EHPAD Ti Ar Garantez
Rue du Docteur Vourch 29570 Camaret Sur Mer
Mail : direction@ehpadcamaret.fr
Tél : 02.98.27.83.79.
N° FINESS : 29 000 6444

PROJET D'ETABLISSEMENT 2020-2024

RESIDENCE TI AR GARANTEZ – CAMARET SUR MER

Géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Camaret/mer

Validé par le Conseil d'administration du CCAS le 12 décembre 2019

« Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans, après consultation du Conseil de vie sociale le 20 décembre 2019 »

1. INTRODUCTION
1.1. Contexte historique
1.2. Méthodologie de la démarche projet
1.3. Objectifs de la démarche projet

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT : MISSIONS ET ENVIRONNEMENT
2.1. L'environnement législatif
2.2. Evolution démographique
2.3. La structure de l'offre d'hébergement pour personnes âgées
2.4. Présentation de l'établissement
2.5. Situation environnementale
2.6. L'environnement architectural
2.7. La population, son entourage et son évolution :
- Provenance et origine des résidents
- Age et dépendance
- Activité

3 POLITIQUE ET PROJET DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE
3.1 Les valeurs de l'organisme gestionnaire et principes d'intervention de l'équipe
3.2 Politique de bientraitance
3.2.1 Le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité
3.2.2 Le droit au respect de sa personnalité et de son individualité
3.2.3 Le droit à une prise en charge et à un accompagnement de qualité en vue de favoriser son autonomie
3.2.4 Le libre choix des prestations proposées, le respect du consentement et le droit de renonciation
3.2.5 Le droit à l'indépendance et au maintien des liens familiaux
3.2.6 Le droit à l'exercice des droits civiques
3.2.7 Le droit à la pratique religieuse et à la liberté de culte
3.2.8 Le droit à l'information relative au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement
3.2.9 Le droit à l'information et à la confidentialité des informations concernant sa prise en charge et son dossier médical
3.2.10 Les enquêtes

4 L'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT
4.1 Le projet d'accompagnement personnalisé
4.1.1 Les modalités du processus d'admission
4.1.1.1 La demande d'admission
4.1.1.2 L'admission du résident dans l'établissement

4.1.2 Les modalités d'élaboration et de révision du projet personnalisé :
4.1.2.1 Le recueil des informations
4.1.2.2 L'élaboration du projet personnalisé
4.1.2.3 La révision du projet personnalisé

4.2 L'organisation interne de l'offre de prestation
4.2.1 L'animation au quotidien
4.2.2 La participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement
4.2.3 Vie quotidienne
4.2.3.1 Les professionnels concourant à la prise en soins des résidents
4.2.3.2 Les professionnels transversaux
4.2.3.3 Organisation du maintien de l'autonomie du résident
4.2.3.4 Santé
4.2.3.5 Les matériels et aides techniques
4.2.3.6 Le circuit du médicament

4.3 Hébergement
4.3.1 L'entretien des locaux
4.3.2 La restauration
4.3.3 La lingerie

4.3.4 La maintenance des locaux et du matériel, la sécurité

4.4 Les intervenants extérieurs et les partenaires
4.4.1. Les intervenants extérieurs
4.4.2. Les partenaires

4.5 Les outils concourant à la prise en soins des résidents
4.5.1 Le dossier de soin
4.5.2 Prévention et gestion des risques liés à la vulnérabilité des résidents (contention, incontinence, escarres, chutes, santé bucco-dentaire, optimiser l'état nutritionnel du résident)
4.6 L'accompagnement de fin de vie

5 LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES
5.1 Description de l'organisation de l'établissement
5.2 Présentation des compétences mobilisées
5.2.1 Les effectifs par poste
5.2.2 La pyramide des âges
5.2.3 La gestion des ressources humaines
5.3 Accueil de nouveaux collaborateurs
5.3.1 Accueil et intégration des personnels titulaires et remplaçants
5.3.2 Accueil et intégration des étudiants / stagiaires
5.4 Formation continue et évaluation
5.4.1 L'évolution des fonctions : la formation professionnelle
5.4.2 Les entretiens professionnels
5.5 Qualité de vie au travail
5.5.1 Gestion des risques professionnels
5.5.2 Analyse des pratiques professionnelles

6 LA DEMARCHE QUALITE ET SES PERSPECTIVES
6.1 La démarche d'amélioration continue de la qualité
6.2 La gestion documentaire
6.3 La gestion des évènements indésirables
6.4 Création des DMP des résidents et mise en place de la télémédecine
6.5 La gestion des déchets dans le cadre du développement durable

7 CONCLUSION :
7.1 Diffusion du projet
7.2 Le suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement
7.3 Les modalités de révision du projet

8 PLAN D'ACTIONS DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Annexes :
- **Plan bleu**
- **Plan d'actions du projet d'établissement**
- **Glossaire des abréviations**

1 INTRODUCTION

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de*

coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans, après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Le projet d'établissement constitue un document de référence pour les 5 années à venir pour les équipes, les résidents, leur famille et nos différents interlocuteurs. Il présente l'établissement, sa mission, son fonctionnement, son projet d'accompagnement et les modalités de mise en œuvre, ainsi que la démarche d'évaluation des pratiques et des prestations.

Le projet d'établissement exprime une philosophie d'accompagnement, en s'appuyant sur les valeurs défendues par l'établissement. Il pose un cadre et définit les conditions de prise en charge du résident.

Faisant partie intégrante d'un dispositif d'amélioration continue de la qualité, il permet d'inscrire la stratégie d'actions de l'établissement, les objectifs et les moyens pour réaliser sa mission. L'évaluation régulière et la mise en place d'actions correctives au fil de l'eau rendent, par nature, ce projet évolutif.

1.1 Contexte historique

La Résidence Ti Ar Garantez de Camaret-sur-Mer est ouverte depuis décembre 1986 et accueille jusqu'à 70 résidents.

Evolution

- Décembre 1986, ouverture du foyer logement
- En 1995, ouverture d'une section de cure médicale de 10 lits
- Le 1er janvier 1999, l'établissement est entré dans la nouvelle tarification, avec application d'un tarif hébergement et d'un tarif dépendance (en fonction du niveau de dépendance de la personne hébergée)
- Au 1er janvier 2008, la résidence Ti Ar Garantez est devenue EHPAD, en signant la convention tripartite avec les services du Conseil Départemental et de l'ARS.
- Depuis le 1er janvier 2019, le CPOM remplace les conventions tripartites.

1.2 Méthodologie de la démarche projet

La résidence Ti Ar Garantez (représentée par la directrice et l'adjointe de direction) adhère à un groupe de travail mobilisant plusieurs établissements pour la refonte de leur projet d'établissement. Afin de préparer la rédaction de ce document, ils sont encadrés par Manon PRACA du CREAI de Rennes.

Associé à la démarche d'évaluation de l'établissement et d'amélioration de la qualité, le projet d'établissement intègre, dans les pratiques professionnelles quotidiennes, les processus d'organisation de l'accompagnement du résident tout au long de son séjour ; il initie et développe ainsi un plan de maîtrise de la qualité dans tous les domaines (hébergement, soins, vie sociale...).

Un comité de pilotage a été constitué, composé d'une équipe pluridisciplinaire (la directrice, l'adjointe de direction, la secrétaire, l'animatrice, l'adjoint technique, l'IDEC, 3 aides-soignantes, 2 infirmières, des représentants du CCAS et du CVS) ayant pour mission de valider et de s'assurer du suivi de la méthodologie, de prioriser les thématiques de réflexion et de valider les écrits.

Des groupes de travail pluridisciplinaires, déjà constitués pour l'élaboration des fiches objectifs CPOM, ont travaillé sur la refonte du PE.

4 réunions du comité de pilotage et 10 réunions des différents groupes de travail ont été nécessaires pour réaliser ce projet d'établissement.

Le projet d'établissement est une formidable possibilité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, au sein de l'établissement pour les années à venir.
L'EHPAD de Camaret a de façon claire, précise et objective formalisé ses objectifs, en partant des besoins du résident et en déclinant des indicateurs permettant d'évaluer l'efficience de la prise en charge.
Dans le même sens, il est établi que cette dynamique impulsée est l'œuvre d'un travail collectif associant résidents, personnel, familles et élus. Merci pour leur investissement et soutien pour la réalisation de ce document.

1.3 Objectifs de la démarche projet

Le travail participatif et collectif a permis d'ancrer les fondamentaux et de construire un document de référence, dans lequel chacun peut se reconnaitre, en positionnant le résident au centre des préoccupations.

L'expression des professionnels, des résidents et des familles a rendu possible un état des lieux des pratiques, basé sur les réalités et spécificités du terrain et de se recentrer sur les attentes, les besoins et les demandes de la personne accueillie, en décrivant les règles de fonctionnement dans le respect des valeurs de l'établissement.

Ce mode d'élaboration collaboratif permet de valider l'évolution positive des pratiques amorcée depuis plusieurs années, de valoriser les atouts et les forces de l'établissement, mais également de pointer les dysfonctionnements et les axes d'amélioration à envisager.
Le projet d'établissement 2020-2024 marque la volonté de poursuivre une démarche qualité dans l'accompagnement des résidents et des personnels autour des 8 fiches objectifs du CPOM :

- La culture de bientraitance
- La création du PASA
- La télémédecine
- L'optimisation de l'état nutritionnel du résident
- La qualité de vie au travail
- L'amélioration de la gestion des déchets dans le cadre du développement durable
- L'admission- accueil- PVI
- La santé bucco-dentaire

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT : MISSIONS ET ENVIRONNEMENT

2.1 L'environnement législatif

Les établissements médicalisés autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quel que soit leur statut juridique ou leur appellation, doivent respecter un corpus législatif et réglementaire : **loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets du 26 avril 1999, loi du 2 janvier 2002 transcrite dans le CASF**.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement du 28 décembre 2015 est venue réformer le secteur médicosocial. Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement, en accompagnant la personne dans cette étape de la vie par des réponses adaptées à ses besoins et ses attentes.

Elle prévoit notamment des mesures pour les EHPAD :

- Renforcer la transparence de l'information sur les prix
- Définir un socle de prestations : « un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement, dont la liste est fixée par décret » (Article L 342-2 du CASF)
- Réaffirmer les droits des usagers par la recherche systématique du consentement de la personne, la désignation d'une personne de confiance et le respect de la liberté d'aller et venir en établissements sociaux et médico-sociaux
- Conclure un CPOM remplaçant la convention tripartite. Le CPOM permet de définir des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge et d'accompagnement en apportant une souplesse de gestion et une autonomie dans le pilotage et la mise en œuvre de ces objectifs

L'ensemble de ces textes définit des critères de qualité et d'évaluation des prestations, comme préalables indispensables à la contractualisation et placent les personnes accueillies au centre des dispositifs d'accompagnement.
Les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, sont soumis à d'autres dispositions ou documents de référence : les Recommandations de la HAS et les recommandations de l'ex ANESM, désormais fusionnée avec la HAS.
Les recommandations définissent les axes fondamentaux de l'accompagnement, de la prise en soins bientraitante et de l'évaluation de la qualité des prestations sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer au quotidien, pour la mise en œuvre effective du respect des droits du résident.

Le rapport Libault de 2019 place la personne âgée et son libre choix au centre de ses ambitions. Il se prononce en faveur d'une meilleure qualité de vie et d'une citoyenneté pleinement reconnue, comme l'ont fait avant lui les lois du 2002-2 et ASV. Mais il propose cette fois, outre la réaffirmation claire de la primauté de la solidarité nationale, des avancées à vocation opérationnelle très significatives sur le financement, le modèle de prise en charge et sur les métiers. Le rapport s'appuie sur les 5 points ci -après :

- ➥ L'attractivité des métiers du grand âge.
- ➥ Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre
- ➥ Diminuer le reste à charge
- ➥ Augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention
- ➥ Assurer une répartition équitable et efficiente des ressources sur le territoire national

2.2 Evolution démographique

Évolution de la structure de la population en France

	Population au 1er janvier répartition par tranches d'âge (en %)					
Année	**de 0 à 19 ans**	**dont 0 à 14 ans**	**de 20 à 59 ans**	**de 60 à 64 ans**	**65 ans ou plus**	**dont 75 ans ou plus**
2011	24,7	18,6	52,3	6,3	16,7	8,9
2016	24,6	18,4	50,4	6,1	18,9	9,2

Source : Insee, estimations de population
(p) résultats provisoires à fin 2018.

Champ : France hors Mayotte jusqu' en 2014 et France inclus Mayotte à partir de 2014

Le PRS de Bretagne 2018–2022, bien que bénéficiant d'un des taux de natalité les plus dynamiques d'Europe, souligne que la France vieillit. Ce vieillissement résulte d'une baisse du taux de natalité, d'un accroissement continu de l'espérance de vie et de l'effet conjoncturel du « papy-boom » (qui devrait s'atténuer vers 2025 selon les démographes). Ce mouvement de vieillissement se constate de manière plus forte en Bretagne que pour la France entière.
Le PRS précise, qu'au vu du vieillissement touchant toutes les catégories de la population, l'offre destinée aux personnes en situation de handicap devra également continuer à s'adapter pour prendre en charge les personnes vieillissantes et, d'une manière plus générale, mieux répondre aux besoins des personnes aux âges charnières de la vie d'une personne en situation de handicap.
La consolidation de l'offre en hébergement temporaire et en accueil de jour devra ainsi être un objectif à partager avec les Conseils Départementaux, chefs de file de la politique en faveur des personnes âgées. Les établissements d'hébergement, actuellement au nombre de 508 pour 40 822 lits et places, devront nécessairement accueillir des personnes plus âgées, avec des niveaux de dépendances plus élevés, souvent liés aux maladies spécifiques du vieillissement (maladies neurodégénératives).
Le COS fixe le cadre stratégique de l'ensemble du PRS à échéance de 10 ans. Sa mise en œuvre est prévue par le schéma régional, ainsi que par un programme spécifique : le PRAPS.

En effet, la population bretonne est plus âgée et vieillit plus rapidement que la population métropolitaine, en raison d'un déficit migratoire entre 20 et 30 ans et de la présence de zones attractives pour les retraités. La population est donc plus âgée en bordure littorale, mais également au centre de la Bretagne, alors qu'elle est plus jeune dans les espaces périurbains des grandes villes. Quant aux projections de population à l'horizon 2040, elles confirment cette tendance structurelle dans notre région.

Le 1er juillet 2016, l'ARS Bretagne a arrêté la liste et les contours des huit groupements hospitaliers de territoire (GHT) bretons. Chacun est implanté sur un territoire de santé. Nous dépendons du GHT de Bretagne Occidentale.

De plus, si nous affinons notre recherche à la presqu'île de Crozon, nous constatons que la proportion d'habitants, âgés de 75 ans ou plus atteint, en moyenne 13% au sein de la Presqu'île de Crozon (8% dans le Pays de Brest) et se situe même parfois au-delà de 15% dans certaines communes (Landévennec, Camaret-Sur-Mer).
Sources : « La Presqu'île de Crozon en Chiffres » Atlas sociodémographique décembre 2012 Réf. 12/341, Agence d'urbanisme du pays de Brest - 24, rue Coat-Ar-Gueven - 29200 Brest - Tél. : 02 98 33 51 71 www.adeupa-brest.fr

A l'horizon 2040, la population des 75 ans et plus représenterait 16% de la population finistérienne selon l'INSEE.

Dans le 4ème schéma départemental des personnes âgées 2015 – 2020 du Conseil départemental du Finistère, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, l'Orientation 2 *« Accompagner la perte d'autonomie à domicile et en établissement »,* souligne que les EHPAD sont, quant à eux, confrontés à un niveau croissant de dépendance, à l'accueil de pathologies de plus en plus variées et à un déficit d'image. Bien que ces derniers aient su développer des offres complémentaires et alternatives (accueil de jour, hébergement temporaire, pôle d'activités et de soins adaptés, unité d'hébergement renforcée, etc), il apparaît nécessaire de réfléchir à des évolutions. Elles pourraient se traduire dans le rapprochement des SAD et des EHPAD, à l'appui de conseils de vie sociale revisités, dans des expérimentations en matière de soutien aux aidants, portés par les établissements et services, et par un travail de communication sur l'établissement en tant que lieu de vie.
Une attention particulière devra être portée aux personnes handicapées, dont le vieillissement est souvent plus rapide que pour le reste de la population et des liens entre le schéma « Bien vieillir » et le schéma « Vivre ensemble » pour les personnes handicapées devront être construits.
Pour cela des fiches actions ont été créées :

- Mettre en place des outils facilitant la réalisation du projet personnalisé de la personne âgée.
- Favoriser la mise en œuvre des dispositifs de la démarche qualité en établissements et services médico-sociaux.
- Contribuer à la qualité de vie au travail des personnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes.
- Soutenir les établissements dans l'accompagnement de la dépendance.
- Renforcer la place de l'animation dans les EHPAD et le rôle des bénévoles.

L'Orientation 3 « Développer la coordination partenariale et organiser les parcours de chacun à l'échelle des bassins de vie » répond à la dynamique d'ouverture de l'EHPAD sur son environnement, afin d'en faire un équipement structurant ouvert sur son territoire.
Pour cela des fiches actions ont été créées :

- Mettre en place une gouvernance départementale de la coordination gérontologique.
- Mettre en œuvre des dispositifs innovants de coordination des partenaires.
- Améliorer l'accès aux soins à domicile et en établissement.
- Prendre en compte le vieillissement des personnes handicapées dans la politique gérontologique.

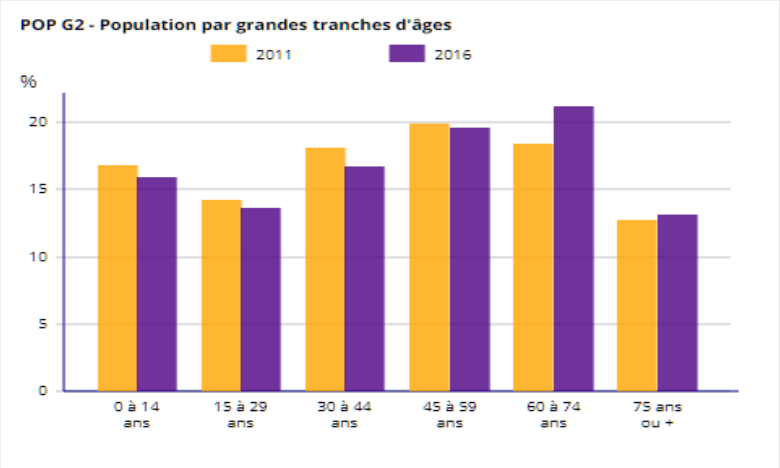
Evolution et structure de la population en 2016 (Communauté de Communes Presqu'ile de Crozon/Aulne Maritime)

Population par grandes tranches d'âges

	2016	%	2011	%
Ensemble	**23 112**	**100,0**	**23 469**	**100,0**
0 à 14 ans	3 675	15,9	3 932	16,8
15 à 29 ans	3 137	13,6	3 324	14,2
30 à 44 ans	3 860	16,7	4 241	18,1
45 à 59 ans	4 523	19,6	4 670	19,9
60 à 74 ans	4 889	21,2	4 318	18,4
75 ans ou plus	3 028	13,1	2 983	12,7

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

POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



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

2.3 Les politiques locales en faveur des personnes âgées

Le Conseil Départemental du Finistère par le biais du nouveau PRS (2018-2022) s'est engagé à :

- ✓ Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie
- ✓ Garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile
- ✓ Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée

- ✓ Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge
- ✓ Développer la performance et l'innovation du système de santé
- ✓ Mieux préparer le système de santé aux évènements exceptionnels
- ✓ Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale

Le CLS du pays de Brest

Il a été signé pour la période de 2019 à 2023.

C'est un outil au service d'une politique de santé territorialisé. Le CLS renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé de l'ARS au niveau local, dans le respect des objectifs de son PRS, en favorisant une meilleure coordination des politiques publiques, des financements et des acteurs. Cette démarche s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé et constitue un levier de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le CLS permet notamment de :

- Partager des objectifs de santé entre une collectivité et l'ARS
- Bénéficier de la connaissance que les élus locaux ont de la population, des réseaux associatifs et professionnels, de la réalité des territoires pour améliorer l'efficacité des actions en santé, notamment de prévention
- Soutenir la collectivité dans sa volonté de prendre en compte la santé dans toutes les politiques qu'elle conduit sur son territoire (mobilité, aménagement du territoire, logement, restauration, services à la population, environnement, …)

Quelques axes du plan d'action CLS du pays de Brest :

- Promouvoir la santé et soutenir le bien-être des personnes en situation de fragilité (actions collectives de prévention en santé et prévention de la perte d'autonomie en direction des personnes âgées), Cf. fiche action 4.2.
- Développer des temps forts autour de la santé (quinzaine santé, les lundis de la santé, cafés santé …) pour sensibiliser le grand public aux principaux facteurs de risque pour la santé, Cf fiche action 6.1.

MAIA/appui santé

Une convention de coopération a été signée en mars 2018. Celle-ci s'attache à :

- Faciliter le travail en complémentarité et en partenariat pour apporter une réponse plurielle fondée sur la communication et la coordination volontaires des différents acteurs de santé
- Respecter la liberté de choix du patient
- Développer le droit à l'information et rechercher systématiquement le consentement de la personne concernée
- Préciser les modalités de l'intervention de la plateforme territoriale d'appui santé en ce qui concerne l'accompagnement des personnes dans le cadre d'un parcours complexe et particulièrement l'accompagnement des personnes dans le cadre de soins palliatifs

La CCPC a fusionné avec la CCAM le 1er janvier 2017. Cette fusion permet de regrouper les moyens de 10 communes : 7 de la CCPC (Argol, Camaret-sur-Mer, Crozon, Landévennec, Lanvéoc, Roscanvel, Telgruc-sur-Mer) et 3 de la CCAM (Le Faou, Rosnoën et Pont-de-Buis-Lès-Quimerch), dans le but d'offrir de meilleurs services et de mettre en œuvre des projets ambitieux qu'une commune seule ne pourrait financer, notamment dans le secteur des personnes âgées.

Le CLIC débute en 2001 par la mise en œuvre d'un comité de pilotage, ayant pour objectif la création d'un réseau gérontologique. Ce réseau a évolué vers la création d'une association Presquîl'Age en 2002. En 2003, le CLIC est labellisé niveau II par le Conseil Départemental. L'équipe intervient sur les communes suivantes : Argol, Camaret-sur-Mer, Crozon, Landévennec, Lanvéoc, Roscanvel et Telgruc-sur-Mer.

En 2010, il devient budget annexe de l'Hôpital de Crozon. Sa gestion est donc assurée par le CHPC.

En 2017, la signature de la convention d'objectifs et de moyens pour l'animation du dispositif CLIC, entre le Département du Finistère et le CHPC, contractualise le déploiement du service sur les Communes du Faou, Pont de Buis et Rosnoën.

Le CLIC est un service public, gratuit et confidentiel, où l'équipe conseille, accompagne et oriente vers les organismes compétents pour tout ce qui concerne :

- L'accès aux droits (APA, MDPH, ACS, aides caisses de retraite, etc.)
- Les services d'aide et de soins à la personne (aide à domicile, portage de repas, téléalarme, etc.)
- L'habitat (matériel médical et adaptation du logement, etc.)
- Les établissements d'accueil (EHPAD, hébergement temporaire, etc.)
- La protection juridique (tutelle, curatelle, etc.)
- Les transports
- La vie sociale
- L'aide aux aidants

2.3 La structure de l'offre d'hébergement pour personnes âgées

Chiffres clés Finistère	2008	2013
Nombre de places en hébergement permanent	9 714	11 172
Nombre de places en hébergement permanent pour 100 personnes de 75 ans et plus (%)	11,2	11,7

Source : Conseil départemental du Finistère

En 2018, le Finistère compte 137 EHPAD avec une capacité de 12 936 places (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour, unités de soins de longue durée, hébergement pour personnes handicapées vieillissantes, unité Alzheimer), données du Conseil départemental du Finistère, Direction des personnes âgées et des personnes handicapées. La communauté de communes de la Presqu'ile de Crozon Aulne Maritime regroupe 4 EHPAD (Pont de Buis, Le Faou, Crozon, Camaret).

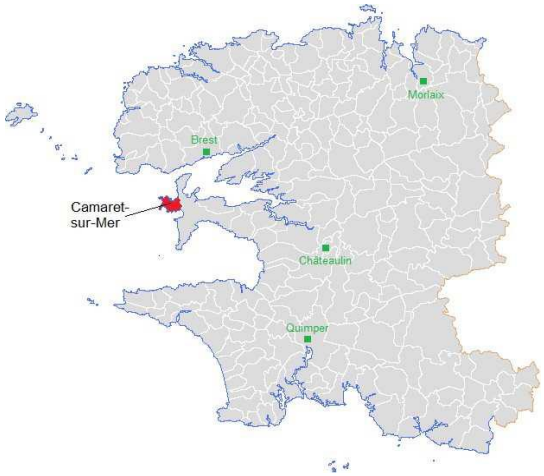
2.4 Présentation de l'établissement

RAISON SOCIALE : Résidence Ti Ar Garantez
SIRET : 26290084800025
N° FINESS DE L'ETABLISSEMENT : 29 000 6444
CONVENTION C.A.F : C.A.F de BREST
N° 29.3.12.1986.79.297.1177 du 21/11/1986
ETABLISSEMENT HABILITE A L'AIDE SOCIALE DEPUIS LE 01/01/2008 AVEC LE CONVENTIONNEMENT
Adhérent FNADEPA
ADRESSE : Rue du Dr Vourch 29570 CAMARET-SUR-MER
MAIL : direction@ehpadcamaret.fr

L'EHPAD Ti Ar GARANTEZ a pour mission d'accueillir et d'accompagner des personnes âgées dépendantes, quels que soient leur niveau de dépendance et leurs pathologies, tout en préservant leur autonomie et en leur apportant confort et bien-être. L'établissement accueille jusqu'à 70 résidents.
Il se compose d'un bâtiment principal : restaurant, salle d'animation, salle télévision/repos, bureaux soignants et médical, infirmerie, pharmacie, services administratifs, lingerie et vestiaire du personnel.
Les appartements des résidents sont répartis sur 5 îlots (Bâtiments A, B, C, D et E).

2.5 Situation environnementale

Camaret-sur-Mer se situe à l'extrême ouest de la presqu'île de Crozon, par voie routière à 80 km de Brest et 65 km de Quimper.
La commune a connu des temps forts avec la pêche (sardines, langoustes) et une importante activité de construction navale. Camaret-sur-Mer, dont la moitié de la superficie est constituée de zones naturelles protégées, fait partie du parc naturel régional d'Armorique et se situe désormais au cœur du Parc naturel marin d'Iroise. C'est une station touristique tranquille.



2.6 L'environnement architectural

Construite en 1985-1986, cette résidence se compose de :

- 5 pavillons de 13 appartements, soit 65 logements en tout dont 5 pour des couples. Chaque bâtiment est composé comme suit :
  - 1 appartement d'une superficie de 22.27 m2 disposant d'une chambre et d'une salle de bain (lavabo, toilettes et douche)
  - 1 appartement pouvant accueillir un couple, d'une superficie de 43.02 m2 disposant de 2 chambres, d'une salle de bain (lavabo, toilettes et douche) et d'une kitchenette
  - 11 appartements d'une superficie de 30.02 m2 disposant d'une chambre, d'une salle de bain (lavabo, toilettes et douche) et d'une kitchenette
  - 1 pièce au rdc d'une superficie de 20 m ² à usage collectif utilisée aux bâtiments A comme salle de douche, B comme salle de kinésithérapie et pédicurie/ réserve dispositifs médicaux, C comme balnéothérapie, et à l'avenir au D comme boutique et au E comme salon de coiffure.
  - 1 local ménage
  - 1 local stockage/soins.
- 1 bâtiment principal comprenant les bureaux administratifs (accueil, bureaux de direction), bureau soignants, bureau médical, infirmerie, salle de soins, restauration (salle de restaurant et cuisine), animation, salle TV/salle de repos, espace familles, lingerie, réserve de protections/compléments alimentaires
- L'ancien logement de fonction sert actuellement de stockage du matériel
- Jardin thérapeutique attenant à l'ancien logement de fonction

12 appartements ont été rénovés (accès facilité par agrandissement des portes, ouverture des kitchenettes). Ces travaux sont en cours pour tous les autres appartements. L'utilisation des douches est faible du fait de la configuration des salles de bain et l'augmentation de la dépendance.

De gros travaux de restructuration et de mises aux normes règlementaires du bâtiment commun et des salons des cinq bâtiments ont eu lieu de novembre 2016 à avril 2019 :

- Travaux de mise en accessibilité, notamment pour les liaisons résidences/locaux communs (services/salles de vie) ; réaménagement extérieur accessibilité PMR (personnes à mobilité réduite)
- Extension des espaces de vie sur la terrasse actuelle, et redéploiement des services animation et bien être dans le bâtiment commun et les salles communes au rez-de-chaussée des 5 bâtiments
- Travaux pour optimisation des services logistiques (cuisine, lingerie), de soins, et d'administration
- Travaux de mise en réglementation thermique
- Travaux de confort et d'agrandissement pour répondre aux nouvelles exigences en personnels et aux nouveaux besoins d'une dépendance croissante
- Optimisation de la consommation énergétique du bâtiment commun
- Mise en conformité de sécurité incendie
- Redistribution et optimisation des services internes de l'EHPAD : cuisine, buanderie, administration, locaux de soins, espace du personnel, zones d'enlèvement et de livraison, locaux de déchets (DASRI)
- Création de surfaces nouvelles pour la salle à manger
- Création d'une salle d'animation avec cuisine thérapeutique

- Optimisation de la marche en avant des services
- Traitement de l'espace extérieur central entre les six bâtiments pour permettre une meilleure accessibilité PMR tout en maintenant la zone d'accès aux véhicules de sécurité : création d'une « place de village » entre les six bâtiments, par rehausse générale de la côte de terrain
- Redistribution et/ou création de surfaces permettant de libérer les salons des résidences pour des activités liées aux résidents
- Création d'une terrasse extérieure
- Installation d'un ascenseur externe, à demi palier, dans le bâtiment commun, pour optimisation de l'accessibilité.

Bien que la capacité d'accueil soit de 70 lits, le taux d'occupation de l'établissement, est de 93 %, il n'atteint jamais les 100 %, car il reste exceptionnel d'accueillir 5 couples. Mais cette possibilité d'accueil est pour l'établissement un critère de qualité.

Les habitants du territoire ont une représentation positive de notre structure, ils apprécient le cadre de vie qui n'est pas hospitalier et les travaux de restructuration effectués.

Points d'efforts :

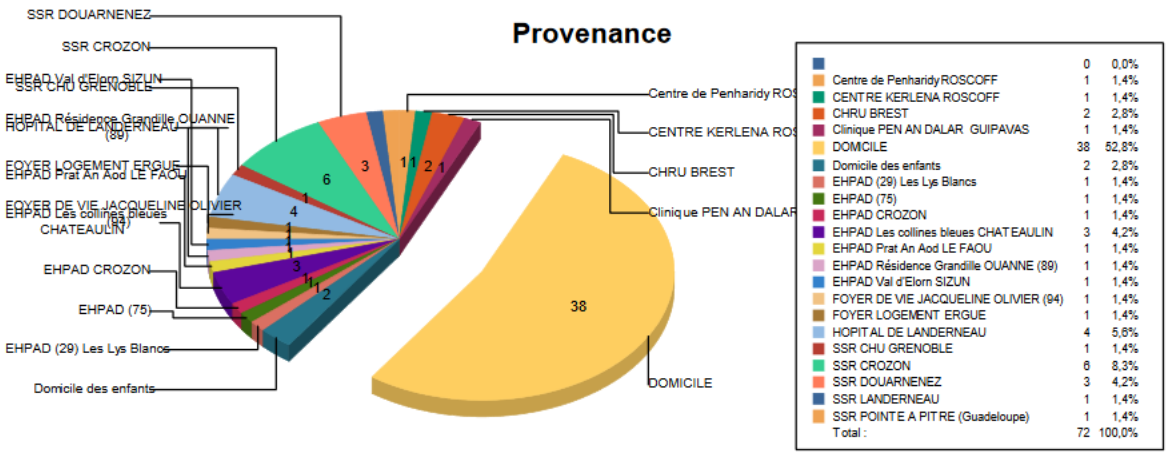
- Mise en accessibilité des salles de bains des résidents
- Aménagement des extérieurs (reprise des enrobés)
- Rénover des circulations et parties communes des îlots
- Installer des rails de transferts dans les studios : 150 000 €
- Création d'un local de stockage de matériel médical

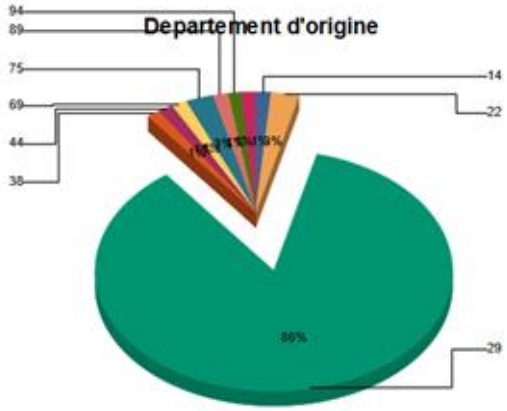
2.7 La population, son entourage et son évolution

- Provenance et origine des résidents

Les résidents proviennent pour la majorité d'entre eux de leur domicile situé en Presqu'île de Crozon. Leur entrée en EHPAD fait suite à une dégradation de l'état de santé nécessitant une surveillance et une prise en charge en soins régulière. Les résidents issus d'autres départements viennent à l'EHPAD pour rapprochement familial.

Du 1er janvier 2019 au 12 décembre 2019 (logiciel CEDI'ACTE)





	14	22	29	38	44	69	75	89	94	971	Total
Nb résidents	1	2	66	1	1	1	2	1	1	1	77

- Age et dépendance

L'EHPAD accueille des personnes âgées dépendantes pouvant être atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés. De plus en plus de personnes âgées présentant des troubles cognitifs sont accueillies.
L'âge moyen à l'entrée baisse : 83 ans en 2019, 84 ans en 2018, 85 ans en 2017.
La moyenne d'âge des résidents baisse : 86.80 ans en 2019, 87.70 ans en 2018, 87.90 ans en 2017
Le GIR moyen pondéré, validé en avril 2018 a fortement augmenté. Il est passé de 616 à 737 avec 74 % des résidents en GIR 1 à GIR 3.
Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) de l'EHPAD, validé à 192 en avril 2018, a augmenté ; il était de 159 à la dernière validation en 2013.

- Activité

Le taux d'occupation a augmenté en 2019 en raison de l'accueil de quelques couples, ce qui n'était pas le cas les années passées.
Le taux de rotation a diminué en 2019.

	2019	2018	2017
Taux d'occupation	95.71 %	92.86 %	90 %
Taux de rotation	14.29 %	28.97 %	24.29 %
Durée moyenne de séjour	4.25 ans	3.99 ans	3.96 ans

Résidents à l'aide sociale : 10
Résidents bénéficiant d'une mesure de protection : 15

3 POLITIQUE ET PROJET DE L'ETABLISSEMENT

3.1 Les valeurs de l'organisme gestionnaire et principes d'intervention

La recherche du maintien des capacités restantes et la préservation de la dignité de la personne constituent une volonté partagée dans l'accompagnement et la prise en compte de la personne dans sa globalité.

Une réflexion sur les valeurs a été menée auprès des personnels, définissant les principes d'intervention. Le respect de la personne et de son environnement se traduit par une attitude empreinte de valeurs diverses.

Le 2 avril 2019, les agents ont exprimé au moyen de post-it leurs références et principes d'intervention. Les agents absents à la réunion ont été sollicités, une boite de recueil des post-it a été mise à leur disposition à l'accueil jusqu'à mi-avril.

Les principes d'intervention des personnels s'expriment par les expressions suivantes :

- « C'est pratiquer des soins » : en privilégiant les soins individuels et adaptés à la personne dans les domaines physique et moral (soins divertissants, animation…), en l'accompagnant, en la prenant en charge de façon globale, en agissant avec bientraitance, en préservant et maintenant l'autonomie, en l'aidant à se réaliser avec ce qui reste de ses capacités ;
- « C'est faire preuve, pour le personnel, de qualités morales dans la pratique des soins » : avec empathie, avec un souci d'égalité et d'équité, avec humanité, en respectant la personne et sa dignité ;

- « C’est entretenir des relations avec la personne âgée » en favorisant l’écoute, en valorisant la personne, en prenant le temps avec elle (écoute, échanges, relations, disponibilité, empathie, relation d’aide, attention) ;
- « C’est maintenir le bien-être, le confort et l’hygiène des résidents ».

Les valeurs de l’organisme gestionnaire se traduisent par des principes d’intervention, basés sur la relation aux autres dans un respect d’équipe et de concertation et d’évolution avec compétence et responsabilité professionnelles.

3.2 Politique de bientraitance

Au-delà des principes énoncés par les chartes et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, une philosophie de prise en charge caractérise la structure, basée sur l’individualisation de l’accompagnement et la singularité du résident :

- L’écoute de ses choix et de ses envies
- Le respect de ses habitudes de vie et de ses besoins.

Riches d’un vécu, de connaissances, de savoirs…, les personnes accueillies ont une place dans la société et cette place doit être reconnue et préservée. En effet, malgré des situations de handicap ou de dépendance, les personnes accueillies doivent pouvoir conserver leurs libertés, leurs droits et leurs devoirs de citoyens. L’entrée en EHPAD ne constitue pas la fin d’une vie, mais une nouvelle étape de la vie.

En tant que lieu de vie, et de par les obligations qui incombent vis-à-vis des personnes vulnérables, la personne âgée est accueillie, aidée, soignée, accompagnée en tenant compte de sa personnalité, en évitant des mises en situation dévalorisantes et en garantissant :

- Le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,
- Le droit au respect de sa personnalité et de son individualité,
- Le droit à une prise en charge et à un accompagnement de qualité en vue de favoriser son autonomie,
- Le libre choix des prestations proposées, le respect du consentement et le droit de renonciation,
- Le droit à l’indépendance et au maintien des liens familiaux,
- Le droit à l’exercice des droits civiques,
- Le droit à la pratique religieuse et à la liberté de culte,
- Le droit à l’information relative au fonctionnement et à l’organisation de l’établissement,
- Le droit à l’information et à la confidentialité des informations concernant sa prise en charge et son dossier médical.

3.2.1 Le droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité

« En collectivité, le risque d’atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d’identité, le respect de l’intimité corporelle est déterminant » comme le précise l’ANESM dans « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l’accueil et de l’accompagnement ».

L’ensemble du personnel doit, par son attitude et ses propos, agir avec respect, civilité, tact et gentillesse à l’égard des résidents, être à l’écoute des attentes et répondre aux besoins en fonction de leur état de santé et respecter leur espace personnel en frappant à la porte avant d’entrer et en s’identifiant.

En fonction de l'accompagnement défini avec les équipes, le résident est vouvoyé, connu par son nom, appelé par son titre (Monsieur ou Madame), son nom est indiqué sur la porte de sa chambre. A la demande de la famille ou du résident, et en fonction de la pathologie, le personnel peut appeler le résident par son prénom, tout en continuant de le vouvoyer. Dans certains cas, à la demande du résident, il peut être tutoyé par le personnel.

Il est fortement recommandé de ne pas conserver d'objets précieux ou d'argent dans les logements.

En cas de difficultés financières, d'isolement, de vulnérabilité vis-à-vis d'un tiers et s'il est médicalement constaté une altération, soit des facultés mentales du résident, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, alors des démarches en vue d'une demande de mesure de protection peuvent être envisagées.

L'établissement est équipé d'un système de sécurité incendie. La résidence est clôturée, accessible par digicode sur les portails.

Le personnel est formé, afin de faire face à toute alerte.

L'établissement est librement accessible en journée, afin de faciliter les visites, et est sécurisé la nuit.

3.2.2 Le droit au respect de sa personnalité et de son individualité

Véritable lieu de vie, l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD s'adaptent aux rythmes de vie de chacun. C'est pourquoi les horaires des levers, des repas et des couchers sont pris en compte dans les habitudes de vie et les besoins, dans le cadre du projet d'accompagnement.

Le repas étant un moment de convivialité et d'échanges, les résidents sont placés à table en fonction de leurs affinités, dans la mesure du possible. L'établissement peut être amené à modifier le plan de table, suivant les besoins de surveillance des résidents ou de leurs pathologies.

3.2.3 Le droit à une prise en charge et à un accompagnement de qualité en vue de favoriser son autonomie

La psychologue présente les projets personnalisés des résidents aux équipes, afin de mettre en place une prise en charge spécifique et de les accompagner dans les activités quotidiennes.

La désignation d'un référent soignant garantit une réponse effective aux besoins spécifiques de chaque résident. Il est chargé de créer un lien entre le résident, la famille et l'équipe soignante, dans le but de faciliter la communication et de personnaliser l'accompagnement. Il est garant de la mise en œuvre du projet de vie personnalisé.

La mise en place d'un staff mensuel, composé de professionnels de santé, permet d'aborder les problématiques sur la prise en charge de 2 à 3 résidents.

3.2.4 Le libre choix des prestations proposées, le respect du consentement et le droit de renonciation

Pour chaque acte de la vie quotidienne, le personnel doit solliciter et rechercher l'avis et l'accord du résident. De même, le résident est invité à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé.

L'établissement, dans ce cadre, veillera à accompagner le résident dans la rédaction de ses directives anticipées.

3.2.5 Le droit à l'indépendance et au maintien des liens familiaux

Le résident a la possibilité d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement, comme à l'extérieur, en fonction, de son état de santé et de sa pathologie, et de recevoir sa famille ou son entourage dans son studio, ou dans les espaces collectifs dédiés.

Dans le cas où le résident ne souhaite pas de visite, l'établissement respecte son droit à l'anonymat en assurant, en conséquence, sa sécurité.

Les activités, les partenariats et les événements particuliers, organisés par l'établissement, permettent au résident de garder le contact avec la vie extérieure.

3.2.6 Le droit à l'exercice des droits civiques

En fonction des besoins, l'établissement fournit les moyens nécessaires aux résidents de participer à la vie politique locale et nationale, par la transmission d'informations au moment des temps d'animation et la mise en place des modalités de vote par procuration.

3.2.7 Le droit à la pratique religieuse et à la liberté de culte

Les résidents sont libres de pratiquer leurs croyances religieuses.

A son entrée dans la structure, le résident en est informé. En fonction des dernières volontés, si elles existent, le personnel soignant respecte les rites funéraires et les croyances, en suivant les procédures prévues en cas de décès.

Une messe catholique est organisée à chaque grande fête religieuse et proposée aux résidents.

3.2.8 Le droit à l'information relative au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement

La documentation d'admission contient des informations sur le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD.

Les comptes rendus du CVS sont diffusés et consultables par voie d'affichage.

Le programme mensuel d'animations est affiché.

3.2.9 Le droit à l'information et à la confidentialité des informations concernant sa prise en charge et son dossier

Les membres de l'équipe respectent les règles liées au partage d'informations à caractère secret.

Le résident (sa personne de confiance si le résident le souhaite) a accès à toutes les informations le concernant, notamment médicales. Ces informations peuvent être délivrées par le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur.

Cette démarche de bientraitance est énoncée dans les cadres suivants **:**

- Le règlement de fonctionnement qui définit les règles de vie en collectivité, les droits et les devoirs de chacun est actualisé selon les besoins et remis aux résidents et aux personnels ;
- Les livrets d'accueil du personnel et des résidents rappellent la démarche engagée par les professionnels auprès des résidents et leur entourage.

Les professionnels sont informés et formés par les psychologues, le médecin coordonnateur et des prestataires externes au cours de formations ou de staffs internes. Ils peuvent s'appuyer sur des cas pratiques pour expliquer les enjeux du respect des droits des résidents et de la bientraitance.

Les discussions et les échanges formels ou informels contribuent à promouvoir la démarche de bientraitance et le respect des droits des résidents.

Points d'effort :

- Quant au tutoiement du résident à sa demande, cette disposition doit être définie en équipe et inscrite dans son projet personnalisé. La famille et la personne de confiance sont informées de cette décision.
- Les coordonnées des différents ministres des cultes seront mises à disposition, à la demande, par l'établissement, tout comme le respect des régimes alimentaires liés à la pratique du culte, dans la mesure du possible.
- Déterminer le processus de recueil des directives anticipées.
- Formaliser les process d'intervention des professionnels dans le cadre de procédures et protocoles.
- Création d'un comité bientraitance constitué de professionnels, piloté par un psychologue et l'IDEC de la structure. Il se réunirait tous les trimestres. Il aurait pour objectif de définir les dispositifs d'accompagnement bientraitants et permettrait :
    1. D'actualiser la charte de bientraitance des résidents propre à l'établissement
    2. De réviser le rôle du référent soignant afin de le rendre plus pertinent et efficient
    3. D'auditer le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité.
- Formations à mettre en place : Simulateur de vieillissement, bien prendre soin de soi pour prendre soin des autres, hypnose, Humanitude, sensibilisation des RBPP.
- Amélioration de la gestion des contentions.

3.2.10 Les Enquêtes

L'établissement procède une fois par an à une enquête qualitative auprès des résidents et des familles. Les questionnaires sont transmis sur format papier et/ou par lien électronique. Les professionnels et stagiaires peuvent accompagner les résidents dans le remplissage du questionnaire.

Les résultats de ces enquêtes sont transmis aux résidents et aux familles par l'intermédiaire du conseil de la vie sociale. Des actions correctives sont apportées et les axes d'amélioration identifiés viennent enrichir le plan d'amélioration de la qualité. La dernière enquête de satisfaction, malgré un taux de participation de 22 %, a révélé une satisfaction significative.

Les résidents et les familles peuvent consulter les comptes rendus des réunions du conseil de la vie sociale, disponibles à l'accueil.

Points d'efforts :

- Diffuser plus largement les résultats d'enquêtes de satisfaction sur le site Internet de l'EHPAD, quand il sera créé.

4 L'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDENT

4.1 Le projet d'accompagnement personnalisé

4.1.1 Les modalités du processus d'admission

Le processus d'accueil et d'admission du résident au sein de l'établissement se décline en différentes étapes.

4.1.1.1 La demande d'admission

Un dossier de préadmission comprenant une partie médicale et une partie administrative est remis aux résidents potentiels et le plus souvent à leur famille. Ce dossier doit être complété et remis à la secrétaire comptable, afin d'être validé par la commission d'admission.
Les conditions d'admission sur la liste d'attente sont les suivantes :

- Être âgé d'au moins 60 ans ou, à défaut, bénéficier d'une dérogation d'âge délivrée par le médecin du conseil départemental.
- La personne ou sa famille proche est domiciliée sur Camaret-sur-Mer ou les communes environnantes

Une visite de l'établissement du résident et/ou de sa famille ou représentant légal, est prévue sur rendez-vous et est effectuée par la secrétaire comptable, l'adjointe de direction ou la directrice, car « Une mauvaise information ou une information insuffisante, une mauvaise compréhension, une méconnaissance du fonctionnement sont des facteurs de risque d'une mauvaise relation » issu des RBPP « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement » page 22.
Lors de cet échange, un studio et le lieu de vie sont présentés et l'organisation expliquée.
Le dossier unique d'admission et la plaquette d'accueil sont remis.

4.1.1.2 L'admission du résident dans l'établissement

L'admission d'un résident est déterminée, sous réserve d'acceptation de la demande par la commission d'admission et de l'adhésion de la personne au projet d'accueil à l'EHPAD Ti Ar Garantez.
Cependant, toute demande d'admission sera également étudiée selon :

- L'adéquation entre les objectifs de prise en charge et les moyens à disposition de l'établissement pour y répondre
- L'ancienneté de la demande, afin de définir l'ordre prioritaire de la liste d'attente
- Le caractère urgent de la demande
- La situation d'hébergement et/ou familiale du résident au moment de sa demande d'admission.

Dès qu'un logement se libère, une visite de pré accueil est programmée, soit au domicile du futur résident, soit sur la structure. Elle permet de recueillir des informations pour le recueil de l'histoire et les habitudes de vie du futur résident. Notre trame a été revue en 2018, nous nous sommes inspirés entre autres des RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » pour la remise du livret d'accueil, présentation active de la personne aux autres résidents …, et « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » chapitre I.
La visite de pré accueil est effectuée par un soignant (aide-soignante ou agent de soins) et/ou la psychologue et/ou l'ergothérapeute et/ou l'IDEC.
Un compte rendu est ensuite établi permettant aux professionnels d'avoir les éléments de connaissance du futur résident.
Le résident et sa famille organisent l'admission (un document établissant le trousseau à prévoir leur est remis) et aménagent le futur studio du résident. En effet, le logement est meublé par le résident et sa famille, hormis le lit médicalisé loué par l'EHPAD. La structure fournit les équipements nécessaires au maintien de l'autonomie.

Une procédure d'admission a été établie :

- L'entrée se fait à 15h00, de préférence les mardis, mercredis ou jeudis. Un bouquet de fleurs est déposé dans l'appartement en signe de bienvenue.
- Le personnel d'après-midi accueille la personne, en privilégiant le personnel ayant effectué la visite de pré admission si possible.
- Un affichage est fait à l'entrée du restaurant pour informer les résidents de la nouvelle entrée.
- Un affichage est également mis en place dans le bureau des soignants (sur le tableau Velléda), ainsi que sur le logiciel de soins.
- Une place au restaurant, est définie, en amont, par les soignants, en collaboration avec le service de restauration en privilégiant des affinités.

L'admission du résident dans l'établissement est définitivement formalisée par la signature du contrat de séjour par le résident ou son représentant légal et du règlement de fonctionnement, au plus tard, normalement dans les trente jours qui suit l'admission.
Comme précisé dans les RBPP « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement » page 42, les soignants sont attentifs au ressenti du résident quant à son adaptation, par une vigilance et des échanges avec lui.

En fonction des besoins, une toilette évaluative est effectuée par l'ergothérapeute et un soignant.

Points d'effort :

- Etat des lieux à améliorer (photos)

- Création d'un poste de gouvernante, notamment pour parfaire l'accueil du résident
- Création d'un trombinoscope des professionnels
- Ajouter au dossier d'admission le mandat de protection future
- S'assurer que le contrat de séjour soit signé par le résident dans les 30 jours de l'entrée
- Systématiser le recueil de l'information sur les mesures de protection en cours.

4.1.2 Les modalités d'élaboration et de révision du projet personnalisé

Le projet personnalisé favorise le bien-être et l'autonomie de la personne dans un contexte d'accompagnement singulier et global, en lien avec sa prise en charge médicale et paramédicale, en tenant compte de son histoire de vie, de ses habitudes, de ses souhaits, de ses attentes et de ses aptitudes générales. Il identifie des actions de prévention nécessaires à sa prise en charge.
Afin que l'accompagnement individuel proposé par l'ensemble des professionnels soit cohérent, le projet personnalisé est élaboré et révisé en plusieurs étapes.

A l'entrée du résident, sont renseignés les éléments suivants :

- La secrétaire comptable consigne les renseignements administratifs, les intervenants familiaux (personne de confiance et personne à prévenir), les éléments administratifs (carte vitale et mutuelle).
- Le médecin coordonnateur ou le médecin traitant saisissent les données concernant les pathologies, les antécédents, les allergies et les informations complémentaires médicales. Les échelles d'évaluation sont remplies par le médecin coordonnateur et la psychologue.

4.1.2.1 Le recueil des informations

Le recueil des habitudes de vie, de l'histoire de vie, des attentes et des besoins des résidents est assuré par l'équipe soignante sur un support spécifique, formalisé lors de la visite de pré accueil.
La taille et le poids du résident sont relevés dans la semaine suivant l'admission.
La détermination du GIR et du MNA est également réalisée le mois suivant l'entrée, ainsi que le plan de soins de chaque résident.

Le PVI et l'évaluation NPIES sont réalisés à 3 mois de l'entrée.

4.1.2.2 L'élaboration du projet personnalisé

Le PVI s'inscrit dans le cadre d'une démarche de bientraitance à l'égard du résident et permet d'ajuster la prise en charge, l'accompagnement du résident à son quotidien. Notre trame a été retravaillée en 2019.
Les référents du résident sont appelés à y consigner leurs observations constatées lors des temps d'animation ou des temps de soins.
Le résident, ou son représentant légal, et la famille sont associés à l'élaboration du PVI et valident une synthèse.

La rédaction du PVI est assurée par la psychologue qui le diffuse auprès des équipes soignantes et des familles. Les PVI sont ensuite attachés au dossier du résident.

4.1.2.3 La révision du projet personnalisé

L'accompagnement du résident évoluant tout au long de son séjour dans l'établissement, le plan de soins et le niveau de dépendance ne sont pas figés.
La révision effective du PVI est assurée tous les ans avec la même méthodologie par les mêmes professionnels, les familles en sont informées.
L'établissement s'attache à ce que tous les projets personnalisés soient existants et à jour. Un calendrier prévisionnel, d'élaboration et de révision, est élaboré par la psychologue et l'adjointe de direction pour faciliter la réalisation et le suivi de la démarche.

Points d'effort :

- Prévoir VAD du médecin traitant le jour de l'entrée d'un nouveau résident(e) pour renseigner le dossier médical.
- Réunion de synthèse de l'équipe pluridisciplinaire, afin de définir les objectifs personnalisés et adaptés aux besoins et aux attentes, ainsi que les actions concrètes qui en découlent.
- Recueil des directives anticipées dans les 3 mois de l'entrée
- Mettre en place dans le mois suivant l'entrée, un staff d'équipe, y participe médecin coordonnateur AS et agents de soins référents et agent de bâtiment, IDE et IDEC, psychologue, ergothérapeute, animatrice. Afin de réaliser un bilan avec le résident et sa famille.
- Réévaluation des besoins et attentes en continu dans la partie observation du PVI du logiciel de soins
- Réévaluation du PVI sur l'actualisation du GIR
- Faire mieux connaitre et vivre les PVI auprès des professionnels.
- Définir l'organisation et le fonctionnement des réunions pluridisciplinaires de suivi et d'évaluation du PVI
- Valoriser le rôle des référents soignants dans l'élaboration et la révision du PVI.

- Informer les familles de la réactualisation du PVI et de la possibilité d'être sollicitées pour le valider si le résident n'est pas en capacité.
- Mettre à jour plus régulièrement les plans de soins et grille GIR selon les modifications de l'état de santé du résident.

4.2 L'organisation interne de l'offre de prestation

4.2.1 L'animation au quotidien

L'établissement emploie une animatrice, placée sous la responsabilité de la directrice, présente du lundi au vendredi. Elle propose, prépare, coordonne et anime les activités. Lorsqu'un résident fait son entrée dans l'établissement, l'animatrice prend un temps avec lui et/ou avec ses proches pour mieux le connaître. La connaissance de l'histoire de vie des résidents permet à l'animatrice et aux équipes de mettre en évidence leurs centres d'intérêts et favorise la participation aux activités. Les résidents participent librement aux activités. Ils peuvent être acteurs ou spectateurs, selon leur état de santé et leur choix. Les familles et les personnels peuvent également se rapprocher de l'animatrice pour leur communiquer toutes informations concernant les demandes de chacun.

Les objectifs définis par l'animation sont :

- La lutte contre l'isolement social
- Le vivre ensemble
- Le maintien de l'autonomie sociale, physique et psychique.

Les animations se déroulent principalement dans la salle d'animation, mais peuvent selon la saison avoir lieu dans le jardin thérapeutique. Les animations individuelles peuvent se dérouler dans les appartements des résidents.

Les activités se déroulent en groupe ou en individuellement. Il existe également un « chariot d'animations flash » (dominos, tiroir détente avec produits de massage, puzzles, mandalas avec crayons, perles à enfiler, tapis sensoriels…) qui permet de personnaliser l'offre d'activités.

Pendant les absences de l'animatrice, les animations sont ponctuellement assurées par des bénévoles. Ils participent aux activités et sont des acteurs à part entière. Leur intervention doit être facilitée et accueillie avec bienveillance par l'ensemble du personnel. Ils n'effectuent pas de tâches d'accompagnement médical, mais s'attachent au maintien du lien social en valorisant les résidents. Ils interviennent après signature de la charte du bénévole, faisant suite à un entretien conduit par la direction et l'animatrice.

Différentes activités sont proposées, basées sur :

- Cuisine et festivités (ateliers cuisine, danse, guinguette, musique, repas à thème, repas dans le jardin)
- Expression et communication (atelier chant/musique, atelier partage de souvenirs, cinéma à l'EHPAD, lecture du journal, messe, projet Accord 'Ages, figurants dans le film « le mystère Henri Pick » avec Fabrice Lucchini, réunions)
- Manuelles et créatives (petit bricolage/arts plastiques, sacs de lavande, tricot/crochet/couture)
- Physiques et sensorielles (apaisement musical, gym douce assise, jardin thérapeutique, manucure, médiation animale, soins bien-être)
- Socioculturelle – Lien social – Ouverture sur l'extérieur (bibliothèque, chorale avec le club rencontre, courses, sortie au marché, cinéma, club rencontre, intergénérationnel, jeux en bois, sorties diverses, expositions, visites culturelles, restaurant, café, salon de thé)
- Stimulation cognitive (atelier remue-méninges, jeux de société, loto).
- Accompagnement individuel (écoute du résidents, accompagnement à des rendez-vous…)

Le service du culte intervient à la demande des résidents. Des messes catholiques sont organisées 4 fois par an dans la salle d'animation.

Afin d'évaluer la pertinence de notre action et d'améliorer la qualité de nos interventions, nous tenons compte des avis des résidents en échangeant avec eux pendant et après les animations. De plus, la liste des résidents ayant participé aux activités est complétée via le logiciel Cédi'Acte. Cela permet d'évaluer la participation ou non de la personne (active, modérée, avec stimulation, passive et refus de participer), ainsi que des observations concernant l'attitude, les remarques, le comportement des uns et des autres, l'autonomie, la prise d'initiative, les interactions dans le groupe… Enfin, les échanges avec les familles permettent d'apprécier nos axes d'amélioration.

L'établissement s'engage dans une démarche d'ouverture, tant en interne que vers l'extérieur, pour maintenir les liens sociaux et prévenir l'isolement des résidents :

- Par le biais de la page Facebook de l'établissement, nous retraçons ce qui se vit au plus près des résidents, dans leur quotidien et les grands événements de l'EHPAD : nous l'enrichissons d'informations, photos et vidéos (dans le respect du droit à l'image). De plus, l'actualité de la structure est également reliée par les correspondants de presse locaux, ce qui permet aux familles éloignées de suivre les activités de l'EHPAD.

- Cette ouverture se construit également au travers de rencontres, de contacts et des partenariats avec les familles, les bénévoles, les écoles de la presqu'île de Crozon, l'ACM, la MAM, les associations locales (Kameled Ar Son, le club rencontre, Bien être de la pointe, Kaz Heol, Ar Plijadur, le cercle celtique de Crozon, Déferlantes, l'association familiale) ou différents intervenants. La mise en place de projets communs contribue à faire découvrir l'établissement. Ces partenariats favorisent également les liens intergénérationnels.
- L'établissement participe également à des évènements organisés par la ville, tels que les journées du patrimoine ou la semaine bleue, les manifestations locales (Téléthon, concert, fête de la musique…)

Un planning d'animation est rédigé par l'animatrice chaque mois. Il est affiché et mis à disposition à différents endroits de l'établissement. Les résidents et les familles peuvent donc le consulter à leur guise. Il est également envoyé par courrier avec les loyers via le bulletin de liaison. Celui-ci est diffusé mensuellement précisant les évènements importants tels que la participation des résidents en tant que figurants dans le film « le mystère Henri Pick » avec Fabrice Lucchini, l'écriture de chansons par les résidents et les professionnels en partenariat avec le CHPC et Jean Luc Roudaut, auteur, compositeur pour la mise en musique et création du CD. Ce bulletin permet également de communiquer des informations plus courantes comme les anniversaires du mois et le planning d'animation, les dates des messes, les décès….

Pour informer les résidents, les équipes et l'animatrice rappellent l'activité du jour oralement, principalement au moment du déjeuner.

Le projet d'animation est rédigé annuellement.

Une commission d'animation, constituée de l'animatrice, la psychologue, la directrice, l'adjoint technique, l'IDEC, est proposée aux résidents, aux familles, aux bénévoles et aux professionnels pour échanger sur leurs attentes, afin d'établir un programme prévisionnel. Elle a été mise en place en début d'année 2019 et a lieu tous les trimestres.

Elle permet de faire un bilan des animations passées et de présenter les évènements à venir. Cette réunion est l'occasion également d'évoquer, les difficultés rencontrées, les axes d'amélioration et des points divers.
Les comptes rendus de cette commission sont rédigés et diffusés par l'animatrice à l'ensemble des professionnels par le biais de la messagerie professionnelle et un exemplaire papier est consultable dans le bureau des soignants et un autre est laissé à disposition du public dans le trieur mural situé à l'accueil.

L'établissement dispose d'un véhicule PMR, ainsi que, depuis Novembre 2017, d'un minibus adapté de 9 places, dont l'achat a été pour partie financé par la fondation des hôpitaux de France, hôpitaux de Paris et quelques partenaires extérieurs, permettant de développer les sorties et de les rendre accessibles à tous.

Zoom sur le jardin thérapeutique :

Il est avant toute chose un lieu de bien-être ; il peut être aussi un lieu de convivialité, ou d'intimité, selon les circonstances. Il fait bon pour les résidents, leurs familles et le personnel de s'y poser ensemble, voire s'y occuper en mettant la main à la pâte pour l'entretenir, arroser les plantes, ensemble, ou individuellement. La conception du jardin s'inscrit dans une démarche thérapeutique et familiale. Elle est inspirée du livre de Marc MITOU. Le jardin peut-être, par exemple, très utile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : c'est un endroit apaisant, généreux et rassurant. La présence de la nature favorise le bien-être. Il s'agit de partager des moments, accompagner les personnes âgées, les amener à partager leurs connaissances, à regarder, écouter, sentir, toucher et goûter. Il est défini en différentes surfaces de couleurs, avec des senteurs, des fruits à goûter.

Les résidents peuvent rencontrer leurs proches dans leur studio, le salon des familles, la salle d'animation. Des espaces extérieurs ont été aménagés (jardin thérapeutique, salons installés à différents endroits, bancs).

Zoom sur la médiation animale :

- Un projet soutenu par France Alzheimer a conduit Céleste et ses chevaux dans notre EHPAD. Elle effectuait un périple de deux mois et 1000 km, en autonomie totale, à travers le nord de la Bretagne.
  En restant 3 jours dans l'établissement, Céleste et ses 2 juments ont rencontré les résidents, ont proposé des spectacles, ainsi que des temps de partage, d'échange et d'interaction avec les chevaux. Ce voyage donnera lieu à un ouvrage illustré et à un documentaire réalisé par Adrien PAVIE et Britta POTTHOFF, réalisateurs présents à l'EHPAD durant ces 3 jours.
- Depuis Septembre 2019, « Maurice », une perruche callopsitte vit à l'EHPAD pour l'enchantement des résidents.

Ces contacts avec les animaux suscitent des réactions favorisant le potentiel cognitif, psychologique, physique ou social du résident. La médiation animale est un complément à l'intervention de professionnels du soin. Elle peut également être utilisée dans le cadre de troubles de l'attention et de la concentration, de dépréciation de soi, de dépression, de solitude et d'isolement.

Points d'effort :

- Création d'un site web de l'établissement dans lequel figureront toutes les informations relatives à la structure (tarifs, actualités…)
- Définir des soignants référents animations
- Création d'un espace multimédia
- Améliorer la convivialité des lieux de vie en créant des « espaces salon », tout en prenant en compte les contraintes architecturales
- Développer le recours aux bénévoles
- Développer l'organisation d'évènements et de sorties (artistiques, culturelles…).
- Création d'une association par les familles/proches des résidents
- Installation de la cuisine dans la salle d'animation
- Encourager l'utilisation du matériel d'animation mis à disposition

4.2.2 La participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement

Le **CVS** se réunit 3 à 4 fois par an. La mandature a été renouvelée en 2019. Les comptes rendus sont affichés dans le présentoir situé sur le poteau dans le hall d'accueil et sont classés dans un registre. Véritable lieu d'échange, les membres peuvent donner leur avis et faire des propositions sur le fonctionnement de l'établissement.

La **commission animation** établit un bilan des activités passées et évoque les projets à venir par unité.

Une **commission restauration** se réunit 4 fois par an, avec la participation de résidents et de familles. La concertation avec l'équipe de cuisine est peu développée.

Points d'effort :

- Elargir la composition des commissions, en effet, nous retrouvons les mêmes résidents et familles aux diverses commissions.

4.2.3 Vie quotidienne

4.2.3.1 Les professionnels concourant à la prise en soins des résidents

Le médecin coordonnateur

Il a pour mission de coordonner l'ensemble des activités médicales et paramédicales et de développer les actions de coopération.
Il assure la coordination des interventions des autres médecins libéraux, afin de respecter le libre choix des résidents.
Il veille à la qualité des soins, au respect de la réglementation et de la déontologie dans son domaine d'activité et coordonne les interventions dans l'établissement des prestataires de soins externes : kinésithérapeute, pédicure, secteur psychiatrique, ainsi que les prestations fournies par les établissements de santé publics ou privés du secteur. Les intervenants libéraux doivent adhérer aux protocoles qu'il a établis.
Le médecin coordonnateur a également pour mission de mettre en œuvre la permanence des soins (procédure en cas d'urgence) et de donner son avis sur les demandes d'admissions.
Il détermine le niveau de dépendance (GIR) dès l'entrée d'un nouveau résident et selon l'évolution de son état de santé. Il effectue les évaluations médicales standardisées et évalue les besoins en soins requis : le « PATHOS ». Il participe à l'élaboration du dossier médical du résident et veille à sa bonne utilisation.
Il est l'interlocuteur médical du directeur et partie prenante dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins, ainsi que l'organisation générale des soins prodigués par l'équipe soignante, dans le cadre plus général du projet d'établissement.
Il participe aux actions de formations internes du personnel sur l'adaptation et la qualité des soins prodigués ou toutes autres actions de formation qu'il juge nécessaires.

Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des protocoles concernant les activités médicales et paramédicales.
Il établit annuellement un rapport d'activité médicale.

Le personnel infirmier
Il est chargé de la prise en charge paramédicale du résident, c'est-à-dire l'ensemble des actes et des soins paramédicaux, selon son état de santé.
Il élabore et suit les dossiers de soins et organise les déplacements à l'extérieur pour les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé. La personne de confiance du résident ou ses proches sont informés des rendez-vous, afin de pouvoir y participer si nécessaire.

Les personnels aides-soignants et agents sociaux accompagnent, tout au long de la journée, les résidents dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie par les soins de nursing.
Comme le précisent les RBPP « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » chapitre II, le maintien des habitudes de vie lors du réveil, du lever et du petit déjeuner sont des éléments de confort pour les résidents.
Les aides apportées au résident concernent le lever, le coucher, la toilette, les soins quotidiens (coiffage, rasage…), l'alimentation, l'habillement (avec participation du résident pour le choix des vêtements), les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie. Tous ces points sont formalisés dans les plans de soins.
En créant une relation de confiance, le personnel soignant favorise la participation du résident chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir, de maintenir ou de stimuler l'ensemble des capacités résiduelles (autonomie, mémoire, gestes de la vie quotidienne).

L'infirmière coordinatrice
L'IDEC maintient un lien étroit avec l'entourage immédiat des résidents, en étant à l'écoute de leur épuisement face aux multiples problèmes liés à la dépendance physique et psychique et aux changements de repères et environnementaux créés par la vie en institution. Elle est capable de gérer leur prise en charge globale, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante.
L'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance.
Elle adapte les démarches spécifiques du prendre soin et pilote la politique de lutte contre les « mauvais traitements » (éthique et bientraitance).
Elle est responsable de la traçabilité de l'information et de la communication verbale et non verbale.
Elle est présente 3 jours par semaine (mardis, jeudis et vendredis généralement).

4.2.3.2 Les professionnels transversaux

L'ergothérapeute intervient théoriquement sur prescription médicale. Il a pour mission de mettre en œuvre des actions de réadaptation (de la mobilité et des transferts, des troubles cognitifs), prévention (escarre, chute), confort et de sécurité (positionnement, aide technique).
Elle est présente 2 à 3 jours par semaine par roulement (jeudi et vendredi une semaine et mercredi, jeudi et vendredi la semaine suivante).

La psychologue à l'écoute des difficultés subjectives, intervient auprès des résidents en proposant un soutien psychologique qui s'inscrit dans une démarche thérapeutique. La demande de rencontre peut émaner d'un résident ou être à l'initiative du psychologue suite à un échange en équipe. Le psychologue s'assure alors du consentement du résident. Dans certains cas, la psychologue peut être amenée à rencontrer l'entourage d'un résident. Le psychologue apporte son regard clinique aux temps de réunions pluri professionnelles et aux réunions institutionnelles.
Elle est présente 2 à 3 jours par semaine par roulement (mardi et vendredi une semaine et mardi, mercredi et vendredi la semaine suivante).

==========

Cependant, force est de constater que le fonctionnement au quotidien s'avère non satisfaisant par rapport aux souhaits des résidents dans le respect des RBPP : demande d'un accompagnement plus personnalisé.

Par exemple, la configuration actuelle des salles de douche des studios, le manque de soignants ne permet, ni d'assurer la douche hebdomadaire souhaitée par la majorité des familles, mais moins souvent par les résidents, ni de profiter de la salle de bains balnéothérapie.

Le matin, l'équipe soignante est composée d'une IDE qui assurent la distribution des traitements, les soins directs ou indirects (il arrive qu'une IDE supplémentaire soit en renfort sur la journée mais cela devient de plus en plus rare) et six AS / agents de soins qui assurent les soins de nursing, cinq agents de bâtiment (une sur chaque bâtiment) assurent le petit déjeuner et entretien des studios et du bâtiment dont elles sont référentes.

L'après-midi, l'équipe soignante est composée d'une IDE et 5 voire 6 AS/agents de soins, qui assurent les mêmes taches que le matin.
La nuit, une AS et un agent de soins assurent la prise en charge des résidents.
En cas de besoin, de jour les médecins traitants sont contactés, les weekends, un tableau de garde est établi. De nuit, nous appelons le 15 qui nous donne les conseils ou consignes à suivre.
Les prestations d'hôtellerie et de restauration doivent répondre aux besoins et attentes spécifiques des personnes accueillies, qui sont régulièrement interrogées.

Points d'efforts :

- Réorganisation du service soignant, afin d'y intégrer douches et bains
- Recrutement de 3 aides-soignantes pour renforcer les équipes
- Recrutement d'un renfort de personnel infirmier de jour
- Recrutement de 2 postes d'infirmier de nuit
- Conventionner avec LE CHU de Brest pour des vacations d'infirmière hygiéniste
- Vacation d'orthophoniste sur la structure

4.2.3.3 Organisation du maintien de l'autonomie du résident

Le maintien de l'autonomie implique la prise en compte du respect de la liberté, de la dignité et de l'autonomie de la personne, ainsi que le recueil souhaité de son consentement.

Le résident est évalué lors de l'entrée ; cette évaluation est actualisée en cours de séjour, optimisant ainsi l'adaptation du soin.

Le résident est informé des soins qui lui sont proposés et autant que faire se peut, son consentement est recherché, voire à défaut celui de sa famille.

Les soignants prennent en considération la souffrance physique et/ou morale du résident et laissent faire au maximum, en évitant de faire à la place du résident.

Les soignants adaptent leurs soins aux demandes et aux besoins du résident, stimulent la personne, l'accompagnent dans ses gestes, l'aident pour les douches, selon sa demande.

Cependant, la bonne pratique des soins se heurte à la configuration des salles de bains des studios, qui ne sont pas adaptées.

Le maintien de l'autonomie, qu'elle soit physique ou psychique, est l'une des missions de l'EHPAD et s'inscrit dans le parcours de soins de la personne âgée. La prévention et la préservation de son indépendance dans les activités quotidiennes représentent un enjeu pour les professionnels au quotidien. D'abord, il s'agit de maintenir et de valoriser les capacités et potentialités de chacun, en encourageant le résident à faire par lui-même. Ensuite, les professionnels s'attachent à accompagner la perte d'autonomie et la dépendance.

Le personnel soignant de l'établissement stimule les résidents à utiliser leurs capacités physiques et intellectuelles à chaque moment de la journée, en tenant compte des individualités de chacun et dans le respect de leurs habitudes de vie. Cependant, l'organisation du travail ne permet pas de répondre à chaque demande et au rythme requis du résident : les soignants accompagnent certains résidents en chambre et les installent dans leur lit à partir de 17h00.

Points d'effort :

- Réviser les horaires de service des repas pour limiter le temps de jeûne nocturne
- Homogénéiser les pratiques relatives à la réalisation du bilan d'autonomie des résidents
- Etendre les toilettes évaluatives à l'ensemble des résidents et les réévaluer à chaque changement de l'état de santé

4.2.3.4 Santé

Le projet de soins définit les modalités d'intervention des professionnels, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, et donc l'ensemble des actions mises en place pour répondre aux besoins physiques, psychiques et relationnels des personnes âgées en lien et en cohérence avec le projet d'établissement.
L'établissement a pour mission d'assurer la continuité des soins, de jour comme de nuit 24h/24, 7j/7. Même si l'EHPAD est avant tout un lieu de vie, sa médicalisation est indispensable à la qualité de vie et au bien-être du résident dans toutes les étapes de son accompagnement. Les équipes doivent délivrer une prise en soins médicale optimale et les meilleurs soins possibles par un accompagnement individuel de chaque résident.
La dépendance de la personne est évaluée, l'accompagnement est adapté pour favoriser le maintien des capacités physiques et intellectuelles restantes en laissant le temps de faire.
L'objectif opérationnel est de pratiquer des soins techniques avec une prise en charge pluridisciplinaire.

Les soignants dispensent des soins adaptés aux personnes âgées dépendantes. Il s'agit d'un soin global multidimensionnel, qui prend en compte les composantes somatiques, psychologiques, sociales et spirituelles, les habitudes de vie et les relations antérieures à la prise en charge institutionnelle.
Néanmoins, l'encadrement et les intervenants dans leur majorité souhaitent une harmonisation des pratiques pour le bien être des résidents.

L'EHPAD dispose d'un logiciel de soins informatisé « CERIG » accessible à tous les professionnels de l'établissement et à tous les intervenants (médecins, kinésithérapeutes…).

Points d'efforts :

- Installation d'une messagerie sécurisée

4.2.3.5 Les matériels et aides techniques

La réalisation des soins techniques et de nursing est facilitée par la mise à disposition de matériels et équipements adaptés, certains sont en location (lits médicalisés, lève-malade, verticalisateurs). En effet, notre structure travaille en collaboration avec une société de vente et de location de matériels médicaux, qui en assure l'entretien et les réparations.
La structure dispose de ses propres équipements (aides techniques à la vie quotidienne, fauteuils de transfert, fauteuils « confort », déambulateurs, chaises percées, cannes, ...). Ils sont stockés dans l'ancien logement de fonction en attendant d'être utilisés.

L'entretien et le suivi de ces équipements est assuré par l'ergothérapeute, qui a mis en place un document de suivi que les soignants renseignent lors de la prise ou retour du matériel.

Ces équipements permettent au personnel soignant d'adapter leur prise en soin et leur accompagnement, en favorisant le bien-être du résident et le maintien de ses capacités.

Le matériel est stocké directement dans les chambres des résidents, dont l'utilisation est nécessaire au quotidien ou dans le bâtiment du logement du résident.

Cependant, les chambres sont parfois encombrées et la mobilisation des résidents est rendue difficile.

L'ergothérapeute évalue, en collaboration avec l'équipe soignante, les besoins en matériel et équipement au regard de la situation globale du résident.

Une partie du personnel soignant est formé à l'utilisation de ces aides techniques. L'ergothérapeute est formateur PRAP2S.

Points d'effort :

- Former tout le personnel aux gestes et postures
- Installer des rails de transfert dans chaque studio
- Installation d'un adaptable dans chaque studio.
- Création / construction d'un bâtiment pour le stockage du matériel.

4.2.3.6 Le circuit du médicament

La préparation des médicaments est assurée par l'officine de Camaret sur Mer, qui intervient 2 demi-journées sur la structure pour la réalisation des piluliers à la semaine.

La pharmacie assure la livraison des traitements.

Les prescriptions sont saisies informatiquement par les médecins via le logiciel CERIG, sauf exceptions. Les IDE accompagnent certains médecins libéraux à la saisie informatisée de leur prescription.

La distribution se fait en salle à manger lors du déjeuner et du diner par l'IDE. Pour les résidents en plateaux, la distribution est effectuée par les AS sous la responsabilité de l'IDE, les traitements sont nominatifs. Les traitements du matin sont dispensés par l'IDE dans chaque studio.

En cas d'urgence, il existe des armoires de dotation dans le service.

Points d'effort :

- Formaliser une procédure du circuit du médicament
- Améliorer la traçabilité de la dispensation.

4.3 Hébergement

4.3.1 L'entretien des locaux

Une équipe de 2 personnes à temps complet assure l'entretien des espaces collectifs et espaces extérieurs (terrasses), ainsi que des vitres, hormis celles du restaurant qui incombent à l'équipe de restauration.

Cette équipe assure également le magasinage des produits (produits d'entretien, produits d'incontinence, boissons…) et approvisionne les différentes unités.

Les appartements sont entretenus par l'équipe des agents de bâtiment, en respectant le rythme de vie du résident, son intimité et les protocoles d'hygiène établis.

4.3.2 La restauration

Une société privée de restauration intervient à l'EHPAD : elle confectionne et sert les repas pour les résidents et leurs invités et le personnel qui le souhaite.

Le terme du contrat arrive à échéance au 31 août 2020. Un nouvel appel d'offre va être lancé au printemps 2020 pour à nouveau cinq années. Il est envisagé, lors du renouvellement d'un marché de restauration, d'internaliser le service en salle et d'externaliser la partie cuisine.

L'établissement souhaite adapter au mieux les commandes des repas aux besoins et souhaits des résidents (goûts répertoriés, temps d'échanges avec les résidents, audit du fonctionnement).

Les repas servis proposent un plat principal unique. Le plat substitutif est rarement varié : souvent du jambon.

La cuisine prépare les textures modifiées : mixées et hachées. La texture hachée est généralement élaborée sur la base du menu du jour. Son introduction est très appréciée au motif que, contrairement aux mixés, le goût des aliments est préservé.

Du pain de mie est proposé pour les résidents qui ont des problèmes de mastication.

L'équipe de cuisine prend en considération les demandes formulées lors des commissions restauration et modifie les menus en fonction (exemple : demande d'artichaut).

La trame des menus est bâtie sur six semaines par la diététicienne de la société de restauration.

Les petits déjeuners sont actuellement préparés par les agents de bâtiment et servis en chambre. Ils sont livrés (café soluble, lait, sucre, thé, chocolat…) une fois par semaine (le mardi) via le service de restauration, avec possibilité de dotation supplémentaire, si besoin (collations par exemple). Le petit-déjeuner est varié, afin de répondre aux goûts de tous et amélioré le dimanche avec des brioches.

Le petit déjeuner est servi entre 7h45 et 9h30.

Le déjeuner est servi en salle à manger à 12h15. La navette des plateaux repas est prête à partir de 12h00, dans le respect les bonnes pratiques d'hôtellerie.

Le dîner est servi à partir de 17h30 pour le premier service, un horaire qui semble précoce, surtout en été. Le second service débute à 18h30. La navette des plateaux repas est prête à partir de 17h30, dans le respect les bonnes pratiques d'hôtellerie.

On observe une amplitude horaire entre le diner et le petit déjeuner préjudiciable, au regard de la durée de jeûne réglementairement admise, même si une collation est proposée en cours de nuit.

Un apéritif est servi les jours fériés. Des nappes en tissu sont mises les dimanches et lors des festivités.

Une réflexion est menée sur les conditions de présentation des repas et sur l'utilisation des aides techniques pour personnes dépendantes, participant au respect de la dignité de la personne.

Au vu des enquêtes, les résidents semblent satisfaits et trouvent l'offre de plats diversifiée.

Points d'effort :

- Proposer une carte « perpétuelle » de changement possible (steak haché, jambon, poisson).
- Proposer des serviettes en tissu
- Revoir l'organisation du diner, afin de diminuer le jeûne nocturne
- Mettre en place une démarche de tri des déchets organiques devant conduire à une méthanisation des bio déchets.
- Prévoir l'assaisonnement en direct des entrées
- Veiller à une meilleure présentation de table
- Favoriser le maintien de l'autonomie en ce qui concerne le service du repas
- Réviser et diffuser le guide des règles hôtelières
- Améliorer la communication avec la société de restauration
- Réorganiser le service du petit déjeuner
- Assurer un meilleur suivi des collations nocturnes
- Recruter une gouvernante, qui organisera le pôle hôtelier (ménage des communs, des studios, accueil du résident…)
- Projet de partenariat avec les producteurs locaux pour la fourniture des denrées en privilégiant les circuits courts

4.3.3 La lingerie

La blanchisserie est assurée par la lingère, à temps complet, présente du lundi au vendredi. Elle est remplacée durant ses absences par un agent assurant l'entretien des locaux. Depuis l'été 2018, suite aux travaux de restructuration, nous disposons d'une nouvelle lingerie répondant quasiment aux normes d'hygiène RABC. Il reste à installer des lave-linges traversants. L'emplacement et les raccordements sont déjà prévus.

Les soignants se chargent parfois de la blanchisserie les weekends.
Les agents de nuit sont chargés de l'entretien des tenues du personnel.

Le service de restauration lance le lavage des bavoirs après le diner.

La lingère prend en charge l'entretien du linge plat (draps, taies, chemises ouvertes, pyjamas et chemises de nuit) et le linge personnel des résidents, sans participation financière complémentaire. Cette prestation fait partie du bloc de prestations du prix de journée.

L'enquête de satisfaction menée à l'automne 2017 auprès des résidents sur la prestation et les problématiques rencontrées (perte de linge) a mis en évidence les carences et a permis de faire évoluer son organisation.

Le circuit du linge présuppose que le linge soit marqué par la famille, par référence au trousseau préconisé à l'entrée ou possibilité d'un forfait marquage du linge de 50 euros, assuré par la lingère. Ce marquage est obligatoire, même si le linge est entretenu par la famille.

Le linge propre est récupéré quotidiennement, dans des armoires de stockage, par les agents de bâtiment, qui en assurent le rangement.

Le circuit du linge sale a été amélioré en 2019 par l'acquisition de chariots de linge sale (2 par bâtiments).

Le linge sale est récupéré par la lingère à l'aide d'un roll pendant ses heures de présence, sinon il est remonté en lingerie côté sale par les soignants.

Points d'effort :

- Acquisition de 2 lave-linges traversants
- Optimiser le marquage du linge des résidents, afin d'éviter la perte, en communiquant sa nécessité auprès des familles.
- Etablir une procédure du circuit du linge.

4.3.4 La maintenance des locaux et du matériel, la sécurité

Les six bâtiments constituant l'EHPAD relèvent d'une classification des établissements recevant du public de 5ème catégorie de type PES ET PE avec activité de type N.

Deux adjoints techniques à temps complet assurent quotidiennement l'entretien des locaux et du matériel, ainsi que les vérifications périodiques et opérations de maintenance obligatoires pour l'EHPAD. Ils sont titulaires, notamment des diplômes suivants : BTS en électronique et automatisme industriel, SST (sauveteur secouriste au travail), autorisation de conduite des engins de chantier, habilitation électrique. Un des adjoints techniques est aussi pompier volontaire. L'autre est assistant de prévention.

Toute demande d'intervention de dépannage par les équipes des unités est formulée via la boite mail interne et/ou par inscription sur la liste des dysfonctionnements. En cas de besoin, ils sont joignables sur leur mobile.

Les réponses sont suivies en fonction des demandes, sans ordre de prioritaire.
Les adjoints techniques gèrent aussi la maintenance préventive sur le matériel et les installations (chauffe-eau, réfrigérateurs, blocs de secours, extincteurs, légionellose…).
Certaines opérations de maintenance obligatoire sont effectuées par des sociétés externes habilitées.
Le tableau de suivi des contrôles obligatoires est formalisé et est vérifié par l'équipe technique.
Le carnet sanitaire est géré par l'équipe technique qui en assure la traçabilité.
Les formations obligatoires relatives à la sécurité incendie sont organisées par les services techniques.
Des exercices incendie sont organisés par les adjoints techniques.

Points d'efforts :

- Créer un système d'astreinte formalisé, afin que les agents soient rémunérés pour chaque intervention
- Utiliser de la main courante sur le logiciel CERIG, afin de tracer les pannes et dysfonctionnements
- Formaliser les exercices incendie avec le centre de secours de la commune plus régulièrement (2 fois/an)

4.4 Les intervenants extérieurs et Les partenaires

Les intervenants extérieurs

La relation de confiance privilégiée établie avec l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux peut atténuer le choc affectif afférent au changement de vie provoqué par l'entrée en EHPAD, notamment le suivi médical est confié à leur médecin traitant libéral. A défaut de pouvoir garder son médecin traitant du domicile, le résident et sa famille sont invités par l'établissement à rechercher un nouveau médecin traitant.
Chaque résident a la possibilité de faire appel aux intervenants libéraux de son choix (kinésithérapeute, dentiste pour le bilan dentaire d'entrée).

Les partenaires

Dans une optique de professionnalisation et un souhait d'accompagnement et de maintien des résidents dans leur lieu de vie, l'établissement a conclu différents partenariats pour faire venir de l'extérieur des compétences, dont il ne disposerait pas en interne :

- L'HAD du Ponant/clinique Pasteur : prise en charge, sur prescription médicale, par une équipe pluridisciplinaire en collaboration avec la structure pour assurer un ensemble de soins médicaux de haute qualité et en toute sécurité
- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie du CHS de Landerneau : organisation des interventions spécialisées en psychiatrie au sein de la résidence, programmations des hospitalisations
- Le CHU de Brest : dans le cadre du plan bleu et pour la programmation des hospitalisations
- Le centre hospitalier de la presqu'île de Crozon
- Le laboratoire Eurofins de Crozon : contrat de prestations de service pour l'exécution des analyses de biologie médicale
- La participation à la MAIA du Pays de Brest avec la plateforme Appui Santé de Brest : appui aux professionnels et accompagnement avec évaluation, aide à la coordination et au soutien du patient ; information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire
- Officine de Camaret : assure la livraison des médicaments, la PDA.

4.5 Les outils concourant à la prise en soins des résidents

4.5.1 Le dossier de soins

Le dossier du résident est un document regroupant toutes informations inhérentes à l'état de santé des résidents et aux actions de prévention nécessaires à leur prise en charge. Dans ce dossier, sont consignés les antécédents médicaux, les observations et les prescriptions médicales et leur suivi, les correspondances médicales (compte rendu d'hospitalisation) et les bilans biologiques et radiologiques.

Le dossier des résidents et les plans de soins sont informatisés sur le logiciel CERIG. Ce logiciel permet un suivi partagé de l'évolution de l'état de santé des résidents et une traçabilité écrite.

Le logiciel CERIG favorise la cohérence et la continuité des soins entre les personnels soignants internes et externes à l'établissement.
Dans le cadre du partage d'information à caractère secret, les informations administratives et médicales ne sont détenues que par le personnel soignant, les dossiers papiers sont stockés uniquement dans la salle de soins.

Points d'effort :

- Mise en place d'un accès pour les médecins libéraux et la pharmacie pour compléter les données de soins de leur prise en charge respective. Par exemple, cela permet aux médecins libéraux d'éditer les ordonnances, ainsi informatisées, ce qui est de nature à sécuriser les prescriptions.
- Tracer systématiquement les directives anticipées et les personnes de confiance dans le dossier de soins informatisé de chaque résident.
- Mise en place de transmissions ciblées

4.5.2 Prévention et gestion des risques liés à la vulnérabilité des résidents

Le plan de soins individualisé et le projet personnalisé comportent l'évaluation des risques et des fragilités de chaque résident. Si un risque ou une fragilité est décelé par les professionnels, des transmissions orales et écrites sont réalisées, des actions de prises en charge sont définies en équipe pluridisciplinaire : l'équipe soignante, le médecin coordonnateur, la psychologue, le médecin traitant, l'IDEC et les intervenants extérieurs (kinésithérapeutes…).
L'établissement dispose de référents (santé buccodentaire, alimentation, incontinence, contention et chutes, fin de vie …) qui n'arrivent pas à réaliser correctement leur travail de référent par manque de temps.

Points d'effort :

- Dégager du temps aux référents

La santé buccodentaire

Un bilan dentaire est effectué, pour chaque nouvelle entrée, par la dentiste de Camaret sur Mer, soit à son cabinet, soit à la résidence.

Suite à ce bilan, des rendez-vous peuvent être posés pour effectuer les soins nécessaires.

Des soignants ont participé à une formation bucco-dentaire, mutualisée entre différents établissements, pour former des C.S.O. La formation était assurée par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire et financée par l'ARS, suite à appel à projet. Toujours dans ce cadre, la fondation ILDYS porte le projet d'un Bus bucco-dentaire itinérant pour tous les EHPAD adhérents à la FNADEPA du Finistère, dont nous faisons partie.

La nutrition et l'hydratation

La nutrition est un facteur essentiel au maintien de l'état fonctionnel et de santé des résidents. L'établissement se doit d'apporter au résident une alimentation équilibrée et une bonne hydratation, en respectant « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie d'Octobre 2007 pages 10 à 12.

L'établissement dispose de référents « alimentation » dont une IDE ayant un D.U. Alimentation.

Une albuminémie et un contrôle CRP sont effectués dans le bilan sanguin d'entrée du résident, puis 1 à 2 fois par an suivant les résultats.

Une pesée des résidents est effectuée, toutes les 5 semaines, voire plus, suivant les prescriptions médicales, par les aides-soignants et agents de soins, sous délégation de l'infirmière, puis retransmise dans le logiciel de soins.

Les soignants aident et/ou stimulent les résidents ayant besoin d'aide lors de la prise des repas et adaptent les textures.

Une surveillance alimentaire peut être instaurée et mise au dossier du résident.

En collaboration avec la diététicienne de la société de restauration, une alimentation adaptée est proposée en fonction des aversions.

Des collations sont proposées aux résidents pour diminuer le jeûne nocturne.

Ils assurent un suivi hydrique et un suivi alimentaire, ciblés en fonction de la nécessité de prise en charge, notée dans le projet personnalisé de chaque résident. Des apports hydriques sous-cutanés et hyper-protéinés sont fournis quand la situation l'exige. Un enrichissement par un produit laitier supplémentaire est mis en place pour les résidents présentant une albuminémie comprise entre 30 et 35. Les potages sont enrichis par la cuisine.

En période estivale, l'ensemble du personnel infirmier, aide-soignant et agent de service hôtelier est sensibilisé : une organisation est posée pour prévenir le risque de déshydratation des résidents.

Les menus sont établis par la diététicienne de la société de restauration. Les régimes sont pris en considération.

Des textures adaptées sont proposées sous forme hachée ou mixée. Les textures mixées se présentent sous forme standardisée (verrines…) : elles ne permettent pas de présentation de l'assiette pouvant attiser l'appétit.

Concernant l'hydratation, les équipes sont attentives au suivi hydrique des résidents : eau plate et eau gélifiée pouvant être proposées. Les familles apportent de l'eau gazeuse en bouteille en cas de troubles de la déglutition.

Parallèlement, il semblerait utile de proposer la possibilité de recours au « manger mains » des résidents.

Points d'effort :

- Mise en place pour le finger food (manger main)
- Formaliser la procédure de collations pour diminuer le jeûne nocturne.
- Mise en place du protocole de santé buccodentaire
- Réaliser un MNA dans les deux mois suivant l'entrée en EHPAD

L'incontinence

L'appréciation de la continence, ou de l'incontinence, de chaque résident est inscrite dans son projet personnalisé.
La surveillance du transit peut être planifiée dans le plan de soins.
L'utilisation de protections ou d'aides techniques est assurée dans le respect des protocoles de soins et des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène en établissements Médico-sociaux. Les protections sont adaptées et ciblées selon les besoins de la personne.
Les changes et mises aux toilettes sont effectués régulièrement, dans la chambre du résident et/ou dans les toilettes du bâtiment principal.
Des évaluations d'utilisation des protections sont faites avec notre fournisseur tous les ans.

Points d'effort :

- Traçabilité des changes et des mises aux toilettes
- Création du protocole risque incontinence et former les professionnels

Les escarres

Les escarres altèrent les capacités fonctionnelles, l'autonomie et les relations sociales du résident.

La surveillance régulière de l'état cutané et la réactivité du personnel soignant permettent de limiter l'apparition d'escarres. L'ergothérapeute est mobilisé pour la prévention des escarres.

Les résidents peuvent présenter des escarres dans différentes situations comme un retour d'hospitalisation, entrée en EHPAD. Le personnel soignant est vigilant à la transmission et à la traçabilité de cette information.

Les soignants veillent à la prévention d'escarres dans le respect des fiches de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène en établissements Médico-sociaux et assurent les soins nécessaires, suivant le protocole.

Des dispositifs médicaux adaptés à l'état cutané et à la mobilité de la personne (matelas adaptés, coussins, fauteuils…) sont prescrits et des changements réguliers de position peuvent être effectués en fonction de la situation.

L'établissement favorise un bon équilibre nutritionnel. Des suppléments hyper-protéinés peuvent être prescrits pour prévenir la formation d'escarres et favoriser la cicatrisation de la peau.

Points d'effort :

- Formaliser les protocoles dans la gestion documentaire
- Prévoir des formations sur cette thématique

Les chutes

L'établissement s'appuie sur « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie d'Octobre 2007 pages 28 à 31.

L'ergothérapeute est mobilisé pour la prévention des chutes, elle organise des ateliers prévention des chutes auprès des résidents.

Sur prescription médicale du médecin traitant, les kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès du résident par des séances de marche et d'équilibre, prévention des chutes.

Les chutes sont renseignées dans le logiciel de soins, une évaluation des chutes est réalisée par l'ergothérapeute.

Points d'effort :

- Pratiquer une évaluation du risque de chutes par le médecin à l'entrée du résident et la tracer dans le dossier du résident. Cette évaluation ferait l'objet d'une discussion en staff pluridisciplinaire.

La contention

L'établissement préserve la liberté d'aller et venir et limite le recours à toute forme de contention, comme le précisent les Recommandations de l'ANAES 2000, l'usage des contentions physiques doit être limité et codifié. Les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute.
Cependant, pour assurer la sécurité du résident et celle des autres, une prescription médicale de contention peut être réalisée. Sa mise en place fait l'objet d'une décision collégiale avec le médecin traitant, l'équipe soignante et éventuellement la psychologue. Les proches du résident en sont informés. Une réévaluation régulière est réalisée et tracée dans le dossier du résident.
Les dispositifs de contention sont centralisés dans l'ancien logement de fonction, en attendant la création d'un espace de stockage propre aux divers matériels et/ou aides techniques.

La structure dispose de référents contention parmi les soignants.

Points d'effort :

- Mise à jour du protocole contention à intégrer dans la gestion documentaire

4.6 L'accompagnement de fin de vie

Il est écrit dans les RBPP « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD », que la période de la fin de vie est un temps particulier dans la vie de toute personne. Elle mérite une attention soutenue de la part des professionnels. Chez les personnes âgées, cette situation accentue leur vulnérabilité physique et psychologique en venant limiter leur pouvoir de décisions. La fin de vie soulève de nombreuses questions, notamment au regard du respect des droits et des libertés individuels, mais aussi de la qualité de l'accompagnement. L'appréciation de la qualité de fin de vie est éminemment subjective et les facteurs qui l'influencent peuvent être différents en fonction de la culture, des croyances, de l'histoire de vie de chacun.

Le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont à l'origine de l'entrée dans une démarche de soins palliatifs, selon le constat médical et les informations transmises par l'équipe soignante, lors du staff mensuel dans le respect des directives anticipées formulées par le résident. Ils peuvent s'appuyer sur l'expertise de l'équipe d'HAD du Ponant/clinique Pasteur, pour mettre en place une prise en charge, adapter les prescriptions médicamenteuses et de confort. Le résident, sa personne de confiance et sa famille, sont informés de cette décision collégiale et de la nécessité de cet accompagnement.

Les infirmiers, en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, mettent en place les prescriptions avec la pharmacie et les intervenants extérieurs. Une prise en charge par les kinésithérapeutes peut être effectuée pour améliorer les situations d'inconfort physique et respiratoire. Les infirmiers s'assurent que les soins de confort délivrés par les aides-soignants correspondent aux besoins du résident, selon la prescription du médecin traitant et dans le respect de leurs habitudes de vie.

Les aides-soignants accompagnent le résident jusqu'à sa fin de vie, dans ses besoins spécifiques et avec une attention particulière, par des soins d'hygiène, des soins de confort et un soutien psychologique. Chaque soignant adopte une attitude bienveillante envers le résident et ses proches.

La planification de soins et d'accompagnement du résident est formalisée dans le dossier du résident. La planification est adaptée à la situation particulière du résident.

L'évaluation de la douleur est faite par les infirmières et tracée dans le dossier du résident. La délivrance des stupéfiants est réglementairement nominative et tracée.

Le personnel est formé à l'accompagnement du résident en fin de vie, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, à l'alimentation et à l'hydratation, ainsi qu'à l'utilisation des techniques non médicamenteuses.

La participation active de la famille et des proches est souhaitée, dans le respect de la dignité du résident et de ses souhaits. Les aides-soignants orientent les familles vers l'infirmier ou l'IDEC ; eux-mêmes font intervenir le médecin coordonnateur ou le psychologue, pour un accompagnement personnalisé et un soutien psychologique si besoin.

Un membre de la famille peut accompagner, de jour comme de nuit, son parent dans les derniers instants, un lit d'appoint peut être mis à disposition, ainsi que le linge de lit.

Suite au décès, un bracelet d'identification est posé au résident. La personne de confiance est avertie du décès, suivant ce qui est inscrit dans le logiciel de soins (exemple : appel de jour et/ou de nuit…), elle est ensuite le relais avec l'ensemble de la famille.

Les soignants ne réalisent pas de toilette mortuaire, la toilette est réalisée au salon funéraire de Camaret ou Crozon.

Points d'effort :

- Mise en place d'une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs du CHRU Brest
- Mise en place d'un plan de soins adapté à la démarche palliative
- Mise en place d'un temps de réflexion des professionnels sur leurs pratiques dans la démarche palliative.
- Mise en place d'un temps de soutien pour les professionnels après le décès d'un résident.
- Appropriation des échelles d'évaluation de la douleur à l'ensemble des soignants et traçabilité dans le logiciel de soins.
- Rédactions de protocoles sur les soins de confort, soins de bouches, alimentation plaisir

4.7 La relation avec les familles et les proches

La personne âgée, les membres de sa famille et les professionnels du soin doivent communiquer, pour s'accorder sur l'accompagnement. Chacun doit connaître son rôle et trouver sa place, sans oublier de consulter la personne âgée.

Autour de la personne aidée, plusieurs intervenants évoluent : les aidants familiaux et les professionnels du soin. Comment faire pour que le soutien familial et l'aide professionnelle se complètent, ne soient pas source de conflit et restent au bénéfice de la personne aidée ? Aussi longtemps qu'il est possible, c'est la personne âgée qui doit garder le rôle de coordinateur entre les différents intervenants.

L'aide dont une personne âgée a besoin vient en complément de ses capacités, mais ne doit pas faire oublier que c'est elle qui doit indiquer, plus ou moins clairement, ce dont elle a besoin et envie. Une personne âgée est chargée de toute son histoire, de tous ses souvenirs et de toutes sortes de menus objets qui la racontent. Elle reste un sujet désirant, qui peut donner son avis.

La famille fait partie de l'histoire de vie de la personne. Le bien-être des proches et le bien-être de la personne sont étroitement liés. L'établissement veille au maintien des relations en s'appuyant sur les RBPP « Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD », comme suit :

1. Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches :
   - → En recueillant les souhaits des résidents et de leurs proches (visite de pré accueil). En effet, l'entrée en institution est souvent culpabilisante pour la famille, elle doit interagir avec les autres intervenants. Les équipes tentent d'aider les aidants à transformer le sentiment de culpabilité au profit d'un sentiment de confiance partagée.
   - → En mettant en place les moyens matériels d'aménagement et de communication (équipement des studios, salon des familles)
   - → En proposant aux proches, si possible, le soutien du psychologue en cas de difficultés
   - → En mettant à disposition les moyens nécessaires, pour des activités souhaitées entre le résident et ses proches (prêt du véhicule PMR pour les déplacements des résidents confinés au fauteuil sous réserve d'une prise en charge par leur assureur, fauteuil à assistance électrique)
   - → En invitant les proches à participer aux activités d'animation de la vie sociale, selon leurs désirs et leurs possibilités en accord avec les résidents : les familles sont informées des sorties prévues et certaines y participent
   - → En facilitant les sorties et les séjours en famille.

2. Reconnaitre la place des proches dans l'accompagnement du résident :
   - → En expliquant aux résidents et à leurs proches le dispositif de la personne de confiance

→ En recueillant l'avis des proches sur les propositions faites à leurs parents en matière de vie sociale, sur leurs réalisations et leurs vécus
→ En transmettant aux proches les observations et avis des professionnels
→ En favorisant les relations entre les proches des résidents.

3. Impliquer les autres acteurs de la vie sociale dans l'établissement
→ En établissant une convention de partenariat avec les bénévoles, afin de déterminer les modalités d'intervention et de communication avec les professionnels
→ En désignant l'animatrice comme référent professionnel pour les bénévoles
→ Le bilan d'évaluation de l'intervention des bénévoles est retranscrit dans le rapport d'animation annuel, basé sur les commissions d'animation de l'année auxquelles participent les bénévoles.

De manière informelle, les familles participent à d'autres temps d'échanges organisés par l'établissement : évènements festifs, sorties….

Par ailleurs, il existe des lieux (salle d'animation, salon des familles, jardin thérapeutiques) mis à disposition des familles permettant de visiter les résidents et d'organiser des goûters ou repas familiaux, barbecues.

Points d'effort :
- Valider régulièrement avec le résident la désignation du référent familial faite à l'entrée et de la personne de confiance
- Apporter un soutien logistique et professionnel aux initiatives organisées par des proches pour un groupe de résidents
- Etablir un lien entre le référent professionnel et le référent familial pour chaque résident avec l'accord de ce dernier
- Donner l'accès à la lecture du projet d'établissement et en les impliquant dans le processus d'évaluation interne continue
- Offrir aux bénévoles la possibilité de participer avec les professionnels aux formations internes sur les différents thèmes de l'accompagnement
- Organiser des temps de rencontre avec les familles (débat suivi d'un goûter, recentrer les besoins du résident…)
- Clarifier les missions des personnes salariées directement par le résident et sa famille.

Création d'un PASA

Le PASA permet un accompagnement des résidents ayant une maladie neuro-dégénérative, associée à un syndrome démentiel. L'objectif est de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.
L'établissement ne permet pas de prendre en soin correctement les résidents souffrant de troubles cognitifs sévères, du fait de sa configuration structurale.
L'établissement a déjà déposé 3 demandes de labellisation PASA auprès de l'ARS, sans succès. Aussi, un PASA non labellisé a été mis en place de novembre 2017 à janvier 2018, pour quelques résidents, dans l'ancien logement de fonction. Il a été constaté plusieurs bénéfices pour ces usagers (changement de texture alimentaire -du haché au normal- ; baisse de l'agressivité ; diminution des déambulations lors de repas..). Mais le manque de moyens humains n'a pas permis de pérenniser ce projet.

Points d'efforts :
- Mise à jour de la file active
- Continuer les formations d'ASG
- Accord et financement par l'ARS de labellisation d'un PASA
- Travaux de mise aux normes de l'ancien logement de fonction pour répondre aux critères du PASA

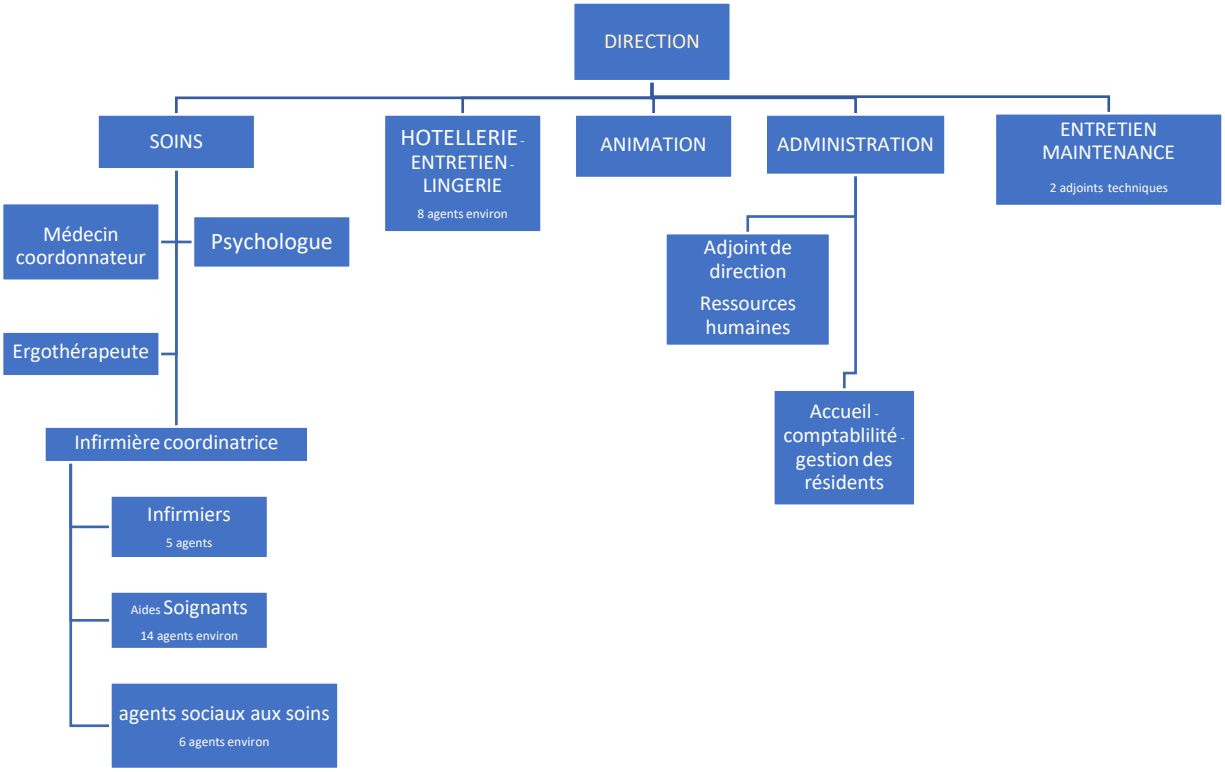
5 LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES

La nature du travail en gérontologie, la répétition des mêmes gestes, une certaine pression psychologique et une relative méconnaissance peuvent expliquer le manque d'attrait constaté sur ce secteur d'activité, cependant en pleine expansion. Ce secteur professionnel connaît des difficultés récurrentes de recrutement ou un turnover assez important.

Il existe un livret d'accueil du personnel, ainsi qu'une charte de bientraitance à l'attention des professionnels.

Tous les agents disposent de fiches de postes et de tâches, qui sont actualisées chaque année lors de l'entretien professionnel.

5.1 Description de l'organisation de l'établissement



5.2 Présentation des compétences mobilisées

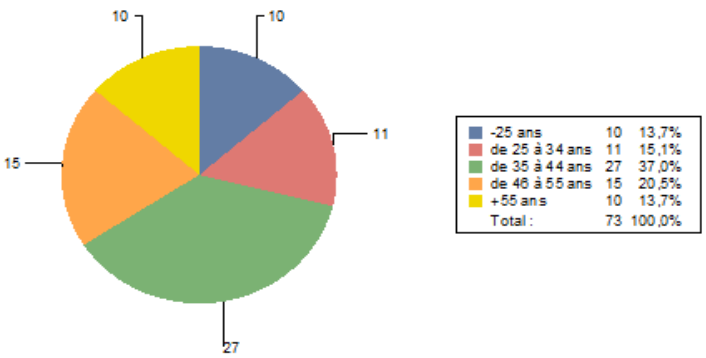
On parle ainsi d'un socle collectif, d'une culture d'entreprise, d'une philosophie partagée par l'ensemble des membres d'une structure et d'une volonté affichée et façonnée au quotidien, d'être dans une culture du prendre soin de la personne âgée. Malgré un personnel bienveillant, la prise en compte du résident ne nous semble pas satisfaisante : manque de personnel, épuisement des équipes avec sentiment de frustration. En raison de la pénibilité de leur travail, certains personnels diminuent leur temps de travail.

5.2.1 Les effectifs par poste

Tableau récapitulatif des effectifs

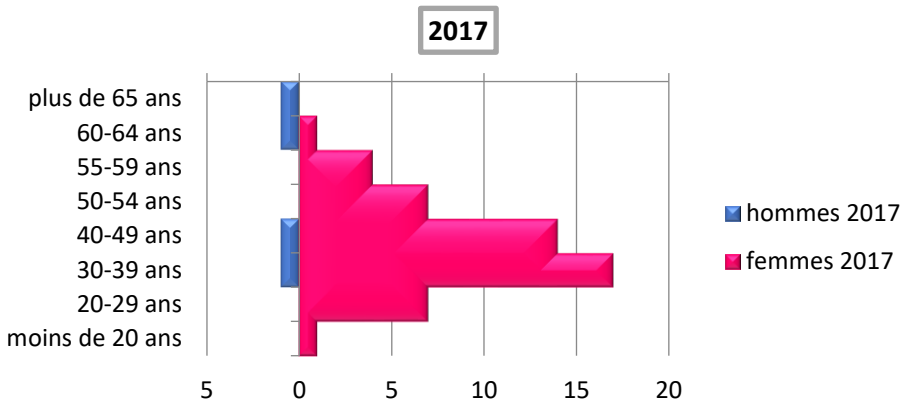
Effectifs par catégorie en ETP	ETP en 2017	ETP en 2018	ETP projeté en 2019
Administratif	3	3	3
Entretien technique, maintenance	2	2	2
Lingère	1	1	1
Animation	1	1	1
ASH de jour	17.40	17.49	18.23
ASH de nuit	2	2	1.8
AS de jour	12.62	12.96	13
AS de nuit	2	2	2
Infirmière coordinatrice	0.5	0.5	0.6
Infirmières de jour	4.06	4.16	4.06
Infirmières de nuit	0	0	0
Médecins	0.20	0.20	0.20
Psychologue	0.40	0.40	0.50
Ergothérapeute	0.30	0.30	0.30
TOTAL	**46.48**	**47.01**	**47.69**

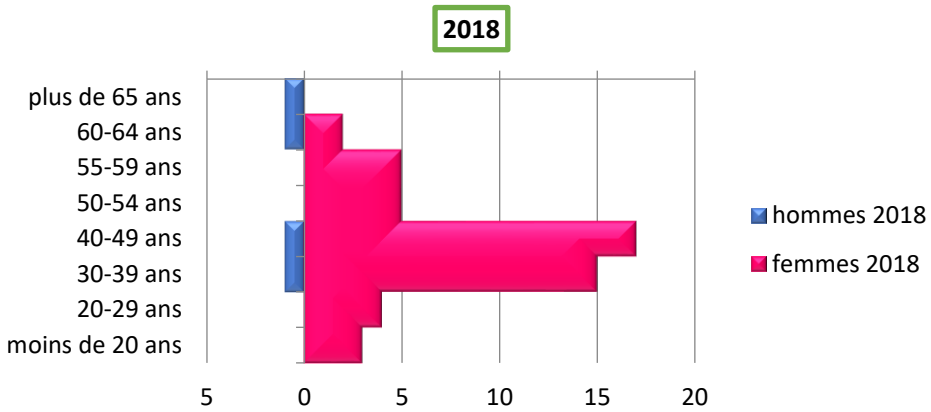
5.2.2 La pyramide des âges

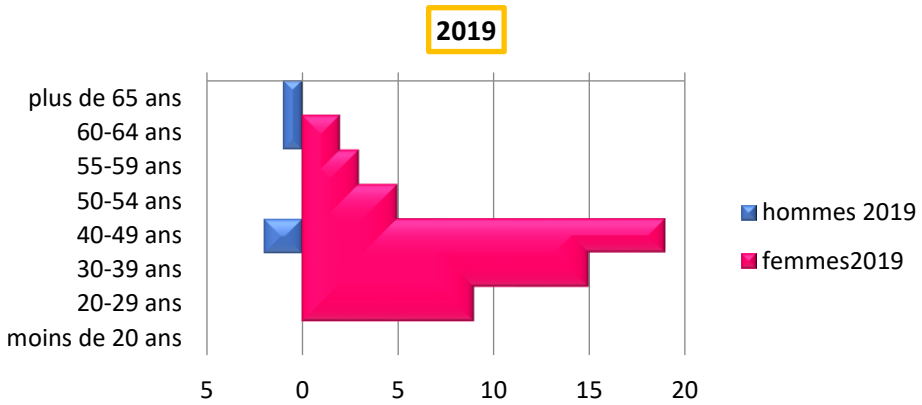


Ce diagramme met en évidence la part importante de personnel vieillissant et expliquant ainsi les jours d'absence plus réguliers.

Evolution de la pyramide

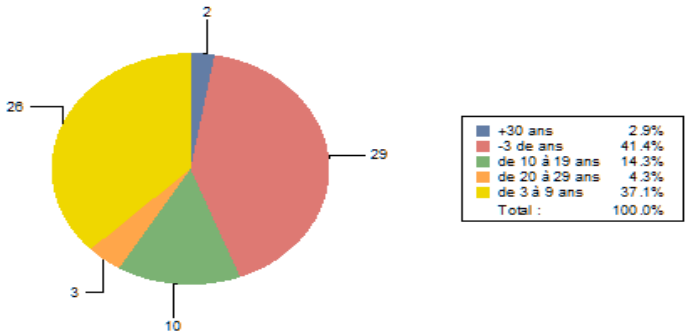






Il y a peu d'hommes dans ce secteur d'activité. Par la pénibilité du travail et le manque de reconnaissance, le personnel « vieillissant » est épuisé.

Ancienneté dans l'établissement



Le turn-over qui apparaît à la lecture de ce diagramme est également la traduction des difficultés de recrutement, ainsi que celles liées au secteur géographique.

5.2.3 Les transmissions

Une circulation fluide et efficace de l'information est essentielle au bon fonctionnement de l'établissement. Source de cohésion entre professionnels, elle doit garantir un accompagnement uniforme et adapté du résident. Une communication de qualité est indispensable à la motivation, à la participation et à l'investissement du personnel dans les évolutions de la structure. Au sein de l'établissement, l'information est transmise, sous différentes formes, d'une part, à l'oral et, d'autre part, à l'écrit, par le biais du logiciel de soins comprenant les transmissions et une boite mail professionnelle. Les comptes rendus, protocoles et informations diverses sont transmis à chaque agent sur sa boite mail. L'établissement est aussi équipé de tablettes permettant aux agents de tracer leurs actes à l'instant T.
Les transmissions orales ont lieu entre les différentes équipes jour/nuit tous les jours :

- 7h00 à 7h15 transmissions 1 agent de l'équipe de nuit et l'IDE
- 7h30 à 7h40 prise de connaissance des transmissions par les soignants
- 11h30 à 11h45 transmissions IDE du matin et IDE après midi
- 14h00 à 14h30 transmissions équipe du matin et équipe d'après-midi.
- 20h50 à 21h00 transmissions équipe du soir et équipe de nuit.

Pendant le temps de service, les professionnels sont tenus de transmettre toutes les observations pertinentes concernant les résidents, dont ils se sont occupés ou qu'ils ont observés en dehors des soins courants, inscrits sur le plan de soins.

Les éléments recueillis sont discutés en équipe pour adapter la prise en charge du résident. Les décisions prises sont inscrites dans le dossier médical informatisé du résident.
La psychologue et l'IDEC participent aux transmissions orales leur jour de présence.

Les transmissions sont également retranscrites dans le logiciel de soins.

Points d'effort :

- S'assurer que tous les agents retracent leurs actes de la journée
- Lecture des transmissions par tous les agents
- Inciter le médecin coordonnateur à participer ponctuellement aux transmissions, en fonction des besoins et de sa disponibilité
- Réorganiser les temps de transmissions.

5.2.4 La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines et le traitement des salaires sont gérés au sein de l'EHPAD par l'adjointe de direction. Le recrutement du personnel est assuré par l'équipe de direction (directrice, adjointe de direction, IDEC).
Le projet social est bâti sur des thématiques transversales, qui s'inscrivent également dans la dimension institutionnelle.
L'EHPAD ne dispose pas d'instances représentatives propres du personnel : c'est le CDG29 (Centre de Gestion du Finistère) qui s'en charge.

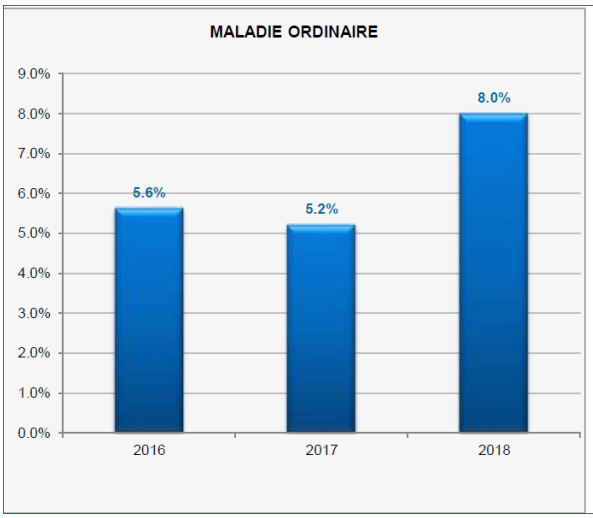
L'IDEC établit le planning des infirmières et la directrice celui des autres personnels.

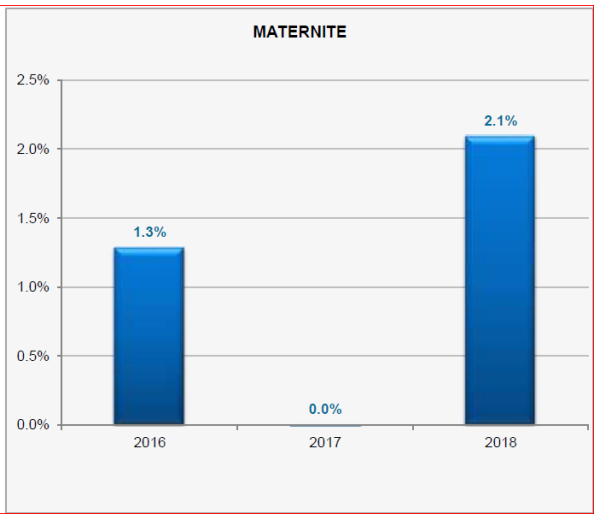
L'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels est en cours. L'absentéisme est assez conséquent. Il apparait, notamment, que les arrêts en amont des congés de maternité entrent pour une part non négligeable dans la majoration du taux d'absentéisme.

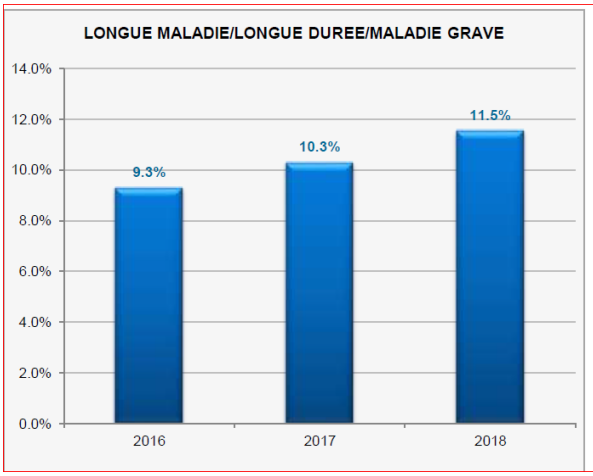
Le nombre d'heures de remplacements sur 2018 a augmenté par rapport à 2017 et 2016 : de nombreux arrêts de travail et 2 agents en congés maladie suivis d'un congé maternité, ainsi que 4 agents en congé longue maladie et 1 agent en arrêt pour accident de service.

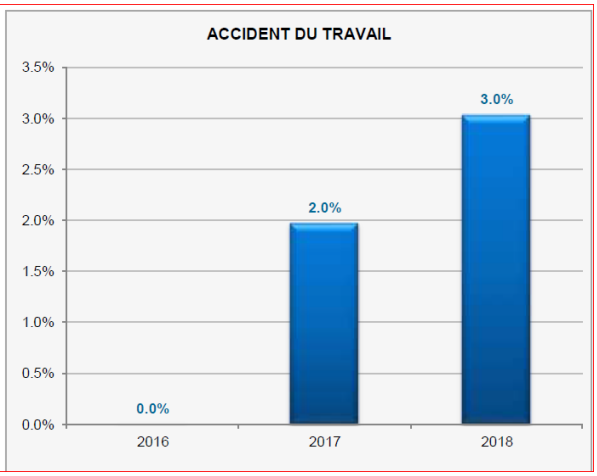
Le nombre d'heures cumulées d'agents en arrêt est de 12 958 heures, ce qui représente 8.06 ETP : remplacement pour congés maladie, maternité, accidents de travail, enfant malade…(personnel de jour et de nuit).

Evolution des arrêts sur les 3 dernières années









Les orientations institutionnelles en termes de formation sont fixées par l'EHPAD en lien avec le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale) et entrent dans le plan de formation. Lors des entretiens annuels d'évaluation, les personnels sont invités à consulter les formations proposées par l'établissement et à émettre leurs souhaits.

Points d'efforts :

- Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC)
- Instaurer les instances représentatives du personnel
- Analyser des causes des arrêts de travail

5.3 Accueil des nouveaux collaborateurs

L'intégration de nouveaux salariés est une étape importante dans le processus d'adaptation. L'ensemble de l'équipe se doit d'en prendre conscience et d'intégrer la nécessité d'une attention toute particulière pour motiver et fidéliser les professionnels compétents.

La valorisation des agents doit passer aussi par une reconnaissance des institutions et des familles, afin d'estomper les tensions qui existent sur les métiers du grand âge.

5.3.1 Accueil et intégration des personnels titulaires et remplaçants

Avant la prise de poste, un entretien d'accueil est organisé, sous la responsabilité de la directrice, afin de :

• Faire connaissance avec le professionnel,
• Présenter l'établissement et l'équipe soignante,
• Expliquer l'organisation,
• Répondre aux questions du professionnel.

Chaque nouvel agent reçoit plusieurs documents formalisés : Charte de bientraitance de l'établissement, Règlement de fonctionnement, Réagir en cas d'attaque terroriste, Consignes alarme incendie, Consignes de sécurité, Fiche réflex, Livret d'accueil du personnel, Prévention AES, Mode opératoire système appel malade, Livret d'accueil du résident, Fiche conduite à tenir en situation d'urgence, Attestation SFT, le cas échéant.

Le nouveau salarié est accompagné en binôme sur deux journées par un autre salarié, afin d'observer, de s'exercer aux pratiques et de prendre connaissance des documents formalisés fournis.

Après l'accueil, et tout au long de son intégration, le nouveau salarié découvre progressivement son environnement, les méthodes de travail et les moyens mis à disposition pour effectuer ses missions. L'implication et la disponibilité de l'IDEC , de la directrice et de son adjointe sont indispensables et le suivi, par des rencontres régulières, permet une intégration de qualité.

Un accès au logiciel de soins leur est créé.

Points d'efforts :

- Information et démonstration de la détection incendie par l'assistant de prévention
- Faire prendre conscience aux agents en poste de l'intérêt de bien accompagner leur nouveau collègue, surtout s'il n'a pas la même qualification et/ou expérience, car il y a souvent des recrutements de personnel « faisant fonction », faute de candidats
- Disposer d'effectifs stables pour monter des projets.

5.3.2 Accueil et intégration des étudiants/stagiaires

Un nombre important de stagiaires, venant de divers organismes, effectuent leurs stages pratiques au sein de l'établissement : élèves aides-soignants, élèves infirmiers, élèves des collèges et lycées (CAP, BAC PRO SAPAT, ASSP). Ils étaient 16 stagiaires en 2018, 28 en 2017, 24 en 2016.
Plusieurs documents leur sont aussi remis : Charte de bientraitance de l'établissement, Règlement de fonctionnement, Réagir en cas d'attaque terroriste, Consignes alarme incendie, Consignes de sécurité, Fiche réflex, Livret d'accueil du stagiaire, Prévention AES, Mode opératoire système appel malade, Livret d'accueil du résident, Fiche conduite à tenir en situation d'urgence.

Un accès au logiciel de soins leur est créé.

5.4 Formation continue et évaluation

La question des formations est au centre des démarches de bientraitance. Les formations doivent permettre de garantir un équilibre entre savoir-faire et savoir-être, afin de permettre aux professionnels de développer les compétences nécessaires à une relation, à une communication et à une aide efficace et éthique.

La direction et l'encadrement doivent apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers, grâce à la formation et à la qualification des professionnels. L'acuité de regard et la richesse du recueil d'informations sont naturellement améliorées lorsque les professionnels sont régulièrement amenés à réfléchir sur la signification de ce qu'ils ont observé de l'usager et de ses comportements ou réactions.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 prévoit, au travers du dispositif DPC (Développement Professionnel Continu), que tous les professionnels de santé doivent être formés chaque année à des thématiques spécifiques.

5.4.1 L'évolution des fonctions : la formation professionnelle

L'établissement met en place un plan annuel de formation à destination de l'ensemble des personnels, pour mieux appréhender le quotidien et offrir un accompagnement et une prise en soins de qualité aux résidents et à leurs proches.
L'établissement est également favorable à une prise en compte des demandes individuelles de ses salariés. Son rôle est d'accompagner les professionnels qui le souhaitent vers de nouvelles qualifications, afin de valoriser leurs expériences par la VAE.

L'usager, mais aussi sa famille, doivent pouvoir faire confiance aux différents professionnels exerçant au sein de l'établissement. En outre, ils souhaitent que chacun puisse apporter une réponse aux besoins et demandes qu'ils peuvent formuler. Ces attentes s'appuient donc sur une qualification et une formation de professionnels, permettant de s'adapter aux publics de plus en plus divers, accueillis au sein de l'EHPAD.

Selon les RBPP de l'ANESM, les professionnels « doivent donc être formés sur les troubles du comportement que peuvent avoir les usagers en EHPAD, ainsi que sur leur prévention ». Plus particulièrement, ils doivent connaitre les difficultés d'adaptation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ainsi, les professionnels doivent « être formés à des principes spécifiques d'aide, de bientraitance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles ». Outre le fait d'avoir comme but la bientraitance envers les usagers, les formations permettent d'augmenter le sentiment d'efficacité et de limiter les risques de détresse et d'épuisement de la part des salariés.

Voici quelques thématiques de formation, dont les agents ont pu bénéficier : formation d'intégration des agents de Catégorie C ; AGGIR ; PATHOS ; agressivité de la personne âgée ; animation d'ateliers manuels pour les personnes âgées ; journée régionale de formation en éthique ; anticiper l'usure professionnelle ; bien communiquer en équipe ; bilan d'utilisation des produits d'entretien ; club santé ; club technique ; démarche de prévention des TMS ; être en désir et en besoin, intimité, vie affective et sexualité en EHPAD ; fabrication de produits d'entretien maison ; formation DASRI ; formation incendie ; gérer le bashing sur les réseaux sociaux ; gestion du stress ; groupe hygiène inter EHPAD ; intégrer la qualité de vie au travail ; l écoute et la prise en charge de la douleur de la personne âgée en perte d'autonomie ; la maladie d'Alzheimer et les troubles

apparentés ; la relation aux familles ; préparation au concours d'infirmier territorial ; prévention de l'épuisement dans la relation avec les personnes âgées ; prise en charge de plaies chroniques ; PSC1 ; rencontres assistants de prévention ; tableaux croisés dynamiques ; sexualité et personnes âgées (questions de point de vue) ; séminaire management (adaptation et innovation) ; réunion adhérents FNADEPA ; séjour d'études au QUEBEC.

Points d'efforts :

- Motiver les personnels à s'inscrire aux formations
- Mise en place régulière de formations, telles que : « gestes et postures », « maitrise de soi en situation de soin », « gestion des situations anxiogènes » : formations nécessaires pour cultiver une juste distance professionnelle avec les usagers et limiter les risques d'accident de travail
- Sensibilisation et formation du personnel soignant, de jour comme de nuit, aux évolutions réglementaires, aux recommandations de bonnes pratiques par le médecin coordonnateur, la psychologue et l'IDEC
- Sensibilisation et formation du personnel hôtelier, d'animation et administratif concernant l'accompagnement du résident par la psychologue
- Formation annuelle à la prévention des risques incendie et à la manipulation des moyens de lutte contre l'incendie par l'agent des services techniques, habilité à dispenser ce type de formation.

5.4.2 Les entretiens professionnels

Chaque année, un entretien individuel est organisé pour chaque salarié (stagiaire, titulaire, agent en CDD ayant au moins 1 an de présence), et permet de :

• Dresser le bilan de l'année écoulée
• Mesurer l'atteinte ou non des objectifs précédents
• Réajuster les objectifs non atteints ou en déterminer de nouveaux
• Construire un projet professionnel
• Identifier des besoins en formation.

Cette évaluation professionnelle n'a pas pour objet de sanctionner, mais de donner du sens, de la valeur à son travail, de la reconnaissance à la personne, ainsi que de comprendre les axes d'amélioration, en définissant des pistes de progrès et des objectifs.

Lors de la stagiairisation d'un agent (lauréat d'un concours), 3 entretiens sont programmés au cours de l'année de stage. Ce délai est à la fois, un temps d'apprentissage des fonctions et d'acquisition de compétences adaptées. Il s'agit de compléter la qualification du stagiaire par une formation adaptée aux emplois qu'il sera appelé à occuper et une période probatoire, au cours de laquelle le fonctionnaire stagiaire doit faire preuve de son aptitude professionnelle, face aux diverses situations professionnelles. Le stagiaire fera donc l'objet d'une évaluation préalable à la décision de titularisation par l'autorité territoriale.

5.5 Qualité de vie au travail

Un groupe de travail « Qualité de vie au travail » a été créé dans le cadre du CPOM. Ce groupe se réunit tous les 2 mois, afin de travailler à l'amélioration de l'organisation du travail : bien-être au travail, planning, conditions de travail. Cela a permis d'améliorer le circuit du linge sale, la gestion des déchets ménagers, le portage des plateaux repas grâce à la navette, une meilleure prise en compte des souhaits des résidents d'être reconduits dans leur studio.

5.5.1 Gestion des risques professionnels

Depuis 2001, le code du travail et les différents décrets exigent que l'employeur définisse et formalise un document regroupant tous les risques professionnels, auxquels sont confrontés les travailleurs sur leur lieu de travail et de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés de son entreprise.
Le document unique d'évaluation des risques professionnels de l'établissement est formalisé et est à la disposition des salariés. Il rassemble et évalue :

• Les risques physiques et, nouvellement, les risques psycho-sociaux auxquels sont exposés au quotidien les professionnels, selon les différents postes de travail

• Les moyens de prévention humains, techniques et organisationnels existant dans l'établissement pour prévenir la survenue de ces risques

• l'ergothérapeute est formée en PRAP2S. Cette formation permet de former des formateurs au sein de l'établissement, qui forment à leur tour les salariés concernés par la prévention des risques liés à l'activité physique. Former le personnel confère un sentiment de valorisation du travail et permet également aux professionnels de développer des compétences, pour progresser dans le cheminement professionnel.

Points d'efforts :

- Actualisation annuelle du DUERP
- Dispenser la formation PRAP2S

5.5.2 Analyse des pratiques professionnelles

Un staff mensuel est organisé, afin que les agents évoquent la situation de 2 à 3 résidents qui posent quelques problèmes.

Points d'efforts :

- Créer un groupe APP, encadré par la psychologue, qui serait un lieu d'expression et de réflexion, visant à prendre du recul et à donner du sens à ce qui échappe et parfois affecte le professionnel dans l'exercice de sa mission. Par le dialogue qui s'instaure entre les participants, chacun pourra alors explorer d'autres positionnements, dans son rapport à lui-même, aux autres et au monde.
- Harmoniser les pratiques professionnelles

6. LA DEMARCHE QUALITE ET SES PERSPECTIVES

6.1 La démarche d'amélioration continue de la qualité

Les articles L 312-8 et suivants et les articles D 312-197 à D 312-206 du Code de l'action sociale et des familles prévoient que les établissements procèdent à des évaluations de leurs activités, de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de RBPP, tous les 5 ans pour les évaluations internes et tous les 7 ans pour les évaluations externes.

La Résidence Ti Ar Garantez a déployé, dès le mois de janvier 2013, sa démarche d'évaluation interne. Sa mise en œuvre a associé l'ensemble du personnel, afin que chaque professionnel puisse, par la même occasion, prendre du recul sur ses pratiques et identifier les axes d'amélioration.

- ⇨ Janvier 2013 : présentation de la démarche aux professionnels et création d'un comité de pilotage
- ⇨ Février à mai 2013 : autoévaluation (recueil des données et synthèse)
- ⇨ Mai - juin 2013 : analyse de l'autoévaluation (définition d'un plan d'actions)
- ⇨ Septembre 2013 : validation du plan d'actions par le comité de pilotage (COPIL)
- ⇨ Octobre - décembre 2013 : rédaction du rapport.

Pour mener son évaluation interne, la direction a choisi le référentiel qualité KIWO. Ce référentiel est basé sur 4 axes majeurs :

- Le projet d'établissement
- L'organisation de l'établissement
- L'accompagnement personnalisé des résidents
- La mise en œuvre des bonnes pratiques de gériatrie.

Chaque groupe d'auto-évaluation avait pour objectifs de :

- Recueillir les informations relatives aux pratiques collectives, c'est-à-dire procéder à un état des lieux de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement ;
- Analyser ces informations, c'est-à-dire appréhender les écarts, les points forts et les pistes d'amélioration en s'appuyant sur les différentes sources d'informations retenues pour le critère ;
- Proposer et déterminer des actions d'amélioration cohérentes à la prise en charge des résidents, aux possibilités et contraintes de l'établissement et les soumettre au comité de pilotage.

Des axes d'amélioration ont ainsi été définis et formalisés par des fiches actions, permettant de créer un Plan d'Amélioration de la Qualité, tels que :

- Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne
- Personnaliser l'accompagnement
- Améliorer l'accompagnement de fin de vie
- Actualiser le projet d'établissement
- Améliorer la gestion des RH et développer la communication
- Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

A la suite de cette évaluation interne, l'évaluation externe s'est déroulée début avril 2014. Elle a consisté à porter une appréciation globale sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, à examiner la pertinence des résultats obtenus à la suite de l'évaluation interne et à élaborer des propositions et des préconisations. Ces dernières ont complété le Plan d'Amélioration de la Qualité, issu de l'évaluation interne.

Chacune de ces évaluations a fait l'objet d'un rapport d'évaluation interne et un rapport d'évaluation externe, envoyés aux autorités compétentes (ARS, Conseil Départemental).
Ces rapports sont mis à disposition des professionnels.

Le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement de l'EHPAD, datant du 4 janvier 2017, l'échéance du prochain rapport d'évaluation interne est fixée au 4 janvier 2022 et externe au 4 janvier 2024.

Le plan bleu (canicule) a été formalisé, mais reste à actualiser. Les professionnels sont sensibilisés avant chaque été aux bonnes pratiques, permettant d'adapter l'accompagnement des résidents en période de forte chaleur.

La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas vraiment formalisée faute de temps.

Points d'efforts :

- Recruter ou former un agent en tant que qualiticien qui piloterait la démarche
- Créer un comité qualité piloté par le qualiticien
- Mettre à jour le plan bleu (canicule).
- Travailler sur la prochaine évaluation interne à échéance du 4 janvier 2022
- Programmer la prochaine évaluation externe à échéance du 4 janvier 2024.

6.2 La gestion documentaire

Le personnel de l'établissement dispose de procédures et de protocoles pour l'aider à réaliser les missions qui lui incombent et connaître les conduites à tenir en cas d'urgence.

Afin de faciliter l'accès des professionnels aux outils et documents formalisés, l'établissement les dépose sur la base documentaire du logiciel CERIG.
Les mises à jour des procédures, protocoles et modes opératoires sont diffusés à tout le personnel, par le biais d'un envoi sur chaque boite mail.

Les professionnels ont également accès à d'autres documents règlementaires, tels que l'ancien projet d'établissement, le rapport d'évaluation interne et externe, le document unique d'évaluation des risques professionnels, le cadre législatif et les recommandations applicables au secteur d'activité.

Points d'efforts :

- Formaliser les différents protocoles, les réactualiser régulièrement et les mettre à disposition sur la base documentaire du logiciel de soins
- Explication orale succincte en équipe, afin de faciliter l'appropriation des protocoles et procédures.

6.3 La gestion des évènements indésirables

Dans le cadre de la prévention des risques, le traitement au quotidien d'événements non prévus, survenus, fait partie intégrante de la démarche qualité de l'établissement.

Les professionnels disposent, sur le logiciel AGEVAL, d'une fiche d'évènement indésirable, pour signaler tout incident survenant dans l'établissement.

Ces fiches seront gérées par le qualiticien, par ailleurs formateur des équipes à cet outil informatique. Un retour auprès des équipes doit être systématisé, permettant de rendre plus lisible le processus de gestion des risques.

Points d'efforts :

- Systématiser le retour des évènements indésirables aux équipes et les analyser
- Formaliser la procédure de recueil des plaintes et réclamations.

6.4 Création du Dossier Médical Partagé (DMP) du résident et mise en place de la télémédecine

La situation géographique de la structure ne permet pas un accès complet aux soins pour les résidents. Nous subissons un désert médical et faisons partie des zones d'action complémentaire. Bien que la télémédecine soit un outil nécessaire à la prise en soins, notre territoire ne dispose pas, à ce jour, d'un débit suffisant pour un fonctionnement optimal.

Dans le cadre de ma santé 2022, l'établissement s'est engagé dans la création des DMP des résidents. Le DMP permet de partager l'ensemble des données médicales des résidents (pathologies, antécédents, allergies…) entre professionnels de santé, notamment en cas d'hospitalisation, à l'aide du DLU.

L'EHPAD a conventionné avec la CPAM, pour définir les modalités de participation de l'assurance maladie à l'achat ou l'adaptation des logiciels métiers des EHPAD, sous la forme d'un soutien financier forfaitaire unitaire à l'EHPAD et pour assurer l'interopérabilité avec le DMP et en favoriser la création et l'alimentation.

L'établissement a répondu en septembre 2019 à l'appel à projets de l'ARS « innovation en santé – modernisation numérique des ESMS ». Cet appel à projet vise à soutenir financièrement les établissements dans leurs démarches d'équipement en services numériques, en cohérence avec les initiatives régionales et les orientations nationales, et ce, dans l'objectif d'améliorer à la fois le parcours des personnes, mais aussi la qualité des soins et des accompagnements. L'établissement n'a pas été retenu pour ce projet.

L'établissement adhère également au GCS e-santé Bretagne, en charge du développement des projets et services numériques performants interopérables et sécurisés. Cela permet de bénéficier des systèmes d'information partagés et

sécurisés de santé, des services de télésanté au niveau régional et au bénéfice de la prise en charge globale et coordonnée des résidents. Le GCS e-santé constitue la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée.

Par cette adhésion, l'établissement est inscrit au ROR.

Points d'efforts :

- Créer 80% des DMP, ainsi que 100% de DMP alimentés par le DLU, au plus tard dans un délai de 8 mois, dans le respect de la convention signée avec la CPAM
- Former deux infirmières (DIU national de télémédecine)
- Compléter le ROR.

6.5 La gestion des déchets dans le cadre du développement durable

Gérer nos déchets… Les réduire à la source… Trier pour mieux valoriser…

Lors des travaux de restructuration, des robinets à détection, ainsi que l'éclairage automatique dans les bureaux, sanitaires, locaux de rangement ont été installés. Une pompe à chaleur et de nouvelles climatisations sont en fonction, améliorant le confort tout en diminuant la consommation électrique. Les radiateurs des studios sont changés au fur et à mesure, ils sont programmables et moins énergivores.

Les éclairages extérieurs sont à Led, tout comme ceux des couloirs et circulation qui sont, en plus, à détecteur de mouvement.

Deux agents ont suivi la formation « intégrer l'utilisation des produits d'entretien alternatifs » et ont mis en place l'utilisation de produits naturels pour l'entretien quotidien des locaux.

Le linge est pesé, afin d'optimiser son lavage.

Le percolateur n'est plus en fonction du matin au soir, mais de 10h à 13h. le café est ensuite conservé dans des thermos pour le service du goûter.

Les DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux) sont déposés dans un local dédié et sécurisé. La collecte est assurée mensuellement par une société spécialisée.

Les huiles alimentaires sont aussi collectées par une société spécialisée. Le verre est collecté par la communauté de communes. L'EHPAD a acquis une colonne semi enterrée pour le stockage des déchets ménagers, le ramassage est aussi assuré par la Communauté de Communes.

Les bacs à fécules sont vidés trimestriellement par une entreprise spécialisée.

Les gros volumes (fauteuils roulants, mobilier, gravats, réfrigérateurs, ballon d'eau chaude…) sont évacués à la déchetterie par les adjoints techniques.

Des bacs de tri, dans le local reprographie, sont à disposition des agents : ampoules, piles, batterie, toners, radiographies… Ces bacs sont ensuite envoyés à la déchetterie.

Les gobelets en plastique jetables sont remplacés par des gobelets en plastique rigide.

Les déchets verts sont actuellement stockés et évacués 2 fois par an par une entreprise extérieure.

Points d'efforts :

- Travail de sensibilisation et de formation auprès de tout le personnel (lumières restant allumées dans les studios, améliorer le tri dans les studios des résidents……)
- Installer un compost pour les déchets de cuisine
- Supprimer les bouteilles d'eau plastique (mise en place d'une fontaine)
- Remplacer les films alimentaires apposés sur les bols et assiettes par des cloches, couvercles
- Valoriser les déchets organiques
- Valoriser les déchets verts : acquisition d'une tondeuse mulshing
- Remplacer les robinets des studios par des mitigeurs
- Acquisition de lave-linges traversants
- Remplacer la table chauffante en cuisine (qui a plus de 30 ans et très énergivore)
- Installer une seconde poubelle dans le studio pour le tri
- Investir dans une presse à cartons

7 CONCLUSION

7.1 Diffusion du projet

Il est diffusé :

→ Auprès des professionnels présents au moment de l'élaboration, par un temps d'information collectif et la mise à disposition du document complet

→ Aux nouveaux professionnels en donnant du sens à leur nouvel emploi et faciliter leur intégration

→ Aux personnes accompagnées (avec la question des difficultés de compréhension)
→ Aux familles, par le biais de la synthèse
→ Aux autorités de tarification

Points d'efforts :

- Mettre en ligne le PE, qui sera donc consultable par tout partenaire

7.2 Le suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement

Le suivi de la réalisation des objectifs d'évolution se fera par fiches actions et tableaux de bord à mettre à jour.

Le groupe de travail QVT, bien fonctionnel, se chargera de ce suivi annuellement. Ainsi le suivi des indicateurs de la démarche qualité seront retranscris dans le rapport annuel d'activité.

7.3 Les modalités de révision du projet d'établissement

Selon les préconisations de la loi 2002-2, la révision se fera dans 5 ans, mais elle peut intervenir plus tôt, en cas de changement majeur dans l'organisation, dans l'architecture, dans la gouvernance…

Les professionnels et usagers seront associés à la démarche d'actualisation.

8- PLAN D'ACTIONS DU PROJET D'ETABLISSEMENT

ANNEXE : Plan bleu
Plan d'actions du projet d'établissement
Glossaire des abréviations

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ADEUPA	Agence d'Urbanisme de Brest-Bretagne
AES	Accident d'Exposition au Sang
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
ARS	Agence Régionale de Santé
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAM	Communauté de Communes de l'Aulne Maritime
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCPC	Communauté de Communes de la Presqu'île de Crozon
CDG 29	Centre de Gestion du Finistère
CHPC	Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CNFPT	Centre National de la Fonction de la Fonction Publique Territoriale
COPIL	Comité de Pilotage
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations *en faveur des personnes en situation de vulnérabilité*
CSO	Correspondants en Santé Orale
CVS	Conseil de Vie Sociale
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DMP	Dossier Médical Partagé
DU	Diplôme Universitaire
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FNADEPA	Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées
GIR	Groupe Iso Ressources
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNA	Mini Nutritional Assessment (outil d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée)
PASA	Pôle d'Activités de Soins Adaptés
PE	Projet d'Etablissement
PDA	Préparation des Doses à Administrer
PRAPS	Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux soins des plus démunis
PRAP2S	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique Sanitaire et médico-Social
PRS	Plan régional de Santé
PSC1	Prévention et Secours Civiques de niveau 1
PVI	Projet de Vie Individualisé
RBPP	Recommandations de Bonnes pratiques Professionnelles
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SAD	Soins A Domicile
SFT	Supplément Familial de Traitement
VAD	Visite A Domicile
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience