



Projet d'établissement

2015-2020

Le projet stratégique

Le projet d'accompagnement

*La personnalisation
La garantie des droits et Bienveillance
La protection, la prévention des risques
et la promotion de la santé
L'accompagnement de fin de vie*

Le projet qualité et gestion des risques

Le projet social



EHPAD Village du Porhoët

2 rue du Porhoët

56660 Saint Jean Brevelay

<http://www.villageduporhoet.fr/>

Tél.: 02 97 60 31 85

Sommaire

Préambule	4
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.....	5
Présentation du village.....	6
L'historique.....	6
La situation géographique.....	6
Les valeurs.....	7
Les missions.....	8
La population accueillie.....	9
L'établissement dans son environnement.....	10
L'offre de service.....	12
La nature de l'offre.....	12
Le fonctionnement.....	13
LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	18
Les orientations stratégiques	18
LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT	20
La personnalisation de l'accompagnement.....	21
Présentation	21
Projets d'amélioration.....	23
La promotion de l'autonomie et de la participation sociale.....	24
Présentation	24
Projets d'améliorations	25
La garantie des droits et la Bienveillance.....	26
Présentation	26
Projets d'amélioration.....	27
La protection, la prévention des risques et la promotion de la santé	28
Présentation	28
Projets d'amélioration.....	29
L'accompagnement de fin de vie	31
Présentation	31
Projets d'amélioration.....	32
La qualité de vie.....	33
Présentation	33

Projets d'amélioration.....	34
LA MISE EN ADEQUATION DES MOYENS.....	35
Le projet social	36
La gestion des ressources humaines	36
La formation et l'évaluation	37
L'organisation du travail.....	37
Les conditions de travail.....	40
Le projet qualité	41
L'organisation de la démarche qualité.....	41
Les évaluations	42
Annexes	44
Annexe 1 - Caractérisation de la population et les impacts notables sur l'accompagnement	44
Annexe 2 – Le plan d'actions en cours au 01/06/2015	48
Annexe 3 – Modèle de fiche action.....	52
Annexe 4 – Plan de formation pluriannuel.....	53
Annexe 5 – Charte des droits et libertés de la personne accueillie	54



Préambule

2015 est l'année de l'actualisation du projet d'établissement, qui pose les principes d'action et les orientations à venir pour les 5 prochaines années. Sa réactualisation répond aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM¹ et prend en compte les remarques issues de l'évaluation externe.

Se réinterroger sur le projet d'établissement a participé à la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le projet d'établissement est le fruit d'une concertation avec les équipes réunies autour d'un comité de pilotage. Ce dernier, déjà en place depuis de nombreuses années, a organisé des rencontres et suivi la démarche. Un organisme extérieur² a accompagné le groupe dans sa réflexion pour aboutir à l'écriture du présent document.

Le projet d'établissement, une dimension descriptive :

Il permet de caractériser le public accueilli, de définir les orientations de la politique générale, d'identifier les missions de l'établissement. Il est donc un document qui permet aux acteurs de se positionner par rapport aux autorités de tutelle mais aussi par rapport aux usagers et aux partenaires extérieurs.

Le projet d'établissement, une dimension dynamique et prospective :

Il ne doit pas seulement être une photographie de l'établissement à un instant T mais au contraire il doit être un document prospectif à 5 ans. Les professionnels ont projeté dans l'avenir ce qui n'existe pas encore mais qui paraît être une évolution souhaitable, une ambition réaliste. Cette projection s'est appuyée sur les résultats de l'évaluation interne, de l'évaluation externe, des enquêtes de satisfaction (usagers, familles et professionnels), du bilan du précédent projet et sur des démarches internes complémentaires (audit sur le circuit du médicament, DUERP³, DARI⁴...).

Le projet d'établissement, une dimension intégratrice :

Il est un outil de référence pour les professionnels de l'établissement. Il doit leur permettre de comprendre le sens de l'accompagnement proposé et les caractéristiques de la structure.

Le comité de pilotage et le Conseil d'Administration ont validé le projet. Le Comité Technique d'Etablissement et le Conseil de la Vie Sociale ont été consultés sur le projet.

Celui-ci est consultable dans sa version intégrale dans la salle du personnel, sur le dossier commun du serveur et dans l'espace membre sur le site Internet de l'établissement. La version simplifiée est disponible dans l'espace public sur le site Internet et dans le classeur de l'accueil.

La mise en œuvre effective des actions sera suivie par le comité de pilotage et retranscrite dans le plan d'actions de l'établissement.

Ce projet pourra faire l'objet d'une réactualisation avant le terme de sa validité, en intégrant notamment les résultats de nouvelles démarches internes.

¹ RBP « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » ANESM – mai 2010

² Organisme de formation MQS – Management de la qualité en santé (Bruz-35)

³ Document d'évaluation des risques professionnels

⁴ Document d'analyse du risque infectieux



Village
du Porhoët



PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT



Présentation du village

L'historique

La maison de retraite de Saint Jean Brévelay, dénommée « Village du Porhoët » a été créée par arrêté ministériel du 15 mars 1972. Elle présentait alors une capacité de 65 lits, progressivement étendue à 105 lits par des travaux réalisés sur plusieurs phases.

- 1972 : construction de 56 lits, puis 8 lits
- 1989 : 12 chambres à 1 lit et un lit d'hébergement temporaire
- 1991 : 29 lits d'unité géro-psycho-geriatrique. Celle-ci n'existe plus en 2015.
- 2003 : acquisition du statut d'EHPAD par la signature de la 1^{ère} convention tripartite. Par cette convention conclue entre l'Etablissement, l'Etat et le Département, elle s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la qualité.
- 2010-2012 : Travaux de rénovation : suppression des chambres à 2 lits notamment, travaux de sécurité incendie
- 2012 : Création de 2 places d'hébergement temporaire portant la capacité d'hébergement permanent à 103 places (capacité totale maintenue à 105 lits)
- 2012 : Création d'une extension accueillant un PASA de 14 places

La situation géographique

Situé au centre du département du Morbihan, au carrefour des villes de Vannes (23 kms), de Pontivy (35kms) et de Lorient (65kms), l'EHPAD Le Village du Porhoët est implanté sur la Commune de Saint-Jean-Brévelay, commune de 2800 habitants, formant, avec 8 autres communes, la Communauté de Communes de Saint-Jean Communauté.

Installé dans le cœur du centre-ville, l'établissement bénéficie d'un parc boisé de plus de 2 hectares.



Les valeurs

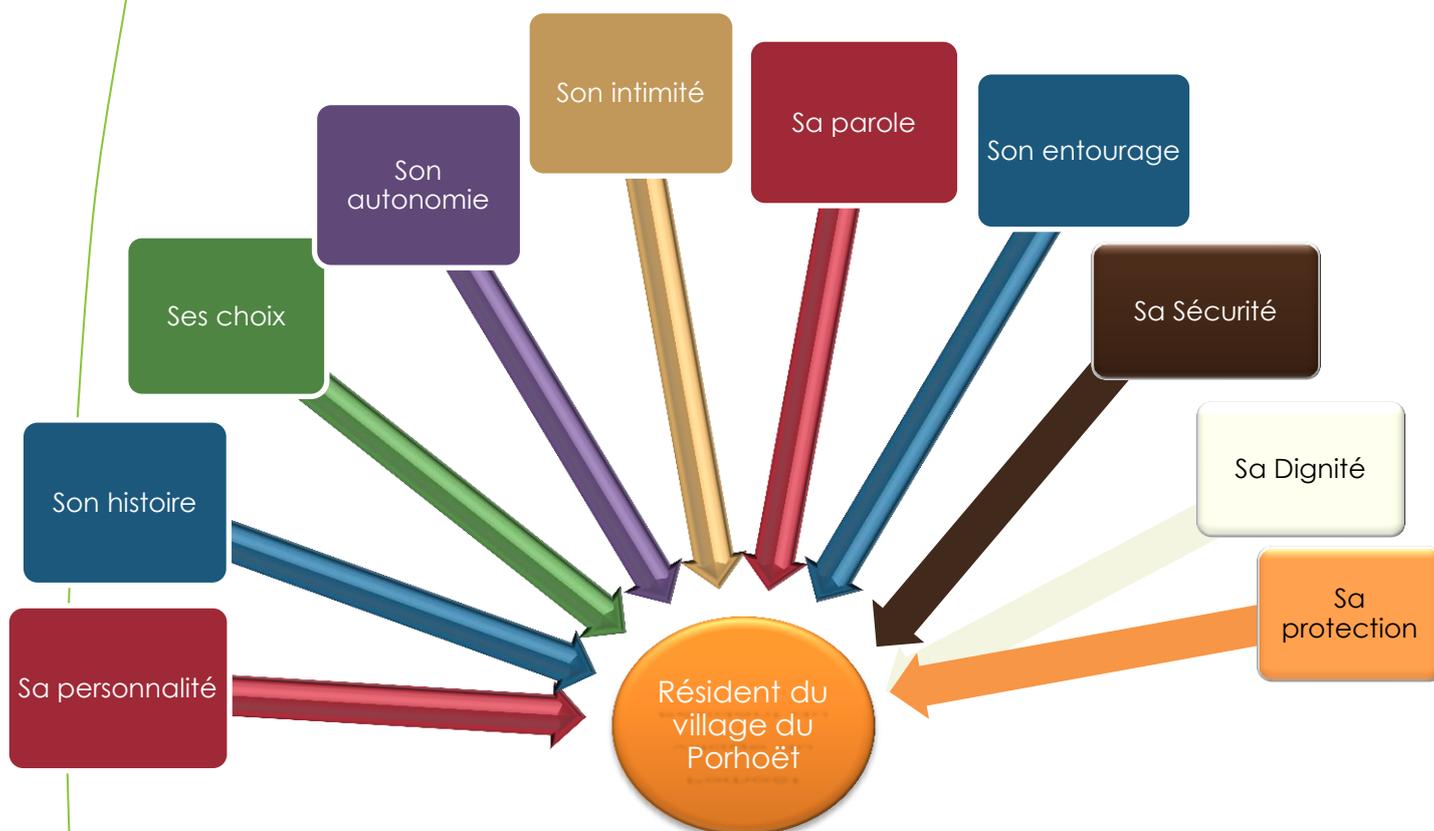
Impulsé par la Direction, le comité de pilotage de la qualité a validé les valeurs de la résidence lors de la réalisation de l'évaluation interne en 2012. Les professionnels de l'établissement avaient alors été consultés.

Toute action se rattache à la principale d'entre elles : LE RESPECT DU RESIDENT.

Ce principe conditionne le contenu des projets mis en œuvre dans les domaines multiples et variés : accueil, projet personnalisé, environnement, qualité hôtelière, qualité des soins, accompagnement social...

Le respect du résident renvoie aux notions sous-jacentes citées ci-dessous.

Elles ont été renforcées lors de la rédaction de ce nouveau projet d'établissement avec la notion de sécurité, de dignité et de protection compte tenu de l'évolution de la population (cf chapitre « population accueillie »)



Les missions

L'équipe de professionnels, formée spécifiquement, accueille et accompagne 105 personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, nécessitant une assistance pour les actes de la vie quotidienne et des soins médicaux.

Elle accompagne les bénéficiaires et leurs proches tout au long du séjour et jusqu'au bout de la vie.

L'accompagnement en EHPAD doit permettre à la personne de poursuivre sa vie dans un lieu de vie convivial et de maintenir, autant que possible, une continuité du mode de vie antérieur.

Cet accompagnement est réalisé suivant une approche globale médico-psychosociale afin de répondre aux besoins et attentes, exprimés ou implicites. L'offre variée composée de l'hébergement temporaire, l'hébergement permanent et le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), contribue à apporter cette réponse.

Parallèlement à cet accompagnement, l'équipe pluridisciplinaire favorise le maintien d'un lien social en proposant aux résidents des activités et des animations collectives et en s'ouvrant sur l'extérieur.

Le cadre réglementaire relatif aux missions de l'EHPAD est principalement contenu dans :

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (modification par l'arrêté du 13 août 2004).

La loi du 2 janvier 2002 et ses décrets d'application

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et ses décrets d'application

Les missions sont encadrées par les autorités publiques qui autorisent les structures et contrôlent la réalisation des missions. Les autorisations de l'EHPAD sont formulées dans un arrêté par décret en date du 15 septembre 1972 et dans un arrêté de l'ARS en date du 22 janvier 2012 portant la capacité à 103 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire.

La population accueillie

Le public accueilli⁵

L'établissement accueille des personnes âgées, dont la moyenne d'âge est de 86 ans et 9 mois. L'âge moyen à l'entrée progresse significativement depuis les 7 dernières années (83.3 ans en 2007 contre 87.1 en 2014).

Il s'agit majoritairement de femmes avec un rapport homme / femme de 22/78 qui évolue peu.

Les bénéficiaires sont majoritairement originaires des communes du département (66%). 58% sont originaires de Saint-Jean-Communauté dont 28% de la commune de Saint-Jean-Brévelay. Ils proviennent du domicile pour 40% d'entre eux.

Le niveau de dépendance de la population accueillie oscille entre 680 et 710). La proportion des personnes âgées en GIR 3-4 prend une place prépondérante. Les personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6) sont peu représentées.

Les personnes accueillies ont des états pathologiques différents, présentant en grande partie des troubles du comportement et syndromes démentiels. L'évolution de ces derniers est notable. Bien que l'établissement ait déjà adapté l'accompagnement des personnes ayant des troubles modérés (ouverture d'un PASA par exemple), il doit poursuivre sa réflexion pour diversifier les réponses à apporter aux usagers.

Les usagers sont accompagnés jusqu'au bout de la vie (91% dans la résidence). L'établissement privilégie donc la prise en charge de proximité en recherchant les soins les plus adaptés de façon à ce qu'ils demeurent au sein de l'EHPAD le plus longtemps possible. La formation des professionnels à la fin de vie contribue à assurer cet accompagnement. Cela est conforté par l'évolution notable du nombre de jours et de la moyenne d'hospitalisation qui diminuent progressivement depuis 2011.

Concernant la population accueillie en hébergement séquentiel, les caractéristiques de la population n'évoluent pas ; les personnes séjournant en hébergement temporaire ne sont pas isolées dans un service spécifique, mais complètement intégrées au fonctionnement général de l'EHPAD (restauration, animation, soins, ...).

Le détail des caractéristiques de la population est consultable en annexe 1.

⁵ Données 31.12.2014

L'établissement dans son environnement

La démographie régionale

En Bretagne, l'indice de vieillissement⁶ est de 75,3. Ce taux présente cependant des disparités importantes entre départements. L'augmentation de la part de la tranche d'âge des 75 ans et plus est, elle aussi observable.

L'INSEE estime qu'en 2050, les personnes de plus de 75 ans représenteront 15.6 % de la population totale française alors qu'elle n'est que de 8.8 % aujourd'hui. L'accompagnement du vieillissement et de l'accroissement de la perte d'autonomie d'une partie de la population est un enjeu majeur pour les EHPAD.

Le territoire de santé n° 4 auquel appartient l'EHPAD comptait 375 430 habitants en 2009, soit près de 11,80 % de la population bretonne. Cette part devrait se situer à 12,26 % en 2016. Quant à la part des personnes âgées de plus de 75 ans, elle est comparable à la moyenne régionale : elle s'élevait à 9,8 % de la population du territoire en 2009 (contre 9,7 % au niveau régional) et devrait atteindre 10,5 % en 2016.

L'offre médico-sociale et sanitaire de la région

Il est souligné en Bretagne un taux d'équipement en établissements et services supérieur à la moyenne nationale qui s'accompagne néanmoins d'une disparité territoriale en termes de besoins couverts : la région Bretagne compte pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, en 2008, 118.65 lits médicalisés (Unité de Soins Longue Durée : USLD) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : (EHPAD) pour une moyenne nationale de 97.7.

La même observation est faite concernant les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), puisque la région présente, en 2008, un taux de 18.97 pour une moyenne nationale de 17.4.

Enfin, malgré une volonté des départements de développer les places d'Accueil de Jour (AJ) et d'Hébergement Temporaire (HT) (objectifs affichés dans les quatre schémas départementaux), ce type d'accueil est peu développé dans la région. De plus, lorsqu'elles existent, ces solutions ne sont pas toujours accessibles aux personnes, notamment du fait de la situation géographique de l'établissement qui nécessite la mise en place d'un transport. Ces alternatives permettent toutefois une intégration progressive au sein d'un établissement et facilitent l'entrée définitive le cas échéant.

⁶ Nombre de personnes de 65 ans et + pour 100 personnes de moins de 20 ans

Le diagnostic du territoire permet également de souligner un accompagnement mieux coordonné des personnes âgées dans leurs parcours de vie : l'accroissement de la dépendance et les besoins en soins des personnes âgées conduisent à faire appel aux services relevant du médico-social, aux soins en ambulatoire mais aussi souvent à des prises en charge hospitalières. La construction de filières de soins gériatriques et le développement des réseaux pour personnes âgées ont pour objet de mieux organiser ces parcours de vie en coordonnant les interventions des professionnels autour de la personne âgée.

Enfin, la diversification des réponses a été confirmée pour la population atteinte de la maladie d'Alzheimer mais aussi élargie à l'ensemble des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (Plan national publié en 2015 sur les maladies neuro-dégénératives).

L'offre de soins du territoire de santé n°4

Malgré un bon maillage en structures sanitaires et médico-sociales, on constate un certain nombre d'insuffisances pour ce qui concerne les EHPAD en matière de :

- couverture en structures d'aval de soins de suite et de réadaptation spécialisée notamment : soins palliatifs, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et alternatives à l'hébergement permanent ;
- coordination des acteurs et des prises en charge

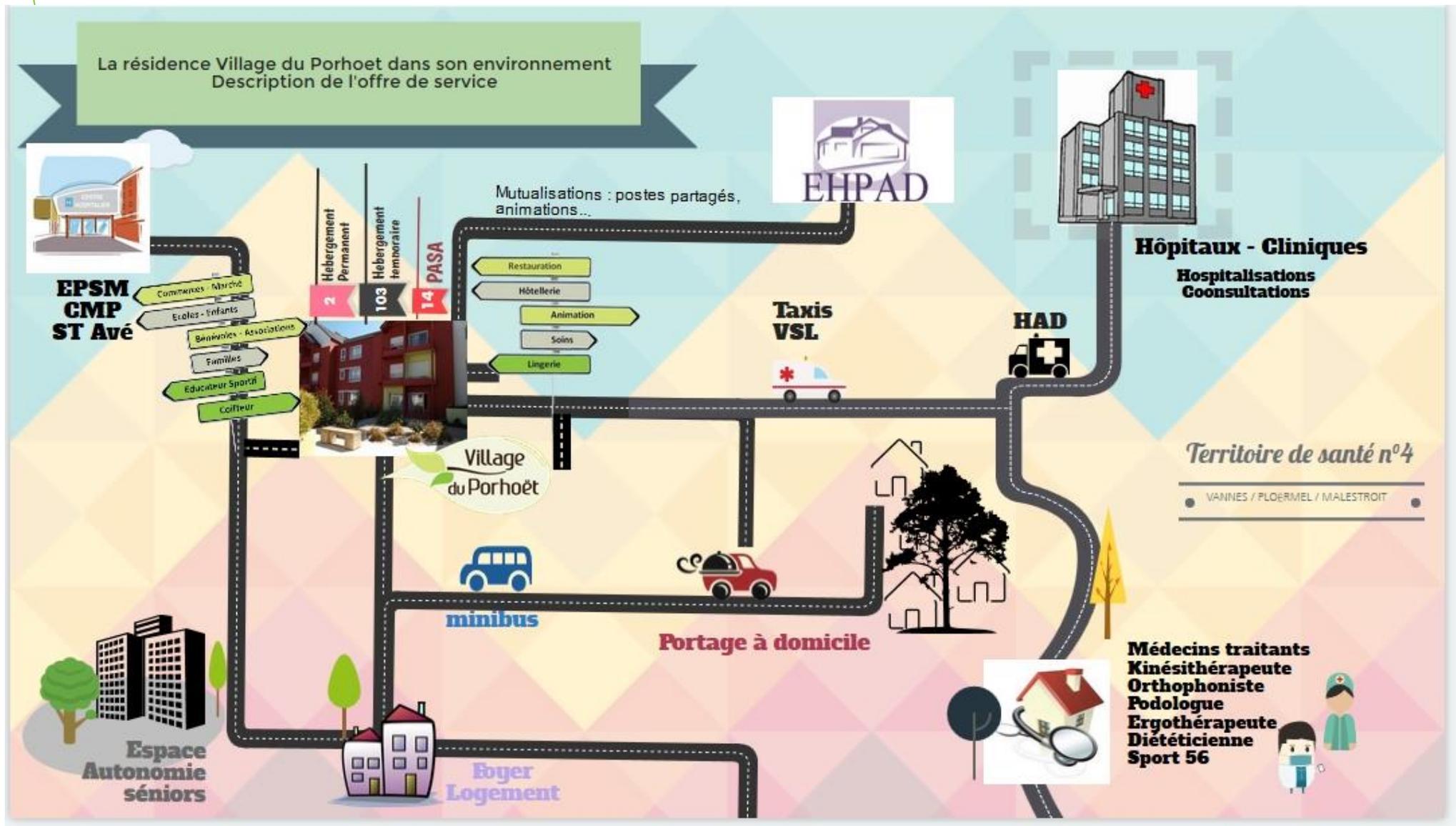
Les enjeux du territoire (pour la période 2013-2016) porte sur la facilitation de l'accès aux soins, la fluidification du parcours et le renforcement des coopérations

L'établissement prend en considération ces éléments dans son projet stratégique notamment ceux relevant de la diversification de l'offre et de la recherche de coopérations.

Pour consulter le projet de territoire de santé, ses schémas et programmes : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-regional-de-sante-Breta.127063.0.html>

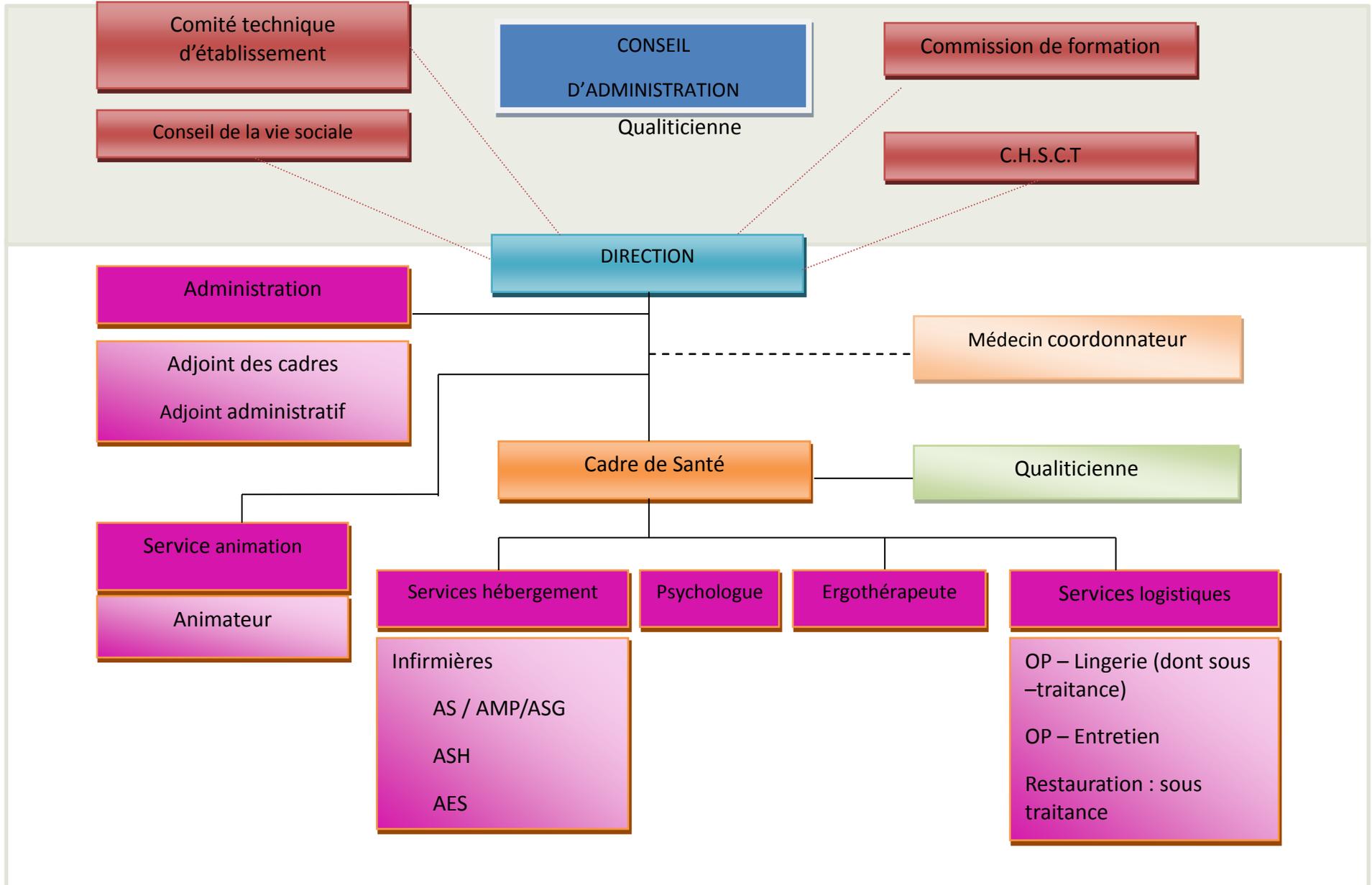
L'offre de service

La nature de l'offre



Le fonctionnement

L'organigramme et les relations avec les instances



Le rôle des instances, des commissions et comités

Les instances

Le Conseil d'Administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les tarifs... Ses délibérations sont communiquées aux représentants de l'Etat.

Il se réunit au moins 4 fois par an et comprend 2 représentants des personnes accueillies.

Le Conseil de la vie sociale, instance consultative, est composé de représentants des résidents, des familles, du personnel et de l'organisme gestionnaire. Il donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Les membres sont élus pour trois ans.

Le Comité Technique d'Etablissement est l'instance représentative du personnel qui vise à associer les agents dans la gestion de l'établissement. Il est obligatoirement consulté sur toutes les décisions ayant une incidence sur le fonctionnement et sur l'organisation de l'établissement.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Les autres commissions et comités

Le comité de pilotage de la qualité est chargé de mener des actions d'amélioration définies dans le cadre institutionnel.

La commission des menus réunit des représentants de la société de restauration, des résidents, des familles ainsi que des membres du personnel. Elle permet de donner un avis sur les menus proposés et sur les améliorations susceptibles d'être apportées aux repas en général.

L'ancrage des activités dans son environnement

Des partenariats et conventions avec les établissements sanitaires permettent de compléter les accompagnements en soin des usagers. On peut citer :

Une convention en cours de réactualisation avec l'EPSM de St Avé. Cet établissement assure la mission principale de soins en santé mentale et gère à ce titre plusieurs secteurs de psychiatrie générale. Il intervient pour la prise en charge psychiatrique et géro-psi-chiatrique des résidents de l'établissement.

Une convention signée avec l'hôpital de Vannes dans le cadre de la canicule, de la mise à disposition du médecin coordonnateur et de l'intervention de l'EMPS

Une convention signée avec la Clinique Océane de Vannes pour la prise en charge dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile.

Un partenariat est formalisé à travers l'adoption d'une charte de coresponsabilité dans le cadre du déploiement du dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) et l'implication dans les projets mis en œuvre au niveau de l'espace autonomie senior présent sur le secteur géographique dont relève l'EHPAD (ex : gestion départementale des listes d'attente, organisation de journée d'aides aux aidants au sein de l'EHPAD).

L'établissement est très ouvert sur son environnement, beaucoup d'activités et d'animations avec une dimension sociale. L'ouverture sur les ressources locales se concrétise par l'intervention de bénévoles (signature d'une charte) et les relations avec les écoles notamment.

L'équipe de direction est engagée dans de nombreux partenariats et réseaux : Programme Régional de Santé, HAD, hôpital de Vannes, CLIC de Pontivy.

L'établissement a intégré des groupements d'établissements : associations de directeurs, groupements d'achats, groupements d'intérêt publics.



Les principes d'intervention

Les sources des principes interventions

L'équipe de professionnels du village du Porhoët affirme dans le projet d'établissement leurs principes d'intervention qui guident concrètement l'action des professionnels et promeuvent les droits des usagers.

- Application et respect de la charte de Droits et libertés (cf annexe 5)
- Application de la technique de validation

La Validation est une méthode d'accompagnement individuel ou en groupe qui combine une attitude de base fondée sur l'empathie, des techniques spécifiques de communication, une représentation théorique de la dernière étape de la vie des personnes très âgées dites « démentes » : la Résolution.

La Validation a pour objectif de permettre aux aidants de trouver un sens aux comportements troublants des personnes désorientées et à celles-ci de conserver le sentiment de leur dignité.

- Inscription dans les recommandations de l'ANESM
- Déploiement du concept de l'Humanitude au quotidien

Le concept de l'humanité est au service d'un prendre soin par la bienveillance, à travers la préconisation de techniques particulières essentiellement basées sur la « capture sensorielle ». Les méthodes ainsi mises en œuvre permettent de réduire les comportements d'agitation pathologiques, et accroissent d'autant le bénéfice du soin d'abord pour le résident, mais aussi pour le soignant.

La gestion des paradoxes

Il est certain que des contraintes institutionnelles doivent être prises en compte concernant les réponses à apporter aux besoins des personnes âgées accueillies. C'est en ce sens qu'un compromis doit être recherché dans le cadre de la problématique suivante : **« comment assurer le respect des usagers dans un contexte d'obligations et de contraintes institutionnelles auxquelles l'EHPAD doit répondre ? »**

Besoins exprimés des résidents – Besoins évalués

Ex : souhait de retour à domicile / personne désorientée

Ex : accès codé des portes et souhait de sortir

Moyens existants: avis professionnels de santé et du domicile, de la famille, transmissions et PVI. Moyens thérapeutiques, évaluations et techniques (codes porte...), de protection juridique.

Moyens à prévoir : visite à domicile ponctuelle, travail en lien avec les foyers logement, les services à domicile, se saisir de l'opportunité d'un accueil de jour.

Choix de résidents – demandes des familles

Ex : souhait du résident exprimé de ne pas aller en animation/ famille qui demande à l'équipe.

Moyens existants: échanges avec les proches, PVI, transmissions,

Moyens à prévoir : développer les analyses des pratiques/des situations (de l'ordre de l'éthique), temps pour l'aide aux aidants, développement/renforcement du rôle de référent auprès des familles (être à l'initiative des échanges, avoir plus de proximité / de contacts avec les familles), formation « communication » (relations avec les familles, conflits...)

Accompagnement individuel et vie en collectivité

Ex : déambulation / non-respect de l'espace privatif.

Moyens existants: mises en place de solutions personnalisées (personnalisation des portes par ex), PVI, explication des comportements auprès des autres résidents, plans de soins personnalisés,

Moyens à prévoir : moyens techniques à rechercher.

Confort de vie / Soins requis (personnes désorientées ou non communicantes)

Ex : refus de se lever, de soins d'hygiène...

Moyens existants : méthode Humanitude, explication / adaptation du soin, évaluation des risques, PVI, regard sur les habitudes de vie, informations dans le livret d'accueil du résident (directives anticipées)

Dans ce cadre, l'EHPAD **projette de s'intégrer dans un comité d'éthique** ou une structure ad-hoc (idée : « café éthique » CHBA)



Village
du Porhoët



LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

orientations stratégiques



L'analyse de l'environnement interne et externe a permis de dégager des axes stratégiques pour les 5 prochaines années.

Ces priorités devront structurer l'action de l'EHPAD et fixer le cap de ses interventions au service des usagers. Ils sont traduits en plan d'actions dans les volets techniques du projet d'accompagnement.

Ces orientations sont aussi l'expression des exigences qu'imposent les ARS au regard des traits spécifiques de la population dans la région, mis en valeur par le diagnostic présenté dans la partie précédente.



V valoriser les qualifications et les compétences

- travailler sur la notion de référent par thème, valoriser les formations permettant d'acquérir de nouvelles compétences.

Diversifier les réponses pour la population atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Il s'agit pour l'EHPAD de :

- se positionner sur les appels à projets destinés à l'ouverture d'un accueil de jour
- réfléchir aux modalités d'accueil des résidents désorientés dans un lieu dédié et sécurisé au sein de l'EHPAD (et identifier les impacts architecturaux)

Rechercher des coopérations. Les priorités portent sur :

- l'amélioration des coopérations dans le secteur psychiatrique (téléconsultations en psychiatrie par exemple)
- la construction de nouveaux partenariats pour répondre à des problématiques ciblées (gestion du risque infectieux, prise en charge bucco-dentaire) dans le cadre de formations, d'échanges de pratiques, de groupe de travail...

Poursuivre les actions d'amélioration continue du service rendu, en respectant nos valeurs et principes d'interventions.



Village
du Porhoët



**LE PROJET
D'ACCOMPAGNEMENT**





La personnalisation de l'accompagnement

Présentation

Le bilan 2010-2015

Au village du Porhoët, la personnalisation de l'accompagnement est l'affaire de tous ; elle commence au moment de la pré-admission et dure tout au long du séjour. Les objectifs du précédent projet d'établissement portaient sur les axes suivants :

- L'information donnée aux usagers
- L'accueil et l'intégration
- Le projet de vie personnalisé

Les 5 dernières années ont été marquées par un travail sur l'amélioration de l'accueil des résidents tant sur les pratiques que sur les outils institutionnels.

Le rôle du référent de résident a été précisé afin de personnaliser encore plus l'accueil et un travail a été effectué sur le contenu de l'entretien d'accueil.

L'organisation de l'accueil est privilégiée l'après-midi et rend ce premier contact plus convivial. Les résidents apprennent à reconnaître les lieux, les soignants....

2 lits d'hébergement temporaires ont été créés depuis le 1er mars 2013. Ils font l'objet d'un contrat de séjour spécifique prévoyant une durée de séjour limitée à 3 mois par année civile.

Des outils ont été construits et révisés. Le protocole d'accueil a été mis à jour et un guide d'entretien créé. Les outils de la loi du 2 janvier 2002 ont fait l'objet de mises à jour. En effet, le livret d'accueil est désormais remis dans la chambre et le document individuel de prise en charge institué pour les personnes ne pouvant signer le contrat de séjour.

La signalétique a fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire et d'investissements afin de permettre une orientation aisée et adaptée.

La création d'un site Internet a permis de favoriser :

- la communication (sur les animations, les évènements...)
- la connaissance de l'EHPAD (visite virtuelle, connaissances des professionnels...) - la simplification des démarches administratives (téléchargement de documents...).



La personnalisation de l'accompagnement

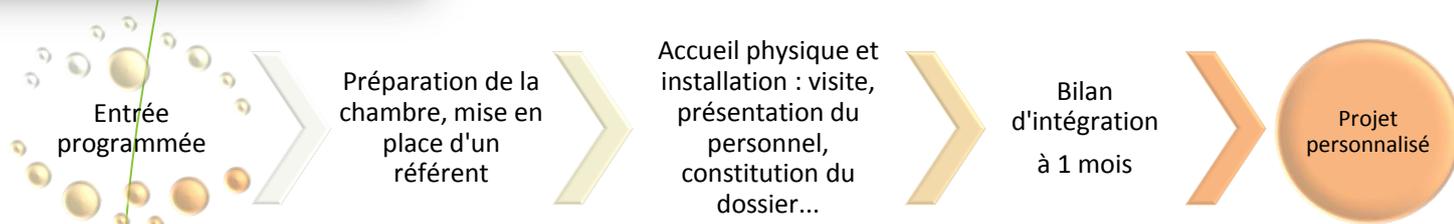
Présentation

L'accueil et l'admission



Le processus d'accueil et l'admission est décrit dans un protocole qui a pour objet de définir les étapes de l'admission des nouveaux usagers dès lors qu'une date d'entrée est fixée. Il vise à assurer une bonne intégration du résident au sein de l'établissement. Ce dernier doit se sentir attendu et accueilli.

Les grandes étapes sont reprises dans le schéma ci-dessous :



Le projet personnalisé

Le projet personnalisé fait l'objet d'une procédure et d'un protocole associé. Le dossier PSI a été paramétré afin de structurer un outil de recueil du projet personnalisé optimal. Il s'agit d'un axe clé du projet d'établissement. Ce paramétrage devra faire l'objet de réajustement au regard des nouveaux outils d'informatisation.

Des réunions sont organisées une fois par semaine : les professionnels échangent alors plus spécifiquement sur un ou plusieurs résidents. Il s'agit de réunions pluridisciplinaires associant soignants, infirmières, psychologue et médecin Coordonnateur.

Le projet personnalisé initial est construit à l'issue du bilan d'intégration.

Le(s) référent(s) institutionnel(s) des résidents sont clairement identifiés et participe(ent) à la mise en place du projet personnalisé ; la démarche actuelle est encore perfectible. Leurs missions sont les suivantes : être le relais entre le bénéficiaire et la famille, participer à l'accueil et l'admission et faire le lien avec l'animation. Le résident est informé du rôle du référent.



La personnalisation de l'accompagnement

Projets d'amélioration

Mieux préparer l'entrée

L'accueil a fait l'objet de nombreuses améliorations depuis des années. Le village du Porhoët souhaite encore perfectionner le processus de pré-admission, y compris pour l'hébergement temporaire:

- L'EHPAD ouvrira la possibilité d'une **visite de pré-admission** en amont de l'entrée en définissant des objectifs et des modalités de réalisation précis.
- Recueillir en amont de l'entrée, **les informations complètes** sur le choix d'un accueil en hébergement temporaire afin d'identifier rapidement les moyens à développer pour répondre aux besoins de la personne et le cas échéant, de son entourage.

Perfectionner le projet personnalisé

5 axes permettront d'améliorer la démarche de projet personnalisé :

Améliorer la traçabilité

L'atteinte de cet objectif sera recherchée au travers :

- d'un **meilleur suivi des actions** proposées dans le cadre du projet du résident, notamment par un suivi rigoureux de l'atteinte des objectifs par le référent
- de **l'intégration du recueil des croyances** dans le logiciel informatique
- la remise à jour des avenants après la synthèse

Optimiser le rôle du référent et les temps de synthèse

Déjà en place, les temps de synthèse devront faire l'objet d'une préparation plus fine afin de co-construire le projet personnalisé au plus près des attentes et des besoins des usagers. Les actions s'articuleront autour de :

- l'organisation **d'un temps d'échanges** avec le résident pour préparer la synthèse sur le volet vie sociale (sur un temps d'animation par exemple)
- la **préparation de la synthèse avec le référent** accompagné de la psychologue : création d'un binôme.
- **l'intégration du service animation** au moment de la synthèse

Organiser la transition vers le nouveau logiciel informatisé

Le logiciel de soins Psi sera remplacé par Net Soins en 2016 ; l'établissement devra prévoir de faire la **transition des données progressivement** dont la bascule des projets personnalisés.

Evaluer le respect des rythmes

L'EHPAD souhaite **évaluer les effets attendus de la personnalisation** de l'accompagnement et organisera cette évaluation par le biais d'une enquête de satisfaction périodique, incluant notamment le **thème du lever** (horaires).

Préparer la sortie des usagers accueillis en hébergement temporaire

L'écoute et l'orientation des aidants prennent une place plus prégnante dans le cadre de l'hébergement temporaire. L'EHPAD souhaite aider les bénéficiaires **en développant des passerelles avec l'espace autonomie senior** dont il dépend et en orientant le cas échéant la personne et ses proches pour passer le relais dans de bonnes conditions.

La promotion de l'autonomie et de la participation sociale

Présentation

Le bilan 2010-2015

Tout au long de ces 5 dernières années, des actions ont été conduites pour développer la participation sociale.

La promotion de la participation sociale a été marquée par un développement important de temps d'échanges avec les résidents. La mise en œuvre du projet Internet a également permis de proposer de nouveaux ateliers afin de promouvoir les relations sociales et la communication.

L'animation a été développée dans les services. L'organisation du travail a su s'adapter et a permis la mise en place de temps d'animation dédiés (2 temps par niveau).

L'animation s'est aussi adaptée au profil des résidents qui ont pu bénéficier d'une approche personnalisée. Aussi, de nouvelles activités leur ont été proposées comme les soins esthétiques, séances personnalisées organisées par du personnel formé.

L'ouverture sur l'extérieur s'est poursuivie avec l'intégration de nouveaux bénévoles (tricot, lecture...).

La promotion de l'autonomie a été renforcée par la création d'un parcours d'activités santé seniors (PASS). Il fait partie des 34 P.A.S.S. créés en Bretagne en 2013 grâce à un financement de l'Etat, de l'ARS et de la CARSAT.

La place des familles a été confortée par leur implication au moment du bilan d'intégration et elles sont désormais impliquées dans la synthèse du projet personnalisé lors d'un entretien téléphonique. Une place prépondérante leur a été dédiée (goûter des familles, communication du *Journal Brèves de St Jean*, appel à toutes heures possible, dialogue renforcé lors de la fin de vie, enquête de satisfaction...).



La promotion de l'autonomie et de la participation sociale

Projets d'améliorations

Poursuivre la diversification des activités

L'EHPAD continuera à développer ses activités en gardant à l'esprit la personnalisation et l'adaptation de la réponse aux besoins spécifiques de la population et à son évolution. Cela se concrétisera par :

- le **développement des activités flash** à destination des personnes désorientées et parfois agressives (interventions non médicamenteuses pour la prévention et le traitement des troubles du comportement)
- le développement de **l'utilisation des outils multimédia** (ex : utilisation de Skype® dans la chambre pour favoriser les liens et garantir l'intimité des échanges)
- **l'accueil d'un chien** dans la résidence, facteur de renforcement de liens sociaux des personnes accueillies et plus spécifiquement auprès de résidents atteints de déficiences psychiques.
- un **projet pétanque** favorisant l'activité sportive et la mise en place d'animations adaptées aux possibilités de chacun.
- le développement des **activités personnalisées au sein des services** par les soignants.

Promouvoir les animations au PASA

L'atteinte de cet objectif sera recherchée par des actions concrètes permettant :

- **l'augmentation du nombre de sorties** extérieures

la des



- le **développement d'échanges** / de partenariats inter PASA

Améliorer l'organisation de l'animation

Trois actions concrètes permettront d'améliorer l'animation et sa coordination :

- **l'intégration** de l'équipe au PASA (échanges ponctuels...)
- la **création d'un lien** avec l'animateur pour coordonner les animations dans les services
- l'amélioration de la **traçabilité des refus** des résidents à la participer aux activités

Mieux accueillir les familles

L'atteinte de cet objectif sera concrétisée notamment par la **rénovation du salon bar** pour le rendre plus attractif et convivial.

La garantie des droits et la Bientraitance

Présentation

Le bilan 2010-2015

Le bilan du projet d'établissement s'avère très satisfaisant pour ce qui concerne la bientraitance et le respect des droits individuels et collectifs.

De nombreuses actions ont été menées en faveur du développement de la bientraitance.

On peut citer le déploiement d'un dispositif de formation conséquent. En effet, l'ensemble du personnel a été formé au concept de l'Humanitude et des actions concrètes ont été réalisées : toilette Humanitude notamment. Des formations spécifiques sur la Bientraitance ont également été dispensées chaque année.

Des actions de sensibilisation ont été déployées sur le respect de l'espace privatif.

La rénovation et la restructuration des espaces ont permis de garantir le respect de l'intimité dans les chambres, par la suppression du nombre de chambres doubles. De plus l'intégralité des chambres est désormais pourvue d'une salle de bain.

L'organisation a également su s'adapter aux besoins des résidents afin de respecter leur rythme. Les horaires des couchers ont été revus et les siestes proposées plus régulièrement.

L'EHPAD a également travaillé sur la formalisation d'outils institutionnels comme le protocole de signalement et de prévention de la maltraitance, ou la création du DIPC.

« Nous tenons à vous remercier, pour l'accueil que vous avez réservé à notre Maman lors de son admission le dans votre établissement, ainsi qu'à tout le personnel pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Notre Maman a retrouvé le moral ainsi qu'une grande partie de sa mobilité et souhaite prochainement rentrer à son domicile. [...]

L'hébergement provisoire aura de toute façon été bénéfique pour sa santé et lui aura donné un aperçu de la vie en Maison de retraite »

Témoignage d'une famille – avril 2015



La résidence a participé au concours « Bien vivre en EHPAD en 2013

Réalisez un clip vidéo* de 3 minutes maximum sur le thème du bien vivre ensemble en EHPAD.

Seront primés les scénarios de fiction, créatifs et originaux.

*avec une caméra, un Smartphone, un appareil photo ...



La garantie des droits et la Bienveillance

Projets d'amélioration

Poursuivre les actions de promotion de la Bienveillance

- la poursuite **des actions de sensibilisation** sur le « frapper à la porte »
- **l'élargissement des missions du référent** Humanitude à la Bienveillance.
- la traçabilité sur les justifications et restrictions à la liberté d'aller et venir
- l'amélioration du dispositif d'affichette pour prévenir de la présence dans la chambre

Développer des outils institutionnels

L'atteinte de cet objectif sera concrétisée par :

- la **communication d'un carnet de route « Bienveillance »** répondant aux attentes du comité national de vigilance de la maltraitance.



La protection, la prévention des risques et la promotion de la santé

Présentation



Le bilan 2010-2015

Des améliorations ont été conduites en matière de sécurité, qualité et continuité des soins notamment.

Des actions concrètes sur la prise en charge de la douleur (évaluation systématique, protocole antalgiques...), sur la sécurisation du circuit du médicament (sécurité des stupéfiants, des accès, évaluation du circuit et plan d'actions, externalisation de la préparation...) ont contribué à améliorer les réponses apportées au résident.

Les équipes se sont mobilisées sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition et sur l'alimentation (réorganisation des temps de restauration, enrichissement progressif des plats par l'équipe de cuisine, travail sur la présentation des repas mixés, formation sur l'aide aux repas, préparation en plateaux pour les repas en chambre, changement de prestataire et recherche de produits frais...)

De même, en matière de continuité des soins, les outils (plan de soins infirmiers, des plans de soins de nursing sous PSI...) ont été perfectionnés.

La commission de coordination gériatrique est désormais chargée d'organiser l'intervention des professionnels, salariés et libéraux, au sein de l'établissement et participe à la continuité des soins.

Des efforts ont également été mobilisés autour de la thématique de la prévention des chutes (intervention d'un éducateur sportif, recrutement d'un ergothérapeute, amélioration des aides techniques, de l'utilisation du matériel, évaluation de la consommation des neuroleptiques)

La prise en charge des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux a marqué les 5 dernières années : construction d'un PASA, équipement en lits Alzheimer, adaptation de l'organisation...)

Enfin, la rédaction des protocoles s'est poursuivie et les pratiques ont été évaluées lors de l'évaluation interne. La mise en place d'indicateurs permet de suivre les progrès réalisés.

La protection, la prévention des risques et la promotion de la santé

Projets d'amélioration

Perfectionner les outils en faveur de l'information

La continuité des soins est l'affaire de tous. Des outils sont déjà en place mais doivent encore être optimisés :

- Développer **les transmissions ciblées** afin d'organiser méthodologiquement l'écriture des transmissions et préciser les situations.
- **Optimiser les transmissions** : temps dédié, organisation....
- Perfectionner **l'utilisation du plan de soins** pour en faire un guide au quotidien en assurant sa mise à jour effective et régulière
- Clarifier **les interventions des kinésithérapeutes** pour un suivi optimal du résident.

Améliorer la gestion des stocks

Il s'agit pour le service de soins de **perfectionner son outil de suivi** (petits matériels, médicaments...) afin de limiter les ruptures de stocks.

Améliorer les prises en charge

Les améliorations s'articuleront autour de 4 axes :

Développer les soins bucco-dentaires

L'atteinte de cet objectif sera recherchée au travers :

- de la formation continue du personnel sur les différentes pratiques de prévention du risque bucco-dentaire.
- de la **sensibilisation des familles** pour les impliquer dans les déplacements chez le dentiste
- de la réponse et l'inscription de l'établissement dans des **appels à projets**.

Mettre en place le suivi biologique systématique à l'entrée et périodique en fonction des besoins au cours du séjour.

Evaluer les pratiques professionnelles

L'établissement confortera ses pratiques par la mise en place **d'analyse des pratiques régulières et planifiées** en utilisant les outils de la qualité (audit, EPP, analyse des événements indésirables....)

Poursuivre les actions sur la prise en charge de la douleur

L'établissement souhaite poursuivre les améliorations sur :

- le **suivi et la réévaluation de la douleur**
- l'évaluation des prescriptions d'antalgiques
- le développement **d'alternatives non médicamenteuses** comme l'aromathérapie ou l'hypnose thérapeutique par exemple.

Perfectionner le circuit du médicament

L'établissement poursuivra son engagement pour toujours plus de qualité et de sécurité dans le circuit du médicament. Dans ce sens il est prévu de :

- Mettre en œuvre, selon l'échéancier prévu, le **plan d'actions spécifique au circuit du médicament** (formalisé suite à l'audit du circuit)

Mettre en application **le livret thérapeutique**

- Mener une étude sur **la consommation des somnifères**.

La protection, la prévention des risques et la promotion de la santé

Projets d'amélioration

Poursuivre les actions pour améliorer les repas à textures modifiées

Le partenariat avec la société de restauration devra permettre :

- d'améliorer la **présentation des repas**
- de **distinguer les textures** hachées, mixées ou moulinées

Les pratiques professionnelles devront permettre :

- de réévaluer régulièrement les besoins des usagers et faire **évoluer les textures** selon les besoins (responsabilité d'un référent).
- **d'évaluer le bénéfice et les effets de l'enrichissement systématique** des plats en texture modifiée

Poursuivre la lutte contre la dénutrition

Les améliorations devront :

- Préciser et clarifier **les modalités d'enrichissement** en interne par la rédaction d'un protocole sur les apports en protéines ou matières grasses.
- Réviser le **protocole de dénutrition**
- Introduire **le finger-food** (voir encadré) afin de donner le plaisir de manger aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.



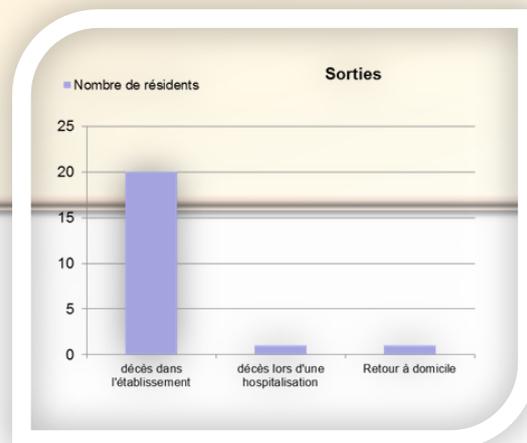
Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent parfois des troubles praxiques et cognitifs qui les empêchent de reconnaître et d'utiliser correctement leurs couverts, et donc de s'alimenter suffisamment.

Il était important pour le bien-être de ces résidents de trouver un mode d'alimentation qui permet à la fois de lutter contre la dénutrition et de contribuer au maintien de leur autonomie, en les laissant manger seuls.

C'est ainsi qu'est né le « finger food » ou manger-main, où les aliments sont proposés sous forme de bouchées. Il s'agit par exemple de permettre à un résident déambulant de picorer une bouchée au gré de ses allers et venues, et de la manger en marchant...

L'accompagnement de fin de vie

Présentation



Source: compte administratif 2014 – état des sorties au 31/12/2013

Le bilan 2010-2015

La fin de vie est un sujet délicat à aborder. Cependant, la plupart des personnes accueillies à l'EHPAD demeure dans l'établissement jusqu'à la fin de leur vie. C'est ce qui a été recherché par l'établissement ; en 2014, 91% des personnes y sont décédées.

Dès que son état de santé laisse présager un décès et au décès de la personne, l'établissement informe immédiatement les proches, de jour comme de nuit, (sauf demande contraire de la famille mentionnée alors dans le dossier individuel).

La fin de vie est accompagnée par des professionnels formés. Des soins de confort sont prodigués.

Un protocole d'accompagnement de fin de vie est formalisé.

Le psychologue peut intervenir sur demande pour accompagner les résidents ou les familles qui le souhaitent, en cas de besoin.

L'amélioration marquante est le développement des partenariats notamment avec l'unité de soins palliatifs, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un conventionnement.

De plus, l'évaluation interne a été l'opportunité d'organiser une analyse des pratiques, en reprenant les dossiers des personnes décédées. Cela a permis aux professionnels de se questionner sur le respect des droits et des souhaits du résident en fin de vie.

Un travail sur le protocole décès a également permis de s'interroger sur l'accompagnement des autres résidents lorsqu'un décès survient.

L'accompagnement de fin de vie

Projets d'amélioration

Soutenir les professionnels

Les professionnels de l'Ehpad, soignants et non-soignants, sont confrontés concrètement à des situations de prises en charge difficiles et sont également soumis à un travail de deuil. L'équipe souhaite parfaire le travail engagé en :

- poursuivant la **formation sur les soins palliatifs et la fin de vie**
- proposant le **soutien d'une personne ressource**: temps d'échanges avec un psychologue ou le cadre de santé sur les difficultés possibles (décès difficiles, familles difficiles...)
- définissant les **modalités d'intervention et de coopération** entre l'équipe de l'Ehpad et l'équipe mobile de soins palliatifs (modalités d'appel, répartition des rôles, modes de partage des informations...).

Optimiser l'organisation de l'équipe soignante

Les axes de travail devront permettre de :

- **travailler en binôme lors d'une fin de vie** établie
- **prendre conscience des limites** et des possibilités de chacun afin de savoir passer le relais à un collègue

Observatoire
National de la Fin de Vie

DONNEES COMPARATIVES
RESIDENCE "Village du Porhoët" /
REGION Bretagne

Carte d'identité régionale

Région : Bretagne
3 249 815 habitants
(dont 96344 >85 ans)
461 EHPAD (2011)
soit 37998 lits
Répondants : 216
Taux de réponse : 47% (France: 53%)



La fin de vie dans les EHPAD*

(*Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Echantillon régional

Répartition par statut :

- Public : 56%
- Privé non-lucratif : 38%
- Privé commercial : 6%

Répartition par taille :

- Moins de 80 lits : 52%
- 80 lits ou plus : 48%

GMP moyen : 687
Nbre moyen résidents : 97

Echantillon établissement

Répartition par statut :

- Public

Répartition par taille :

- 80 lits ou plus

GMP moyen : 710
Nbre moyen résidents : 105

Ressources internes

Médecin-coordonnateur (moyenne)
Bretagne: 0,45 ETP /100 résidents
France métropolitaine : 0,55 ETP /100 résidents

Dossier de liaison d'urgence
Bretagne: 85% des EHPAD
France métropolitaine : 89% des EHPAD

Infirmier « référent soins palliatifs »
Bretagne: 31% des EHPAD
France métropolitaine : 29% des EHPAD

Ressources internes

Médecin-coordonnateur (moyenne)
0,20 ETP

Dossier de liaison d'urgence
100 %

Infirmier « référent soins palliatifs »
Aucun référent interne mais partenariat

Infirmier(e)s la nuit

	Bretagne	France métropolitaine
Présence la nuit	21%	14%
Astreinte téléphonique	7%	12%
Ni l'un, ni l'autre	73%	75%

73% des EHPAD de la région ne disposent ni d'un infirmier présent la nuit, ni d'une astreinte téléphonique.

Soins palliatifs

Equipe Mobile/Réseau de Soins Palliatifs :
Convention : 68% (France=74%)
Sollicitations régulières : 21% (France=22%)

Unités de Soins Palliatifs (USP) :
Aucun transfert en 5 ans : 73%
Un seul transfert en 5 ans : 12%
Plusieurs transferts en 5 ans : 10%

73% des EHPAD de la région n'ont jamais transféré de résident en USP...

Où décèdent les résidents ?

régional

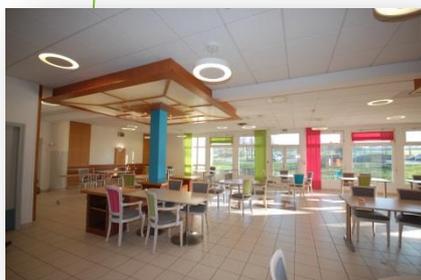
EHPAD	79%
Hôpital	20%
USP	1%

établissement

Hopital	19%
Etablissement	91%

La qualité de vie

Présentation



Le bilan 2010-2015

Au village du Porhöt, la promotion de la qualité de vie consiste entre autres à proposer un cadre de vie adapté et convivial afin de promouvoir le bien être des personnes accueillies.

La période 2010-2015 a été marquée par la restructuration et la réalisation de nombreux travaux et aménagements dans l'établissement qui ont permis d'améliorer :

- le cadre de restauration (création d'une salle à manger intermédiaire au niveau 3, décoration de la grande salle...)
- le cadre de l'hébergement (suppression des 3 lits de l'ancien presbytère et du niveau 3, équipement de douches dans toutes les chambres)
- le renforcement de la sécurité et de l'hygiène (suppression des goulottes d'évacuation du linge, travaux de sécurité incendie, changement d'une partie du dispositif d'appels malade)

L'amélioration de la signalétique permet aujourd'hui de s'orienter facilement.

La création d'un P.A.S.A et la sécurisation de l'ensemble du bâtiment (extérieur et intérieur) permettent d'accueillir les personnes désorientées en toute sécurité.

La surface de la cuisine a été étendue et le matériel remis à neuf. Le partenariat avec une nouvelle entreprise sous-traitante de la restauration donne des résultats satisfaisants (enquête).

La mise en place d'un groupe électrogène et l'uniformisation du système de détection incendie permettent d'assurer la sécurité des bénéficiaires.

Enfin, un travail important sur l'hygiène des locaux a été réalisé. La formalisation des pratiques sur l'entretien des chambres et le nouveau matériel (franges imbibées, auto-laveuse, pompes doseuses, protocole de lutte contre la légionnelle...) ont contribué à l'amélioration des techniques de nettoyage et de la satisfaction.

La qualité de vie

Projets d'amélioration



Améliorer la collaboration avec le prestataire en restauration.

Les axes de travail sont établis et partagés en accord avec le prestataire en restauration. Le suivi de ce projet se fera conjointement entre le prestataire et l'EHPAD.

4 actions sont proposées :

- Assurer la **traçabilité des informations** obligatoires lors de l'allotissement des crèmes et des eaux gélifiées.
- **Annoncer les textures modifiées** dans le menu, si elles diffèrent du menu du jour
- **Améliorer la réactivité** de la mise à jour des menus, lors des changements ponctuels opérés par la cuisine.
- **Formaliser** conjointement le circuit des repas.

Améliorer le confort et la sécurité des espaces.

Parmi les aménagements à prévoir, on peut citer :

- **l'aménagement du salon bar** des familles avec du mobilier neuf et la création d'un espace cuisine
- la mise en place de **protections près de la fontaine**
- le **changement du mobilier** extérieur
- La **recherche de solutions techniques et/ou architecturales** améliorant la cohabitation au sein de l'ehpad

entre les personnes présentant des pathologies différentes. Conduire une étude de faisabilité le cas échéant sur la création d'une unité sécurisée.

- Accroître la **traçabilité des opérations de maintenance**.

Renforcer les pratiques relatives à l'hygiène

- Mettre en place la **désinfection du petit matériel** (aérosols, matériel d'aspiration...).
- **Poursuivre la formation** du personnel en partenariat avec le CH de Pontivy et le CHBA de Vannes.
- Mettre en place un **référent hygiène** dans l'établissement (ou correspondant hygiène)
- **Compléter les fiches de poste** de l'équipe ménage sur l'entretien des locaux techniques
- Renouveler la **formation du personnel en lingerie** sur les normes d'hygiène spécifiques à ce secteurs (normes RABC)

Adapter l'EHPAD aux évolutions de la population accueillie.

Envisager la diversification de l'accueil par la promotion de passerelles avec le domicile :

- Etudier la possibilité de **création d'un accueil de jour**.
- Répondre aux **appels à projets** diffusés en ce sens.



Village
du Porhoët



LA MISE EN ADEQUATION DES MOYENS

Le projet social

Le projet social présente la gestion des ressources humaines dans son ensemble. Il a pour objectif de retranscrire les implications des orientations stratégiques et celles des plans d'actions du projet d'accompagnement sur le personnel et sa gestion.

La gestion des ressources humaines

La structure des effectifs

Entre 65 et 75 personnes travaillent chaque jour au Village du Porhoët afin d'assurer les meilleurs soins aux personnes hébergées.

Parmi elles, des infirmières, une psychologue, une ergothérapeute, des aides-soignants, aides médico-psychologiques et assistants de soins en gérontologie, des agents de service hospitalier, des agents d'entretien, des personnes en charge de l'administration, une qualitiennne, une personne en charge de l'animation, auxquels s'ajoutent un médecin, et un éducateur sportif, sans oublier l'équipe de restauration.

Tableau des effectifs applicable au 01/01/2015*, sans préjudice de la renégociation de la Convention tripartite dont les termes ne sont pas encore précisés au moment de l'élaboration du projet d'établissement :

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS	TOTAL
Direction/Administration	3.30	-	-	3.30
Cuisine et services généraux + portage cuisine sous-traitée	1.80 2.50	-	-	1.80 2.50
Animation	1	1	-	1
ASHQ, agents affectés aux fonctions de nettoyage, blanchissage, service des repas (dont sous-traités)	14.49 1.75	6.21 0.75	-	20.70 2.50
AS/AMP	-	7.25	16.90	24.15
ASG	-	-	1.80	1.80
Psychologue	-	0.60	-	0.60
Infirmiers- cadre de santé	-	-	7	7
Ergothérapeute	-	-	0.20	0.20
Médecin coordonnateur	-	-	0.50	0.50
Total	24.84	14.81	26.40	66.05

*Hors ETP de remplacement.

Le recrutement

Le recrutement est organisé par la direction et le cadre de santé. Il est réalisé par le biais de propositions de candidatures ou de CV conservés de personnes répondant aux besoins et ayant déjà travaillé dans l'établissement (pour les remplacements notamment). Il s'appuie sur des documents tels que les fiches de poste. Le processus de recrutement devra **faire l'objet d'une procédure écrite** au terme du projet d'établissement.

L'accueil du nouveau personnel est organisé. Un travail sur l'accompagnement des stagiaires a été réalisé au cours des dernières années (formation de tuteurs, documents internes de suivi des stagiaires). Un livret d'accueil est distribué à chaque nouvel arrivant, également pour les stagiaires. En règle générale, ces derniers sont encadrés par l'équipe soignante ; un référent est identifié pour les stagiaires AMP et AS, sauf en cas de remplacement d'urgence. **Un protocole d'accueil des stagiaires sera formalisé.**

La formation et l'évaluation

La formation contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels. Les besoins sont recensés aux cours des entretiens individuels et tiennent compte des orientations fixées au niveau national et au niveau de l'établissement. Le plan de formation est réalisé de façon pluriannuelle. Les besoins en formation sont identifiés et synthétisés dans l'annexe 4.

Le personnel bénéficie d'un entretien annuel d'évaluation, c'est à cette occasion que les souhaits en formation peuvent être envisagés. Le dispositif sera **complété par l'élaboration d'une grille d'évaluation** des entretiens.

L'établissement **s'engagera dans le dispositif de développement professionnel continu** (DPC). Il s'agit d'un dispositif nouveau associant l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et de compétences et l'analyse des pratiques professionnelles (APP). Il permet une mutualisation des pratiques professionnelles quel que soit le statut et favorise le décroisement entre les professionnels de santé.

L'organisation du travail

Le personnel administratif, de maintenance ou de lingerie travaille sur la base de jours fixes. Le personnel soignant alterne les postes du matin, de soir et d'horaires coupés et travaille à partir d'un roulement préétabli.

Les équipes sont réparties par secteur de travail géographiquement identifiés au sein de l'EHPAD. Un roulement de ces équipes a lieu tous les 2 ou 3 ans, pour permettre un renouvellement du questionnement autour de l'accompagnement proposé aux résidents.

Les Agents de services hospitaliers qualifiés, les aides médico-psychologiques et les aides-soignants sont polyvalents ; ce qui facilite un accompagnement global des résidents. **La notion de**

réfèrent par thème, prévue dans le projet d'établissement, doit permettre le suivi de certaines problématiques particulières au niveau d'un secteur ou de l'ensemble de l'EHPAD.

Exemple d'une journée type du personnel soignant AS-AMP-ASHQ:

Horaire	Tâches
06H45 – 07H00	Transmissions de la nuit en salle du personnel avec IDE et l'équipe de nuit.
07H00 – 09H50	<p>Selon le plan de soins et le respect de l'organisation du secteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prise en charge globale des résidents du niveau : toilette, petits déjeuners, aide à la prise des médicaments, levée, transfert
09H50 – 10H10	Pause
10h10 – 10h15	Continuité des soins
10H15 – 11H00	Réfection des lits
11H00 – 11H30	Ménage des chambres
11H30 – 12H00	Repas des agents.
12H00 – 13H15	Aide au repas des résidents en salle à manger
13H15 – 14H00	Transfert des résidents vers leurs chambres, chaque agent est responsable des résidents de son secteur. L'agent prendra soin d'installer le résident pour la sieste (mise au lit, inclinaison du fauteuil, volets baissés, plaid sur les jambes...) selon le plan de soins
14H00-14H30	Transmissions (avec IDE selon la planification des trans) + mise à jour des plans de soins
14H30 – 14H40	Transmissions écrites sur PSI

Les outils professionnels

Le personnel possède des documents qui relatent l'organisation et guident le travail : fiches de tâches, fiches de postes, protocoles et procédures notamment.

Les solutions informatiques viennent compléter ces outils :

- Le logiciel de soins *PSI* (qui sera remplacé par Net Soins)
- Le logiciel *Planiciel* pour suivre le compteur d'heures
- Intranet

Les outils professionnels devront être complétés par la **rédaction de l'ensemble des fiches de poste**.

La dynamique de travail d'équipe

Tous les acteurs de l'établissement sont garants de la continuité de l'information par le biais des nombreux temps d'échanges inscrits dans l'organisation du travail. L'accompagnement de la personne est l'affaire de tous. Parmi ces temps d'échanges, on peut citer les transmissions quotidiennes et les réunions d'encadrement organisées chaque semestre, auxquels viennent s'ajouter les réunions concernant le projet personnalisé.

Les améliorations porteront sur le développement et le rôle de personnes ressources, et sur la communication interne. Cela sera concrétisé par :

- **le rôle pivot de l'infirmière** dans la prise en soins (animation des réunions de secteur, conduite des transmissions ciblées, suivi des protocoles et des plans de soins...).
- la **mise en place de professionnels référents** afin de valoriser les qualifications et responsabiliser le personnel sur des thèmes ciblés. Les référents seront des experts de la pratique, formés et relais des bonnes pratiques sur le terrain (soins palliatifs, douleur, suivi de l'incontinence...)
- **l'organisation du rôle des référents** dans la chaîne de responsabilisation et la **formalisation** d'un outil permettant de bien identifier les rôles, les missions, les référents...
- **l'amélioration de l'organisation des affichages** à destination des professionnels

La dynamique de travail sera **complétée par la mise en place de l'analyse de pratiques** (en interne ou inter-EHPAD), préconisation faite lors de l'évaluation externe.

Les conditions de travail

Le CHSCT fonctionne correctement et est attentif aux conditions de travail sans aucune difficulté rencontrée dans l'exercice de son mandat. Le taux d'absentéisme et d'accident du travail est évalué et questionné.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est suivi et réactualisé. Un plan d'actions est établi à l'issue de chaque réactualisation ; sa **mise en œuvre sera effective** tout au long de la validité du projet d'établissement.

Enfin, l'EHPAD a organisé une enquête auprès de son personnel. Le plan d'actions issu de l'enquête a nourri la réflexion dans le cadre de la rédaction de l'ensemble des volets du projet d'établissement.

Le projet qualité

L'organisation de la démarche qualité

Le management de la qualité

La direction est garante de la politique qualité. La mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité est sous la responsabilité de l'ensemble du personnel, acteur au quotidien, coordonnée par une qualitiennne.

Actuellement, la démarche est organisée, suivie et coordonnée. Le travail déjà engagé depuis des années a permis de rédiger de nombreux documents qualité et de développer des outils et méthodes de la qualité : on peut citer les enquêtes de satisfaction, les plans d'actions, les fiches actions (modèle en annexe 3), le brainstorming, le QQQQCP, les indicateurs...

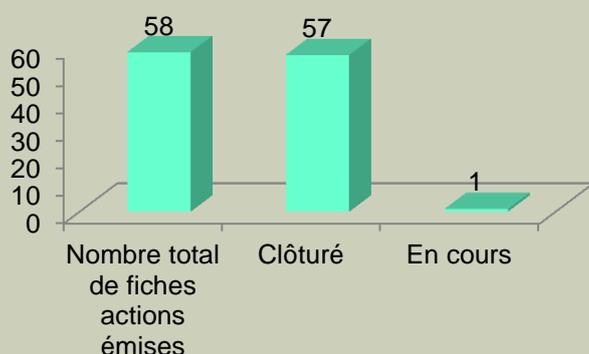
Les objectifs sont les suivants:

- améliorer la qualité des prestations pour répondre au mieux aux besoins des résidents, par des actions concrètes, mesurables et évolutives dans le temps
- faciliter la mise en œuvre du système de management de la qualité de manière coordonnée
- L'acquisition d'un **logiciel qualité** est à l'étude pour faciliter la diffusion des documents qualité auprès du personnel, les évaluations et le suivi du plan d'action susceptible d'en découler.

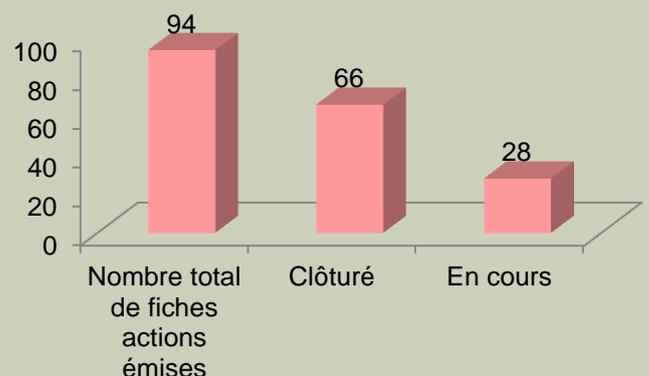
Les actions d'amélioration ont permis de déployer la culture de l'écrit et la culture de l'évaluation. La démarche sera pérennisée par les actions suivantes :

- **le déploiement de l'utilisation des outils d'évaluation** : EPP, audits, indicateurs...
- **la mise en place d'un réseau qualité** avec le GIR 7. A l'initiative des qualitiens des EHPAD, cette « structure » d'appui permettrait de partager des outils, de la méthodologie et d'échanger sur les thèmes suivants : la qualité, la gestion des risques et l'évaluation.
- **la réactivation des groupes de travail** pour la mise en œuvre du plan d'actions
- **la simplification de la gestion documentaire** : consultation sur *Net Soins*, revue de protocoles, simplification du circuit de rédaction...

**2014 - Etat d'avancement Fiche Action
Projet d'établissement / Convention
tripartite**



**2014 Etat d'avancement Fiche Action
Evaluation interne / Evaluation externe**



Les évaluations

L'évaluation interne

L'évaluation interne a été menée en 2012 selon la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » ANESM – février 2012 (périmètre d'évaluation, thèmes,...).

La démarche a été participative et collective. Tous les professionnels ont eu la possibilité de contribuer à la réflexion sur les apports de leur pratique aux objectifs de l'accompagnement. Les membres du comité de pilotage ont été le plus sollicités, néanmoins, à chaque fois que l'organisation le permettait, les autres professionnels ont été mis à contribution au cours des réunions de secteur ou des transmissions par exemple. Cette contribution a été favorisée lorsque le thème était transversal notamment pour le recueil de données concernant le risque infectieux, le risque de maltraitance, le respect de l'intimité du résident...

Les usagers et leurs proches ont aussi été impliqués dans la démarche d'évaluation interne. Ainsi, l'avis des bénéficiaires a été recueilli, de manière structurée, par le biais d'une enquête de satisfaction et des consultations individuelles ont également été réalisées (notamment sur l'évaluation de l'animation, des souhaits et attentes en matière d'animation et vie sociale).

Les résidents et familles ont été informés des étapes de l'évaluation interne et des résultats par le biais du conseil de la vie sociale et d'une information dans le «Flash info » de l'établissement. Le Conseil Administration a été sollicité pour valider l'évaluation le 26 avril 2012.

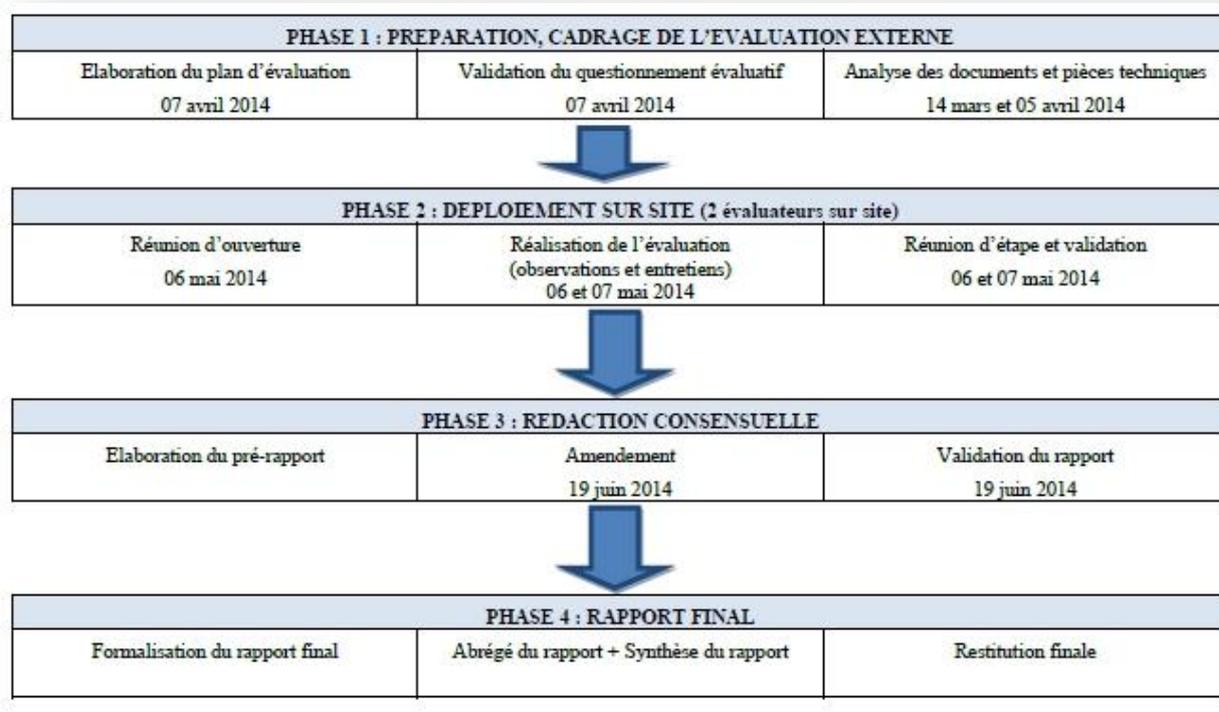
Cette évaluation a contribué à adapter les réponses aux besoins des personnes accompagnées, et à prévenir les risques liés à leur vulnérabilité. Elle représentait un levier pour mettre en œuvre un management par la qualité, qui s'appuie sur :

- un questionnement évaluatif centré sur les usagers ;
- une méthodologie qui prend en compte des perspectives croisées (professionnels, usagers...)
- une approche rigoureuse adossée à des outils spécifiques et adaptés ;
- une interrogation régulière de la pertinence et du sens de l'action collective au regard de besoins identifiés.

La prochaine évaluation interne est **programmée en 2017**.

L'évaluation externe

L'évaluation externe a été réalisée en avril 2014 en respectant le cahier des charges et le contrat conclu avec l'établissement. Le plan d'évaluation est décrit ci-dessous :



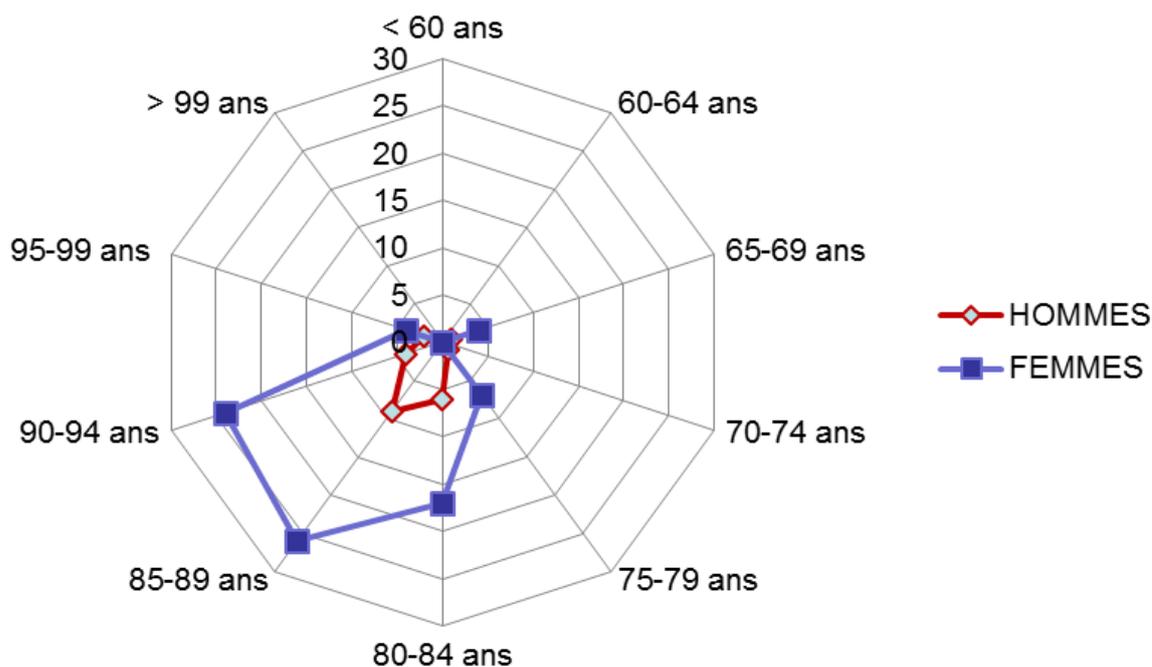
L'évaluation externe a fait appel à une analyse documentaire, à des questionnements collectifs et individuels ainsi qu'à la consultation de documents et dossiers sur site permettant de croiser les regards et obtenir des réponses précises et argumentées.

Principales recommandations de l'évaluation externe:

- Informer et mettre à disposition des professionnels, les principales recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) concernant les EHPAD.
- Revoir les procédures et protocoles en simplifiant et en s'appuyant sur les RBPP.
- Revoir le projet d'établissement lors de la réactualisation (2015) pour le mettre en conformité.
- Revoir la procédure d'admission pour s'assurer du consentement et faire signer le contrat de séjour par le résident et/ou son représentant légal, à défaut mettre en place un document individuel de prise en charge (DIPC).
- Mettre en place un dispositif d'évaluation et de prévention des risques de maltraitance (carnet de bord) en compléments des outils déjà existants.
- Mettre en place une culture des évaluations de pratiques professionnelles.

Annexes

Annexe 1 - Caractérisation de la population et les impacts notables sur l'accompagnement



Age moyen des résidents:

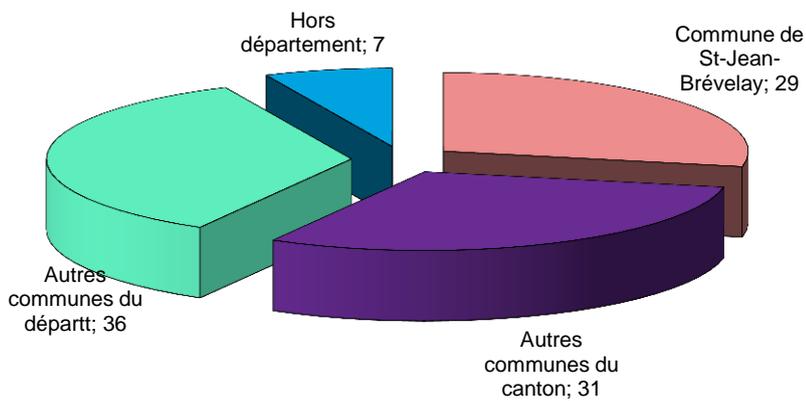
ANNEE	MOYENNE D'AGE	AGE MOYEN A L'ENTREE
2014	86 et 9 mois	87.1 ans
2013	85 et 11 mois	84.7 ans
2012	84 et 08 mois	85.9 ans
2011	83.92 ans	85.5 ans
2010	84.09 ans	84.5 ans
2009	83.80 ans	83 ans
2008	83.76 ans	82.6 ans
2007	83.76 ans	83.3 ans

Répartition des résidents par sexe

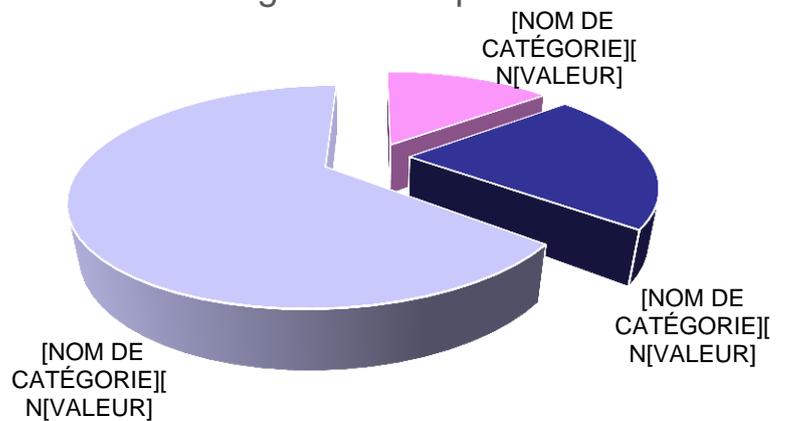
ANNEE	HOMMES	FEMMES
	%	%
2014	21.9	78.10

Origine géographique des résidents

Hébergement permanent

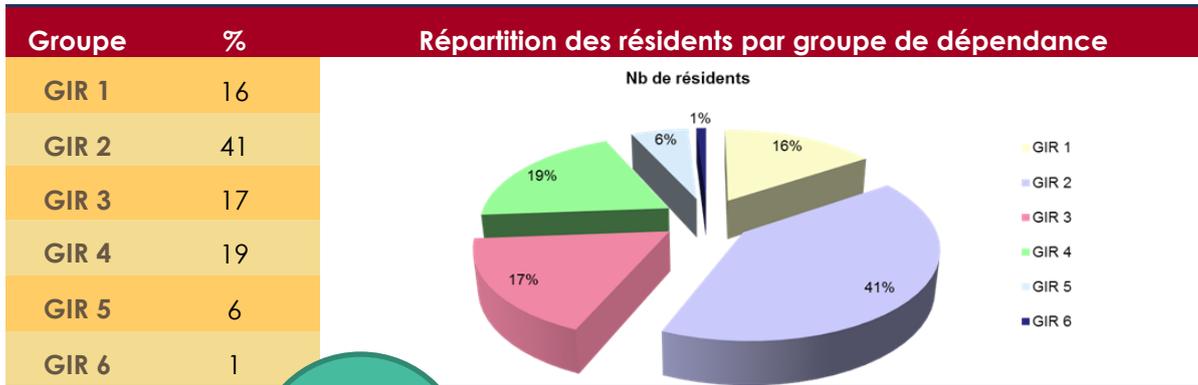


Hébergement temporaire



Niveau de dépendance des résidents :

↳ **Niveau de dépendance des résidents au 19/04/2013 (gmp validé)**



GMP :
710

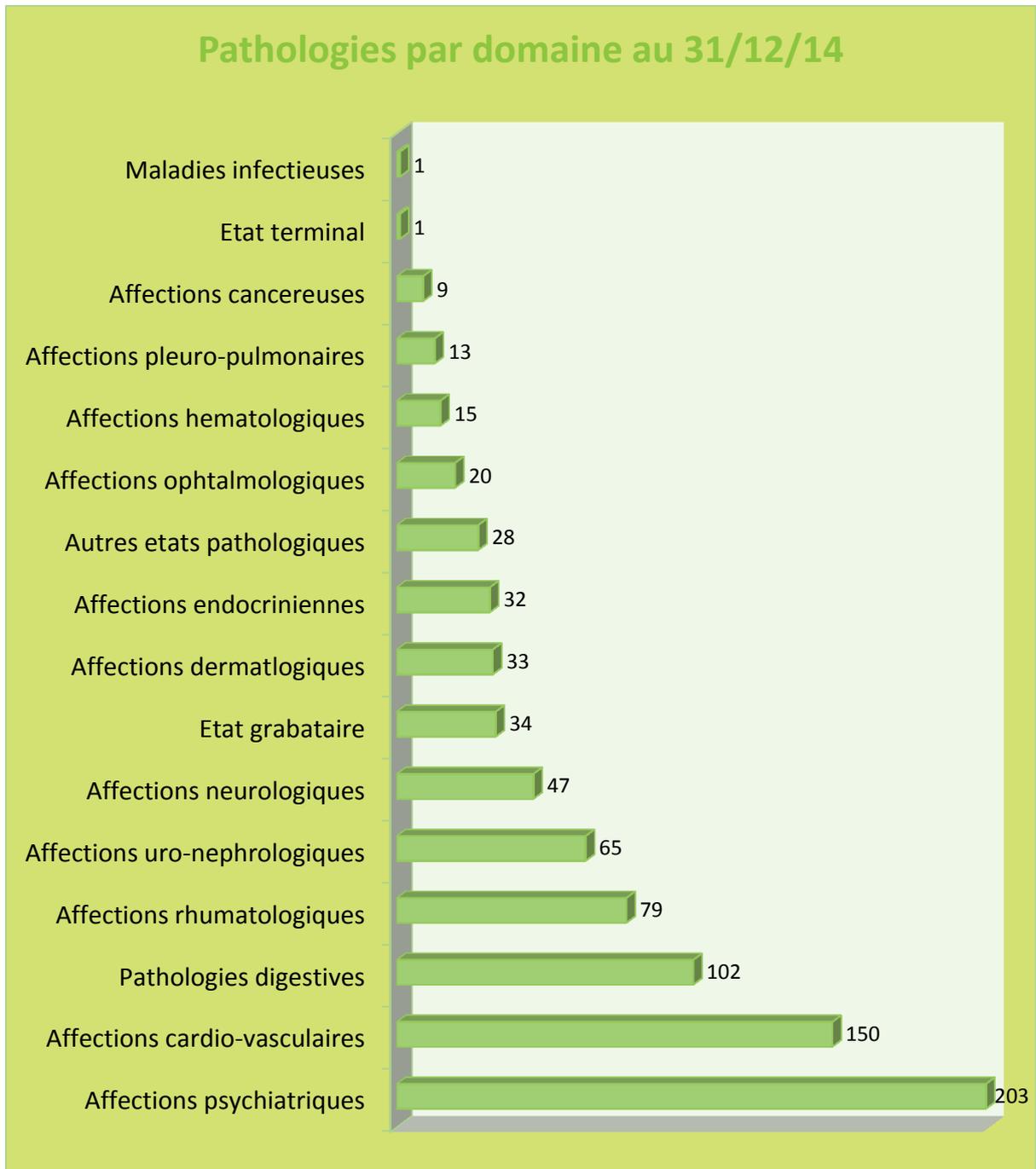
↳ **Evolution du GMP validé (GIR Moyen pondéré) - perte d'autonomie**

Année									
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
644	644	644	644	689	689	689	710	710	710

Niveau de prise en charge en soins

PMP (validé le 5 février 2009)	155
PMP (estimé au 31/12/2014)	196

Types de pathologies au 31/12/2014



Annexe 2 – Le plan d'actions en cours au 01/06/2015

N°Chrono	Origine 1	Thématique/priorité PE	Action	Etat	Curseur de réalisation	Bilan/commentaires
FA04	EI 2012	La garantie des droits	Améliorer la traçabilité sur les justifications et restrictions à la liberté d'aller et venir	En cours	75%	Changement de pilote le 22/10/12 par CS. Au 01/01/2015: Renforcement de la sécurité par des portes à code et accès parc possible (parc fermé) Reste à formaliser dans le PAI les situations particulières
FA05	EI 2012	La personnalisation de l'accompagnement	Revoir le délai de réalisation du bilan d'intégration	En cours	75%	le 11/09/12: A vérifier
FA16	EI 2012	Le maintien des capacités	Apprécier au cas par cas le bénéfice de la substitution d'une douche à une toilette complète	En cours	75%	Au 01/01/15:Le bilan d'intégration et les résultats des enquêtes de satisfaction permettent de proposer une réponse d'avantage personnalisée
FA23	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Redéfinir les acteurs responsables de la réévaluation de la douleur	En cours	75%	le protocole est formalisé à vérifier
FA26	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Améliorer l'enrichissement en interne pour limiter la complémentation	En cours	50%	A vérifier auprès de Lucette en cuisine le 07/10/13 changement de pilote pour CS réaliser le protocole de mise à disposition des enrichis pour la cuisine Au 01/01/2015: mission de 6 mois d'une diet
FA31	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Mener une réflexion approfondie sur les causes probables relatives aux constats des horaires et des lieux de chutes	En cours	25%	le 11/09/12: A vérifier Au 01/01/15: recensement des chutes fait

N°Chrono	Origine 1	Thématique/priorité PE	Action	Etat	Curseur de réalisation	Bilan/commentaires
FA32	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Mener une réflexion approfondie sur la poly médication	En cours	50%	Au 01/01/15: une analyse est réalisée individuellement en réunion de secteur par le médecin co
FA35	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Développer les liens avec l'IDE hygiéniste (convention, programmation d'audits thématiques?)	En cours	50%	Chercher preuve de son passage et relancer la collaboration car en suspend au 01/01/15: protocoles réalisés et EPP hygiène programmée
FA36	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Resensibiliser sur le port des bijoux et des vêtements sur les blouses	En cours	50%	au 01/01/15: EPP programmée
FA37	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Prendre la température des aliments en début et fin de service	En cours	50%	Réalisé partiellement avec le changement de matériel début 2013 Au 01/01/15: Relancer le suivi mensuel
FA38	EI 2012	La prévention des risques liés aux soins	Décrire le circuit des repas (tenue, règles d'hygiène...) et réorganiser le temps repas	En cours	75%	Réalisé avec le changement de matériel début 2014 Au 01/01/15: Reste à écrire le protocole
FA52	EI 2012	L'accompagnement de fin de vie	Réviser le protocole Fin de Vie	En cours	50%	intervention du RSP + formation par le RSP prévue en juin 2015, reste à mettre le protocole
FA90	EE 2014	PE	Réaliser une réactualisation du Projet d'Etablissement en 2015 conformément aux textes de référence.	En cours	25%	CODIR 12/14: état prioritaire pour 2015
FA91	EE 2014	promotion de la santé	Compléter le rapport pour le mettre en conformité avec le décret du 27 mai 2005.	En cours	25%	
FA93	EE 2014	Ressources humaines	Se mettre en conformité avec les affichages obligatoires.	En cours	25%	au 01/01/15: Classeur à mettre en salle du personnel

N°Chrono	Origine 1	Thématique/priorité PE	Action	Etat	Curseur de réalisation	Bilan/commentaires
FA96	EE 2014	Ressources humaines	Mettre en place des groupes de travail pour repenser l'organisation et envisager de mieux structurer la chaîne des responsabilités (cadre de santé, référents, qualicien...).	En cours	75%	Réalisation des fiches de tâches depuis octobre 2014 + gp de travail FT IDE en novembre 2014 Fiches de poste et fiches de tâches à la signature
FA97	EE 2014	Démarche qualité	Retravailler le manuel de procédures pour les simplifier et faire référence aux RBPP.	En cours	25%	fait dans les protocoles récents au 01/01/15: + modification de diffusion des protocoles décidée en COPIL du février 2015
FA101	EE 2014	Démarche qualité	Envisager régulièrement des évaluations de pratique professionnelle et d'analyse de la pratique.	En cours	25%	Programme EPP réalisés en COPIL février 2015
FA102	EE 2014	Gestion des risques	Etudier, lors de la mise en place des tablettes, les traçabilités.	En cours	75%	Tablettes mises en œuvre et utilisées + traçabilité des plans de soins assurée
FA104	EE 2014	Qualité et la sécurité des prestations hôtelières	Mettre en place un dispositif pour tracer les travaux d'entretien.	En cours	25%	le 01/01/2015: A mettre en place lors de l'installation du logiciel net soins
FA110	EE 2014	La garantie des droits	S'assurer de la signature du contrat de séjour par la direction, le résident et/ou son représentant légal (cf. CASF).	En cours	75%	DIPC en janvier 2015 Au 01/01/15: vérifier les signatures par les résidents des contrats de séjour
FA112	EE 2014	La garantie des droits	Faire apparaître l'engagement de l'établissement autour des droits fondamentaux dans le projet d'établissement.	En cours	25%	démarrage du PE le 04/03/15
FA115	EE 2014	Démarche qualité	Appuyer les procédures, les EPP sur les références de bonne pratique.	En cours	25%	état prioritaire pour 2015
FA116	EE 2014	La prévention de la maltraitance	Se mettre en conformité avec la circulaire du 20 février 2014, le comité national de vigilance contre la maltraitance et la RBPP de l'ANESM en établissant un document type « carnet de route » pour évaluer les risques de maltraitance.	En cours	50%	reste à distribuer contre signature aux agents
FA117	EE 2014	La prévention de la maltraitance	Former nommer les référents bientraitance.	En cours	25%	A intégrer dans la notion de référent lors du PE
FA122	EE 2014	Synthèse	Mettre à disposition les principales RBPP dans les procédures et les documents.	En cours	25%	
FA123	EE 2014	Synthèse	Réactualiser le projet cf. aux préconisations de l'ANESM.	En cours	25%	démarrage du PE le 04/03/15
FA127	EE 2014	Synthèse	Revoir les transmissions, envisager les transmissions ciblées.	En cours	50%	état prioritaire pour 2015 au 01/01/15: les trans de début d'am ont revues et reste à mettre en œuvre les trans ciblées
FA129	AU01/MEDOC	circuit du médicament	Suivre le plan d'action suite à l'audit du circuit du médicament	En cours	50%	Voir le plan d'action en informatique annexe

N°Chrono	Origine 1	Thématique/priorité PE	Action	Etat	Curseur de réalisation	Bilan/commentaires
FA161	CT2010	Qualité de vie	Améliorer les repas mixés	En cours	75%	Le personnel de cuisine a reçu une formation spécifique. La composition et la présentation des mixés a été revue. La texture est améliorée, la présentation est agréable, reste à différencier les textures : haché, mixé
FA179	AU03/DU	Gestion des risques	Suivre le plan d'action suite à la réalisation du document unique	En cours	50%	au 01/01/15: PA du DU en cours de réalisation (voir le PA spécifique)
FA180	AU02/GREPHH	Risques infectieux	Suivre le plan d'action spécifique suite à l'audit interne (référentiel GREPHH)	En cours	50%	au 01/01/15: PA du référentiel GREPHH en cours de réalisation (voir le PA spécifique)
FA185	ES prof 14	Démarche qualité	Améliorer l'organisation de la gestion documentaire (orga classeur et mode de diffusion)	En cours	25%	
FA190	ES prof 14	La personnalisation de l'accompagnement	Refaire l'enquête des résidents sur l'heure des lever	En cours	25%	enquête de satisfaction prévue 1er trim 2015
FA194	ES prof 14	Ressources humaines	Organiser des rencontres interservices (soins, heb, cuisine, maintenance, lingerie..)	En cours	50%	Prévision de réunion entre jour et nuit tous les 6 mois : voir planning
FA195	ES prof 14	Démarche qualité	Mettre en œuvre le plan d'action issu de l'enquête auprès des professionnels et le suivre	En cours	75%	Voir le PA spécifique
FA196	ES fam 13	Accueil et l'intégration des résidents	Relancer les visites par le référent	En cours	50%	relancé depuis 01/01/2014 env: preuve sur planification des animations ind
FA200	ES fam 13	Ressources humaines	Créer une organisation qui permettrait d'avoir une réponse « visible » sur chaque secteur en particulier l'am.	En cours	50%	Renforcement des équipes le we depuis janvier 2013. réorga à poursuivre
FA201	ES fam 13	La personnalisation de l'accompagnement	Notifier le choix de croyance dans le PSI	En cours	50%	Vue en réunion de synthèse et bilan d'intégration dans PSI et PAI
FA203	ES fam 13	Risques infectieux	Organiser un contrôle de la propreté des chambres notifiée	En cours	25%	support validé pour affichage en chambre
FA205	ES fam 13	La garantie des droits	Réaliser une action de sensibilisation (toc toc)	En cours	75%	fait en 2014 mais à reprogrammer en 2015
FA206	ES fam 13	Risques infectieux	Rechercher un produit nettoyant et désodorisant	En cours	50%	A suivre depuis l'installation de doeur de produit automatique

Annexe 4 – Plan de formation pluriannuel

	2016	2017	2018	2019	2020
Formation à la promotion de la Bienveillance / humanité	x	x	x	x	X
Formation aux gestes d'urgences	x	x	x	x	x
Formation à la manutention des personnes	x	x	x	x	x
Formation sécurité incendie	x	x	x	x	x
Formation au dossier de soins informatisé		x	x	x	X
Journée gérontologique	x		x		x
Formation sur les soins bucco-dentaires			x		
Formation RABC-HACCP			x	x	
Formation à la maîtrise du risque infectieux / hygiène soins		x			
Formation sur les alternatives non médicamenteuses				x	
Formation à l'hygiène des locaux			x		
Formation physique pour les personnes âgées en perte d'autonomie		x			
Formations rappel prévention d'escarres			x		
Formations rappel prévention de la douleur				x	
Formation rappel dénutrition-déshydratation					x
Formation rappel accompagnement des personnes présentant des troubles psycho-comportementaux		x		x	
Formations sur la prise en charge de pathologies spécifiques (ex : cancer)		X			
Formations d'accompagnement du personnel dans sa relation avec le travail.			X		
Formation qualifiante	x	x	x	x	x

Ce plan est indicatif, d'autres formations répondant à des demandes individuelles de formation des agents sont susceptibles de s'ajouter à ces formations, de même que des éléments de contexte (ex : création d'un accueil de jour) ou des contraintes réglementaires peuvent conduire à une adaptation du calendrier ou à la programmation de nouvelles formations.

Annexe 5 – Charte des droits et libertés de la personne accueillie

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

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

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

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

Article 3 - Droit à l'Information

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

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

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

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

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

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

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

Article 5 - Droit à la renonciation

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

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

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

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

Article 7 - Droit à la protection

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

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

Article 8 - Droit à l'autonomie

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

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

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

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

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

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

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

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

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

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

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

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.