



RESIDENCE DE L'ABBAYE

**Etablissement public d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

PROJET D'ETABLISSEMENT

2013 - 2018



Résidence de l'Abbaye

61 rue Dinan 35120 Dol de Bretagne

☎ 02 99 48 01 77

@ contact@residence-abbaye.fr

Sommaire

Préambule.....2

Qu'est-ce que le Projet d'Etablissement ?	2
Comment a-t-il été réalisé ?	2
Plan du Projet	2

Première partie : Présentation de l'EHPAD.....3

L'établissement	3
Histoire	4
Les aspects administratifs	4
Les valeurs de l'établissement	5

Deuxième partie : Missions et organisation générale de l'EHPAD6

Les missions de l'EHPAD.....	6
Les personnes accueillies	8
L'environnement de l'établissement.....	9
Les personnels de l'EHPAD	10

Troisième partie : Projet d'amélioration de l'accompagnement 13

Garantir les droits individuels et collectifs des résidents.....	13
Prévenir les risques liés à la santé et inhérents à la vulnérabilité des personnes	15
Maintenir les capacités dans les actes quotidiens et accompagner la dépendance	21
Personnaliser l'accompagnement	23
Garantir une qualité de vie.....	26
Accompagner la fin de vie	28

Quatrième partie : Evaluation du projet et modalités d'actualisation 30

Suivi des actions	30
Actualisation du projet.....	31

Annexe : Fiches-actions

Préambule

Qu'est-ce que le Projet d'Etablissement ?

Le Projet d'établissement est un document obligatoire que l'établissement doit réaliser puis évaluer et actualiser tous les cinq ans. Il définit les **objectifs** de l'établissement, en détaillant l'accompagnement que celui-ci souhaite offrir aux Résidents.

C'est également, comme son nom l'indique, un *projet*, c'est-à-dire qu'il est une **projection** sur l'avenir, donnant des orientations générales à court et moyen terme. Ce n'est pas qu'un document descriptif puisqu'il comporte un plan d'amélioration de l'existant.

Enfin, ce projet est **partagé** : il engage l'ensemble des personnels de l'établissement par rapport aux Résidents à leurs familles, et au-delà toute personne concernée par l'activité de l'établissement (financeurs, élus...).

Comment a-t-il été réalisé ?

L'EHPAD a réalisé son **autoévaluation** entre mars et juin 2013. Ce moment a été l'occasion pour tous les intervenants de l'EHPAD de réfléchir à l'accompagnement offert aux Résidents, pour mettre en lumière les pratiques usuelles et ce qui peut et doit être amélioré. Comme il n'existait pas de Projet d'Etablissement auparavant, celui-ci a été écrit à la suite de cette évaluation, afin de synthétiser l'ensemble des travaux autour d'un document partagé par tous. Le présent Projet est donc le résultat de cette synthèse.

Plan du Projet

Le document respecte les recommandations édictées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux (ANESM). La première partie retrace l'histoire de l'établissement et définit ses valeurs. Dans une deuxième partie sont abordés les éléments relatifs à la structure (population accueillie, type de salariés...). Une troisième partie présente le plan d'amélioration à partir des constats de l'évaluation interne. Ce plan est détaillé en annexe à travers des fiches-actions. Enfin, une dernière partie évoque les modalités de suivi et d'actualisation du projet.

Première partie :

Présentation de l'EHPAD

L'établissement

- ✚ La Résidence de l'Abbaye comprend l'EHPAD (135 Résidents) et un Foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique (60 Résidents).
- ✚ Depuis 2009, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont accueillies au sein d'un bâtiment spécialisé communément appelé « les Myosotis ». Depuis décembre 2013, deux places d'accueil de jour sont ouvertes au sein de cette unité.
- ✚ La Résidence est implantée dans la commune de Dol de Bretagne dans le département de l'Ille-et-Vilaine (35). Dol de Bretagne est une ville à taille humaine de 5000 habitants, proche de Saint-Malo et bien desservie par les routes et les transports.



Histoire

- ✚ Le bâtiment principal a été bâti en 1771 par le dernier évêque de Dol. En 1989, la Résidence décide d'entreprendre des travaux d'humanisation des locaux dans le respect du passé historique et architectural de l'établissement.
- ✚ Une première phase de travaux achevée en 1989 se traduit par la construction d'un bâtiment de 78 lits comprenant sur cinq niveaux des chambres, les services généraux, les services techniques, et les locaux de détente. Une deuxième phase achevée en 1991 permet de rénover les bâtiments du XVIIIème siècle pour 57 lits.
- ✚ Depuis 2005, l'établissement s'est engagé dans une démarche qualité afin d'améliorer le service rendu aux Résidents et de se doter de moyens d'évaluer en permanence la qualité de ses prestations.



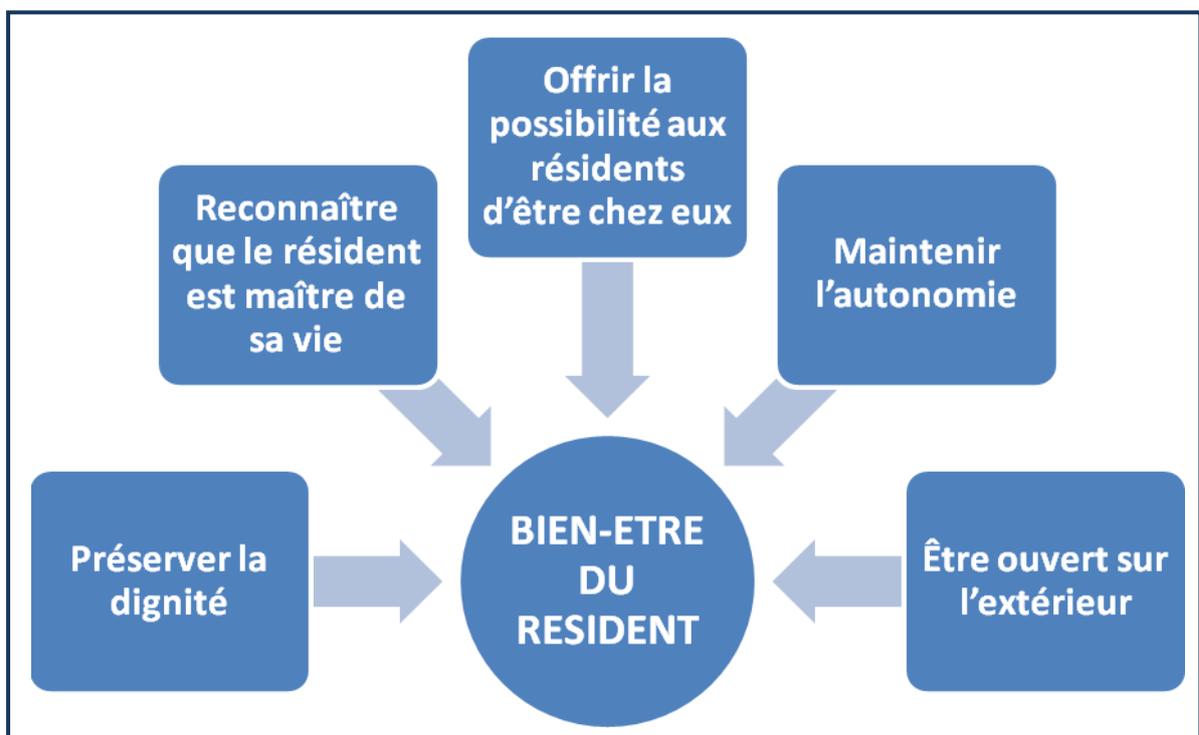
Les aspects administratifs

- ✚ L'EHPAD est un établissement public conventionné, habilité à l'aide sociale. Cela veut dire que les Résidents peuvent bénéficier de l'aide sociale du département pour faire face à leurs frais de séjour.

- ✚ C'est un établissement sous statut public autonome, géré par un conseil d'administration présidé par le Maire de la commune et composé de représentants des collectivités, des organismes d'assurance maladie, du personnel et des Résidents. La direction est assurée par un directeur cadre de la fonction publique hospitalière.
- ✚ En matière de Finances, le budget de l'établissement est de 5 303 438 € en 2013. Le prix de journée à la charge des Résidents s'élève à 56,30€ pour l'année 2013 (58,62€ pour un Résident du Service Alzheimer).

Les valeurs de l'établissement

- ✚ La Résidence de l'Abbaye adhère à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. La philosophie de la Résidence s'exprime en outre au travers de cinq valeurs, vécues au quotidien et partagées par tous :

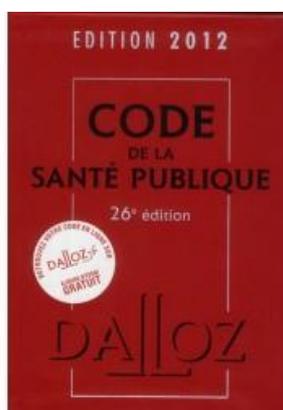


Deuxième partie :

Missions et organisation générale de l'EHPAD

Les missions de l'EHPAD

- ✚ L'établissement est un lieu de vie qui s'est donné pour mission d'accompagner des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans et de répondre globalement à leurs besoins. Celui-ci s'emploie, par les actes dispensés, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie du Résident.
- ✚ L'établissement est soumis à de nombreux textes législatifs et réglementaires :
 - Textes relatifs à la catégorisation de l'EHPAD
 - Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
 - Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
 - Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
 - Code de l'action sociale et des familles (CASF)
 - Schémas régionaux et départementaux :
 - Schéma gérontologique départemental 2005-2010 (prolongé jusqu'en 2014)
 - Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2012-2016
 - Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2016 (SROS)



✚ Parmi ceux-ci, la loi du 2 janvier 2002 précise que l'exercice des droits et libertés individuels doit être garanti à tous les Résidents accompagnés. Pour ce faire, elle rend obligatoire l'existence effective de plusieurs outils :

- Le livret d'accueil, qui présente la structure et l'accompagnement proposé ;
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui rappelle les droits et libertés des Résidents et est affichée dans l'établissement ;
- Le contrat de séjour, qui définit notamment les objectifs de l'accompagnement et les prestations offertes ;
- La personne qualifiée, qui est une personne à laquelle le Résident ou son représentant peut faire appel pour faire valoir ses droits ;
- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS), qui permet d'associer les Résidents à leur accompagnement.

**CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DES PERSONNES HEBERGEES
A LA RESIDENCE DE L'ABBAYE (EXTRAITS)**

- Article 1** Nul ne peut-être admis en institution sans une information et un dialogue préalable.
- Article 2** Le Résident est d'abord une personne ; en tant que tel, il ne peut être réduit à son handicap ou à son âge. Il est responsable de ses actes et de leurs conséquences.
- Article 3** Comme tout citoyen, le Résident a le pouvoir, selon ses désirs et ses moyens, de participer à la vie sociale. Le droit à la parole est fondamental pour les Résidents.
- Article 4** La relation entre le personnel et le Résident doit être fondée sur le respect, la confiance et la considération mutuelle.
- Article 6** Le Résident a droit au respect de sa dignité et de sa vie privée.
L'intimité du Résident doit être préservée en toutes circonstances :
- respect de son espace personnel,
 - respect de sa pudeur.
- Article 9** L'institution doit assurer les soins médicaux les plus adaptés à l'état de santé des Résidents et leur permettre de progresser vers l'autonomie dont ils sont capables
- Article 12** Le Résident en fin de vie doit pouvoir être entouré de sa famille et de ses amis. Le confort du mourant doit être préservé, tant en essayant de soulager la douleur qu'en évitant un acharnement thérapeutique injustifié.

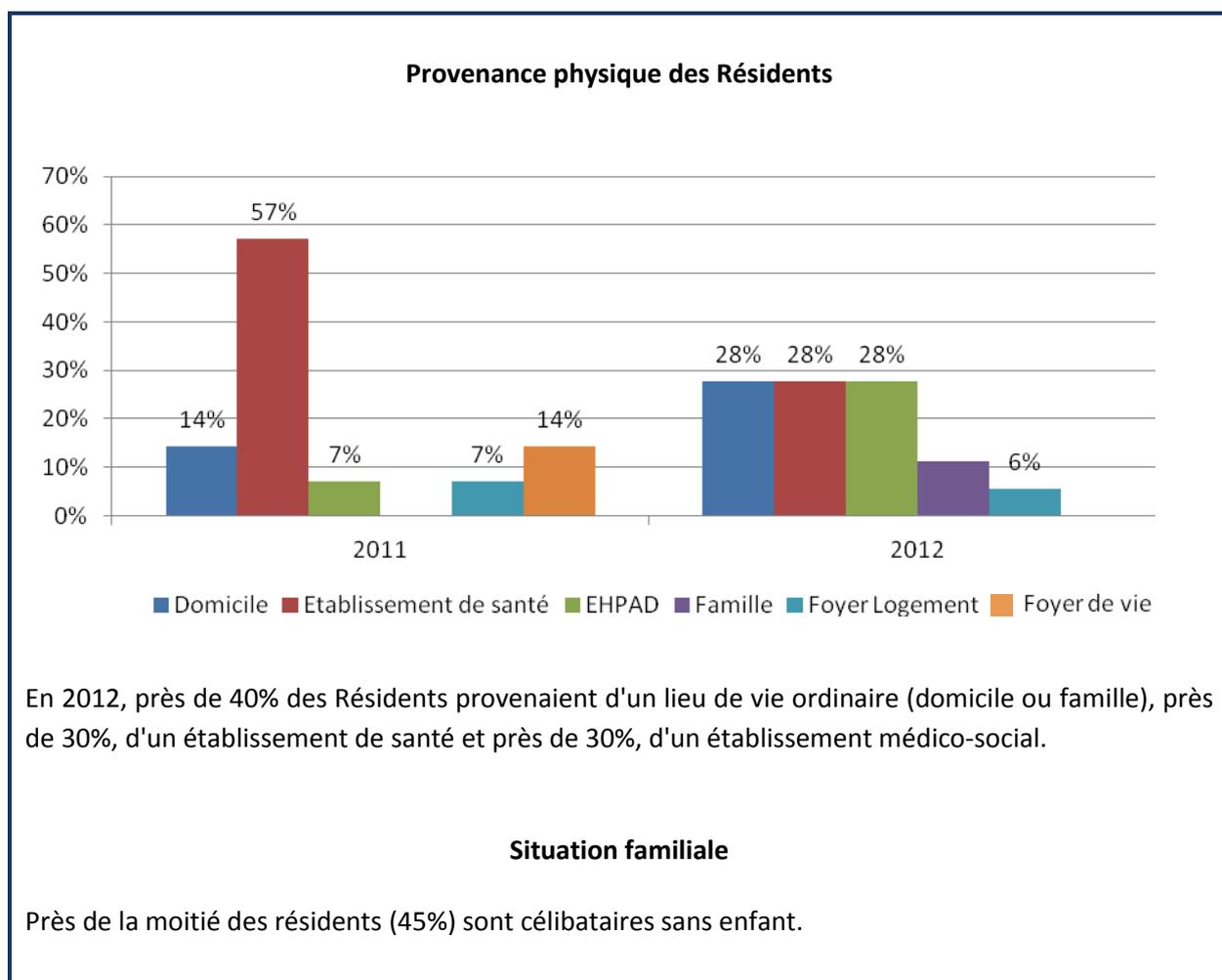
Les personnes accueillies

Autrefois, la Résidence accueillait de manière privilégiée des personnes provenant du secteur du handicap (du Foyer de vie essentiellement) et du secteur psychiatrique.

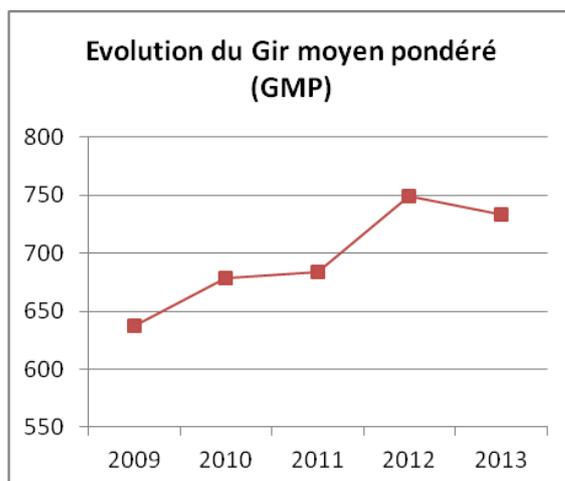
Si depuis quelques années la politique d'admission a changé, cette spécificité historique a aujourd'hui encore une incidence sur la caractérisation de la population et distingue la Résidence des autres EHPAD français, notamment sur :

- la durée moyenne de séjour, plus élevée qu'au niveau national : plus de 4 ans en 2012,
- la moyenne d'âge des Résidents, plus faible qu'au niveau national : 82 ans en 2012,
- le nombre de Résidents sans enfants et isolés, plus élevé que dans les autres EHPAD.

Toutefois, ces écarts vont certainement se réduire au cours du temps.



- ✚ En termes de dépendance, le niveau moyen des groupes iso-ressources (GIR) est plus élevé qu'au niveau national.



Le GMP est en nette hausse depuis 2009 (+96 points). Le GMP mesuré en mars 2013 (734 points) est supérieur à la moyenne nationale (686 points) mesurée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

En 2012, plus de 60% des résidents sont en GIR 1 ou 2 (contre 47% au niveau national). Ces résidents nécessitent des soins et un temps d'accompagnement important. Une attention est particulièrement portée au risque d'isolement.

L'environnement de l'établissement

- ✚ L'EHPAD est implanté au cœur de la commune, ce qui permet aux Résidents de profiter des services de celles-ci : médiathèque, piscine, commerces, ...
- ✚ La ville de Dol de Bretagne étant bien desservie, l'accès à l'établissement est aisé et permet à certains Résidents de rentrer en famille par leurs propres moyens – ce, d'autant plus depuis la mise à disposition des familles d'un véhicule (gratuit) adapté aux personnes à mobilité réduite.
- ✚ L'EHPAD fait intervenir des personnes extérieures pour certains soins par :
 - Convention psychiatrique avec le Centre Hospitalier de Saint-Malo dans le cadre de la filière de soins gériatriques, de l'Unité mobile de soins palliatifs et du secteur psychiatrique ;
 - Convention avec le Service d'hospitalisation à domicile ;
 - Convention avec l'Unité d'hébergement renforcé de Médréac ;
 - Intervention de praticiens libéraux (médecins personnels, dentiste).

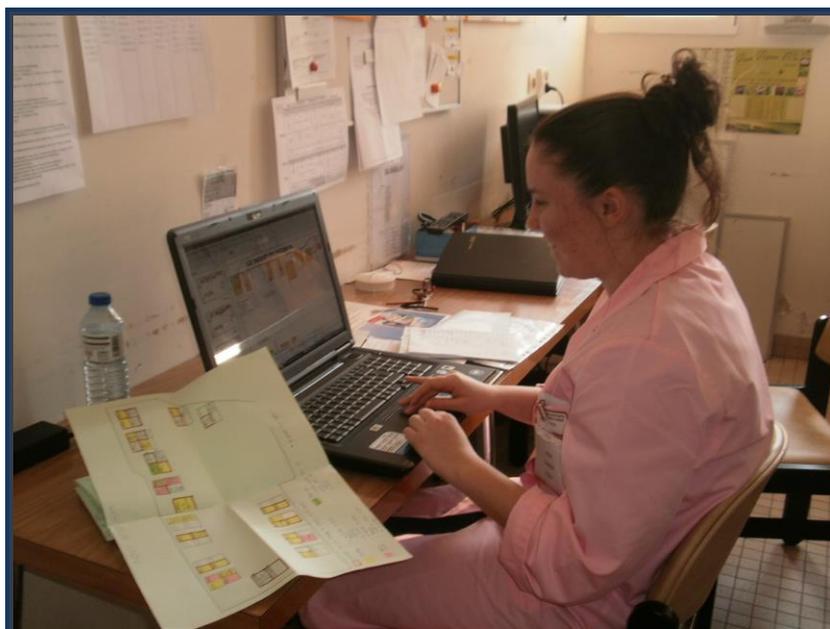
Les personnels de l'EHPAD

- ✚ L'EHPAD emploie au total 92,3 ETP (équivalents temps plein). Il y a trois grandes catégories de personnels : les personnels médicaux/paramédicaux, les personnels assurant une mission sociale/pédagogique, les personnels des services généraux. Les salariés appartiennent tous à la fonction publique hospitalière comme titulaires ou contractuels.
- ✚ Les services administratifs (directeur, cadre supérieur de santé, attachée d'administration, adjointe des cadres hospitaliers, agents d'accueil) sont mutualisés avec le Foyer de vie.
- ✚ Les personnels médicaux/paramédicaux

- Le médecin coordonnateur : il apporte ses compétences en gériatrie pour une prise de charge de qualité. Il évalue les besoins médicaux des Résidents, anime l'équipe de soins et élabore le Projet de soins de l'établissement.
- Le psychologue : il organise des activités stimulantes pour les Résidents et contribue au maintien de leurs liens familiaux et sociaux.
- L'ergothérapeute : il prévient et réduit les situations de handicap en maintenant les activités du quotidien.
- Les infirmiers : ils s'occupent des tâches de soins, de la réalisation à l'évaluation.
- L'infirmier coordinateur : il s'occupe, outre les tâches habituelles des infirmiers, de l'organisation générale des soins et de la réalisation des plannings. Il anime le temps de transmission du midi entre les infirmiers.



- Les AS (aides-soignants) : les AS contribuent à la réalisation de certains soins d'hygiène et de confort (change, toilettes), préventifs et curatifs (prise de température, pesée, prise de médicament). Ils contribuent aussi à la qualité de l'accompagnement via l'entretien de l'environnement direct et indirect du Résident (ménage de la chambre, préparation des tables pour le repas, rangement du linge, etc.).



✚ Les personnels assurant une mission éducative ou sociale

- Les ASH (agents des services hospitaliers) : les ASH sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des Résidents et peuvent leur donner des soins de base (par exemple, aider à la toilette). Ils participent à la socialisation des patients : repas collectifs, relations avec les Résidents, accompagnement lors de sorties.
- Les AMP (aides médico-psychologiques) : ils accompagnent au quotidien les Résidents, à la frontière du soin et de l'éducatif, pour aider au lever, à la toilette, lors des repas, mais aussi éveiller et distraire, animer des activités de vie sociale et de loisirs. Attentifs au bien-être de la personne, les AMP ont un rôle de soutien. L'objectif est double : développer ou entretenir l'autonomie dans les gestes de la vie courante et sortir la personne de son isolement.

- Les animateurs : de statut ASH ou AMP, ils sont responsables du programme d'animations qu'ils conçoivent et mettent en œuvre. Ils ont un rôle fondamental dans l'animation de la vie collective.



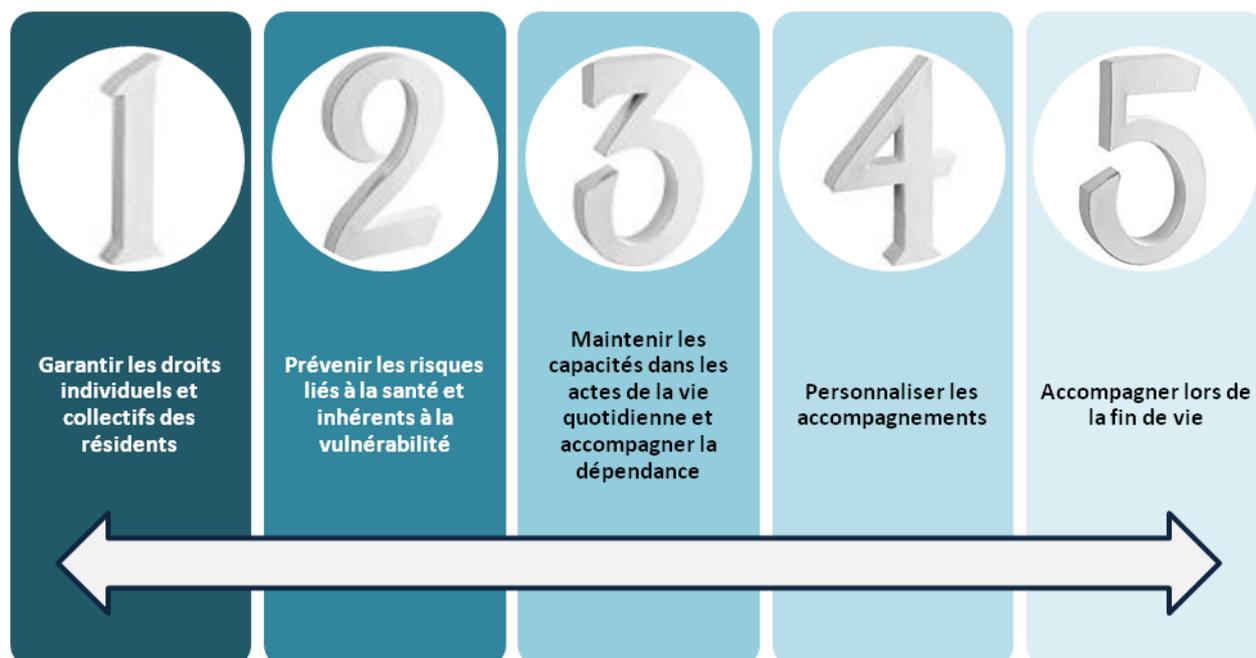
✚ Les personnels des services généraux

- Les agents affectés en équipe de nuit : ils assurent la surveillance de l'EHPAD pendant la nuit car celui-ci accueille les Résidents 24h/24. Il y a un surveillant pour toute la nuit à l'EHPAD.
- Les personnels des services logistiques – cuisine, buanderie, entretien, services techniques – sont mutualisés avec le Foyer de vie. La cuisine est intégralement réalisée sur place avec, selon la saison, les légumes produits par l'établissement. La buanderie prend en charge une partie du linge des Résidents.



Troisième partie : Projet d'amélioration de l'accompagnement

L'évaluation interne réalisée entre mars et juin 2013 a montré la nécessité de mettre en place un certain nombre d'actions pour améliorer l'accompagnement offert aux Résidents. Cinq objectifs prioritaires ont été spécifiés :



Le plan d'amélioration ci-dessous en synthétise par thème les principales orientations. Le détail des propositions est disponible en annexe sous la forme de fiches-actions.

Garantir les droits individuels et collectifs des résidents

Constats	Améliorations proposées
Le projet d'établissement	
Le projet d'établissement date de juin 2003 et a été actualisé en 2005. Il n'est toutefois pas connu des professionnels.	➤ Formaliser le projet d'établissement 2013-2018 au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Constats	Améliorations proposées
Les libertés, droits et devoirs du résident	
<p>Si le consentement à l'entrée en EHPAD est recueilli, il n'est pas tracé cependant de manière formalisée.</p> <p>Le nom de la personne de confiance n'est pas recueilli de manière systématique.</p> <p>Chaque résident a la possibilité de résilier son contrat de séjour à son initiative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tracer le consentement de la personne à l'entrée ➤ Informer et sensibiliser les professionnels sur la notion de personne de confiance. Recueillir le nom de la personne de confiance ➤ Informer davantage les nouveaux résidents de la possibilité de revenir sur leur décision
Le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité	
<p>Si des rappels ont été faits quant à la nécessité de vouvoyer les résidents et de ne pas utiliser de surnoms, cette pratique n'est pas encore partagée par tous.</p> <p>Une vigilance doit être portée sur l'égalité : il est fondamental de s'occuper avec la même attention des personnes quels que soient leur degré de dépendance et leur niveau d'isolement.</p> <p>S'agissant de l'intimité, les professionnels frappent à la porte avant d'entrer dans les chambres. Toutefois, peu de professionnels attendent une réponse avant d'entrer.</p> <p>Les professionnels ont connaissance de leurs obligations quant à la confidentialité des données. Quant aux bénévoles (aumônerie, visiteurs des VMEH), ils ont signé une charte de bénévolat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire des rappels réguliers quant au vouvoiement systématique et supprimer l'utilisation des surnoms. ➤ Proposer aux résidents des grandes serviettes à attache ➤ Poursuivre les formations Bientraitance ➤ Rappeler la nécessité d'adapter le choix de la station de radio et de la chaîne TV ➤ Dans le cadre des projets personnalisés, intégrer les passages des professionnels dans les chambres durant la nuit ➤ Donner la possibilité aux résidents de participer au ménage de leur chambre ➤ Rappeler aux nouveaux agents et stagiaires la nécessité de préserver les droits et libertés des résidents (droit à la confidentialité, à la dignité...) ➤ Améliorer la confidentialité lors de la distribution de l'argent de poche ➤ Rappeler le devoir de réserve et de confidentialité aux bénévoles de l'aumônerie et aux VMEH
L'information, l'expression et la participation à la vie de l'établissement	
<p>Des réunions d'expression sont organisées pour les résidents (Commissions Menus et Animation, Conseil de la Vie Sociale,...). Ceux-ci s'y expriment librement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser une Commission Menus et un CVS spécifiques à la maison de retraite. Développer la représentativité des résidents au CVS

Constats	Améliorations proposées
<p>Une boîte à idées existe mais est très peu utilisée. Des enquêtes de satisfaction ont été menées en 2011 et 2013 (dans le cadre de la démarche d'évaluation interne).</p> <p>Si différents outils d'information sont mis à disposition (journal interne, panneaux d'affichage, ...), la grande majorité des informations est transmise aux résidents par oral notamment dans le cadre de l'animation. Cependant, même si les affichages sont peu utilisés par les résidents, une réflexion doit être menée sur leur accessibilité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir en lien avec le CVS les modalités d'utilisation de la boîte à idées ➤ Diffuser une enquête de satisfaction tous les 2 ans ➤ Mener une réflexion sur l'adaptation des affichages

Prévenir les risques liés à la santé et inhérents à la vulnérabilité des personnes

Constats	Améliorations proposées
La sécurité, la qualité et la continuité des soins	
<p>La Résidence dispose des compétences d'un médecin coordonnateur (0.5 ETP) et d'une infirmière coordinatrice - IDE CO (1 ETP) dont les missions sont clairement définies. La fiche de poste de l'IDE CO reste à actualiser. Par ailleurs, le médecin coordonnateur doit renforcer sa mission de suivi et d'évaluation des risques liés à la santé.</p> <p>Les soins sont planifiés sur informatique. Les plans de soins ne sont parfois pas suffisamment complets ou actualisés.</p> <p>Les kinésithérapeutes réalisent pour une partie d'entre eux des transmissions orales à l'IDE CO mais rarement des transmissions écrites.</p> <p>Les médecins traitants n'utilisent pas tous le logiciel de soins (sur 135 résidents, une centaine a des prescriptions informatisées saisies par les médecins).</p> <p>Concernant les ambulanciers, lors des retours d'hospitalisation, la coordination doit être renforcée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualiser la fiche de poste de l'IDE CO et clarifier la répartition des tâches entre les IDE et l'IDE CO. Actualiser les fiches de poste des IDE et revoir la structuration des plannings afin de renforcer la référence ➤ Programmer des réunions trimestrielles de suivi et d'évaluation des risques en présence du médecin coordonnateur, de l'IDE CO, d'une IDE et d'un soignant par étage. Construire un tableau de bord ➤ Assurer le suivi des visites des médecins par l'IDE CO et l'IDE de l'étage dans la mesure du possible ➤ Encourager les bilans et la traçabilité par les kinésithérapeutes ➤ Encourager les médecins traitants à l'utilisation du logiciel de soins Osiris ➤ Dans le cadre de retours d'hospitalisation, améliorer la coordination des ambulanciers avec les IDE

Constats	Améliorations proposées
<p>Un bilan biologique à l'entrée du résident est prévu mais pas réalisé aujourd'hui.</p> <p>Des transmissions orales sont organisées trois fois par jour dans chaque service. Ces transmissions ne sont pas suffisamment structurées et efficaces (appels téléphoniques en provenance du standard, absence de personne désignée pour animer les réunions, horaires et lieu des transmissions aux Capucines pas adaptés,...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir une check liste des données d'entrée liées à la santé à recueillir si besoin à l'entrée (poids, taille, constantes, bilan biologique,...) en lien avec les médecins traitants. Lors du retour d'hospitalisation, prendre les constantes ➤ Structurer les transmissions orales (nommer un animateur et un co-animateur de réunion). Dans ce cadre, limiter les appels à l'IDE CO et à l'IDE pendant les transmissions le midi en lien avec le secrétariat ➤ Positionner les IDE comme animatrices des transmissions le soir (formation à l'animation de réunions, formation aux transmissions ciblées) ➤ Structurer les transmissions aux Capucines le matin (horaires des repas des agents, lieu des transmissions à aménager, ...)
Le circuit du médicament	
<p>Le protocole du circuit du médicament est en cours de formalisation.</p> <p>Certaines ordonnances sont écrites manuellement par les médecins et retranscrites par l'IDE CO. Certaines prescriptions peuvent être transmises par téléphone puis signées par le médecin par la suite.</p> <p>Concernant la commande et la livraison des médicaments, les difficultés de la Résidence sont liées à un manque d'anticipation par les IDE quant au renouvellement des traitements et à un manque de réactivité de la part des officines.</p> <p>S'agissant du stockage : au rez-de-chaussée, les traitements mensuels sont rangés dans des boîtes nominatives et les stupéfiants dans deux lieux identifiés et sécurisés. Dans chaque étage, un lieu de stockage est dédié.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Finaliser et diffuser le protocole du circuit du médicament. Organiser un audit pour évaluer la mise en œuvre du protocole (écarts, ajustements,...) ➤ Demander aux médecins traitants de préciser « actes de la vie courante » sur les prescriptions concernées. Faire valider les prescriptions retranscrites par le médecin coordonnateur ➤ En cas d'urgence, organiser la prescription des médicaments par le médecin coordonnateur ➤ Formaliser une convention de partenariat avec les trois officines de la commune ➤ Anticiper le renouvellement des prescriptions ➤ Centraliser le stockage des médicaments (au rez-de-chaussée) en ne maintenant dans les étages que le traitement du jour

Constats	Améliorations proposées
<p>La liste des médicaments préférentiels est établie mais pas validée.</p> <p>Les semainiers sont préparés pour 8 jours. Le local n'est toutefois pas adapté. La liste des médicaments « écrasables » est établie mais pas diffusée.</p> <p>Les IDE et l'équipe soignante se répartissent au cours de la journée la distribution des médicaments. La principale difficulté réside dans la distribution des médicaments le midi puisque la Résidence dispose de 6 lieux de restauration.</p> <p>La distribution est tracée mais pas la prise. Un travail devra être mené sur la sécurisation du circuit du médicament afin de limiter les manipulations successives (semainiers, pots individuels).</p> <p>Les professionnels ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'observation des effets indésirables.</p> <p>La réévaluation des traitements en cours est peu réalisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valider et diffuser la liste des médicaments préférentiels ➤ Sécuriser la préparation et la prise des médicaments. Revoir la préparation et la distribution des gouttes ➤ Diffuser la liste des médicaments « écrasables » ➤ Revoir avec les pharmaciens l'adaptation aux personnes âgées de la forme et de la taille des médicaments ➤ Renouveler les semainiers et les chariots de médicaments ➤ Encourager les médecins à réévaluer les traitements afin de limiter le nombre de molécules administrées (établir des statistiques et aborder le sujet dans le cadre des réunions de coordination gérontologique) ➤ Sensibiliser les professionnels aux effets des médicaments (pharmacovigilance)
Une réactivité en cas d'urgence	
<p>Un protocole Urgence médicale a été élaboré et est disponible dans chaque service.</p> <p>Des formations aux Gestes et Soins d'Urgence (GSU1 et GSU2) sont dispensées chaque année.</p> <p>Les DLU (Dossiers de Liaison d'Urgence) sont établis et accessibles. Afin de faciliter l'intervention du SAMU, les professionnels doivent être vigilants dans la précision des éléments à transmettre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualiser le protocole Urgence médicale ➤ Poursuivre les formations GSU1 et GSU2 ➤ S'assurer d'anticiper et préparer les éléments à transmettre au SAMU ➤ Transmettre à chaque hospitalisation une synthèse du DLU (lettre type) ➤ S'équiper d'un pousse-seringue électrique
L'intégration au réseau de soins	
<p>Le dossier du résident est informatisé depuis deux ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer que le dossier médical est intégralement complété

Constats	Améliorations proposées
<p>Une convention a été signée avec le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Malo. Lors des retours d'hospitalisation, le CH transmet très peu d'informations (comptes-rendus médicaux,...) ce qui nécessite de rappeler l'hôpital. Par ailleurs, les retours d'hospitalisation les soirs et les weekends nuisent à la qualité de la prise en charge de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revoir la convention passée avec le CH de Saint-Malo afin notamment de limiter les retours d'hospitalisation la nuit et le weekend et de s'assurer de la transmission de la fiche de liaison ➤ Afin de faciliter la transmission des ordonnances de sortie, appeler régulièrement si possible le service de l'hôpital au cours de l'hospitalisation
La prise en charge de la douleur	
<p>La Résidence dispose, en plus des compétences du médecin coordonnateur, de deux IDE référentes formées à l'utilisation de l'outil Kalinox.</p> <p>Concernant l'évaluation de la douleur, l'outil Doloplus est mis à disposition mais peu utilisé.</p> <p>Des traitements médicamenteux peuvent être prescrits mais la prescription d'antalgiques de longue durée doit être revue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renouveler la formation Kalinox ➤ Positionner les IDE référentes Douleur et le médecin coordonnateur dans le suivi et la proposition de réévaluation des prises en charge de la douleur ➤ Développer l'utilisation de l'échelle Doloplus (pour l'évaluation et la réévaluation) ➤ Réévaluer les prescriptions d'antalgiques de longue durée
La prévention des risques de chute	
<p>La conduite à tenir en cas de chute fait l'objet d'un protocole.</p> <p>Une déclaration de chute est systématiquement réalisée en cas de chute. Il n'est pas réalisé d'analyse des chutes actuellement mais une réflexion est en cours.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire un rappel sur la conduite à tenir en cas de chute. Formaliser la conduite à tenir en cas de chute d'un résident sous anticoagulant ➤ Analyser et suivre les chutes trimestriellement
La prise en charge des escarres	
<p>La prévention et la prise en charge des escarres fait l'objet de protocoles. Une IDE est référente Escarres.</p> <p>Une évaluation des résidents à risque est réalisée avec l'échelle de Braden mais cela n'est pas systématique. Une liste des résidents à risque existe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser une formation des professionnels à la prévention des escarres. Faire un rappel sur les techniques de prévention (protocole Toilette) ➤ Réaliser des évaluations systématiques des résidents en cas de facteur de risque

Constats	Améliorations proposées
<p>Des soins sont apportés (effleurage, changements de position, repas ou produits hyperprotéinés,...). Des questions se posent toutefois quant à la fréquence (peut-être insuffisante) des changements de position.</p> <p>Certaines IDE utilisent les photos pour suivre l'évolution des escarres mais cela n'est pas systématique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etudier les apports en vitamines C ➤ Développer l'utilisation de l'appareil photo dans le suivi des escarres (intégrer les photos au dossier informatisé)
La prévention des risques liés à la contention	
<p>Chaque contention, fait l'objet d'une discussion en équipe et d'une recherche d'alternatives (lits Alzheimer,...). La recherche d'alternatives est toutefois à développer afin de limiter les ceintures au fauteuil et les coccoons.</p> <p>Les prescriptions sont réalisées par les médecins traitants à durée indéterminée. Celles-ci ne sont pas réactualisées régulièrement.</p> <p>Il n'y a pas de recherche systématique du consentement du résident lors de la mise en place d'une contention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limiter les contentions, notamment les ceintures au fauteuil et les coccoons, en recherchant des alternatives ➤ Suivre l'actualisation des prescriptions grâce à la liste des résidents concernés soumise aux médecins traitants pour renouvellement de l'ordonnance ➤ Rechercher le consentement du résident lors de la mise en place d'une contention
La prévention et la prise en charge de la dénutrition	
<p>Une surveillance mensuelle du poids est réalisée. Une analyse de l'évolution du poids est réalisée tous les 2 à 3 mois.</p> <p>Des textures modifiées sont proposées (actuellement 47% des résidents sont concernés).</p> <p>Les régimes (notamment sans sucre) posent question puisqu'ils concernent 30% des résidents actuellement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demander systématiquement aux médecins traitants un bilan d'albuminémie à chaque entrée et pour les résidents à risque de dénutrition ➤ Recueillir systématiquement la taille à l'entrée et tracer cette information sur Osiris ➤ Etablir des prescriptions pour les résidents devant manger exclusivement en texture modifiée ➤ Revoir les régimes, notamment sans sucre ou sans sel, et la consommation d'alcool ➤ Informer et former les professionnels sur la diététique et les régimes ➤ Assurer le suivi des diabétiques avec les médecins traitants et mettre en place des protocoles individuels si besoin. Former les IDE au suivi des résidents diabétiques

Constats	Améliorations proposées
<p>Des produits hyperprotéinés et hyperprotéinés maison sont proposés aux résidents à risque de dénutrition.</p> <p>Des couverts adaptés sont proposés sur les conseils de l'ergothérapeute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer le suivi et la réévaluation des produits hyperprotéinés ➤ Augmenter les apports le matin (fromage, yaourts,...) ➤ Développer les conseils et les sensibilisations par l'ergothérapeute quant aux matériels et aux pratiques liés au positionnement des résidents pour les repas
L'analyse et la maîtrise du risque infectieux	
<p>Le lavage des mains des résidents est organisé, notamment avant les repas (temps inclus dans les fiches de poste). Les familles ont à disposition à l'entrée de la Résidence de la solution hydro-alcoolique.</p> <p>Concernant les professionnels, outre le manque de points d'eau, nous remarquons que les gants poudrés ne sont pas utilisés à bon escient.</p> <p>Les conduites à tenir en cas de pandémie grippale, de gale et de gastroentérite sont formalisées. Ces protocoles, et en particulier les mesures d'isolement d'un résident, ne sont pas suffisamment connus des professionnels.</p> <p>Pour les Accidents d'Exposition au Sang (AES), le protocole est réalisé mais pas validé.</p> <p>Si le circuit des déchets est organisé, certains points particuliers doivent être revus (circuit des déchets d'activités de soins à risques infectieux - DASRI, utilisation des bassines,...)</p> <p>Le protocole en cas de légiionnelle n'est pas formalisé.</p> <p>Concernant le linge, la démarche RABC (marche en avant) est respectée (machines aseptiques, zone sale/zone propre,...). Cependant, les protocoles restent à actualiser. Les agents en lingerie n'ont pas été formés à la méthode RABC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Travailler sur le lavage des mains et le port des gants, notamment au cours de la toilette : évaluation, réflexion et sensibilisation des équipes, structuration et formalisation de protocoles ➤ Equiper l'établissement de davantage de points d'eau pour les professionnels ➤ Développer l'utilisation des gants à usage unique non poudrés ➤ Faire un rappel sur la conduite à tenir en cas de pandémie, en particulier sur les mesures d'isolement ➤ Valider et diffuser le protocole AES ➤ Revoir le circuit des déchets, notamment des DASRI ➤ Formaliser le protocole Conduite à tenir en cas de légionnelle ➤ Actualiser et remettre en forme les protocoles en lingerie ➤ Organiser une formation RABC

Constats	Améliorations proposées
Il n'existe pas au sein de la Résidence de référént Hygiène .	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Former une IDE hygiéniste ➤ Actualiser et formaliser l'ensemble des protocoles de soins IDE et soins d'hygiène ➤ Structurer et formaliser le nettoyage et la désinfection des équipements (fauteuils roulants, chariots de soins, chariots des IDE, montaubans, matériel médical...)
Le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement	
<p>L'observation par les équipes est bien souvent à l'origine des dépistages proposés. Des évaluations NPI (inventaire neuropsychiatrique) peuvent être réalisées ainsi que des évaluations MMS (mini-mental state).</p> <p>Dans la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiques, les équipes travaillent en lien étroit avec les médecins traitants et avec l'UCC de Dinan et l'UHR de Médréac. Certaines prises en charge restent, malgré ces dispositifs, difficiles.</p> <p>La Résidence dispose d'une Unité Alzheimer de 12 places où sont proposées des activités spécifiques. En dehors de cette unité, les 36 résidents provenant du secteur du handicap ont un accompagnement spécifique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser une formation Psychopathologies pour les animatrices et le Service Capucines ➤ Développer les conventions de partenariat avec l'Unité cognitivo-comportementale de Dinan, l'Unité d'hébergement renforcée de Médréac, les professionnels médicaux (neurologues, psychiatres), les séjours de rupture, les familles d'accueil ➤ Limiter l'accueil des personnes présentant des troubles psychiatriques ➤ Etudier l'opportunité de créer un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

Maintenir les capacités dans les actes quotidiens et accompagner la dépendance

Constats	Améliorations proposées
Le maintien des capacités de déplacement et la compensation de la dépendance	
La signalétique externe doit faciliter l'orientation vers l'accueil de la Résidence. La signalétique interne doit améliorer l'orientation des résidents mais surtout des visiteurs, qu'il s'agisse du fléchage ou des repères permettant d'identifier les espaces (étages,...).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la signalétique extérieure : flécher l'accueil ➤ Améliorer la signalétique interne : flécher et identifier les espaces

Constats	Améliorations proposées
<p>Le rapport d'accessibilité cible des non-conformités mineures qu'il faudra prendre en compte (accessibilité de la promenade dans le parc, chambres pas toutes aux normes,...).</p> <p>Le personnel est identifié (tenue professionnelle et port du badge pour les professionnels administratifs). Le port du badge n'est toutefois pas automatique.</p> <p>A chaque entrée, l'ergothérapeute effectue un bilan fonctionnel permettant d'évaluer les capacités des résidents. Ces données ne sont toutefois pas transmises aux équipes.</p> <p>Des aides techniques adaptées sont proposées : verticalisateur, lève-personne,...</p> <p>Les lunettes ne sont pas toujours adaptées à la vue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer l'accessibilité au regard des préconisations du rapport d'accessibilité ➤ Installer un trombinoscope du personnel dans chaque étage ➤ Systématiser le port du badge pour les services administratifs et les intervenants extérieurs. Identifier les remplaçants et les stagiaires par un badge et une tenue spécifiques ➤ Rendre accessible à l'équipe l'ensemble du bilan fonctionnel réalisé par l'ergothérapeute : développer l'utilisation des pictogrammes « autonomie » sur Osiris ➤ Développer l'utilisation du verticalisateur ➤ Lors de l'arrivée du résident, lorsque le matériel n'est pas adapté, proposer aux familles de le reprendre ou d'en faire un don à l'établissement ➤ Suivre et orienter vers un ophtalmologiste si nécessaire et possible
Le maintien des capacités à la toilette et l'accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide	
<p>L'évaluation des capacités à faire sa toilette n'est pas structurée aujourd'hui.</p> <p>Les soins d'hygiène sont planifiés à l'aide des fiches de poste et des plans d'aide. Les toilettes sont réalisées en fonction du rythme des résidents et des soins IDE. Cette organisation nécessite une articulation étroite entre les IDE et l'équipe soignante.</p> <p>Une formation à l'hygiène bucco-dentaire a été réalisée en septembre 2013 pour 16 agents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Structurer l'évaluation des capacités à faire sa toilette : toilette évaluative réalisée par l'ergothérapeute et un soignant (de préférence le référent), réévaluation par les équipes au cours du séjour (notamment au retour des hospitalisations) ➤ Formaliser le protocole Toilette ➤ Renforcer l'articulation entre les IDE et l'équipe soignante lors des transmissions du matin ➤ Lors de l'admission, conseiller aux familles de graver les dentiers ➤ Envisager la mise à disposition de matériel pour l'intervention des dentistes au sein de la Résidence

Constats	Améliorations proposées
La prévention et la prise en charge de l'incontinence	
<p>Une liste des résidents à changer la nuit (« résidents à risque ») est établie par les IDE mais pas actualisée suffisamment régulièrement. La qualité des protections utilisées la nuit ne semble pas satisfaisante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualiser mensuellement sur Osiris la liste des résidents « à risque cutané et ayant des problèmes cutanés » à changer la nuit, construite par une IDE référente et validée en transmissions infirmières ➤ Dans le cadre du prochain appel d'offres, revoir la qualité des changes pour la nuit

Personnaliser l'accompagnement

Constats	Améliorations proposées
Un accueil physique et téléphonique de qualité	
<p>L'accueil téléphonique est satisfaisant ; toutefois, les soirs et weekends, nous notons beaucoup d'appels à destination de l'unité des Myosotis et d'appels ne concernant ni les résidents ni les soins. Afin d'éviter les interruptions des soins et d'assurer un accompagnement centré sur les résident, un système permettant de filtrer les appels devra être mis en place.</p> <p>Notons l'absence de bureau pour recevoir les familles, pour des rencontres liées tant à l'aspect administratif qu'à l'aspect médical ou paramédical : cela pose des problèmes en termes de confidentialité, notamment pour la distribution de l'argent aux résidents.</p> <p>La Résidence dispose d'un site internet.</p> <p>La Résidence ne dispose pas de la liste des intervenants de proximité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposer d'un message téléphonique précisant les horaires d'ouverture du secrétariat afin de limiter les appels non liés aux résidents et transmis aux professionnels soignants les soirs et weekends ➤ Diffuser le numéro de téléphone direct du service IDE au CH de Saint-Malo (appels transférés au standard en l'absence des IDE) ➤ Dédier un bureau pour les rencontres des familles (à proximité de l'entrée) afin de garantir la confidentialité des échanges ➤ Refondre le site internet afin de l'améliorer ➤ Formaliser et diffuser la liste des intervenants de proximité
Une phase d'admission structurée	
<p>En cas de réponse positive à une demande d'admission, la personne est inscrite sur la liste d'attente, qui reste toutefois peu actualisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser l'actualisation de la liste d'attente (informatiser la liste, actualiser la liste à fréquence définie,...)

Constats	Améliorations proposées
<p>L'information d'une entrée est transmise sur Osiris et par oral à ceux qui n'y ont pas accès, mais pas de manière structurée et systématique. Les habitudes de vie recueillies sont transmises également sur Osiris.</p> <p>Les critères d'admission et d'exclusion sont définis. Il n'existe pas aujourd'hui de commission d'admission. L'avis des professionnels du service concerné n'est pas systématiquement recueilli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dès que la date d'entrée est connue, transmettre l'information d'une entrée et les données recueillies auprès du résident à l'ensemble des professionnels concernés ➤ Solliciter l'avis des professionnels du service concerné et des IDE lorsqu'une place se libère
Un accueil de qualité	
<p>Un protocole d'accueil existe mais reste méconnu des professionnels et pas appliqué.</p> <p>Dans les 15 jours qui suivent l'entrée, le médecin coordonnateur réalise un bilan gérontologique (détection des facteurs de risques gérontologiques : chutes, dénutrition,...).</p> <p>L'ergothérapeute établit également un bilan d'entrée dans les 15 jours qui suivent l'entrée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retravailler le protocole d'accueil en groupe de travail en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ➤ Actualiser la fiche de recueil des habitudes de vie ➤ Proposer à des résidents d'accueillir les nouveaux résidents et de leur présenter l'établissement ➤ Systématiser la remise des clefs des chambres à l'entrée ➤ Structurer l'évaluation gérontologique à l'entrée : recueillir les données liées à la santé (constantes, bilan biologique, évaluation de la vue,...) en complément du dossier médical et en lien avec le médecin traitant ➤ Ventiler les informations issues du bilan gérontologique sur Osiris afin d'en faciliter l'accès et de permettre la réalisation de statistiques
Le projet personnalisé	
<p>La procédure d'élaboration des projets personnalisés (PP) existe mais n'est pas appliquée en l'état.</p> <p>Les référents du résident (AS, ASH) sont chargés avec un agent administratif d'élaborer le PP. Un échange avec les animatrices est réalisé, une rencontre avec le résident est organisée, sa famille est invitée à y participer.</p> <p>Les agents de nuit ne sont actuellement pas sollicités dans l'élaboration du projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualiser la procédure d'élaboration des PP ➤ Informer le résident et sa famille de l'identité et du rôle du référent, lors de l'entretien d'admission et dans le livret d'accueil ➤ Questionner les professionnels de nuit sur les habitudes et souhaits des résidents pendant la soirée et la nuit

Constats	Améliorations proposées
<p>Les référents sont garants de la mise en œuvre du projet. Le principal axe de travail est relatif à la communication/transmission et à la mise en œuvre collective et pluridisciplinaire du projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planifier la diffusion des projets élaborés ou actualisés ➤ Diffuser les grandes lignes du PP par une transmission sur Osiris suite à l'élaboration puis 6 mois après
La personnalisation des activités sociales individuelles et collectives	
<p>Les animations proposées sont variées et adaptées. Elles sont proposées 7 jours/7 ce qui est un point fort. Nous disposons des compétences de trois animatrices, dont une dédiée au public issu du secteur handicap. Les animations sont suivies par 80% des résidents.</p> <p>21% des résidents n'ont ni contact ni visite de leurs proches. Ces résidents sont essentiellement ceux provenant du Foyer de vie. Les bénévoles peuvent intervenir auprès de ces personnes.</p> <p>Les résidents ont la possibilité d'avoir un téléphone personnel dans leurs chambres et un accès internet. Un ordinateur est à disposition aux Myosotis.</p> <p>La levée et la distribution du courrier sont organisées. Une aide à la lecture et à l'écriture des courriers est proposée.</p> <p>L'ouverture sur l'extérieur se traduit notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'intervention de bénévoles (VMEH/Aumônerie) - La présence d'intervenants extérieurs - L'organisation de sorties (avec des véhicules adaptés) - L'organisation d'activités intergénérationnelles... 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer l'articulation entre les soignants et les animatrices ➤ Diffuser les modalités d'animation à l'ensemble des professionnels ➤ Favoriser la participation des agents aux sorties ➤ Exploiter davantage le jardin dans le cadre de l'animation ➤ Cibler des résidents dépendants et isolés pour l'intervention privilégiée des bénévoles VMEH ➤ Soutenir les bénévoles dans cette démarche : sensibiliser/former les bénévoles sur les relations d'aide et la prévention des risques ; organiser des temps d'échange avec les professionnels ➤ Donner un accès internet au poste de l'unité des Myosotis ➤ Installer une bannette dans les chambres pour les courriers des familles ➤ Développer les séjours-vacances pour les résidents ➤ Mettre un véhicule à disposition des familles pour favoriser les sorties des résidents chez leurs proches

Garantir une qualité de vie

Constats	Améliorations proposées
Un cadre de vie accueillant et convivial	
<p>La Résidence dispose notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un espace d'accueil. La sonnette permettant de prévenir les secrétaires de la venue d'un visiteur n'est toutefois pas suffisamment visible. - De salons dont certains sont des lieux de passage. - De deux salles de bain à chaque étage mais celles-ci sont peu confortables et pas adaptées. <p>L'établissement dispose de 6 chambres doubles (12 ont déjà été supprimées).</p> <p>Il est prévu de rénover les chambres du bâtiment datant de 1989.</p> <p>Il est proposé un aménagement de la chambre composé a minima d'un lit, d'une table de nuit, d'un bureau, d'une chaise, d'un fauteuil, d'un tabouret.</p> <p>Un changement de chambre peut être proposé au cours du séjour afin d'éviter l'isolement des résidents grabataires et de favoriser la proximité avec les soignants. Le consentement du résident est recherché.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la visibilité de la sonnette à la borne d'accueil ➤ Travailler sur l'aménagement et la décoration du hall du côté de la maison de retraite ➤ Proposer des espaces de rencontres et des salons, plus intimes, pour les résidents et les familles : aménager la terrasse du 1^{er} étage et les balcons ; supprimer une des salles de bains communes au profit d'un salon pour les résidents ➤ Rénover les salles de bains communes de chaque service : esthétique, espace, ergonomie ➤ Préserver l'intimité des résidents dans les chambres doubles par l'installation de rideaux ou de paravent ➤ Rénover les chambres du bâtiment datant de 1989 en y installant des douches italiennes ou des cabines de douches ; renforcer l'esprit « lieu de vie » par l'installation de réfrigérateurs individuels ➤ Renouveler les dessus de lit ➤ Formaliser un protocole Changement de chambre/déménagement : prévoir une information à l'entrée dans l'établissement et un avenant au contrat de séjour pour le bâtiment du XVIII^e siècle
La maintenance et l'hygiène des locaux	
<p>L'équipe de ménage est composée de deux personnes en contrat aidé à durée déterminée. La Résidence travaille à la stabilité de cette équipe.</p> <p>L'équipe de nuit assure l'entretien des offices, de l'infirmierie, des salles à manger et du hall.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre la stabilisation de l'équipe de ménage ➤ Développer la protocolisation de l'entretien des locaux la nuit

Constats	Améliorations proposées
<p>Le protocole en cas d'isolement précisant notamment la conduite à tenir pour les agents d'entretien n'est pas formalisé. De la même manière, le protocole Entretien et réfection de la chambre avant l'entrée n'est pas formalisé.</p> <p>Concernant les espaces collectifs : les tâches sont planifiées, des protocoles existent.</p> <p>Si une information a été donnée aux agents sur le respect de l'intimité des résidents dans le cadre des actes de ménage, celle-ci doit être renouvelée régulièrement.</p> <p>Le circuit des déchets est organisé mais pas formalisé.</p> <p>Hors sécurité incendie et prévention des légionnelles, aucune maintenance préventive n'est réalisée, par manque de temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formaliser et diffuser la conduite à tenir en cas d'isolement ➤ Actualiser le protocole Entretien et réfection de la chambre avant l'entrée d'un nouveau résident ➤ Réaliser un audit sur le respect des protocoles d'entretien des locaux ➤ Rappeler à l'équipe de ménage de rallumer le chauffage après l'entretien des chambres ➤ Sensibiliser l'équipe de ménage sur le respect de l'intimité et de l'espace privé ➤ Formaliser les protocoles Circuit des déchets ➤ Assurer la maintenance préventive des équipements et dispositifs médicaux (pèse-personnes, lève-personnes,...)
Le traitement du linge	
<p>Un document intitulé « linge personnel » est remis au résident et à sa famille en pré-admission pour leur expliquer les modalités de traitement du linge.</p> <p>Un stock de linge constitué suite au décès permet actuellement de pallier le manque de linge de certains résidents. Celui-ci va être supprimé pour des raisons d'éthique.</p> <p>Une braderie est organisée une fois par an.</p> <p>La literie est changée au minimum une fois par semaine.</p> <p>Les tenues professionnelles sont parfois retournées tâchées ou abimées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualiser le document « linge personnel » remis en pré-admission (réviser le nombre de tenues au regard de la fréquence de traitement) pour s'assurer que la personne ait le minimum pour se vêtir ➤ Supprimer le stock de linge donné suite aux décès (donner les vêtements à des associations de recyclage) au profit d'un stock de vêtements neufs ➤ Organiser une braderie en lien avec une association caritative (Emmaüs par exemple) ➤ Définir la fréquence et le mode de traitement des couvertures et oreillers ➤ En cas de pandémie, prévoir des gants et serviettes de toilette à usage unique ➤ Dans le prochain appel d'offres, revoir la qualité du traitement des tenues professionnelles ; envisager la location des tenues pour faciliter le traitement

Constats	Améliorations proposées
Une prestation hôtelière en adéquation avec les envies du résident	
<p>Les salles à manger dans les services ont été rénovées afin de les rendre plus agréables mais des améliorations peuvent être apportées en vue d’instaurer un esprit hôtelier.</p> <p>Chaque semaine, dans chaque service est établi le choix des menus pour le lendemain (texture modifiée, régimes, choix du plat principal le midi) en associant les résidents qui mangent en texture classique. Cette démarche est récente mais nous notons toutefois moins de déchets alimentaires, le sentiment pour les résidents d’être écoutés, un meilleur appétit,...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sectoriser la population lors des repas pour un accompagnement plus adapté et pour favoriser le lien social ➤ Rénover la salle à manger des Capucines : créer deux salles à manger dans un esprit hôtelier ➤ Orienter les résidents pour les repas suivant leur autonomie en privilégiant la salle à manger des Capucines afin de favoriser les rencontres et de préserver l’autonomie ➤ Changer le mobilier des salles à manger d’étage ➤ Proposer un fond sonore en salle à manger des étages ➤ Revoir la tenue des agents pour le service des repas ➤ Etudier de manière régulière la quantité et le type d’aliments jetés ➤ Afficher la provenance de la viande

Accompagner la fin de vie

Constats	Améliorations proposées
Un accompagnement en fin de vie dans le respect de la dignité et des convictions du résident	
<p>La fin de vie ne fait pas l’objet de protocoles. L’équipe a parfois des difficultés pour savoir où se situe l’acharnement thérapeutique.</p> <p>Les fiches SAMU-Pallia ne sont aujourd’hui pas établies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser des formations à l’accompagnement de fin de vie et aux soins palliatifs à destination des l’ensemble des professionnels ➤ Formaliser un protocole Conduite à tenir en fin de vie. Le faire valider par les médecins traitants ➤ Développer les fiches SAMU-Pallia

Constats	Améliorations proposées
<p>Les directives anticipées ne sont pas recueillies de manière structurée. Elles ne sont bien souvent abordées avec les proches du résident que lorsque celui-ci est en fin de vie.</p> <p>Les professionnels se rendent disponibles pour la personne en fin de vie. Des soins de confort sont apportés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueillir les directives anticipées dans un document spécifique remis à l'entrée et tracé sur Osiris ➤ Regrouper les soins apportés au résident en fin de vie (réaliser des soins de confort, limiter les manipulations,...)
Un accompagnement de l'entourage du résident en fin de vie	
<p>Il n'est pas organisé de manière spécifique un soutien des familles et des personnels par la psychologue. L'équipe reste toutefois très présente et disponible auprès des familles et les professionnels échangent entre eux de manière informelle.</p> <p>L'information d'un décès parvient aux résidents par voie d'affichage, par l'organisation d'un temps de prière avec l'aumônerie pour ceux qui le souhaitent, par le journal interne et l'avis d'obsèques (lors de la lecture du journal).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suite aux décès, proposer des temps d'échange avec les professionnels animés par la psychologue ➤ Réfléchir à l'annonce des décès auprès des résidents



Quatrième partie :

Evaluation du projet et modalités d'actualisation

Suivi des actions

✚ Chaque action est assortie d'un *échancier prévisionnel* avec un bilan de réalisation effective s'appuyant autant que possible sur des *indicateurs de suivi*.

Principaux indicateurs de suivi

AXE 1 : GARANTIR LES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS	Niveau de satisfaction des résidents évalué à partir de l'expression des plaintes et réclamations
	Part des agents formés à la bientraitance
AXE 2 : PREVENIR LES RISQUES LIES A LA SANTE ET INHERENTS A LA VULNERABILITE DES PERSONNES	Niveau de satisfaction des professionnels quant à l'organisation de la distribution des médicaments
	Nombre moyen de médicaments administrés par résident
	Nombre de Doloplus réalisés
	Part des résidents ayant chuté au cours de l'année
	Nombre d'escarres et nombre d'escarres constitués dans l'EHPAD
Score DARI	
AXE 3 : MAINTENIR LES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ACCOMPAGNER LA DEPENDANCE	Part des résidents pour qui le verticalisateur est utilisé
	Part des résidents réveillés la nuit
	Part des résidents pour lesquels une toilette évaluative a été réalisée à l'entrée à l'EHPAD
AXE 4 : PERSONNALISER L'ACCOMPAGNEMENT	Taux de résidents (ou représentants légaux) ayant donné leur avis sur le projet personnalisé
	Taux de résidents satisfaits des activités proposées
	Taux de résidents isolés (sans visites ni contacts)
AXE 5 : GARANTIR UNE QUALITE DE VIE	% de non-conformité au regard de l'audit d'entretien des locaux
	Niveau de satisfaction des résidents/familles quant au cadre de vie (bruits, odeurs, hygiène des locaux.....)
AXE 6 : ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE	Part des professionnels formés à la fin de vie et aux soins palliatifs
	Part des résidents pour qui une fiche SAMU-Pallia a été élaborée
	Part des décès ayant eu lieu dans l'établissement

✚ Ces résultats *quantitatifs* appellent ensuite un approfondissement *qualitatif* pour en connaître les raisons. Le groupe de pilotage ayant réalisé l'évaluation interne se réunira donc une fois par an pour faire le bilan des réalisations.

Actualisation du projet

✚ En 2014 se déroulera l'évaluation externe de l'EHPAD. Il s'agit d'une évaluation obligatoire à réaliser tous les sept ans, menée par un organisme extérieur habilité. Elle s'appuie notamment sur les résultats de l'évaluation interne. Ses résultats seront pris en compte pour actualiser le projet mi-2015.

✚ De plus, la prochaine évaluation interne aura lieu au début de l'année 2018 puisque l'établissement a l'obligation réglementaire d'en réaliser une tous les cinq ans. Ainsi, un véritable *processus d'amélioration continue* de l'accompagnement est mis en place avec une évaluation (interne ou externe) tous les deux à trois ans.

