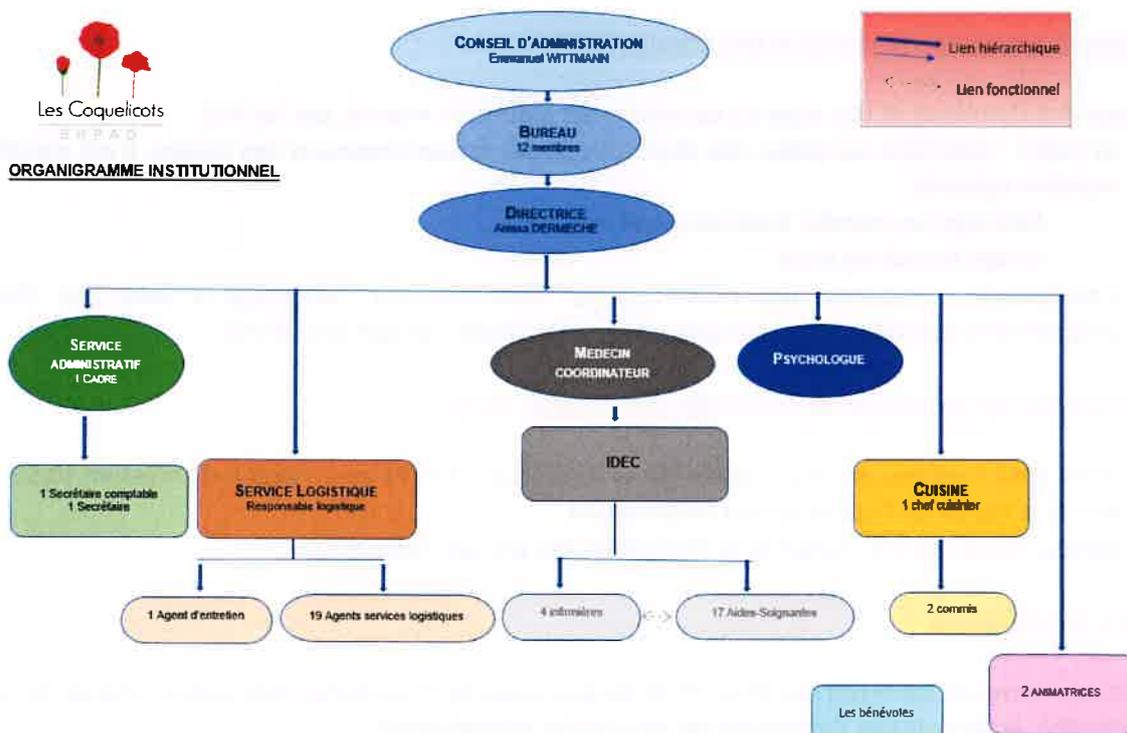
Catégories	ETP
Direction / administration	3,15
Services généraux	2,80
Animatrice	1,00
Référent hôtelier	1,00
Psychologue	0,30
Agents de service	14,81
Aides-soignants	17,00
IDE / IDEC	5,90
MEDEC	0,50
Total	46,46
Ratio d'encadrement	0,70
Contrats aidés	4,56

Le ratio d'encadrement global s'élève à 0,70 ETP ; il ne prend pas en compte les personnes en contrat aidé.

Il est supérieur à celui observé dans le cadre de l'étude de la CNSA faite à partir des comptes administratifs 2016³ qui, toutes proportions gardées, calcule un ratio d'encadrement moyen (salariés et extérieurs toutes sections confondues) pour les EHPAD privés à but non lucratif égal à 0,596.

Il est cependant important de préciser que l'établissement doit faire face à des difficultés de recrutement, notamment concernant le personnel soignant et infirmier, ce qui l'amène à disposer au réel d'un nombre de salariés inférieur au nombre autorisé.

L'organigramme de l'établissement s'établit de la manière suivante :



³ La situation des EHPAD en 2016 : Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD

2.4.4 Les ressources financières

Comme tous les EHPAD, l'établissement est financé selon les modalités définies dans le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des EHPAD.

Section hébergement

Le tarif journalier applicable pour l'année 2019 s'élève à 59,26 €.

Section dépendance

La dotation cible annuelle qui devrait être versée à l'établissement est calculée selon les modalités suivantes :

Valeur du point GIR départemental x nombre de points GIR de l'établissement

Compte tenu des calculs relatifs à la dotation versée en 2019, les tarifs applicables pour cette même année sont les suivants :

GIR 5 et 6	5,11 €
GIR 3 et 4	12,05 €
GIR 1 et 2	18,98 €

Section soins

L'option tarifaire appliquée par l'Agence Régionale de Santé est le **tarif partiel sans PUI**.

Sur cette base, la dotation cible annuelle qui devrait être versée à l'établissement est calculée sur la base du GMPS, selon le calcul suivant :

[GMP + (PMP x 2,59)] x capacité autorisée en HP x valeur du point

Compte tenu des calculs relatifs à la dotation versée en 2019, les prix de journée applicables pour cette même année sont les suivants :

Hébergement permanent	33,49 €
Hébergement temporaire	49,86 €

2.4.5 Les ressources externes

L'établissement est affilié à l'Alliance St Thomas, association qui regroupe plusieurs établissements privés non lucratifs du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Une dynamique de coopération s'est instaurée au sein de ce groupement, favorisant la mutualisation des achats alimentaires, de matériels, d'équipements et de prestations.

Par ailleurs, les directeurs se rencontrent régulièrement afin d'échanger sur les problématiques propres à leur établissement et de partager leurs pratiques.

L'ouverture de l'EHPAD des Coquelicots sur son environnement est actif grâce aux nombreuses conventions signées avec les établissements sanitaires et médico-sociaux extérieurs : Saverne, Ingwiller, Brumath, Diemeringen, Haguenau....sont des pôles techniques ou médico-sociaux de connections effectives ou en cours.

Dans le cadre de l'animation, plusieurs partenariats se sont noués :

- Le chœur d'hommes
- Bernard et ses choristes
- L'ensemble philharmonique de Sarre-Union
- La chorale de Herbitzheim
- La chorale de Sarre-Union
- Nature et poésie (groupe de danse)

Enfin, de nombreux bénévoles interviennent régulièrement en soutien à l'animation : musiciens, chanteurs, conteuse, aide au bricolage, etc. D'autres proposent des temps relationnels pour les résidents plus dépendants pour lesquels l'animation collective n'est pas adaptée.

3. UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

L'article 2.2.2 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle identifiait les trois composantes principales de la prise en charge en EHPAD :

- être d'abord un lieu de vie, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant entre les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches ;
- être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun ;
- être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées, de façon coordonnée, les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents.

Si les conventions tripartites ont disparu au profit des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ces trois composantes de l'accompagnement restent actuelles.

Au fil des années, la dépendance des résidents s'amplifie et les besoins en soins médicaux et infirmiers s'accroissent, faisant sensiblement évoluer les modalités de prise en charge et, par là-même, les missions des EHPAD. Cependant, malgré les contraintes et les difficultés liées à l'augmentation de la dépendance et à la prédominance des maladies neuro-dégénératives, les institutions et les professionnels qui les font vivre gardent à cœur de permettre au résident de rester acteur, autant que faire se peut, de sa vie d'adulte vieillissant et malade, tout en lui assurant les soins et la sécurité dont il a besoin.

Ainsi, **l'animation et la vie sociale** et la **prise en charge des problèmes de santé** sont au centre de l'accompagnement proposé aux résidents.

Les pages suivantes font état des constats établis par les professionnels quant aux modalités d'accompagnement proposées par l'établissement. Afin d'établir un diagnostic le plus objectif possible, la réflexion porte sur :

- Les forces : les points forts, ce qui fonctionne bien, ce qui est spécifique à la structure.
- Les difficultés et points de vigilance : ce qui ne fonctionne pas bien, ce qui est améliorable.
- Les opportunités : ce qui permettra de faire mieux.
- Les menaces : ce qui est un risque de dysfonctionnement, souvent exogène à la structure.

Cette analyse interroge les différentes modalités d'accompagnement proposées à l'EHPAD Les Coquelicots concernant :

- **3.1. Le projet de vie sociale et d'animation**
- **3.2. Le projet de soins et d'accompagnement des résidents**

Dans les pages suivantes, chaque chapitre présente :

- 1- Les **constats** issus du diagnostic forces / difficultés et points de vigilance / opportunités / menaces.
- 2- Les **axes d'amélioration** identifiés par l'établissement.
Les axes d'amélioration sont déclinés en actions et les professionnels chargés d'en assurer le suivi ont été identifiés par le Comité de Pilotage.

3.1. Le projet de vie sociale et d'animation

L'accueil du nouveau résident

L'établissement utilise Via Trajectoire, mais les dossiers papier existent encore. Cela permet à l'EHPAD de s'adapter aux médecins traitants qui ne complètent pas le dossier Via Trajectoire et aux personnes qui n'ont pas Internet chez elles.

Lors de la préadmission, le résident qui peut se déplacer est invité à venir visiter l'établissement. A défaut, c'est sa famille qui fait la visite. Le dossier de préadmission est rempli lors de la visite puis examiné par le MEDEC et la directrice ; ce sont eux qui se chargent de valider l'admission. A l'issue de la validation, la personne est informée et inscrite sur la liste d'attente.

Le jour de son entrée, le résident est accueilli par le personnel administratif. Le contrat de séjour lui est remis ; il est signé par le résident et la directrice.

Les soignants accueillent ensuite la personne. Elle est installée dans sa chambre, puis une petite visite de l'établissement est organisée.

Les professionnels en poste se présentent au nouveau venu, tout particulièrement le responsable technique et la lingère. A la fin de la journée, le nouveau résident a rencontré toute l'équipe.

Une présentation est faite au moment du repas aux convives qui sont assis à sa table. Il peut également être présenté au moment de l'animation s'il est en capacité de s'y rendre.

Afin que le résident ne soit pas trop perdu le premier soir, c'est l'AS qui l'a accueilli qui l'aide pour son coucher.

Difficultés, points de vigilance

C'est la personne de confiance qui signe le contrat de séjour lorsque le résident ne peut pas le faire seul. Cette disposition n'est pas conforme à la réglementation.

Il n'existe pas de modalités d'accueil spécifiques formalisé pour les résidents de type café accueil, temps de présentation officiel, remise d'un petit cadeau de bienvenu...

Le résident arrive dans une chambre neutre qui n'est pas aménagée avec ses propres affaires. Les familles sont sollicitées pour le faire, mais peu d'entre elles le font.

Plusieurs situations peuvent nuire à un accueil de qualité :

- Lorsque le résident arrive tardivement dans l'après-midi, l'accueil est plus rapide car les soignants sont moins disponibles à ce moment-là.
- Il arrive exceptionnellement que les professionnels ne soient pas informés à l'avance de l'arrivée d'un nouveau résident, ce qui nuit à la qualité de l'accueil.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Améliorer l'accueil du nouveau résident	Mobiliser le référent pour l'accueil du résident	Directrice, IDEC
	Elaborer une procédure d'admission du résident	Directrice, IDEC

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
	Rendre l'accueil du résident et de sa famille plus chaleureux	Directrice, IDEC, psychologue
	Edulcorer le questionnaire à compléter le jour de l'entrée	Directrice, IDEC, psychologue
Mettre en place le DIPEC si le résident ne peut pas signer lui-même le contrat de séjour		Cadre administrative

L'accompagnement personnalisé

Trois référents sont désignés pour chaque résident : une IDE, une AS, un ASL. Ce sont les professionnels présents le jour de l'entrée du résident qui sont nommés.

Lors de l'admission, un questionnaire est remis au résident permettant de recueillir ses habitudes de vie, son histoire de vie. Ce questionnaire donne des premières indications sur ses besoins. Il est rempli par les référents avec le résident et sa famille.

Les informations recueillies sont saisies dans le logiciel de soins, dans la partie relative au PPI (projet personnalisé individualisé), par les référents. Par ailleurs, une feuille est imprimée ; tous les professionnels ont accès à ces informations, soit par l'intermédiaire de la feuille, soit par le logiciel.

Lors des soins ou des entretiens avec la psychologue, des échanges informels ont lieu avec le résident ; les informations jugées utiles sont partagées en équipe.

Le PPI de chaque résident est composé de l'histoire de vie du résident. Il est complété tout au long du séjour du résident en fonction des événements marquants le concernant.

Les attentes des résidents sont écoutées par les professionnels au niveau de l'animation, des menus, des petits déjeuners, des actes de la vie quotidienne ; ils s'efforcent d'y répondre autant que possible.

Difficultés, points de vigilance

Le tableau de suivi des référents n'est pas tenu à jour. L'organisation avec trois référents rend difficile l'échange autour des résidents car les trois sont rarement en poste en même temps.

La partie PPI devrait être complétée mensuellement par les trois référents, mais ce n'est pas fait systématiquement par manque de temps.

Les PPI ne sont pas complétés par les objectifs d'accompagnement et les actions à mettre en œuvre. Il s'agit uniquement d'un relevé des événements de vie du résident et des besoins qui en découlent, mais ce n'est pas un projet d'accompagnement tel que le décrivent les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (cf. RBPP de l'ANESM).

Opportunités

Les familles sont une aide pour compléter le questionnaire ; elles peuvent également exprimer leurs attentes.

Menaces

La psychologue, en charge de la mise en place des PPI, n'est présente qu'à hauteur de 0,30 ETP, ce qui ne lui permet pas d'organiser des réunions pluridisciplinaires et des temps de travail avec les référents.

Les professionnels manquent de temps pour la mise en place des PPI.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Renforcer le rôle des référents	Repréciser leur rôle (missions, responsabilités)	Psychologue, IDEC, MEDEC
	Permettre aux familles d'identifier le(s) référent(s) de leur parent	Psychologue, IDEC
Mettre en place des rencontres entre le résident, sa famille et ses référents en vue de l'élaboration et du suivi du PPI	1 rencontre dans le mois qui suit l'arrivée du résident pour recueillir les attentes et les besoins / 1 rencontre à six mois pour présenter le PPI / 1 rencontre à un an pour l'évaluation	Psychologue, IDEC
Réfléchir à l'élaboration d'une trame de PPI plus adaptée aux soignants		Psychologue, IDEC

La citoyenneté et l'exercice des droits et liberté

Il existe un **conseil de la vie sociale** qui est composé d'un résident, de deux représentants des familles et de deux professionnels. Les résidents et les représentants des familles ont été élus.

Les comptes rendus des réunions du CVS sont affichés sur le tableau prévu à cet usage.

La **charte des droits et liberté de la personne accueillie** est donnée à l'entrée.

Difficultés, points de vigilance

Concernant le **conseil de la vie sociale**, quelques points ne sont pas conformes à la réglementation :

- Il ne se réunit pas trois fois par an (maximum deux fois par an).
- Les ordres du jour et comptes rendus sont établis par le personnel administratif.

Il n'y a pas d'action spécifique mise en place pour accompagner le **droit à la citoyenneté des résidents**. Cependant, il y a lieu de noter que les résidents sont peu intéressés par les élections « citoyennes ».

Opportunités

L'EHPAD est situé juste à côté de la mairie ce qui permettrait facilement d'accompagner les résidents qui souhaitent aller voter les jours d'élection.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Répondre à la réglementation en matière de CVS	Organiser de nouvelles élections	Directrice
	Réunir le CVS 3 fois par an	Directrice
Accompagner le maintien de l'intérêt à l'information et l'exercice du droit citoyen	Faciliter l'accès à l'information	Animatrice
	Solliciter l'intérêt pour les élections citoyennes	Animatrice

L'animation et la vie sociale

L'animation est assurée par :

- Une animatrice à 0,50 ETP généralement présente les après-midis. Elle propose les animations collectives pour l'EHPAD tous les après-midi de 14h30 à 16h00 et suivi par un goûter. Les résidents de l'UVP y sont invités une à deux fois par semaine.
- Une AMP dont le temps de travail est réparti à hauteur de 0,50 ETP d'animation et de 0,50 ETP de soins ; elle qui peut faire des animations collectives à l'UVP et des animations individuelles à l'UVP et à l'EHPAD (exemple : manucure, coiffure...).

Certains postes spécifiques d'ASL disposent d'un temps d'animation en UVP (environ 1h00 à 1h30). Ces temps sont utilisés pour des animations individuelles ou collectives. Les soignants s'adaptent en fonction de divers critères : les besoins identifiés, la météo, l'état des résidents, etc. Ce qui est proposé aux résidents n'est pas défini à l'avance.

Les AS ont également pour mission de faire de la prise en charge individuelle ou collective à l'UVP, à organiser à leur initiative et selon le temps dont ils disposent.

Le planning des animations hebdomadaires qui est affiché devant les ascenseurs à chaque étage, à hauteur des résidents en fauteuil. La planification est identique les lundis (jeu de mémoire), mardi (musique) et vendredis (gymnastique douce). Les autres jours, les animations sont variables. Les 1ers et 3^{èmes} vendredis du mois, l'animation est écourtée et suivie d'une messe.

Le goûter est servi en chambre pour les résidents qui ne descendent pas en animation.

Un moment d'hydratation est programmé systématiquement à 15h00 au cours de l'animation (en période de canicule, la vigilance est augmentée ; des fruits sont servis pour compléter l'hydratation).

Quelques bénévoles interviennent régulièrement ou ponctuellement. Ils proposent des ateliers (exemple : bricolage de Noël) ou des animations (exemple : musique, danse). Leur nombre est en augmentation.

Une animation de grande envergure est organisée à Noël : un marché de Noël et une tombola permettent d'apporter quelques ressources complémentaires pour l'animation.

Des projets sont en cours pour l'UVP :

- Mise en place d'un repas thérapeutique.
- Installation d'un mur sensoriel.

Difficultés, points de vigilance

Lorsqu'il y a des sorties, il n'y a pas d'animation pour les personnes qui restent dans l'établissement.

Il n'y a pas de temps d'animation collective dédié à l'UVP ; les animations sont assurées par les soignants et l'ASL lorsqu'ils en ont la disponibilité ce qui arrive rarement. Par ailleurs, les animations ne sont pas rythmées et ritualisées à l'UVP alors que les pathologies des résidents nécessitent une ritualisation et une régularité dans les actions mises en place.

Il y a un espace Snoezelen mais il n'est pas utilisé par manque de disponibilité du personnel, alors qu'il existe une salle très bien équipée et que les professionnels sont formés.

Il n'y a pas d'animation institutionnelle le week-end ; seuls des temps mis en place à l'initiative des professionnels, en fonction de leur disponibilité, sont proposés. Les familles regrettent cet état de fait.

Les échanges avec l'extérieur

Des sorties sont organisées, environ 5 fois par an, avec l'aide de bénévoles parmi les familles et les professionnels.

Des petites sorties « collation » sont faites au super U qui se trouve à quelques mètres de l'EHPAD, à l'initiative des soignants.

Difficultés, points de vigilance

Les sorties sont organisées sur la base du bénévolat et avec les véhicules des professionnels ; pour cette raison elles sont peu nombreuses.

Il y a peu d'approches avec les écoles, peu de rencontres intergénérationnelles, peu de rencontres avec les autres EHPAD.

Globalement, il y a peu d'échanges avec l'extérieur.

Opportunités

L'achat prochain d'un minibus facilitera les sorties.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Animation : favoriser les sorties pour les résidents	Organiser un roulement pour s'assurer qu'un maximum de résidents profitent des sorties	Animatrice

Le temps du repas

Les salles à manger sont organisées en trois secteurs :

- Au rez-de-chaussée, les résidents qui mangent seuls. Les assiettes sont préparées par la cuisine et servies par l'ASL ; il n'y a pas d'aide au repas.
- Dans l'unité Alzheimer, les repas sont acheminés dans un container. Les assiettes sont préparées par l'ASL et servies par l'AS et l'ASL. Les résidents qui le nécessitent bénéficient d'une aide au repas.
- Dans l'extension située au 1^{er} étage, les résidents les plus dépendants bénéficient tous d'une aide au repas. Les repas sont acheminés dans un container. Les assiettes sont préparées par l'ASL et servies par l'AS et l'ASL.

Par ailleurs, il existe une petite salle pour que les familles puissent venir manger avec leur parent ou conjoint.

Les personnes mangeant en chambre, sont servies sur plateau.

La durée des repas varie entre 45 minutes et 1 heure.

Les repas « faits maison » sont de bonne qualité ; les assiettes sont adaptées en fonction de ce qui est mentionné dans le PPI ou spécifié par le médecin ou, lorsque c'est compatible avec leur état de santé, en fonction des demandes des résidents.

L'établissement propose deux textures : normale et mixée. La politique de l'établissement en matière d'alimentation est de favoriser la mastication autant que possible pour favoriser le maintien de l'autonomie

et un bon niveau de prise en charge nutritionnelle. La décision de passage en mixé est faite par les soignants qui transmettent l'information en cuisine.

Les souhaits des résidents sont pris en compte :

- A l'admission, les préférences en alimentation sont demandées pour tout ce qui concerne les repas, les gouter, les encas, les boissons. Les goûts et les régimes sont pris en compte.
- Au moment du repas de midi, les résidents sont interrogés pour savoir si le menu du soir leur convient, notamment pour tenir compte des habitudes de vie (exemple : possibilité de dîner avec un café au lait si la personne avait l'habitude de le faire chez elle et qu'elle souhaite continuer).
- Il n'y a pas de menu de remplacement, mais un changement de plat reste toujours possible.

Le jeun de nuit est long (repas du soir à 18h – petit déjeuner entre 7h30 et 8h45), mais si un résident a faim dans la nuit, il lui est proposé une collation.

La cuisine est fortement impliquée dans la vie de l'établissement et les animations :

- des repas à thème sont organisés ;
- le dimanche est mis en valeur (le petit déjeuner et le goûter sont améliorés, un apéritif est servi, un dessert est préparé par la cuisine) ;
- le jour de son anniversaire, le résident reçoit une assiette gourmande au repas de midi ;
- des grandes fêtes sont organisées : la fête d'été en juin et le repas de Noël auxquels les familles peuvent participer.

Difficultés, points de vigilance

Le personnel des petites salles à manger (extension et UVP) est chargé de mettre la table, servir les repas, aider au repas, débarrasser les tables, faire la plonge. La perception de ces salariés est que cette charge de travail rend la prise en charge des résidents pendant les repas insatisfaisante par manque de disponibilité.

Le manque d'espace dans la salle à manger de l'extension ne permet pas aux professionnels de s'installer correctement auprès des résidents.

La présence des familles en salle à manger représente une gêne pour le personnel car certaines se permettent de se substituer aux professionnels sans tenir compte des consignes spécifiques. Par ailleurs, il arrive qu'un trop grand nombre de visiteurs s'installent à table ce qui dérange le service.

Menaces

Certaines familles sont potentiellement dangereuses car elles perturbent le travail des professionnels, donnent les médicaments, se mêlent de ce que font les autres résidents, se permettent d'aller en cuisine, etc.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Modifier l'organisation du temps de travail pour soulager la charge de travail des soignants pendant le temps du repas dans l'extension	Transformer un poste C en poste A	Directrice
Réguler la présence des familles pendant le temps du repas	Demander aux familles de ne pas venir pendant les repas sauf pour celles aidant leur parent (à faire en chambre)	Directrice

L'accompagnement du décès et du deuil

Les résidents (ou leur famille s'ils ne peuvent le faire) complètent deux documents : les directives anticipées et les volontés présumées.

Lorsqu'un résident est en fin de vie, les familles peuvent dormir et manger dans l'établissement dans les jours précédant le décès.

Lorsqu'un décès survient :

- Il est annoncé verbalement aux résidents qui connaissent le résident ; les modalités d'annonce se font au cas par cas.
- L'information est mentionnée sur un tableau à l'UVP (s'il s'agit d'un résident de l'UVP).
- Dans la partie de l'EHPAD non UVP, un affichage est fait pour annoncer le décès et une bougie est allumée devant l'affichage.
- Une rose blanche est accrochée sur la porte de la personne décédée.
- Une carte de condoléance est envoyée systématiquement à la famille.

Difficultés, points de vigilance

Les soignants ne disposent pas de temps de présence complémentaire pour accompagner la fin de vie d'un résident, ce qui ne leur permet pas d'augmenter le nombre de passages auprès de cette personne

Après un décès, il n'y a pas d'accompagnement spécifique, ni pour les familles, ni pour les professionnels.

L'application des directives anticipées n'est pas claire pour les professionnels, ils ne savent pas dans quelles conditions elles doivent être appliquées. Par ailleurs, le fait qu'elles soient souvent complétées par les familles les rend non opposables.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Faciliter la mise en œuvre des directives anticipées conformément à la réglementation	Identifier précisément les actions à mener par les soignants en cas d'urgence pour un résident ayant signé les DA	MEDEC, équipe soignante
	Faire revalider les DA par le référent et la psychologue, à un mois, en présence du résident et de la famille	Référent, psychologue

L'accompagnement spécifique des résidents atteints d'une MND

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM (cf. fiche repère : « Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en EHPAD »), l'établissement a élaboré un bilan des actions mises en œuvre pour accompagner la vie sociale des résidents présentant un déclin cognitif, que ces derniers soient hébergés au sein de l'unité de vie protégée ou qu'ils vivent au sein même des autres services de l'EHPAD.

Cf. document page suivante.

Bilan-diagnostic relatif aux résidents porteurs de MND



Bilan activités physiques et sociales :

- Il existe un jardin thérapeutique qui offre un espace de déambulation et un parcours de déambulation interne accessibles en libre accès.
- Les soignants sollicitent et accompagnent à la marche.
- Les soignants proposent des séances de gymnastique assise, ponctuellement.
- Au changement de saison, des ateliers créatifs sont proposés pour permettre aux résidents de se repérer dans le temps.
- Ponctuellement des ateliers de peinture, découpage, dessin, tricotage sont proposés.
- Il n'existe pas un programme d'animations fixe ; le poste d'ASL en charge de l'animation n'est pas régulier.
- Il existe une salle Snoezelen bien équipée, mais qui est peu utilisée.

Bilan présence des proches :

- La plupart des résidents ont des visites régulières de leurs proches.
- Il n'existe pas de formation (ou information) organisée pour les familles.
- Ponctuellement les familles peuvent assister à des animations festives organisées au niveau de l'EHPAD (ex. fête de Noël, fête de l'été).
- Au cas par cas des explications sont données aux proches sur les modalités de communication à adapter au cas spécifique de leur parent.
- Les outils de médiation (ex. salle Snoezelen, médiation animale, musicothérapie...) ne sont pas mis à disposition des familles.

Bilan des droits individuels :

- Il n'existe pas d'instance spécifique de questionnement éthique.
- Le consentement du résident est recherché au moment de son entrée.
- Tous les actes de la vie quotidienne font l'objet d'une recherche de consentement. En cas de refus, celui-ci est tracé dans le logiciel de soins.
- Les résidents ont la liberté d'aller et venir dans les espaces communs à l'intérieur de l'UVP.
- Une surveillance partielle est mise en place pour les sorties dans le jardin (pour éviter les fugues).
- Les portes des chambres sont fermées en journée, ce qui empêche un isolement qui pourrait être souhaité par le résident. Elles sont également fermées la nuit mais déverrouillables de l'intérieur.
- Les résidents sont accompagnés lorsqu'ils participent aux animations ou sorties extérieures de l'EHPAD sous la responsabilité de l'animatrice.

Bilan résidents isolés :

- Il existe un poste d'AMP qui propose des moments individuels (ex. : soins esthétiques).
- Les soignants et les ASL utilisent tous les temps libres, même courts, pour proposer des moments individuels.
- La fermeture des chambres en journée amène les résidents à se retrouver dans le salon ce qui limite l'isolement.
- Les résidents échangent peu entre eux en dehors des temps spécifiques prévus à cet effet (exemple : atelier réminiscence).
- Les moments individuels évoluent souvent en temps collectif.
- Un suivi psychologique est mis en place à la demande des équipes.
- L'infrastructure présente certaines inadaptations : passage entre intérieur et jardin /patio, petite pente dans le jardin, piliers, différences de couleurs de sol, fauteuils et canapés trop bas.

3.2. Le projet de soins et d'accompagnement des résidents

Les éléments du projet de soins énoncés ici viennent en complément de ceux portés dans le document « projet de soins » élaboré par le médecin coordonnateur (cf. annexe).

La place de l'utilisateur dans sa prise en charge

Lors de la préadmission, le résident (ou sa famille) écrit son histoire de vie. Cela permet aux soignants :

- de faire sa connaissance avant l'entrée et d'être vigilants aux sujets sensibles le concernant ;
- de connaître ses goûts sur le plan de l'alimentation, de l'animation, etc.

Tout au long du séjour, les soignants respectent le rythme de vie des résidents.

Si un résident manifeste un refus de soins, l'équipe respecte ce refus puis re-propose à un autre moment ou fait le minimum (notamment pour la toilette).

Difficultés, points de vigilance

La culture de l'oralité est très forte au sein de l'équipe soignante, mais une information orale peut être mal interprétée ou mal comprise par l'un ou l'autre membre de l'équipe.

Les documents portant des informations confidentielles sur les résidents sont déchirés et mis à la poubelle ; mais rien ne garantit que la confidentialité soit respectée.

Il n'y a pas de temps spécifique permettant de vérifier que la prise en charge est conforme aux attentes du résident et de sa famille.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Veiller à la confidentialité des informations relatives à la santé des résidents	Utiliser le destructeur de documents situé à l'administration	Tous les professionnels

Le maintien de l'autonomie

Les soignants s'efforcent de maintenir l'autonomie en stimulant les résidents au moment de la toilette, dans la marche, au moment du repas.

Des séances de kinésithérapie sont mises en place sur prescription médicale et des séances de gymnastique douces sont proposées au moins une fois par semaine par les soignants.

Les résidents autonomes disposent de la liberté d'aller et venir dans et hors de l'établissement, dans les limites de leur sécurité.

Au sein de l'unité Alzheimer, les résidents peuvent déambuler de jour comme de nuit dans l'ensemble du service.

Les résidents qui le souhaitent peuvent participer aux actes de la vie quotidienne (mettre la table, balayer, plier des serviettes...).

Difficultés, points de vigilance

Les professionnels disposent de compétences, de qualités humaines qui pourraient être exploitées pour favoriser l'autonomie des résidents par des temps de prise en charge individuelle, mais de nombreux professionnels travaillent à temps partiel ce qui limite considérablement leur possibilité d'investissement en dehors des soins.

Certaines situations viennent contrarier les efforts faits par les soignants pour maintenir l'autonomie :

- Les familles achètent des vêtements difficiles à mettre en autonomie ce qui freine l'habillage par le résident lui-même.
- L'établissement manque de couverts ergonomiques qui permettraient à certains résidents en perte d'autonomie dans la prise du repas de manger seuls.
- Les personnes les moins autonomes ne peuvent pas bénéficier des sorties organisées par l'animation.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Développer le maintien de l'autonomie	Envisager l'intervention d'un temps d'ergothérapeute (en libéral ou salarié)	Directrice
	Mener une réflexion sur les actions à mettre en place pour faciliter le « manger seul » (couverts ergonomiques, manger mains)	IDEC, psychologue, ergothérapeute
	Favoriser, en interne, la stimulation dans les besoins de la vie quotidienne (inciter à aller aux toilettes, accompagner à la marche...)	Equipe soignante
	Développer un projet sur la stimulation sensorielle	IDEC, psychologue, ergothérapeute

L'organisation des soins et la continuité des soins

Les infirmières sont présentes dans l'établissement tous les jours 6h30 à 14h00 et de 13h30 à 21h00.

Les aides-soignants sont présents quotidiennement de 6h30 à 20h45. L'organisation est la suivante dans chaque service :

- Le matin, un AS est présent de 6h30 à 10h30 et un autre de 6h30 à 14h00.
- L'après-midi, un AS est présent de 13h30 à 20h45.

L'équipe de nuit est composée d'un AS et d'un ASL.

Le matin, pour les toilettes, chaque soignant dispose d'une liste de résidents à prendre en charge. Cette liste est ajustée par eux-mêmes en fonction de divers critères : l'évolution de la dépendance des résidents, l'arrivée d'un nouveau résident, etc... Cette réévaluation est faite au moment des relèves.

Les transmissions sont réalisées sur le logiciel de soins et les informations les plus importantes sont imprimées quotidiennement. Il est possible de stipuler par des codes couleur les informations importantes, les consignes récurrentes.

Deux relèves orales sont organisées le matin et à la mi-journée entre les soignants.

Plusieurs médecins traitants interviennent dans la structure, deux d'entre eux assurant le suivi d'une majorité de résidents. Ils acceptent de se déplacer à la demande dans la journée en cas de nécessité.

Le MEDEC est présent le jeudi à hauteur de 0,15 ETP.

Difficultés, points de vigilance

Il n'y a ni cohérence, ni harmonisation des pratiques des soignants ; chaque soignant organise la prise en charge à sa façon au jour le jour en fonction des priorités identifiées par chacun. Certains résidents sont déstabilisés par cette organisation.

Menaces

Le poste de MEDEC est financé à hauteur de 0,50 ETP, mais le MEDEC en poste ne peut assurer ce temps de travail en raison de ses autres engagements.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Renforcer la continuité des soins	Optimiser la qualité et l'efficacité des transmissions orales	IDEC, MEDEC
	Optimiser la réorganisation des réunions pluridisciplinaires	IDEC, MEDEC
	Modifier la fiche de poste des AS afin de trouver une organisation en adéquation avec le rythme de vie des résidents	IDEC, directrice
	Optimiser le recueil informatique des résultats biologiques	MEDEC, IDEC, directrice
Harmoniser les pratiques de prise en charge et les formaliser	Identifier les risques liés à la prise en charge pour chaque résident	IDEC, MEDEC
	Identifier une prise en charge spécifique pour chaque risque identifié	IDEC, MEDEC
	S'assurer que la prise en charge soit harmonisée et réellement mise en œuvre	IDEC, MEDEC
Mettre en place une organisation pour faire remonter à la direction les difficultés qui se présentent au quotidien dans l'organisation des soins	Mettre en place un référent aide-soignant chargé de représenter ses collègues (en coordination avec l'IDEC)	Directrice

La prise en charge non médicamenteuse

Des substituts sont proposés pour limiter les médicaments :

- Jus de pomme et pruneaux pour faciliter le transit,
- Les soins de bouche au coca cola,
- Certains pansements sont faits à base de miel,
- Des huiles sont proposées pour lutter contre les peaux sèches,
- Des aliments protéinés sont prescrits aux résidents dénutris,
- Des diffuseurs d'huile essentielle sont utilisés pour lutter contre les rhinopharyngites ou pour apaiser les angoisses.

Il existe une salle Snoezelen avec un matelas à eau qui peut être utilisée pour des résidents agités ou angoissés. Six ou sept professionnels sont formés à son utilisation.

Difficultés, points de vigilance

L'utilisation de la salle Snoezelen n'a pas été réfléchi :

- Elle est peu utilisée en raison du temps nécessaire pour faire une séance complète (40 mns) ; le personnel ne dispose pas de ce temps.
- Elle est mal positionnée géographiquement : à côté de la salle de soins et dans un lieu de passage exigü.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Privilégier l'approche non médicamenteuse	Intégrer l'utilisation de la salle Snoezelen dans les réflexions sur une nouvelle organisation des temps d'animation par les professionnels qualifiés	IDEC, psychologue
	Rencontrer des partenaires extérieurs pour renforcer la prise en charge non médicamenteuse	Directrice, MEDEC

Les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie

La volonté de l'établissement est de ne pas laisser un résident mourir à l'hôpital ; dans la mesure du possible la personne revient au sein de l'EHPAD pour sa fin de vie.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) rattachée au centre hospitalier d'Haguenau peut intervenir à la demande. De plus, en cas de nécessité particulière, le SSIAD de Diéméringen peut être sollicité.

Les professionnels s'organisent pour alterner soins de confort et toilette afin d'accompagner au mieux le résident en fin de vie tout en tenant compte de leurs contraintes de temps.

Des éléments d'ambiance sont mis en place : huiles essentielles, musique.

Difficultés, points de vigilance

Souvent l'EMSP intervient trop tardivement.

Les soignants ne disposent pas de suffisamment de temps pour faire les soins de confort. L'accompagnement de fin de vie est difficile à vivre pour les soignants en raison du manque de temps et du manque de moyens.

Il existe une incompréhension de la part des soignants sur les raisons qui motivent les médecins à retarder la mise en place de traitements antalgiques forts lors qu'un résident est en fin de vie et particulièrement douloureux. Les professionnels sont en souffrance face à la douleur de certains résidents.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Améliorer l'accompagnement de fin de vie	Offrir la meilleure qualité de vie possible aux résidents et à leurs proches dans une approche globale individualisée	IDEC, MEDEC
	Mener une réflexion sur le retour des résidents au sein de l'EHPAD lorsqu'ils se trouvent en situation palliative	MEDEC, IDEC en lien avec l'équipe soignante, directrice

AXES D'AMELIORATION COMPLEMENTAIRES

En lien avec le « projet de soins » élaborés par le médecin coordonnateur, des axes d'amélioration spécifiques ont été identifiés :

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Sécuriser le circuit du médicament	Désigner un référent en charge de vérifier régulièrement le chariot d'urgence	IDEC
	Optimiser la gestion des stocks	IDEC
Maîtriser le risque infectieux	Actualiser et enrichir la documentation qualité relative au risque infectieux	IDEC
	Etablir un plan de formation au risque infectieux en EHPAD	IDEC, MEDEC
	Mettre à jour le DARI	IDEC, responsable logistique
Améliorer la prise en charge de la douleur	Continuer à sensibiliser l'équipe soignante à la bonne évaluation de la douleur	IDEC, MEDEC
	Donner les moyens à une bonne évaluation de la douleur	IDEC, MEDEC, directrice
	Poursuivre la formation des soignants à la prise en charge de la douleur	IDEC, MEDEC, directrice
Renforcer la prise en charge des chutes	Réduire le nombre de chutes	Equipe soignante
	Déclarer chaque chute comme événement indésirable	Equipe soignante
Poursuivre la prise en charge des escarres	Prévenir au maximum afin de minimiser la survenue des escarres	Equipe soignante
	Identifier les protocoles de prise en charge de l'escarre	IDEC, MEDEC
Poursuivre la prévention de la dénutrition	Assurer la traçabilité dans le dossier informatique du diagnostic de prise en charge de la dénutrition	MEDEC
	Sensibiliser le personnel au problème de la dénutrition de la personne âgée	IDEC
Poursuivre la prévention des risques liés à la contention physique	Limiter les contentions	IDEC, MEDEC
	Evaluer lors des réunions pluridisciplinaires la nécessité ou non d'une contention	IDEC, MEDEC

Accompagnement des résidents porteurs de maladies neuro-dégénératives

De même que pour le Projet vie sociale et animation, un bilan des actions spécifiques relatives aux soins a été réalisé par l'établissement.

Cf. pages suivantes.

Bilan diagnostic relatif aux résidents porteurs de MND



Bilan des hospitalisations d'urgence :

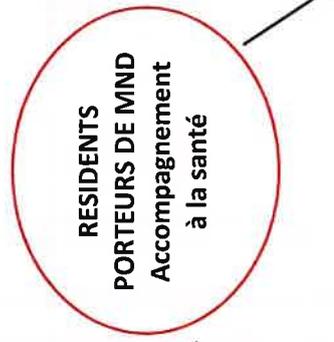
- Une réunion mensuelle pluridisciplinaire est en place ; elle porte sur la surveillance des poids et le bilan des chutes.
- Une évaluation gériatrique du traitement médicamenteux du résident est réalisée en sortie d'hospitalisation et discutée avec le médecin traitant.
- Le DLU (dossier de liaison d'urgence) est en place pour chaque résident.

Bilan médicamenteux :

- Une évaluation gériatrique du traitement médicamenteux du résident est réalisée par le MEDEC ; le cas échéant, une discussion avec le médecin traitant est engagée.
- Mise en place d'un livret médicamenteux avec pharmacopée adaptée à la personne âgée.

Bilan des chutes :

- Les résidents « chuteurs » à répétition sont identifiés.
- Les activités physiques sont adaptées aux résidents.
- La contention est utilisée dans l'établissement et réévaluée par le médecin traitant sous surveillance du MEDEC.
- Les locaux sont sécurisés.
- Les aides techniques à la marche adaptées aux troubles locomoteurs identifiés sont présentes au sein de l'établissement.
- Une rééducation est possible au sein de l'établissement.



**RESIDENTS
PORTEURS DE MND
Accompagnement
à la santé**

Bilan sensoriel :

- Une réflexion est en cours au sein de l'établissement concernant le dépistage des troubles sensoriels en corrélation avec le traitement.
- L'environnement est adapté au résident.
- Les aides techniques sont existantes au sein de l'établissement.
- Une recherche de convention avec différents professionnels est à l'étude (orthophoniste, ergothérapeute).

Bilan nutritionnel :

- Les résidents sont pesés mensuellement.
- Les mesures correctives sont appliquées en cas de dénutrition.
- La stratégie de prise en charge nutritionnelle existe au sein de l'établissement.
- La voie orale est privilégiée.
- L'enrichissement de l'alimentation traditionnelle est réalisée (poudre de lait, fromage râpé, œuf...) afin d'augmenter l'apport énergétique.
- L'aide au repas dans un environnement agréable est réalisé.
- Il existe un repas de substitution ainsi qu'une collation afin d'éviter une période de jeun nocturne trop longue (> 12h).
- L'utilisation des CNO est possible au sein de l'établissement, souvent en seconde intention.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Améliorer la prise en soins des résidents atteints de MND	Prévoir une évaluation à trois mois après l'admission	MEDEC ou psychologue
	Essayer de mettre en place une politique de limitation des traitements psychotropes	MEDEC, directrice
	Poursuivre la formation du personnel sur les troubles psycho-comportementaux	Directrice
	Mettre en place des animations adaptées aux pathologies	Psychologue

3.3. Les paradoxes

L'accompagnement global des résidents dans le respect de leurs attentes individuelles, de leurs besoins spécifiques, de leur droit à choisir pour eux-mêmes vient souvent se confronter à un contexte réglementaire contraignant et aux limites imposées par les moyens alloués à l'établissement. Cette situation confronte régulièrement l'ensemble des professionnels à des paradoxes qu'ils ont eux-mêmes identifiés :

- L'établissement est amené à fermer des portes et à accueillir des résidents dans une unité protégée pour leur sécurité ; cela vient se confronter au respect de leur liberté d'aller et venir.
- De même, pour leur sécurité et leur santé (notamment éviter les chutes), des contentions sont mises qui entravent leur liberté de se déplacer.
- L'EHPAD est considéré comme un lieu de vie dans lequel la vie est contrainte, à la fois en raison du niveau de dépendance des résidents, des obligations de sécurité et des contraintes organisationnelles. Pour ces raisons, l'EHPAD devient un lieu de privation de liberté.
- Les résidents devraient être autorisés à faire ce qu'ils veulent, mais en réalité ce n'est pas possible de leur accorder cette liberté en raison des contraintes de la vie collective, des choix institutionnels.
- Les limites de prise en charge viennent se confronter aux valeurs de l'établissement (exemple : l'établissement souhaite permettre aux résidents de finir leur vie au sein de leur service, mais la prise en charge de la douleur en fin de vie n'est pas toujours possible).
- L'organisation liée au cadre financier et réglementaire empêche l'établissement et les professionnels de mettre tout en œuvre pour faciliter le maintien de l'autonomie.
- Les personnes doivent vivre en collectivité, alors que souvent ce n'est pas leur choix. La vie en collectivité leur impose des règles qu'elles n'ont pas choisies.
- Il est difficile pour les professionnels de trouver le bon équilibre entre privilégier les choix individuels des personnes, les besoins liés à leur santé, les nécessités de la vie en collectivité.
- L'institution qui devrait travailler au maintien de l'autonomie a tendance à rendre les personnes plus grabataires (médicamentation, mises de protection, contentions, etc.).
- Pour les résidents atteints de maladies neuro-dégénératives, le respect de leur rythme propre est essentiel au maintien de leur autonomie ; l'institution ne peut leur offrir cette possibilité.

Identifier des paradoxes ne permet pas forcément d'y apporter une réponse immédiate. Mais cette démarche permet de garder présent à l'esprit que la prise en charge de personnes âgées dépendantes, *a fortiori* présentant des troubles cognitifs, interroge constamment les équipes lorsqu'elle est faite dans le souci de proposer un accompagnement adapté, respectueux et pluriel.

4. L'ORGANISATION AU SERVICE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Au sein de l'EHPAD Les Coquelicots, c'est toute une organisation qui se met au service de l'accompagnement des résidents et des familles.

L'implication des professionnels, quels que soient leur fonction et leur niveau hiérarchique, conditionne la réalisation du projet d'établissement. Par ailleurs, l'établissement en tant que lieu de travail est également un lieu de vie pour tous ceux qui s'y investissent ; pour cette raison l'accompagnement des professionnels fait aussi partie des missions de l'EHPAD Les Coquelicots.

Les fonctions logistiques jouent un rôle fondamental dans la bonne prise en charge des résidents. De l'optimisation de leur organisation dépend en grande partie la tranquillité d'esprit des soignants qui peuvent alors se consacrer pleinement à leur mission première. Par ailleurs, toutes ces fonctions, qui touchent au quotidien des résidents, participent à leur confort en leur garantissant des repas de qualité, le lavage de leur linge personnel, la propreté des locaux dans lesquels ils se déplacent, l'entretien du parc dans lequel ils se promènent, etc.

Enfin, c'est toute la dimension sécuritaire globale qui est assurée par les fonctions transversales.

De même que dans le chapitre précédent, les pages suivantes font état des constats faits par les professionnels quant à l'organisation mise en place par l'établissement et proposent des axes d'amélioration.

Les points abordés concernent :

- 4.1. Le projet social et de soutien de professionnels
- 4.2. Les volets transversaux

4.1. Le projet social et de soutien des professionnels

Le développement des compétences

Les **formations** sont majoritairement faites avec le groupement « Alliance Saint Thomas ». Les professionnels s'inscrivent à partir d'une liste de formations proposées par le groupement. Ils peuvent également émettre des demandes particulières en dehors de celles proposées par le groupement. Le plan de formation est élaboré à partir des demandes.

Les demandes de VAE sont acceptées ; toutes les personnes qui ont eu leur VAE ses dernières années ont eu un poste équivalent à l'issue de leur formation.

Les **entretiens annuels d'évaluation** sont faits en même temps que les **entretiens professionnels** au rythme d'une fois tous les deux ans ; ils sont réalisés par les responsables hiérarchiques directs. Les salariés sont invités à préparer l'entretien en amont. La durée moyenne de chaque entretien est d'environ une heure.

Difficultés, points de vigilance

L'organisation des **formations** par le groupement « Alliance Saint Thomas » est complexe : les professionnels doivent s'inscrire sans connaître, ni le lieu, ni les jours des sessions. Il arrive que certains soient indisponibles lorsque la formation est programmée, ce qui oblige l'établissement à payer des jours non réalisés.

Les trames des **entretiens professionnels** semblent compliquées à remplir pour les professionnels.

La **GPEC** (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) n'est pas mise en place dans l'établissement.

Menaces

Les professionnels ne sont pas toujours motivés pour s'inscrire aux formations proposées par le groupement car elles sont organisées à distance de l'EHPAD, les obligeant parfois à dormir hors de chez eux.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Poursuivre les entretiens professionnels tous les deux ans	Sensibiliser les professionnels sur l'intérêt, les modalités et les finalités des entretiens professionnels	Directrice
Mettre en place la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	S'appuyer sur les entretiens professionnels	Directrice

La qualité de vie au travail

L'entente entre collègues est bonne ; globalement il y a de l'entraide entre les membres du personnel.

L'établissement est correctement équipé pour l'aide aux résidents dépendants (lève-malade, verticalisateurs, fauteuil de pesée) ce qui rend le travail moins pénible et limite les risques de TMS.

Les soignants peuvent prendre leur pause à leur rythme, en fonction du moment où ils ont terminé de faire les toilettes. Cela leur permet de faire une vraie pause.

Difficultés, points de vigilance

Les professionnels ressentent une frustration de ne pouvoir prendre du temps relationnel avec les résidents ; ils ont le sentiment de ne pas aller au bout de leur travail de soignant.

Menaces

La grabatisation des résidents risque de limiter davantage le temps que les soignants peuvent leur consacrer en dehors du soin strict, ce qui augmentera leur sentiment de frustration.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Limitier les troubles musculo-squelettiques	Etudier les possibilités d'installation de rails aux plafonds	Directrice
	Réfléchir sur la prise en charge des patients difficiles (exemple : toilettes à deux)	IDEC
	Réactualiser la formation "gestes et postures"	IDEC

Le dialogue social

Les délégués du personnel sont au nombre de quatre : trois titulaires et un suppléant. Ils ont été élus en 2016.

Ils ont permis des avancées sur le plan du respect des acquis sociaux (exemple : respect des jours de carence en cas de maladie, des jours de congés en cas de décès) et de la qualité de vie au travail (exemple : mise en place d'un repas de Noël).

Les œuvres sociales permettent de financer :

- Des chèques cadeaux remis à Noël à tous les professionnels.
- Une partie de la mutuelle.
- Des bons d'achat lors des événements familiaux.

Difficultés, points de vigilance

Les réunions des délégués du personnel ne sont pas régulières et pas mensuelles.

Une permanence a été mise en place par une déléguée titulaire, mais elle ne fonctionne pas.

Les DP représentent des syndicats différents, ce qui génère des tensions, un manque de cohésion et de collaboration entre eux.

Il existe un décalage entre les attentes des professionnels qui sont fortes et les possibilités réelles des délégués. Le dialogue entre professionnels et délégués est difficile.

Opportunités

De nouvelles élections sont à programmer en 2019, ce qui permettra au personnel d'élire le nombre de délégués requis.

Menaces

Le manque d'intérêt des professionnels pour l'engagement des délégués du personnel est source de découragement pour ces derniers.

La prévention des risques

Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) existe ; il a été réalisé en 2017.

Des FEI (fiches de déclaration d'événements indésirables) sont à disposition des professionnels ; ils peuvent les utiliser pour déclarer des risques les concernant directement.

Les EPI (équipements de protection individuels) indispensables sont disponibles et utilisés : gants, surblouses, tabliers à utiliser pour la prise en charge des résidents en isolement, protections pour les agents d'entretien...

Le DARI (document d'analyse du risque infectieux) a été fait mais il n'est pas à jour.

Les protocoles de **précautions standards et complémentaires** existent, ils sont connus et appliqués en cas de risque épidémique.

Difficultés, points de vigilance

Le **DUERP** n'est pas conforme au cadre proposé par logiciel AGEVAL qui sera prochainement développé dans l'établissement. De plus, il n'est pas à disposition des professionnels qui, de ce fait, ne le connaissent pas.

Il n'existe pas de procédure actualisée d'utilisation des **FEI** ce qui génère des doutes quant à leur utilisation.

Concernant les **risques relatifs à l'hygiène** :

- Il n'est pas mis en place de modalités permettant aux soignants de changer de tenue entre les toilettes et les aides au repas.
- En dépit d'une campagne vaccinale annuelle contre la grippe, très peu de professionnels se font vacciner.

Les professionnels se sentent parfois en **insécurité dans l'UVP** en raison de l'agressivité de certains résidents ; ils ne savent pas toujours quelle attitude il convient d'adopter.

Il n'y a pas de démarche engagée sur la question des **risques psychosociaux**.

Opportunités

La mise en place du logiciel AGEVAL permettra à tous les professionnels de disposer d'un accès aux outils relatifs à la démarche qualité et à la prévention des risques.

Menaces

La finalité des FEI n'est pas comprise par les professionnels qui les perçoivent comme un outil de sanction.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Mettre à jour le DUERP	Utiliser le logiciel qualité AGEVAL	Directrice
Mettre en place une évaluation des risques psychosociaux	Faire intervenir un intervenant extérieur pour mener les entretiens individuels	Directrice
Développer l'utilisation des fiches de déclaration des événements indésirables	Mener une action de sensibilisation auprès du personnel sur la finalité des FEI	Directrice
	Utiliser les fiches du logiciel AGEVAL	Directrice
	Elaborer une procédure de gestion et de suivi des FEI	Directrice
	Mettre en place un comité de retour d'expérience (CREX) en cas d'événement indésirable grave	MEDEC, IDEC
Accompagner les professionnels dans la gestion des situations difficiles dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs (agressivité, chutes...)	Inscrire une formation au plan pour les soignants concernés	Directrice, IDEC
	Redéfinir les temps de passage des veilleurs la nuit au sein de l'unité	Directrice, IDEC
	Etudier la possibilité d'installation d'un système de détection des chutes	Directrice, IDEC, responsable logistique

L'accueil et l'accompagnement des nouveaux salariés et des stagiaires

Concernant les nouveaux salariés :

- Pour tout nouvel embauché en CDI une visite de l'établissement est proposée au moment de l'entretien d'embauche.
- Les nouveaux salariés « doublent » sur chaque poste au moins une fois, davantage si possible.

Concernant les stagiaires :

- Leur planning est organisé en fonction des objectifs qu'ils ont à valider et de manière à ce qu'ils restent une semaine entière sur le même poste.
- Un salarié référent est nommé pour chaque stagiaire. Les professionnels sont invités à transmettre leurs observations à la personne référente.
- Il existe un livret d'accueil des stagiaires.

Difficultés, points de vigilance

Le livret d'accueil des stagiaires n'est pas remis systématiquement.

Opportunités

Il y a très peu de turn-over parmi le personnel AS et ASL, donc peu de remplacements de courte durée.

Menaces

Il existe une difficulté de recrutement des IDE sur le secteur ; au moment de l'élaboration du projet d'établissement, deux postes ne sont pas couverts.

L'accompagnement des agents dans les situations de prise en charge difficiles

Si les professionnels ont besoin de soutien dans le cadre de leur travail, notamment lors d'un décès, la psychologue peut se rendre disponible.

Difficultés, points de vigilance

Les médecins mettent parfois longtemps à déclarer qu'un résident est en fin de vie. Dans l'attente de cette décision, il n'est pas possible pour les soignants de mettre en place les soins de confort, les patchs anti-douleur que l'état du résident semble requérir. Les professionnels ne se sentent ni soutenus, ni accompagnés dans ces moments de prise en charge difficiles.

Les décès qui surviennent la nuit sont plus difficiles car les professionnels sont seuls à ce moment-là.

Certains résidents ou visiteurs se permettent d'avoir des attitudes ambiguës (dites « tactiles »). Les professionnels ne savent pas quelle attitude avoir et vers qui se tourner car les conduites à tenir ne sont pas claires.

Certaines familles génèrent du stress pour les soignants car elles mettent en danger la sécurité de leur proche par des attitudes insatisfaisantes, voire contraires aux besoins du résident. Les professionnels se sentent alors en danger quant à l'engagement de leur responsabilité en cas d'accident (exemple : lorsque certaines familles s'autorisent à ne pas respecter les règles, les régimes, les textures alimentaires...). Le « recadrage » des familles est difficile pour les professionnels.

Menaces

La pénurie d'IDE et l'absence d'IDEC renforcent l'insécurité des soignants qui ne peuvent se référer à aucun responsable direct.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Accompagner les prises en charge difficiles, tant en EHPAD que dans l'unité protégée	Mettre en place des groupes d'analyse de la pratique avec un professionnel extérieur à la structure	Directrice, IDEC, MEDEC

Les modalités de communication

La directrice a institutionnalisé des réunions d'information avec tout le personnel présent. Elles ont eu lieu deux fois depuis sa prise de poste (en juin 2018).

Des réunions sont organisées au niveau du service logistique ponctuellement, en fonction des besoins d'informations à donner aux agents logistiques.

Difficultés, points de vigilance

Des réunions mensuelles étaient organisées par l'IDEC, mais elles ne le sont plus au moment de l'élaboration du projet d'établissement parce que ce poste n'est pas pourvu. Ces réunions font défaut car :

- elles permettaient aux soignants d'aborder les difficultés rencontrées et d'envisager les solutions à mettre en place ;
- les ASL, qui y participaient également, pouvaient disposer d'informations concernant les résidents.

Menaces

La pénurie d'IDE a nécessité une réorganisation du temps de présence des IDE en poste qui, de ce fait, ne peuvent pas participer aux relèves

4.2. Les volets transversaux

La gestion de la restauration

La démarche HACCP est en place. Les prélèvements réglementaires sont faits par un laboratoire. La traçabilité est effective.

Le chef a le souci de limiter le coût des denrées alimentaires. Pour ce faire, il choisit des produits dont les DLC sont courtes afin de pouvoir acheter à moindre coût et proposer des menus de meilleure qualité. Il fait appel aux artisans du village autant que possible (exemple : ce sont les boulangers de Diémerringen qui livrent le pain). Les menus sont faits au maximum sur deux semaines en fonction des opportunités d'achat à moindre coût.

La politique de la cuisine est que « tout se travaille, rien de ne se perd » afin de limiter les gaspillages.

Le chef est à l'écoute des souhaits des résidents, d'une part parce que ces derniers viennent le voir directement, d'autre part parce que les professionnels lui transmettent les demandes spécifiques dont ils ont connaissance.

Difficultés, points de vigilance

La commission restauration n'est pas en place. Même s'il est à l'écoute, le chef manque de disponibilité pour aller à la rencontre des souhaits des résidents.

Les formations HACCP ne sont pas actualisées ; les professionnels qui interviennent ponctuellement ne sont pas formés.

Les relevés de températures sont faits en sortie de cuisine ; par contre, ils ne sont pas faits au service de la dernière assiette dans les deux restaurants annexes.

Les familles qui viennent manger dans la petite salle à manger réservée à cet effet ne sont pas toujours respectueuses des horaires ; cela désorganise le travail des professionnels.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Renforcer la formation HACCP en restauration	Actualiser la formation HACCP pour les personnes déjà formées	Directrice
	Former les personnes qui n'ont pas encore eu la formation HACCP	Directrice
Donner un espace de parole aux résidents sur leurs besoins, envies, demandes de changements	Ré-institutionnaliser la commission restauration	Chef cuisinier, IDEC, MEDEC
	Motiver les résidents à participer à la commission restauration	Chef cuisinier, IDEC, MEDEC
Intégrer une approche diététique dans la conception des menus en maintenant une alimentation adaptée à chaque résident	Faire intervenir une diététicienne	Directrice

La gestion du linge

Le poste de lingère a été créé en 2018. Cette nouvelle organisation, favorisée par le fait que les lingères se sont coordonnées et organisées pour travailler de la même manière, a permis d'améliorer considérablement cette prestation.

La lingerie est organisée avec une zone sale et une zone propre qui sont distinctes et séparées par des machines à double entrées.

L'ouverture de la lingerie en journée permet aux résidents d'aller voir les lingères s'il leur manque un vêtement, pour un raccommodage, si un vêtement est abîmé, etc. Il y a un vrai contact entre les résidents et les lingères, ce qui a permis de diminuer les remarques des résidents sur le linge.

Il existe une réserve de linge qui permet de fournir du linge aux résidents si nécessaire.

Difficultés, points de vigilance

Le tri du linge, réalisé par les AS, n'est pas toujours fait correctement ; du linge délicat est parfois mélangé au linge lavable en machine.

Le rangement des armoires des résidents, qui fait partie des missions des AS, n'est pas toujours fait correctement ; cela complique le travail des lingères et augmente le temps qu'elles doivent consacrer à cette tâche. Par ailleurs, les lingères estiment que le temps imparti à la distribution du linge est trop court.

Le stockage en lingerie n'est pas adapté au rythme de distribution du linge.

La méthode RABC n'est pas en place. Le personnel n'a pas été formé et la traçabilité n'est pas systématisée. La petite machine qui sert à laver le linge infecté est également utilisée pour le lavage du linge de cuisine. Le protocole « circuit du linge » n'est pas systématiquement appliqué pour le lavage du linge de maison ; chaque professionnel intervenant sur le linge de maison organise son travail à sa façon.

~~Menaces~~
Le poste de lingère n'est pas pérenne.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Améliorer la désinfection en lingerie	Mettre à jour et appliquer les protocoles de désinfection en lingerie	Responsable logistique
	Mettre en place la traçabilité	Responsable logistique
	Faire respecter le circuit propre/sale en lingerie par les professionnels et les résidents	Responsable logistique
Pérenniser le poste de lingère		Directrice

Le ménage des espaces communs et des espaces privés

La traçabilité concernant le ménage est en place.

Le ménage à fond est organisé selon une planification annuelle. Par ailleurs, il est mis en place un cahier qui fait office de consignes et de traçabilité pour les tâches de ménage à fond.

Le personnel a été formé récemment à l'utilisation de la monobrosse et de l'auto-laveuse.

Difficultés, points de vigilance

Les formations au bionettoyage n'ont pas été réactualisées récemment.

La maintenance des bâtiments et l'entretien des espaces verts

A chaque changement de résident, les chambres sont rafraichies si nécessaire (les murs sont lessivés ou repeints selon la nécessité).

Le service bénéficie d'une certaine autonomie dans l'organisation de son travail.

L'organisation est simple mais efficace : le personnel note sur un cahier les réparations nécessaires ; les agents d'entretien indiquent lorsque celles-ci sont réalisées.

Les relevés de température de l'eau chaude sanitaire sont faits chaque semaine. Il existe un carnet sanitaire.

Les visites de la commission de sécurité sont accompagnées par le responsable logistique.

Difficultés, points de vigilance

Le bailleur social se déplace peu sur site et les interlocuteurs changent fréquemment ce qui complique la mission du responsable logistique concernant le suivi des travaux. Par ailleurs, l'établissement n'a pas toujours le choix des prestataires qui interviennent.

Les travaux de maintenance préventive sont en retard.

La sécurité des biens et des personnes

Chaque résident dispose d'un coffre fermant à clé dans sa chambre, ce qui lui permet de mettre ses objets de valeur, argent et papiers d'identité en sécurité.

Tous les contrôles relatifs à l'incendie sont faits et tous les professionnels sont formés annuellement à la sécurité incendie (manipulation des extincteurs, conduites à tenir en cas d'incendie) ; ces formations sont organisées par un organisme extérieur.

Des barrières sont mises devant chaque descente d'escalier afin d'éviter les chutes de résidents.

Toutes les portes donnant sur l'extérieur sont fermées. Seule la porte d'entrée est accessible entre 7h00 et 12h00 et entre 13h00 et 18h00. En dehors de ses horaires, les personnes souhaitant entrer dans l'établissement doivent sonner.

Le diagnostic accessibilité a été fait par l'établissement en 2012, puis refait par le bailleur social, propriétaire de l'établissement. Toutes les recommandations ont été levées.

Le DARDE n'a pas été élaboré mais les mesures de continuité de fourniture d'électricité sont mises en œuvre. Le groupe électrogène couvre l'ensemble de l'établissement.

Les professionnels de nuit sont équipés d'un système de « travailleur isolé » qui leur permet de prévenir leur collègue en cas de difficulté.

Le plan bleu est activé en période de canicule.

Difficultés, points de vigilance

Le plan de sécurisation de l'établissement n'est pas réalisé.

Le plan bleu existe, mais il n'a pas été remis à jour.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
Former rapidement les nouveaux professionnels à la sécurité incendie	Organiser une formation en interne dans les jours suivants l'embauche	Responsable logistique
	Organiser la formation incendie en deux sessions distinctes (une fois au printemps, une fois en automne)	Responsable logistique
Sécuriser la gestion des urgences la nuit	Former les ASL de nuit aux gestes de premier secours	Directrice
Mettre à jour le plan bleu		Directrice, IDEC, MEDEC
Elaborer le plan de sécurisation de l'établissement		Directrice

La démarche Responsabilité Sociétale des Organisations

L'établissement faisant partie du groupement d'achat Saint Thomas, cela lui permet de mutualiser certains achats et certaines prestations.

Au niveau de la cuisine, le chef privilégie les DLC courtes afin de bénéficier de tarifs préférentiels (cf. *supra*).

Une politique de gestion éco-responsable est mise en œuvre :

- Les professionnels mettent en œuvre le tri des déchets : verres, cartons, papiers, plastiques, déchets alimentaires, piles, DASRI. Il existe une politique de tri avec mise en place des sacs de couleurs différentes sur les chariots (sacs bleus pour les déchets ménagers, sacs verts pour les déchets alimentaires, sacs orange pour les déchets recyclables, containers jaunes pour les DASRI).
- L'eau n'est pas servie en bouteilles, mais en carafes. Les eaux de fontaine sont raccordées au réseau. Les gobelets en plastique seront prochainement supprimés.
- L'établissement est équipé quasiment totalement en ampoules à led.
- Il y a des économiseurs d'eau sur la robinetterie.
- De nombreux produits éco-label sont utilisés.

Difficultés, points de vigilance

Des efforts restent à faire concernant l'extinction des lumières dans les pièces vides.

Axes d'amélioration	Actions envisagées	Pilotes
En restauration, développer les circuits courts		Directrice, chef de cuisine
En restauration, faire appel aux producteurs locaux, dans le respect de la réglementation dans le domaine de l'hygiène		Directrice, chef de cuisine
Poursuivre la politique de développement durable		Tout le personnel

5. LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

5.1. Les modalités de communication et de validation

Les axes d'amélioration et actions afférentes seront présentés à l'ensemble des professionnels selon des modalités à la convenance de la direction de l'établissement.

La communication et la validation formelles du présent document suivent le processus suivant :

- 1- Recueil de l'avis simple du CVS.
- 2- Recueil de l'avis simple des représentants du personnel.
- 3- Délibération du Conseil d'Administration.

A l'issue de cette dernière étape, le projet d'établissement, réputé approuvé, doit être diffusé selon des modalités arrêtées par la direction de l'EHPAD Les Coquelicots.

5.2. Les modalités de mise en œuvre

Un plan d'action, mis sous format Excel, a été élaboré afin de permettre d'assurer le suivi de la mise en œuvre des axes d'amélioration inscrits dans le présent projet d'établissement. Chaque action découlant des axes d'amélioration a été validée par le Comité de Pilotage qui a également identifié les personnes en charge de leur mise en œuvre.

Des priorités ont été déterminées, mais les échéances n'ont pas été identifiées à la date de rédaction du présent document. Elles le seront ultérieurement par le COPIL.

Ce plan d'action contribuera à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il sera revu et actualisé à périodicité régulière de sorte qu'il devienne un véritable outil de suivi permettant au Comité de Pilotage de se réinterroger régulièrement sur les avancées réelles de l'établissement.

Les objectifs du CPOM viendront nourrir ce plan d'action.

Extrait du plan d'action

Chapitres correspondants du PE	Objectifs généraux et opérationnels définis	Actions envisagées pour concrétiser les objectifs	Réalisateur des actions (équipe, responsable, référent...)	Priorité	Échéances			Indicateurs d'évaluation, suivi avec preuves et commentaires libres	E T A T
					A N S	M O I S	Récurrent		
Projet de vie sociale et d'animation	Faciliter la mise en œuvre des directives anticipées conformément à la réglementation	Identifier précisément les actions à mener par les soignants en cas d'urgence pour un résident ayant signé les DA	MEDEC, équipe soignante	2					
Projet de vie sociale et d'animation		Faire revalider les DA par le référent et la psychologue, à un mois, en présence du résident et de la famille	Référent, psychologue	2					
Projet de soins et d'accompagnement	Sécuriser le circuit du médicament	Désigner un référent en charge de vérifier régulièrement le chariot d'urgence	IDEC	1					
Projet de soins et d'accompagnement		Optimiser la gestion des stocks	IDEC	3					

CONCLUSION

L'EHPAD Les Coquelicots est riche de nombreux atouts : la qualité de l'accueil réservé aux résidents et à leurs proches, la recherche d'une prise en charge individualisée pour chaque résident, la présence quotidienne d'une animatrice, la qualité des repas et de l'ensemble des prestations logistiques, l'encadrement bienveillant de professionnels soucieux du bien-être des personnes âgées, etc.

Tous les points forts identifiés dans les pages précédentes sont le socle qui permettra à l'EHPAD Les Coquelicots d'améliorer encore la qualité du service rendu aux usagers.

Comme dans tout EHPAD, tout à la fois lieu de vie et lieu de soins, la recherche de l'équilibre entre ces deux dimensions, au service de résidents pour la plupart polypathologiques et désorientés, nécessite des ajustements permanents. L'élaboration du présent projet d'établissement a été l'opportunité de mettre en évidence les axes d'amélioration nécessaires, dans le but de perfectionner et de rendre ainsi plus efficaces les organisations en place.

Enfin, ce projet d'établissement devrait permettre à l'EHPAD de disposer d'un outil de dialogue avec les autorités de contrôle et de tarification et viendra nourrir la discussion qui s'engagera dans le cadre du futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

