



E.H.P.A.D.
« François Mitterrand »
GANNAT



RAPPORT D'EVALUATION INTERNE

Mars 2014

E.H.P.A.D. « François MITTERRAND »

1 avenue de la République
BP 68
03 800 GANNAT

Tél : 04 70 90 62 00
Fax : 04 70 90 25 55
Mail : mr.gannat@wanadoo.fr



SOMMAIRE

DEROULEMENT DE L'EVALUATION INTERNE.....	9
A. Pré lancement du processus évaluatif.....	9
B. Collecte des informations du Volet 0 : « Principaux Près –Requis pour l'évaluation interne » (cf. Annexe 3).....	9
C. Collecte des informations du volet 1 : « Droits et participation des usagers/personnalisation de la prestation. »(cf. Annexe 4).....	10
D. Collecte des informations du volet 3 : « L'organisation de l'établissement » (cf. Annexe 5).....	11
E. Collecte des informations des volets 2 et 4 : « Projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre » et « L'établissement et son environnement » (cf. Annexe 6 & 7).....	11
F. Participation des résidents et des familles.....	11
G. Composition du Comité de Direction « CODIR » :.....	11
H. Composition du Comité de Pilotage du Changement « COPILCH » :.....	12
I. Modalités de cotation	12
J. Plan d'action	12

SYNTHESE DE L'EVALUATION INTERNE	13
1. DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS (AXE 1 ANESM)	13
A. RESPECT DES DROITS INDIVIDUELS	14
B. RESPECT DES DROITS COLLECTIFS	17
2. ORGANISATION DES SOINS ET PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE DES RESIDENTS (AXES 1, 2 et 3 ANESM)	23
A. PREVENTION DE LA MALTRAITANCE	24
B. PREVENTION DE LA DEPENDANCE	25
C. PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES	25
D. AUTRES RISQUES	26
E. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	27
F. PRISE EN CHARGE, CONTINUE ET COORDINATION DES SOINS.....	28
G. CIRCUIT DU MEDICAMENT	28
3. CADRE DE VIE ET VIE QUOTIDIENNE (AXES 4 et 5 ANESM)	33
A. CADRE DE VIE	34
B. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT	35
C. PROJET DE VIE PERSONNALISE	36

D.	VIE QUOTIDIENNE	37
E.	FIN DE VIE.....	39
4.	ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	433
A.	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	444
B.	GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE	455
C.	RESTAURATION	455
D.	LINGE	466
E.	ENTRETIEN DES LOCAUX ET DU MATERIEL	477
F.	SYSTEME D'INFORMATION	477
G.	DEMARCHE QUALITE	48
H.	GESTION DES RISQUES NON MEDICAUX	49
5.	PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE DANS L'ENVIRONNEMENT	555
A.	PROJET D'ETABLISSEMENT	566
B.	OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT	577
	ANNEXES	59

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « François MITTERRAND » est un établissement médico-social situé au centre-ville de GANNAT, à 18 kilomètres à l'ouest de Vichy, à 43 kilomètres au nord de Clermont-Ferrand et à 54 kilomètres au sud de Moulins. La commune de GANNAT compte 5 806 habitants dont 29,3 % ont plus de 60 ans ce qui est supérieur au taux national (21,6 %) et au taux départemental (29,2 %).

Histoire

On retrouve les premières évocations de l'établissement au XIV^{ème} siècle à propos d'une transaction entre les consuls de GANNAT et les communalistes¹ de l'église Sainte-Croix, le 6 octobre 1397. En échange des services religieux (chant des offices), les prêtres filleuls obtiennent la gestion de la « *Maison dieu* » confiée à l'un d'eux sous le contrôle des consuls. Les communalistes ont à leur charge les dépenses d'entretien et de soulagement des pauvres en échange de quoi ils perçoivent les revenus des biens de l'établissement, le surplus étant partagé entre tous les membres. En 1430, selon « *Messire Jehan Leretier, prestre, gouverneur de l'Ostel-Dieu* », ces revenus sont importants car en plus des cens et des rentes, l'établissement possède un four et des moulins banaux.

En 1675, par lettre-patente du roi Louis XIV et ordonnance de l'évêque de CLERMONT, l'Hôtel-Dieu devient hôpital général. Les communalistes abandonnent sa gestion mais ils sont tenus de verser une part des revenus qui en 1789 seront de 15 000 livres.²

Devenu Hôpital rural en 1959, l'établissement est implanté sur deux sites. Sur son site historique, correspondant au site actuel, se trouvent un service de médecine et un hospice pour les vieillards valides et invalides relevant de l'aide sociale, ainsi qu'une maison de retraite invalides pour les payants. Sur le site de la route de MOULINS, se trouve la Maison de retraite Saint Joseph, d'une capacité de 25 lits en chambres individuelles, réservée à des personnes valides payantes.

Le 1^{er} janvier 1987, l'hôpital rural perd son service de médecine et devient Maison de Retraite. Suite à la transformation des lits d'hospice en lits de cure médicale, la capacité de l'établissement est alors de 220 lits d'hébergement simple et de cure médicale.

En janvier 1996, l'établissement prend le nom de Maison de Retraite médicalisée « François MITTERRAND ».

¹ Les communalistes ou prêtres filleuls étaient des prêtres nés et baptisés dans la paroisse où ils vivaient en communauté. D'origine souvent modeste, fréquemment illettrés, leur rôle consistait à participer à la célébration des différents offices et processions notamment à chanter les offices canoniaux.

² D'après « *Les enfants prêtres des paroisses d'Auvergne XVI^e- XVIII^e siècles* » Stéphane GOMIS Presses Universitaires Blaise Pascal

En octobre 2001 la maison de Retraite devient un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Etablissement médico-social).

Capacité et population accueillie

L'établissement comporte 215 lits d'hébergement permanent dont 27 réservés à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. A cette capacité s'ajoutent 10 lits d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour.

Au 31 décembre 2012, la moyenne d'âge des résidents était de 84,56 ans. Il y avait alors 167 femmes et 60 hommes, majoritairement originaires de GANNAT et de ses environs (36 % du canton de Gannat, 15,86% du canton d'Escurolles, 3,08% du canton d'Ebreuil). Seuls 11,89% des résidents n'étaient pas originaires de l'Allier (Puy de Dôme pour l'essentiel).

La Durée Moyenne de Séjour était de 814,73 jours en 2012 soit 2,23 années. Le nombre de décès enregistré en 2012 était de 60.

Quant au niveau de dépendance il correspondait, pour 2013, à un GIR Moyen Pondéré de 684,88.

Convention tripartite / Projet d'Etablissement

La convention tripartite 2008 - 2013 a fait l'objet d'un avenant la prolongeant jusqu'au 31 mai 2014. Une évaluation a été effectuée en janvier 2014.

Le Projet d'Etablissement sera réalisé fin 2014.

Travaux en cours

Le nouveau bâtiment d'une capacité de 60 lits est en cours d'achèvement. Il permettra la transformation des unités actuelles en unités de plus petites tailles et la suppression de la quasi-totalité des chambres à deux lits au sein de l'établissement. Il comportera une unité de 12 lits dédiée à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées et présentant des troubles du comportement sévères ainsi qu'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), permettant la prise en charge des résidents présents dans l'établissement et ayant des troubles modérés du comportement.

Par ailleurs, la réhabilitation et la transformation du service « Lilas » en unité protégée permettra de résoudre le problème d'accès aux unités « Pivoine » et « Myosotis » sans traverser le lieu de vie de ce service, de rénover les chambres, d'augmenter la capacité d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec la création d'un troisième service comportant 2 lits d'accueil de nuit.

✿ **Ressources humaines** (effectif au 31 décembre 2012)

<i>Secteurs</i>	<i>Effectif</i>	<i>Ratio agent/lit</i>
Directeur	1	0,004
Cadres administratif et techniques	4	0,017
Personnel administratif	5	0,021
Médecins coordonnateurs	0,64	0,003
Pharmacien	1	0,004
Préparatrice en pharmacie	2	0,008
Cadres de santé	2	0,008
Psychologue	1	0,004
Infirmières	20,50	0,087
Ergothérapeute	1	0,004
Aides-soignantes, AMP, ASG	60	0,255
Agents de Service	39	0,166
Animatrices	3	0,013
Lingerie	4	0,017
Diététicienne	0,20	-----
Cuisine / magasin	7	0,030
Services techniques	3	0,013
Hygiène	2	0,008
Remplaçants	5	0,021
Total	161,34	0,686

DEROULEMENT DE L'EVALUATION INTERNE

La démarche d'évaluation interne s'inscrit dans le cadre des obligations de tout établissement médico-social. Elle précède et prépare l'évaluation externe dont les résultats conditionnent désormais le renouvellement de l'autorisation.

Au-delà de cet impératif, l'évaluation interne constitue une démarche d'amélioration continue de la qualité qui permet de développer un état d'esprit collectif et de mettre en œuvre une réelle participation.

Pour réaliser cette évaluation, l'établissement s'est adjoint les services d'un prestataire externe qui a mis à disposition son propre référentiel. Les missions de ce consultant qui étaient limitées au lancement de la procédure, à la formation du Comité de Pilotage du Changement (COPILCH) et à l'accompagnement des référents, n'ont pas donné totalement satisfaction.

Le recueil des informations, le rapport de synthèse et le plan d'action (cf. Annexe 1) ont été effectués par la référente qualité de l'établissement sous l'autorité du directeur.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) ont été prises en compte.

L'évaluation interne a été réalisée de septembre 2013 à février 2014 dans un contexte difficile pour l'établissement qui, après une période d'instabilité, s'est engagé dans une démarche de changement avec l'aide d'un consultant.

L'évaluation interne qui s'est déroulée en plusieurs phases a souffert de cette simultanéité, ce qui nous a conduits à adapter nos méthodes aux disponibilités des différents acteurs.

A. PRE LANCEMENT DU PROCESSUS EVALUATIF

Le 24 septembre 2013, le consultant est intervenu devant le Comité de Pilotage afin de préparer les responsables de l'établissement en effectuant le pré lancement du processus évaluatif (cf. Annexe 2).

B. COLLECTE DES INFORMATIONS DU VOLET 0 : « PRINCIPAUX PRES –REQUIS POUR L'EVALUATION INTERNE » (CF. ANNEXE 3)

Ce volet qui a trait aux documents assurant le respect des principales exigences réglementaires a été complété par les membres du COPIL Qualité (Directeur, Responsable qualité, assistante qualité) et les responsables de l'établissement : Cadre de Santé, responsable des ressources humaines, responsable des services économique et financier, responsable des services techniques, médecin coordonnateur.

A cette fin, ce groupe s'est réuni à trois reprises :

- ✿ Le jeudi 24 octobre 2013 – temps de réunion 2 h 30,
- ✿ Le mercredi 16 octobre 2013 – temps de réunion 1 h 30,
- ✿ Le jeudi 17 octobre 2013 – temps de réunion 4 h 00.

Le 29 octobre 2013 le COPILCH s'est réuni pour faire le point sur l'avancement du travail concernant le Volet 0.

Le 12 novembre 2013 au cours d'une nouvelle réunion du COPILCH, Monsieur VERRON constate les difficultés inhérentes à la collaboration avec le consultant. Il indique qu'il va falloir adapter notre façon de procéder et plusieurs pistes sont évoquées.

Le 26 novembre 2013, la responsable qualité propose un calendrier de travail articulé autour de plusieurs groupes destinés à répondre à chacun des volets. Cette méthode qui s'inscrit dans une démarche participative ne peut pas être retenue car d'autres groupes de travail mobilisent les participants potentiels notamment pour le choix du nouveau logiciel de prise en charge. Il est convenu d'adopter une démarche plus empirique.

C. COLLECTE DES INFORMATIONS DU VOLET 1 : « DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS/PERSONNALISATION DE LA PRESTATION. »
(cf. Annexe 4)

Le 28 novembre 2013, le choix des personnes ressources a été réalisé par le consultant, la responsable qualité, la collaboratrice qualité et la psychologue (cf. Annexe 2).

Dans un premier temps, les questions accompagnées d'une note explicative ont été distribuées par pôle aux professionnels concernés. Une réunion et des rencontres ont été réalisés avec les I.D.E., les animatrices. Monsieur AYLLON, A.M.P., formé à la conduite de réunion, a été chargé de rencontrer les A.S. et les A.M.P.

La psychologue, l'ergothérapeute, les médecins coordonnateurs, la responsable de l'Association d'Animation Gannatoise, la responsable du service Evangélique ont été consultés et rencontrés.

D. COLLECTE DES INFORMATIONS DU VOLET 3 : « L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT » (cf. Annexe 5)

Dans un premier temps, les questions ont été distribuées aux professionnels concernés avec un courrier explicatif.

Une réunion a été organisée le mardi 7 janvier 2014 à laquelle assistaient la responsable qualité, l'assistante qualité, la responsable des ressources humaines, le responsable des services techniques, la responsable des finances et des services économiques.

E. COLLECTE DES INFORMATIONS DES VOLETS 2 ET 4 : « PROJET D'ETABLISSEMENT ET SES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE » ET « L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT » (cf. Annexe 6 & 7)

Les questions relatives à ces deux volets, qui avaient été préalablement adressées aux participants, ont été traitées au cours de deux réunions :

- CODIR (Comité de Direction) du vendredi 24 janvier de 10 h 00 à 12 h 00,
- COPILCH du mardi 28 janvier de 14 h à 18 h.

F. PARTICIPATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES.

Le 7 février 2014, une réunion des représentants des familles et des résidents au Conseil de la Vie Sociale a été organisée par la responsable qualité. Les questions concernant l'intimité, la participation à la vie quotidienne, la participation des familles et des proches, l'autonomie ont été abordées (cf. Annexe 8).

Les représentants des familles et des résidents ont été consultés plus particulièrement sur les aménagements et le cadre de vie.

G. COMPOSITION DU COMITE DE DIRECTION « CODIR » :

- Monsieur VERRON, Directeur,
- Madame LAPRUGNE, Attachée d'administration Hospitalière, responsable des ressources humaines,
- Madame MONTEL, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable des Finances, des services Economiques et logistiques,
- Monsieur DAVID, Technicien Supérieur Hospitalier responsable des services techniques,
- Madame PEREZ-CHAZE, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable Qualité et Mandataire Judiciaire,
- Madame WAGNER, Cadre de Santé,
- Monsieur BRAZ, Cadre de Santé,
- Madame LE GAC, secrétaire de direction.

H. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DU CHANGEMENT « COPILCH » :

- Monsieur VERRON, Directeur,
- Monsieur HUMBEY, « Consultant extérieur »,
- Madame LAPRUGNE, Attachée d'administration Hospitalière, responsable des ressources humaines,
- Madame MONTEL, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable des Finances, des services Economiques et logistiques,
- Monsieur DAVID, Technicien Supérieur Hospitalier responsable des services techniques,
- Madame PEREZ-CHAZE, Adjoint des Cadres Hospitaliers, Responsable Qualité et Mandataire Judiciaire,
- Madame WAGNER, Cadre de Santé,
- Monsieur BRAZ, Cadre de Santé,
- Docteur VOELTZEL, Médecin Coordinateur,
- Docteur BOULIGNAT, Médecin Coordinateur,
- Docteur CLARIS, Pharmacienne,
- Madame LAROUX, psychologue,
- Madame LE GAC, secrétaire de direction.

I. MODALITES DE COTATION

La cotation des différents thèmes a été effectuée sur la base de l'échelle suivante qui reprend les principales phases d'une démarche d'amélioration de la qualité.

<i>Cotation maxi*</i>	<i>Définition</i>
0	Non traité,
25	Planifié , prévu, organisé ou traité de manière empirique,
50	Réalisé sur la base d'une procédure ,
75	Réalisé sur la base d'une procédure et évalué ,
100	Réalisé sur la base d'une procédure, évalué et amélioré ,

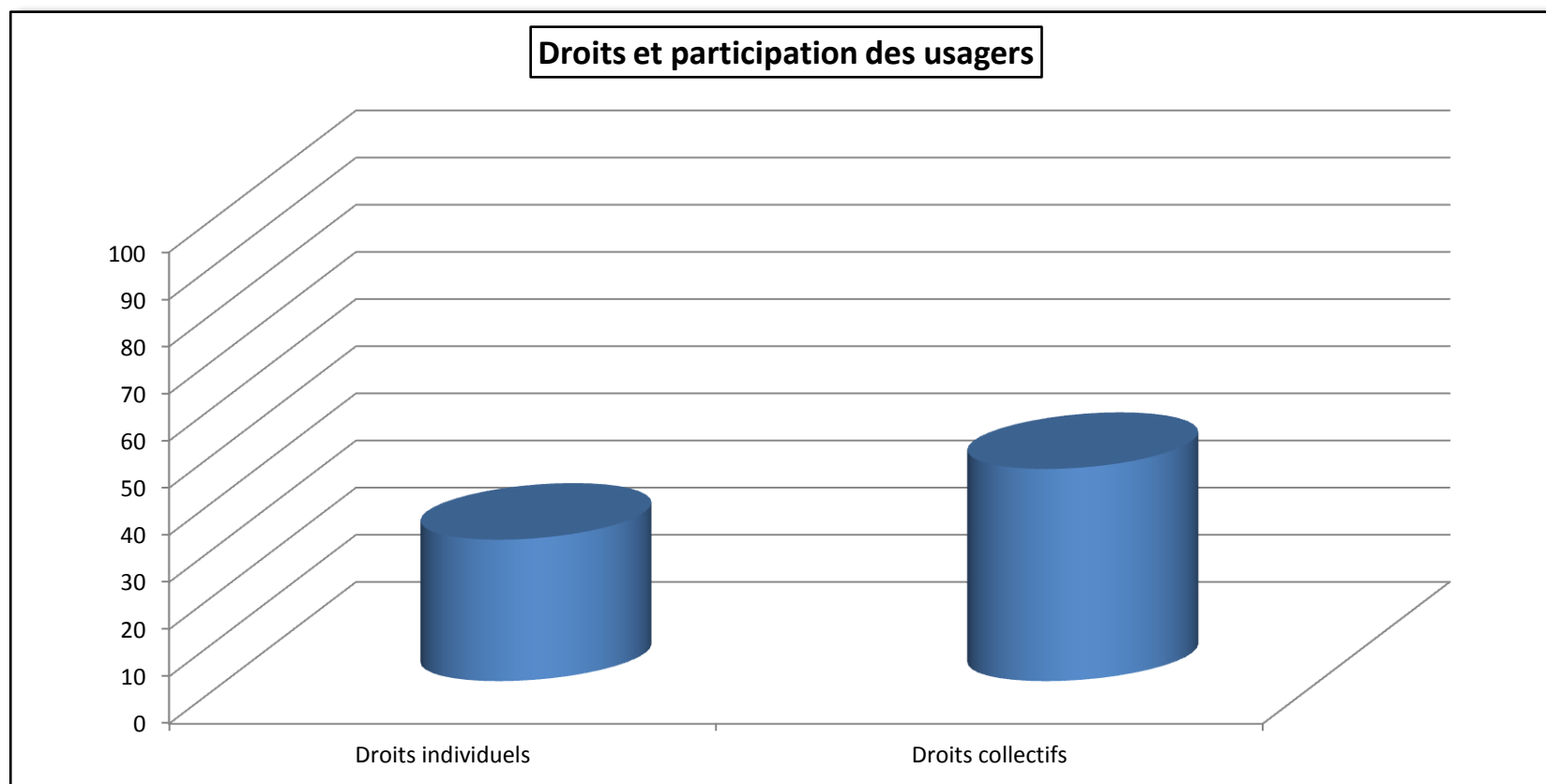
* La cotation constitue une moyenne qui tient compte du niveau d'avancement de la procédure pour chaque élément. Lorsque la démarche est réalisée en équipe, il convient pour en tenir compte de surcoter.

J. PLAN D'ACTION

Les objectifs du plan d'action sont présentés ici à la fin de chaque chapitre, mais ils sont également intégrés dans un document Excel permettant une lecture selon plusieurs clefs : chapitres du rapport, axes de l'ANESM, numéro d'ordre, priorités, objectifs et actions, type d'action, responsable, calendrier.

SYNTHESE DE L'EVALUATION INTERNE

1. DROITS ET PARTICIPATION DES USAGERS (AXE 1 ANESM)



A. RESPECT DES DROITS INDIVIDUELS

Les droits individuels des usagers sont respectés au sein de l'établissement.

Intimité et l'environnement personnel

Les toilettes s'effectuent portes fermées, elles ne doivent être interrompues qu'en cas de faits graves et urgents. Pour les couples qui le souhaitent, une chambre à deux lits est proposée y compris lors des séjours extérieurs. Il n'y a pas de réflexion autour de la sexualité.

Pour personnaliser leur chambre, les résidents peuvent apporter des meubles personnels.

Il existe beaucoup de chambres à deux lits ce qui ne facilite pas le respect de l'intimité. (cf. Annexe 9)

Les représentants des résidents estiment que l'intimité est bien respectée par les agents qui font preuve à leur égard de toute la politesse nécessaire. Ils apprécient qu'il n'y ait plus d'horaires de visite contraignants. Une représentante des familles se demande pourquoi dans certains services les portes des chambres restent ouvertes notamment le matin. Une aide soignante précise que, tout en restant dans leur chambre, les résidents aiment entendre ce qui se passe dans le lieu de vie.

Liens familiaux et amicaux

Il existe pour chaque résident deux agents référents qui assurent le lien avec la famille et les proches car les familles s'adressent plus facilement aux A.S.H. et A.S. qu'aux I.D.E. Des groupes de parole organisés par la psychologue (une fois par mois) permettent aux familles de s'exprimer et de trouver une aide. Ces groupes sont ouverts aux personnes extérieures ayant des difficultés. Un entretien individuel ou avec la famille peut être réalisé par la psychologue à la demande.

Les A.S./A.M.P. communiquent oralement avec les familles sur les changements de traitements, les changements de comportement et l'évolution de la dépendance.

Les familles sont associées au projet de vie. Des repas « famille » sont organisés ; les résidents préparent les repas et invitent leurs proches. Les familles sont conviées aux animations et aux sorties organisées par le service animation.

Confidentialité

La confidentialité des informations concernant les résidents est garantie. Les dossiers administratifs sont rangés au bureau des entrées, dans une armoire fermée à clef le soir. Les dossiers médicaux papier sont rangés dans des bacs ou des armoires fermés à clef... mais les clefs restent sur le bac ou l'armoire ! Les infirmeries sont sécurisées par digicode. Les dossiers informatisés (Medic'Or) sont accessibles avec un code d'accès différent selon la fonction.

Concernant la sécurité informatique, il existe des codes pour chaque type de professionnel ne permettant d'accéder qu'aux informations qui les concernent.

L'accès des usagers à leur dossier médical se fait dans le respect des règles établies (demande écrite adressée au directeur).

Que ce soit au bureau des entrées ou dans les services, les agents ne donnent pas d'informations confidentielles par téléphone. Ils vérifient à quel interlocuteur ils ont à faire pour adapter leurs réponses et diriger vers la personne compétente.

Le Règlement de Fonctionnement ne concerne pour le moment que les résidents, mais à son arrivée, le directeur a organisé une réunion pour rappeler les règles de la confidentialité et du secret professionnel qui seront inscrites dans le futur livret d'accueil du personnel.

Pratique religieuse

Un imprimé, joint au dossier d'admission est destiné à recueillir les habitudes et les croyances, mais la formulation des questions est sans doute à revoir (Religion ? Croyant ? Praticant ?). Ce document est transmis dans le service, avant ou le jour de l'arrivée du nouveau résident, par le personnel du bureau des admissions. Le recueil des croyances est également effectué, le jour de l'admission, par les référents, les informations sont enregistrées sur le document "Les habitudes de vie" inséré dans le projet de vie.

Une personne de l'aumônerie catholique organise une visite hebdomadaire auprès des personnes qui le souhaitent. De plus, l'établissement dispose d'une chapelle. Pour les résidents d'une autre confession que la religion catholique, le personnel est sensibilisé et est à l'écoute afin de faciliter la mise en œuvre des différents rites et de solliciter les ministres des cultes correspondants. Les croyances laïques font l'objet de la même attention.

Libre choix

Lors de l'admission, le résident, sa famille ou son représentant exprime son choix par rapport aux médecins, aux ambulanciers, à l'établissement de soins, au cabinet de radiologie dans la « Fiche renseignement services de soins ».

Les choix du résident concernant son projet de vie sont recueillis lors de l'admission et tout au long de son séjour : rythme et habitude de vie, activités d'animation ou thérapeutique. Si besoin une aide est apportée par l'équipe soignante pour exprimer les désirs et arrêter les choix.

Information sur les soins prodigués et sur l'état de santé

Selon le problème, c'est d'abord le médecin traitant puis l'I.D.E. qui informe le résident ou sa famille.

Les réponses sont faites dans la mesure des compétences et du champ professionnel de chacun.

Le médecin coordonnateur renforce l'information auprès des résidents et des familles.

Des réunions pluridisciplinaires sont organisées afin de réfléchir sur les points à améliorer, ensuite les proches sont informés.

Consentement éclairé

La recherche du consentement éclairé n'est pas systématiquement effectuée lors de l'admission. Le niveau de compréhension n'est pas vérifié car les explications sur le contenu des documents réglementaires ne sont pas à la portée des résidents.

Pour l'accueil de jour, le processus est bien formalisé : visite médicale préalable, modalités d'accueil transmises à la personne âgée, recherche du consentement, visite du service.

Pour rechercher le consentement par rapport aux soins, c'est le médecin qui interroge la personne. En cas de doute sur le niveau de compréhension, l'avis de la psychologue est requis.

L'avis des professionnels sur les cas problématiques est recueilli lors des réunions pluridisciplinaires.

Les personnels maintiennent les contacts avec les familles et restent à l'écoute des résidents, puis ils transmettent ces informations à l'ensemble de l'équipe par oral ou par écrit.

Refus ou réticences

Les refus ou réticences des personnes âgées sont enregistrés sur le logiciel "Medic'Or" après que des explications, accessibles à chaque personne, aient été apportées.

Liberté d'aller et venir

En milieu ouvert le résident est libre d'aller et venir dans la mesure où cela ne lui porte pas préjudice. Les risques sont exposés au résident ou à sa famille.

La liberté d'aller et venir est forcément limitée dans les secteurs sécurisés.

Le médecin coordonnateur rappelle lors des transmissions que les personnes âgées ont le droit d'aller et venir et que l'E.H.P.A.D. doit être le substitut du domicile.

Il n'existe pas de procédure de contention.

Protection des biens et de la personne

Lors de l'admission, les résidents sont invités oralement à déposer les sommes d'argent, les titres, les valeurs mobilières et les objets de valeur à la trésorerie.

L'établissement permet aux personnes de garder des meubles, une télévision, ou tout autre objet de faible valeur afin de personnaliser la chambre. Ces derniers font l'objet d'un inventaire.

L'information par rapport aux biens est donnée par le bureau des entrées et inscrite dans le Règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

Certains résidents possèdent la clef de leur chambre. Le personnel n'intervient pas hors de la présence du résident sans son autorisation.

Il est regrettable que l'établissement ne soit pas équipé d'un coffre pour conserver l'argent et les bijoux des résidents. Les photos sont prises avec l'accord du résident et réservée à un usage interne.

Protection juridique

Un agent, titulaire du certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs, exerce cette fonction au sein de l'établissement. Elle gère entre 20 et 25 mesures de curatelle ou de tutelle (sur les biens et à la personne). Elle est également chargée d'expliquer le dispositif de protection juridique aux résidents qui le souhaitent et elle intervient dans les démarches de demande de mise sous protection.

Il n'existe pas de démarche particulière pour sensibiliser les équipes, les personnes âgées ou les proches à cette question.

Droits civiques

A l'occasion de chaque élection, un courrier est adressé aux résidents qui en font la demande afin de les informer des modalités de vote par procuration. Les gendarmes viennent rencontrer chaque personne demandant à voter par procuration. Un certificat médical est établi pour confirmer que le résident est sain d'esprit.

Les résidents qui le peuvent se rendent à leur bureau de vote. L'établissement n'assure aucun accompagnement.

Dignité

Les personnels respectent les règles de politesse, le vouvoiement est de rigueur, toutes les personnes âgées sont appelées par leur nom de famille sauf exception à la demande du résident.

La charte de la personne âgée dépendante et le règlement de fonctionnement comportant les droits et libertés des résidents sont affichés et remis aux résidents lors de l'admission. Les panneaux d'affichage sont en place dans le hall et dans différents lieux de l'établissement. Il n'y a pas actuellement de formation sur les droits et libertés des personnes âgées.

B. RESPECT DES DROITS COLLECTIFS

Les droits collectifs des résidents sont respectés, les documents d'information prévus par la loi 2002-2 sont mis en place, mais certains peuvent faire l'objet d'améliorations. Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne de façon satisfaisante et, depuis peu, l'accès à une personne qualifiée est possible.

Livret d'accueil

Il existe un livret d'accueil dont la mise à jour a été effectuée le 1er septembre 2013. Cependant, il n'est pas rigoureusement conforme à la réglementation car plusieurs points prévus par la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 ne sont pas mentionnés (Nom du Président du CA, Conditions de facturation, Personnes qualifiées, assurances...). Il ne comporte pas entre autre la Charte des droits et libertés de la Personne Accueillie qui demeure la seule réglementairement obligatoire. Le livret d'accueil devra être réactualisé à l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment.

Charte de la personne accueillie

L'établissement respecte les principes de la Charte, ce document est affiché mais il n'est pas remis à l'admission. L'établissement met plutôt en exergue la "Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante" qui correspond mieux à la situation des personnes qu'il accueille. Le personnel est sensibilisé aux principes contenus dans les différentes chartes. Il n'est pas réalisé d'évaluation.

Règlement de fonctionnement

Il existe un Règlement de fonctionnement mis à jour en octobre 2011 dont le contenu, conforme aux prescriptions minimales définies par le CASF, a été soumis à l'avis du Conseil de la Vie Sociale, du Comité Technique Etablissement et au Conseil d'Administration ; il est affiché dans le hall d'entrée. Toutefois certains points gagneraient à être précisés. Le Règlement de fonctionnement est remis à chaque résident lors de son admission puis signé par l'intéressé, sa famille ou son représentant légal. Il n'existe pas de règlement de fonctionnement spécifique à l'accueil de jour. Le Règlement de fonctionnement n'est pas remis aux salariés, ni aux intervenants libéraux, ni aux bénévoles. Les équipes ne sont pas suffisamment sensibilisées à son contenu.

Contrat de séjour

Il existe un Contrat de séjour mis à jour en octobre 2011 dont le contenu, conforme aux prescriptions du CASF, a été soumis à l'avis préalable du Conseil de la Vie Sociale et du Conseil d'Administration ; il fait l'objet d'améliorations régulières. Le contrat de séjour comporte une clause de caution solidaire et la possibilité de régler les frais de séjour par prélèvement automatique. Lors de l'admission, le Contrat de Séjour est remis au résident, à son représentant légal ou éventuellement à son référent familial.

Le résident dispose d'un délai de huit jours pendant lequel il prend connaissance du contenu et peut solliciter le bureau des entrées pour obtenir des explications. Passé ce délai, le résident signe le contrat de séjour, le directeur également. Une photocopie de la feuille comportant les signatures est gardée au bureau des entrées. Ce document est remis dans son intégralité au résident.

Le Contrat de Séjour n'est pas affiché et les équipes ne sont pas spécialement sensibilisées à son contenu.

Il existe un document individuel de prise en soin spécifique pour l'accueil de jour. Il convient de transformer ce document en « contrat de séjour pour l'accueil de jour » et de joindre en annexe un projet de prise en charge pour valoriser les activités.

Le contrat de séjour pour l'hébergement temporaire est le même que celui de l'hébergement permanent. Seules une date de début et une date de fin précisent la durée du contrat. Il serait intéressant de disposer d'un contrat spécifique pour l'hébergement temporaire.

Conseil de la vie sociale et autre forme de participation

Le Conseil de la Vie Sociale est mis en place, sa composition est conforme à la réglementation. Un Règlement intérieur a été établi. Le nombre de représentants des résidents et des familles est supérieur à la moitié du nombre total des membres. Il se réunit environ trois fois par an.

Un relevé de conclusion est établi à chaque séance puis diffusé aux membres du C.V.S. et affiché dans le hall d'entrée.

Les questions diverses abordées au C.V.S. sont préparées par les représentants des familles lors de leurs permanences mensuelles.

Les équipes ne sont pas suffisamment sensibilisées à son rôle et à ses actions.

Les représentants des familles proposent de se rendre dans les services pour y rencontrer les familles et les résidents. Ils sont favorables à la création d'un site internet.

Les représentants des familles et des usagers désirent que le C.V.S. soit recentré sur ses missions, ils considèrent que le budget est présenté de façon trop technique. Ils aimeraient que les réunions soient programmées annuellement afin qu'ils puissent s'organiser.

Les représentants des usagers et des familles souhaitent que soit organisée une fois par an une réunion d'information des familles animée par le Directeur.

Au Conseil d'Administration siège le Président du C.V.S. et un autre résident.

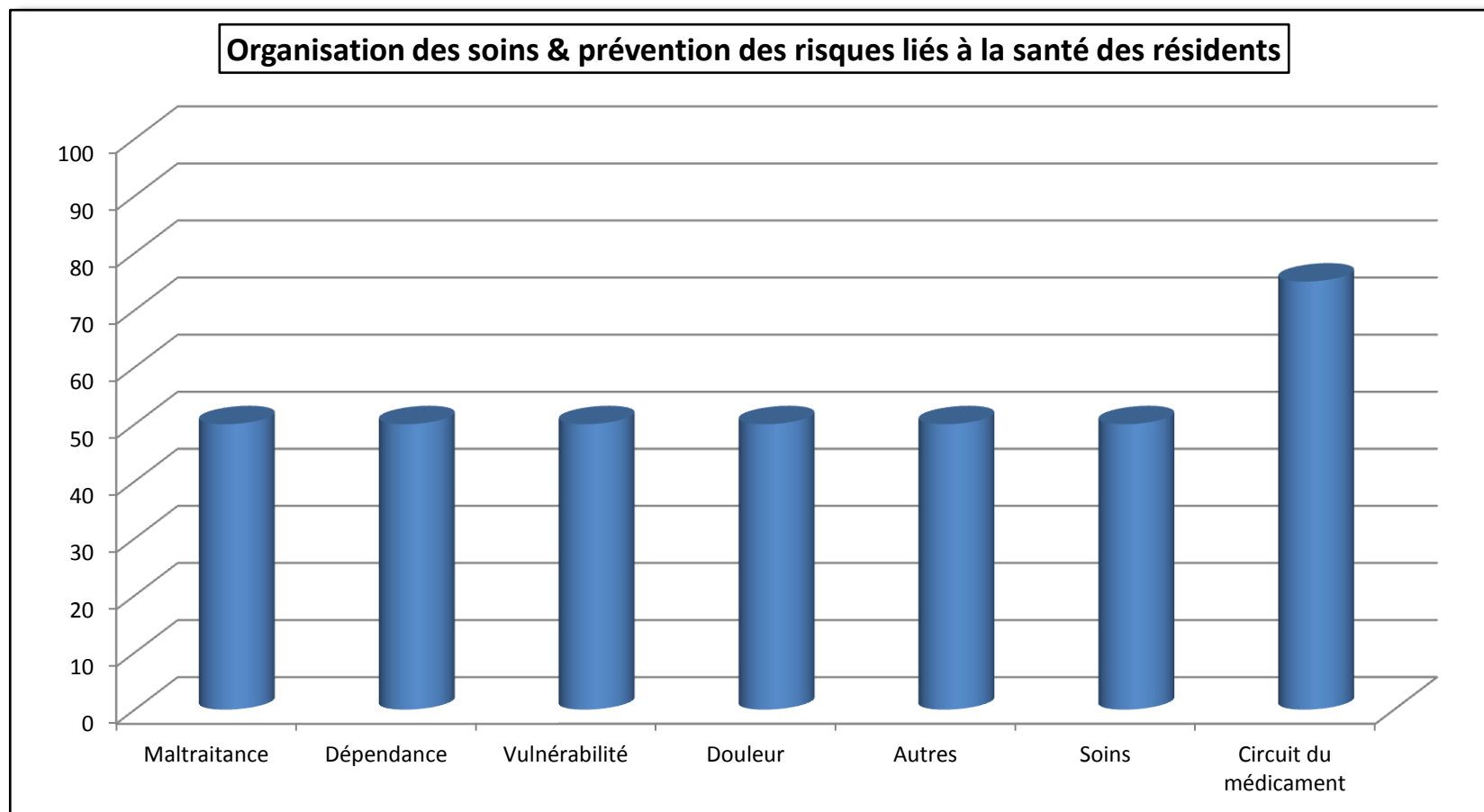
Personnes qualifiées

Les Personnes Qualifiées ont été désignées récemment (novembre 2013) ; les documents transmis par l'A.R.S. ont été affichés, une communication a été réalisée au C.V.S. et au C.T.E. Le Livret d'Accueil sera modifié en conséquence.

1	<u>Objectif n° 1 : Améliorer l'exercice des droits individuels des personnes âgées</u>
1-1	Développer l'utilisation du téléphone en diffusant sur les pages jaunes les lignes directes des principaux responsables.
1-2	Mettre à jour le message du serveur vocal
1-3	Créer un site internet pour diversifier les supports d'informations.
1-4	Rédiger les protocoles relatifs au respect du secret professionnel et à l'accueil téléphonique.
1-5	Rédiger un protocole "affichage" répartissant les responsabilités, précisant ce qui est obligatoire, définissant les règles internes, les différents types de tableaux d'affichage, leur contenu et leur répartition au sein de l'établissement et restreignant les lieux d'affichage afin d'optimiser leur gestion.
1-6	Améliorer l'information des résidents sur le service évangélique : plaquette, liste avec les coordonnées des différents ministres des cultes.
1-7	Désigner un référent qui assure le lien entre les différents ministres des cultes et les soignants.
1-8	Mettre en place en secteur ouvert, des bracelets électroniques pour certains résidents,
1-9	Rédiger une procédure d'admission.
1-10	Rédiger une procédure de contentions.
1-11	Organiser des réunions thématiques sur la liberté.
1-12	Installer des boîtes à lettre personnelles dans les chambres afin de conserver une civilité au résident.
1-13	Envisager l'installation de coffres individuels,
1-14	Disposer d'un coffre collectif,
1-15	Sensibiliser les familles et les tuteurs aux besoins des résidents.
1-16	Adresser le courrier d'information relatif aux élections à tous les résidents.
1-17	Détacher plus souvent les AMP du service pour qu'elles puissent accompagner des PA en ville.
1-18	Acquérir un véhicule type Kango adapté pour le transport d'une personne handicapée.
1-19	Organiser une formation des agents sur le respect des droits et libertés des personnes âgées.

<u>2</u>	<u>Objectif n° 2 : Garantir l'exercice des droits collectifs des résidents</u>
2-20	A l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment, mettre à jour le Livret d'Accueil des résidents conformément au CASF et à la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004.
2-21	Utiliser la Charte de la Personne Accueillie, la remettre à chaque admission en l'insérant dans le livret d'accueil.
2-22	Remettre le Règlement de Fonctionnement aux personnels, aux libéraux et aux bénévoles.
2-23	Modifier les modalités de signature du contrat de séjour en demandant à chaque résident, son représentant légal ou son référent familial de recopier la formule : "j'atteste avoir pris connaissance du présent contrat et de pièces jointes et m'engage à le respecter" puis de dater et signer.
2-24	Mettre en place un contrat de séjour spécifique à l'hébergement temporaire.
2-25	Transformer le document individuel de prise en soin en accueil de jour en « contrat de séjour en accueil de jour ».
2-26	Etablir un projet de prise en charge pour valoriser les activités en accueil de jour.
2-27	Compléter l'action du CVS en organisant annuellement une réunion des familles et des représentants légaux animée par le Directeur.
2-28	Réserver un siège du CVS à un représentant des MJPM extérieur à l'établissement
2-29	Recentrer le CVS sur ses missions propres et encourager la libre expression
2-30	Faciliter l'organisation de visites des représentants des usagers dans les services en sensibilisant les équipes.
2-31	Mettre en place un suivi des saisines des Personnes Qualifiées avec les motifs.
2-32	Sensibiliser les personnels aux droits collectifs des résidents : supports (Livret d'accueil, Chartes, Règlement de Fonctionnement) fonctionnement du CVS.
2-33	Elaborer les documents manquants pour l'accueil de jour classique.

2. ORGANISATION DES SOINS ET PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SANTE DES RESIDENTS (AXES 1, 2 et 3 ANESM)



A. PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

La prévention de la maltraitance fait l'objet d'une politique spécifique au sein de l'établissement.

Pour l'admission, les refus sont uniquement basés sur des critères médicaux et de charge en soins. Ces éléments sont inscrits dans "Attentum", un courrier est adressé à la personne. L'ordre d'admission reprend les mêmes critères mais aussi le fait que les personnes soient en accueil temporaire ou de jour, la proximité géographique, la motivation des familles et des résidents pour le choix de l'établissement ainsi que les urgences médicale ou sociales.

Une formation en intra "Promouvoir la bientraitance" basée sur les référentiels de l'ANESM est assurée par la psychologue. Elle est suivie d'une enquête auprès des professionnels qui y ont participé. D'autres formations sont organisées dans ce sens : humanité, Snoezelen, manutention, "GAPPA" geste adapté à la personne âgée.

Des réunions pluridisciplinaires et des réunions de coordination soins sont organisées pour définir les moyens nécessaires et assurer la mise en œuvre d'un comportement adapté à chaque personne.

Dans les services protégés le rythme des personnes est bien respecté. Dans les autres services, ce respect est plus relatif en raison des contraintes de travail.

Les situations de maltraitance sont signalées par les agents qui, quelque soit leur fonction, avertissent leur supérieur hiérarchique (cadre de santé ou médecin) après en avoir discuté en équipe. La Psychologue rencontre la personne concernée afin de préciser la situation, d'en faire l'analyse et de rappeler les règles de bonnes pratiques.

Une fiche d'événement indésirable est remplie puis transmise au Directeur.

Le numéro national d'appel contre la maltraitance envers les personnes âgées, la liste des personnes qualifiées pour l'arrondissement de vichy et les coordonnées de la permanence des représentants des familles aux C.V.S. sont affichés dans le hall principal.

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance est remise lors de chaque admission. Des fiches "Evènements Indésirables" sont disponibles sur la banque d'accueil dans le hall d'entrée. Dans les services, les soignants disposent d'une fiche "rapport d'incident".

B. PREVENTION DE LA DEPENDANCE

A l'admission, la grille GIR est remplie par les infirmières. Un bilan d'indépendance (toilette, repas et déplacement) est également réalisé par l'ergothérapeute.

Le maintien de l'autonomie constitue un objectif permanent de l'établissement. L'ergothérapeute adapte l'environnement en fonction de la personne. Les réunions de coordination de soins apportent des réponses en termes cognitifs, environnementaux, psychologiques et alimentaires. Deux infirmières référentes suivent la formation "soins aux grands vieillards".

Dans les actes de la vie quotidienne, tout est mis en œuvre pour stimuler les personnes que ce soit au niveau : des déplacements, de l'aide à la marche, de la toilette, de la continence (programme mictionnel).

Le matériel nécessaire pour pérenniser les capacités résiduelles est mis à disposition.

Un pictogramme d'autonomie (max ABRIC) ainsi qu'une fiche évaluative est insérée dans le classeur bien-être.

Dans le cadre de la modernisation des équipements médicaux tous les services ont été dotés de verticalisateurs et de lèves malades adaptés. Le projet de construction intègre des équipements de transfert (rails motorisés) dans les futures chambres.

C. PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES

L'établissement adapte ses locaux aux personnes vulnérables. Une augmentation de la capacité d'accueil en unité protégée est prévue par la transformation d'un service classique en unité protégée. Dans le nouveau bâtiment, il est prévu une unité dédiée aux personnes présentant des troubles du comportement sévères et un PASA.

La formation du personnel répond à cet impératif. Un médecin coordonnateur de l'établissement est titulaire d'un DU de Gériatrie psychiatrique. Une I.D.E. est titulaire d'un DIU de psychopathologie de la personne âgée et la psychologue d'un diplôme de thérapie cognitive et comportementale ; plusieurs AS ont une formation en gériatrie.

Il existe dans l'établissement une Mandataire judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM) qui met en œuvre les mesures judiciaires concernant la protection des personnes et celle de leurs biens.

Un projet de notice d'information relative aux droits des usagers des mandataires judiciaires à la protection des majeurs a été réalisé en septembre 2011. Ce document a pour objet d'expliquer le dispositif de protection juridique, de présenter le mandataire, d'exposer les droits des majeurs et les moyens de les faire valoir ; il convient de le mettre à jour.

D. AUTRES RISQUES

Dénutrition

L'élaboration des menus réalisés conjointement par le chef de cuisine et la diététicienne tient compte de l'équilibre alimentaire.

A l'entrée de la personne, le médecin vérifie la créatinine et note l'indice de masse corporelle (IMC).

Au niveau du service, les soignants évaluent à chaque repas, pour les personnes qui font l'objet d'un suivi alimentaire, la quantité absorbée. Le poids est surveillé mensuellement. Le logiciel de soins permet d'élaborer des courbes de poids consultables à tout moment.

En 2012, l'A.R.S. a réalisé une enquête sur la dénutrition. Pour l'établissement, les résultats ont montré que tous les résidents dénutris étaient connus et suivis et que les autres résidents n'étaient pas dénutris.

Chutes

Les chutes font l'objet d'un rapport écrit par l'infirmière et le médecin. L'ergothérapeute surveille les aides techniques (cannes, déambulateurs..). En 2012, 20 chutes ont été déclarées (soit 12.67% de la population). Des ateliers « W.I.I. » destinés à travailler l'équilibre et les fonctions cognitives sont organisés par l'ergothérapeute deux fois par semaine. Des ateliers « équilibre » avaient été mis en place, il convient de les rétablir.

Escarres

Un travail important est effectué pour maintenir les capacités de mobilisation des résidents. Les agents sont attentifs à l'état cutané. Des mesures de prévention sont mises en place pour réduire les facteurs mécaniques (pressions, cisaillements). Les équipes évitent que la personne soit en appui continu sur une même partie du corps. L'ergothérapeute répond aux demandes de « matériel de posture ».

Troubles de l'humeur et du comportement

En 2012, trente cinq des cent trente deux résidents déments avaient un traitement neuroleptique contre 40 en 2011. Le nombre est en baisse. Cela s'explique notamment par la sensibilisation des médecins aux effets délétères des traitements et par le développement des prises en charge non médicamenteuse (espace Snoezelen, pratique de l'humanité).

Risque infectieux

Les infections font l'objet d'une surveillance. L'enquête GREPHH "maîtrise du risque infectieux" en E.H.P.A.D., a été réalisée le 7 février 2012. Elle confirme que 60,7 % des objectifs ont été atteints (cf. Annexe 10). Une nouvelle évaluation est prévue en 2014.

Iatrogénie

Toutes les ordonnances sont vérifiées par la pharmacienne de l'établissement. Les éventuelles remarques aux médecins traitants et leurs réponses font l'objet d'un écrit. Dans le cadre de la qualité et de l'efficacité des soins en E.H.P.A.D., une enquête relative aux effets secondaires des neuroleptiques et aux liens avec les chutes a été réalisée par l'A.R.S. fin 2013. A cette date les résultats ne sont pas connus.

E. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Les équipes ont été formées à la prise en charge de la douleur, au "toucher-massage" selon la méthode SAVARTOFSKI de l'école européenne, à la méthode de prise en soin GINESTE -MARESCOTTI selon l'humanité. Deux espaces SNOEZELEN sont installés à « Pivoine » et « Myosotis » (services protégés), quatre baignoires "thalasso" avec bulles, billes, sont installées à « Myosotis », « Pivoine », « Glycines », « Mimosas ». Une démarche de prise en soin de détente a été formalisée par la psychologue.

L'évaluation de la douleur est effectuée dans le cadre du bilan gériatrique d'entrée par le médecin traitant.

Au cours du séjour, le repérage et l'évaluation de la douleur sont effectuées par les professionnels qui utilisent les échelles d'évaluation (DOLOPLUS et/ou ECPA) et transmettent les résultats aux médecins pour une adaptation du traitement antalgique. En cas d'urgence, le médecin coordonnateur peut prescrire. Dans certains cas, un travail individuel de prise en charge des douleurs chroniques avec thérapie cognitive et comportementale est mis en œuvre.

Un lien est établi avec le Centre Anti Douleur du CHRU de CLERMONT FERRAND. La présence de l'équipe mobile de soutien (ESA), d'une pharmacienne et d'un ergothérapeute à temps plein complète ce dispositif.

F. PRISE EN CHARGE, CONTINUITE ET COORDINATION DES SOINS

✿ Organisation médicale

L'établissement dispose de deux médecins coordonnateurs.

L'organisation médicale mise en place repose sur l'intervention des médecins généralistes, sous contrat avec l'établissement ; ils assurent le suivi de leurs patients par des visites hebdomadaires.

Pour les urgences survenant les jours et heures ouvrés, il est fait appel à un des médecins traitants inscrit sur un planning qui intervient pour n'importe quel résident en dehors de ses heures de visite programmées. Le samedi matin, lorsque le médecin d'astreinte n'est pas de GANNAT, il est fait appel au médecin traitant, à défaut au médecin du service, ou au médecin coordonnateur. En semaine après 18 h, le samedi après-midi, les dimanches et fériés, il est fait appel au 15 (cf. Annexe 11).

✿ Partenariats avec des établissements de santé

Il existe plusieurs conventions de partenariat avec le Centre Hospitalier de VICHY en matière de soins : instauration de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts de résidents, examens radiologiques, service d'urgences, HAD, Psychiatrie. D'autres conventions existent pour les transports sanitaires à la charge de l'établissement, pour le pédicure et pour le laboratoire. Toutes ces conventions reconductibles tacitement devront être évaluées.

✿ Transmission des consignes entre les équipes

Les transmissions écrites se font par le biais d'un logiciel, elles sont de deux types : les transmissions littérales qui relatent des faits et les transmissions ciblées qui focalisent une donnée, requièrent une action et nécessitent une évaluation.

Il existe également des transmissions orales lors de tous les changements d'équipes, elles durent 30 minutes minimum.

D'autres supports de transmission sont utilisés : cahiers d'informations, tableaux, planifications, etc.

G. CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le circuit du médicament répond actuellement à l'organisation suivante :

- La prescription médicale est écrite par le médecin traitant sur le logiciel « Médic'Or », elle précise la date et la durée, puis elle est imprimée et signée,
- Cette prescription est **retranscrite** sur une fiche « traitement » par une I.D.E.,
- La prescription médicale rédigée par le médecin est descendue à la pharmacie par l'I.D.E.,

- S'il y a des modifications de traitement l'I.D.E. et la préparatrice en pharmacie effectuent ensemble les changements pour la semaine en cours car les piluliers sont faits à la semaine.

Les piluliers sont préparés chaque semaine à la pharmacie, par la pharmacienne et la préparatrice en pharmacie, ensuite tous les piluliers sont vérifiés à la pharmacie et par les I.D.E. des services.

Tous les médicaments sont deblistérés par l'I.D.E. en principe la veille pour le lendemain.

Les médicaments sont distribués par l'I.D.E. aux résidents prenant seuls leur repas.

Pour les résidents qui ne mangent pas seuls, les médicaments sont mis dans des coupelles comportant le nom des résidents, le personnel qui aide à la prise du repas est chargé de faire administrer les médicaments aux personnes âgées.

Un audit sur le circuit du médicament a été réalisé par la pharmacienne en 2013 (cf. Annexe 12).

<u>3</u>	<u>Objectif n° 3 : Prévenir la maltraitance</u>
3-34	Mettre en place une formation systématique et rapide du nouveau personnel (contractuels compris).
3-35	Pérenniser la formation mise en place en 2010 ainsi que les formations humanitude.
3-36	Remettre la charte de bientraitance aux personnes nouvellement recrutées,
3-37	Mettre en place des groupes d'analyse de la pratique pour poser la réflexion sur les actions des professionnels et accompagner l'émotionnel émanant de la prise en charge des personnes vieillissantes.
3-38	Mettre en place des formations sur l'utilisation du matériel de transport (indication, contre-indications),
3-39	Réaffirmer les consignes concernant les matériels (cale pieds mis de façon systématique lors des transports)
3-40	Former les soignants, para médicaux, médico-techniques et administratifs avec le simulateur de vieillesse (méthode qui a fait ses preuves))
3-41	Améliorer le respect des rythmes des résidents dans les services classiques.

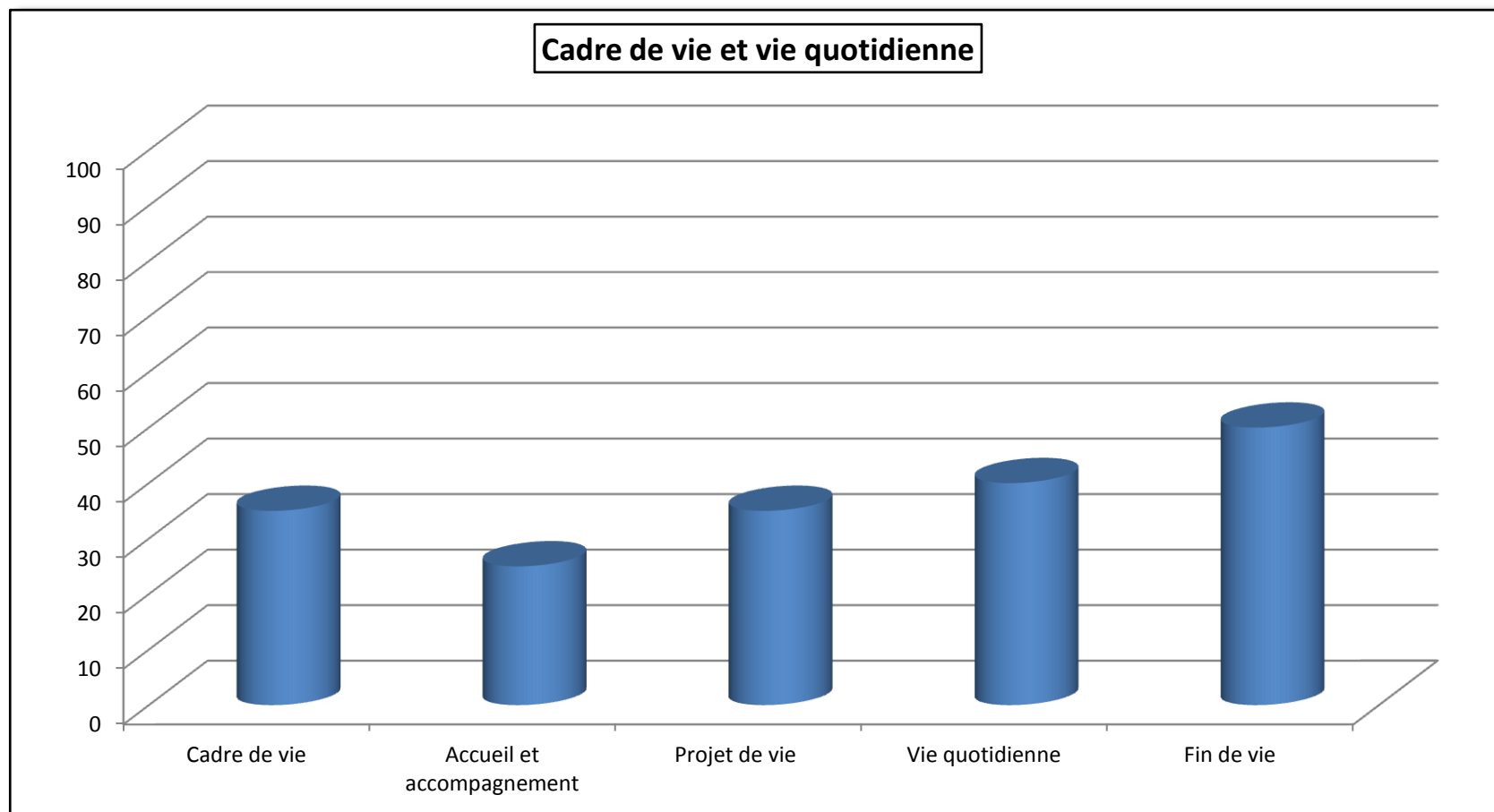
<u>4</u>	<u>Objectif n° 4 : Améliorer la prise en charge de la douleur</u>
4-42	Former, en particulier le personnel récent, à l'utilisation de l'anesthésie au masque pour les pansements très douloureux.
4-43	Former les nouveaux agents aux protocoles de prise en charge.

<u>5</u>	<u>Objectif n° 5 : Prévenir la dépendance</u>
5-44	Mettre en place des indicateurs avec traçabilité.
5-45	Faire réaliser le bilan d'autonomie par l'ergothérapeute.
5-46	Adapter correctement la texture de l'alimentation à l'autonomie de la personne.

<u>6</u>	<u>Objectif n° 6 : Garantir la protection des personnes vulnérables</u>
6-47	Envisager la mise en place un système électronique de détection des chutes à Lilas,
6-48	Mettre en place d'un système d'accès par badge avec zones d'accès par fonction.
6-49	Renforcer la participation du MJPM de l'établissement aux décisions concernant les majeurs placés sous sa protection (élaboration du projet de vie, changement de chambre etc ...),
6-50	Faire connaître aux personnels, le rôle du MJPM notamment en matière de tutelle à la personne,
6-51	Mettre à jour la notice d'information destinée aux majeurs protégés.
6-52	Rétablir les ateliers d'équilibre.

<u>7</u>	<u>Objectif n° 7 : Assurer la continuité et la coordination des soins</u>
7-53	Evaluer les différentes conventions passées avec les établissements de santé avant leur échéance.
7-54	Disposer d'un livret d'information pour les dispositifs médicaux.
7-55	Améliorer l'information sur le bon usage du médicament (ex péremption des flacons de gouttes et des antiseptiques en regroupant les informations dans un "classeur pharmacie" disponible dans les infirmeries.
7-56	Rédiger une procédure concernant la sécurisation du circuit du médicament.
7-57	Faire en sorte que les médecins s'investissent plus dans la relation avec les familles et les résidents car les AS/AMP ne peuvent pas répondre correctement aux questions médicales.
7-58	Développer le rôle d'information des médecins généralistes envers les familles,

3. CADRE DE VIE ET VIE QUOTIDIENNE (AXES 4 et 5 ANESM)



A. CADRE DE VIE

Locaux

Les peintures des chambres sont refaites en tant que de besoin à l'occasion des changements de résidents. La radio est diffusée dans les couloirs. Des téléviseurs sont installés dans les lieux de vie.

Les espaces Snoezelen comportent des éléments mettant en valeur tous les sens.

Les représentants des résidents estiment que les couleurs sont trop marquées, ils souhaitent être d'avantage associés aux choix des couleurs.

Accueil téléphonique

Il existe au niveau du bureau des entrées un accueil téléphonique qui fonctionne du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h (sans interruption). En dehors des heures d'ouverture un serveur vocal permet d'orienter les appels vers les services. On ne donne pas d'informations confidentielles par téléphone. Pour le reste, on vérifie à quel interlocuteur on a à faire et on adapte les réponses. Si besoin, on oriente vers les médecins.

Aménagements extérieurs agréables, accessibles et adaptés

Les jardins sont accessibles aux résidents, il existe des jardins fermés pour les unités sécurisées.

Un des jardins comporte un parcours sensoriel. En été des repas sont organisés à extérieur.

Des résidents participent au fleurissement et à l'entretien des jardins.

L'E.H.P.A.D. participe au concours des maisons fleuries.

Les représentants des résidents et des familles estiment que les jardins ne sont pas très bien entretenus, qu'il n'y a pas suffisamment de bancs (jardin parking visiteurs). Ils disent qu'il serait bien de disposer de jardinières surélevées accessibles aux personnes en fauteuils roulants.

Normes relatives au handicap

Toutes les salles de bains individuelles et collectives sont équipées de barres d'appui. Les 28 douches individuelles (toutes les chambres individuelles n'ont pas de douches) ainsi que les 5 douches collectives possèdent un siphon au sol.

Les circulations intra-service ont des mains courantes ainsi que deux galeries de liaison à « Pervenches » et « Vincent ». Toutes les entrées de l'établissement sont accessibles en fauteuil roulant.

Il conviendrait d'adapter la banque d'accueil ou de la supprimer.

B. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT

Visite et rencontre de l'établissement préalable à l'admission

Il existe des rencontres et des visites préalables à l'admission mais elles ne sont pas systématiques sauf pour l'accueil de jour. L'établissement souhaite généraliser cette pratique et la formaliser dans un protocole d'accueil à rédiger. Un nombre important d'admissions s'effectuent en urgence et dans ce cas la visite n'est pas possible. Pour les personnes qui sont hospitalisées et ne peuvent se déplacer, une visite du Médecin Coordonateur est parfois réalisée sur le lieu d'hospitalisation.

Information sur les modalités de séjour

Une présentation du fonctionnement du service et de la chambre du résident est faite oralement par les A.S./A.M.P. (présentation des intervenants et leur rôle, les horaires des repas, l'entretien du linge, l'animation...).

Les représentants des usagers et des familles souhaitent qu'une visite de l'ensemble de l'établissement y compris les jardins soit proposée aux nouveaux arrivants et à leur famille.

Admission

Les admissions en hébergement permanent se déroulent selon un processus bien établi.

Au niveau du bureau des admissions, les agents administratifs accueillent le nouveau résident et réalisent avec lui les dernières formalités : téléphone, chèque de caution, carte vitale, ensuite ils appellent le service pour qu'on vienne le chercher.

Au niveau du service, l'accueil est réalisé par le personnel présent.

Les admissions ont lieu de préférence entre 14 h 30 et 15 h 30 (après les transmissions) afin que le personnel dispose d'un minimum de temps pour prendre soins du nouveau résident, lui donner les informations de base et répondre à ses questions.

Un mot d'accueil est déposé dans la chambre du nouveau résident.

Les résidents du service sont informés par le personnel du service de l'arrivée d'un nouveau résident et par une carte de bienvenue affichée dans la salle à manger.

Ces pratiques seront formalisées dans un protocole à rédiger.

Intégration de la Personne Agée

Les personnes bénéficient d'une attention particulière dans les premières semaines qui suivent leur admission.

Les équipes sont formées au dépistage des troubles de l'humeur et de la dénutrition.

Une évaluation est réalisée lors des transmissions à partir des observations des soignants, si des troubles sont observés, il est fait appel à la psychologue et au médecin traitant.

Il n'existe pas de protocole relatif à l'intégration des nouveaux arrivants.

Organisation de la sortie définitive

Pour les retours à domicile ou les départs pour une autre institution, il existe une fiche de liaison (antécédents, renseignements administratifs, impressions des transmissions, soins en cours). Une ordonnance de sortie est établie par le médecin.

C. PROJET DE VIE PERSONNALISE

Recueil des habitudes de vie et des éléments biographiques

Lors de l'admission d'un nouveau résident, les référents recueillent les premiers éléments du projet personnalisé avec le résident et sa famille : histoire de vie, habitudes de vie, arbre généalogique, recueil des souhaits d'animation, souhaits de la personne âgée et de sa famille. Mais ces éléments regroupés dans des classeurs ne donnent lieu que rarement à l'élaboration d'un projet de vie individuel. Seul les résidents entrés avant 2003 ou ceux posant des problèmes bénéficient actuellement de cette procédure.

Association du résident et de son entourage

Lorsqu'il existe, le projet de vie s'élabore avec la personne accueillie ou son représentant légal et avec la présence de l'un des référents de la personne et de la psychologue. Puis, il est validé par le cadre de santé, la psychologue et l'un des deux médecins coordonnateurs.

Une aide est apportée par les soignants au résident, à sa famille ou au MJPM pour exprimer les choix. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées pour rechercher la meilleure solution afin de satisfaire les choix.

Une réflexion relative aux directives anticipées est en cours.

Pour chaque résident un binôme de référents est désigné parmi les soignants afin d'assurer le lien avec la famille et les proches.

Des entretiens individuels ou avec la famille peuvent être réalisés par la psychologue à la demande.

Modalité d'évaluation du projet de vie

Des réunions d'évaluation des projets de vie sont organisées pour les personnes ayant des problèmes mais elles ne sont pas systématiques. Cette élaboration fait l'objet de propositions thérapeutiques non médicamenteuses que la personne accepte ou refuse, les modalités peuvent être réajustées en fonction des exigences et des souhaits de la personne. Son consentement (ou celui du représentant légal ou de la famille) est donc recueilli à partir d'une information éclairée lors d'une rencontre personnalisée. Une réévaluation est prévue mais non réalisée.

L'accueil de jour classique procède à des réajustements réguliers selon les besoins.

Le besoin d'un suivi psychologique est à la demande de la personne elle-même ou sollicité par l'équipe de soins.

Lors d'un premier contact, la personne peut convenir du suivi ou le refuser. L'organisation du suivi est effectuée conjointement avec la personne (traçabilité sur logiciel).

Une fiche de suivi (incomplète) a été mise en place afin de vérifier que les évaluations du projet de vie sont réalisées pour chaque résident.

D. VIE QUOTIDIENNE

Respect du rythme et des habitudes

Lors de l'admission, un recueil d'information est effectué sur les habitudes de vie au besoin avec la famille. Les goûts alimentaires sont demandés et les aversions notées.

Le petit déjeuner est pris au choix en salle à manger ou en chambre.

Les heures de lever et coucher sont personnalisées.

Les représentants des résidents et des familles estiment que le rythme et les habitudes de vie sont bien respectés.

Animation

L'animation, placée sous la responsabilité de la Psychologue est assurée par trois animatrices.

L'Association Gannatoise pour l'animation de la Maison de retraite intervient dans l'établissement pour proposer des spectacles. Elle organise un dîner aux chandelles en fin d'année. Il n'existe pas de convention signée avec cette association.

Il existe un programme d'animation annuel comportant des spectacles et des sorties. Le programme mensuel et le programme hebdomadaire élaborés par le service animation sont affichés dans les services et les ascenseurs.

Le dernier projet d'animation a été réalisé en 2004.

Il n'existe pas d'animations spécifiques pour les personnes très handicapées ou souffrant de troubles du comportement mais des activités individuelles sont réalisées par les Aides Médico Psychologiques pour quelques résidents ciblés.

Ponctuellement, une chorale composée des résidents de l'E.H.P.A.D. se rend dans les services pour offrir un moment de convivialité aux personnes très dépendantes.

Les familles qui le souhaitent peuvent participer aux animations, leur présence est sollicitée pour accompagner les sorties.

Les souhaits des résidents sont recueillis à leur admission et tout au long de leur séjour.

Participation à la vie quotidienne de la structure

Les représentants des résidents participent au Conseil d'Administration et au Conseil de la Vie Sociale, des résidents assistent à la Commission Alimentaire.

Au quotidien, les résidents expriment leurs souhaits et participent aux activités d'animation : lecture du journal, jeux vidéo, atelier mémoire, jeux de société, informatique, cuisine, chorale, théâtre, rédaction d'un journal. Ils disposent d'un libre accès aux salles de détente.

Les représentants des résidents et des familles souhaitent que soient organisées des animations interservices (goûter, belote...) pour permettre aux personnes qui le souhaitent de sortir du cadre de leur service et de rencontrer d'autres résidents. Ils préconisent également que soit encouragée l'entraide entre résident : couture, lecture du journal.

Un représentant des résidents dit qu'il faut apporter une attention particulière à l'intégration des résidents hommes car la population est plus féminine que masculine et ils peuvent se sentir isolés.

Participation à la vie de la cité

Il existe de nombreux échanges avec les associations de la ville.

L'association pour l'animation de la Maison de Retraite facilite ces échanges en invitant des groupes (folklore, chorale, animations musicales).

Les résidents participent au concours des jardins fleuris, un prix spécifique est remis par le Maire à l'E.H.P.A.D.

Des échanges sont organisés avec les enfants de la crèche et des écoles : jardinage, cuisine, chants, repas.

Des résidents se rendent en ville, accompagnés si besoin, pour assister au Festival Culture du Monde ou aux cérémonies commémoratives.

Les Animatrices accompagnent les résidents à Ciné-sénior (tarif préférentiel) le vendredi après midi mais également à CORA à VICHY (courses et cafétéria), des sorties sont prévues pour les courses à GANNAT.

Des résidents peuvent effectuer une sortie en ville accompagnée par une A.M.P. lorsque l'effectif le permet.

Les A.M.P. déplorent de ne pouvoir assurer plus fréquemment ce type de tâche qui correspond mieux à leur formation et à leur fonction.

Certains résidents participent au repas offert par le CCAS.

La paroisse invite les pèlerins de LOURDES à une cérémonie suivie d'un repas.

Pour le Nouvel An, Monsieur le Maire remet personnellement un cadeau à chaque résident.

E. FIN DE VIE

Accompagnement

L'équipe soignante décide de la mise en soins de confort. La personne et sa famille sont informées.

Des évaluations régulières de la douleur sont réalisées avec les échelles "ECPA" et "DOLOPLUS".

Une convention est signée avec l'Equipe Mobile de Soutien et d'Accompagnement (EMSA) ainsi qu'avec l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) du Centre Hospitalier de VICHY. Ces professionnels apportent leur expertise et leurs conseils à l'équipe soignante, au résident, à sa famille.

Il a été créé au sein de l'établissement une équipe mobile de soutien (ESA) composée de deux I.D.E., de la psychologue, et du médecin coordonnateur. Tous sont formés aux soins palliatifs. Une évaluation des interventions de cette équipe est réalisée.

Décès

Le décès fait l'objet d'une prise en charge adaptée aux souhaits et aux croyances de chaque résident recueillis préalablement auprès des familles (tenue, faut-il prévenir de jour comme de nuit ? mode de départ du corps). Les démarches administratives sont expliquées à la famille.

Il existe des procédures relatives au décès du résident (transport de corps sans mise en bière) et au fonctionnement de la chambre mortuaire. La chambre mortuaire devrait être équipée de cases réfrigérées.

Il n'existe pas de règlement intérieur de la chambre mortuaire.

Les représentants des familles souhaitent visiter la chambre mortuaire pour dédramatiser ce lieu.

<u>8</u>	<u>Objectif n° 8 : Améliorer le cadre de vie et l'environnement</u>
8-59	Lors de la réfection des services et des chambres du bâtiment actuel, associer d'avantage les résidents au choix des couleurs et tenir compte des recommandations du G.G. relatives aux couleurs.
8-60	Disposer de placards plus grands dans les chambres.
8-61	Adapter la banque d'accueil ou la supprimer.
8-62	Refaire les jardins à l'issu des travaux d'extension.
8-63	Installer des jardinières adaptées pour les personnes handicapées.
8-64	Afficher les horaires d'ouverture des services administratifs.
8-65	Acheter des fauteuils supplémentaires pour les chambres.
8-66	Disposer uniquement de chambres à un lit avec douche individuelle.

<u>9</u>	<u>Objectif n° 9 : Améliorer l'accueil</u>
9-67	Renforcer le dispositif de pré-admission
9-68	Elaborer la procédure d'accueil pour l'hébergement permanent.
9-69	Elaborer la procédure relative à l'admission en accueil de jour.
9-70	Rendre systématique les visites médicales de pré-admission.
9-71	Organiser une visite de l'établissement pour les nouveaux arrivants et leur famille.
9-72	Désigner systématiquement deux référents pour chaque résident et les garder en cas de changement de chambre.
9-73	Rédiger une procédure "Inventaire".
9-74	Organiser des rencontres avec les familles en amont et en aval de l'admission.

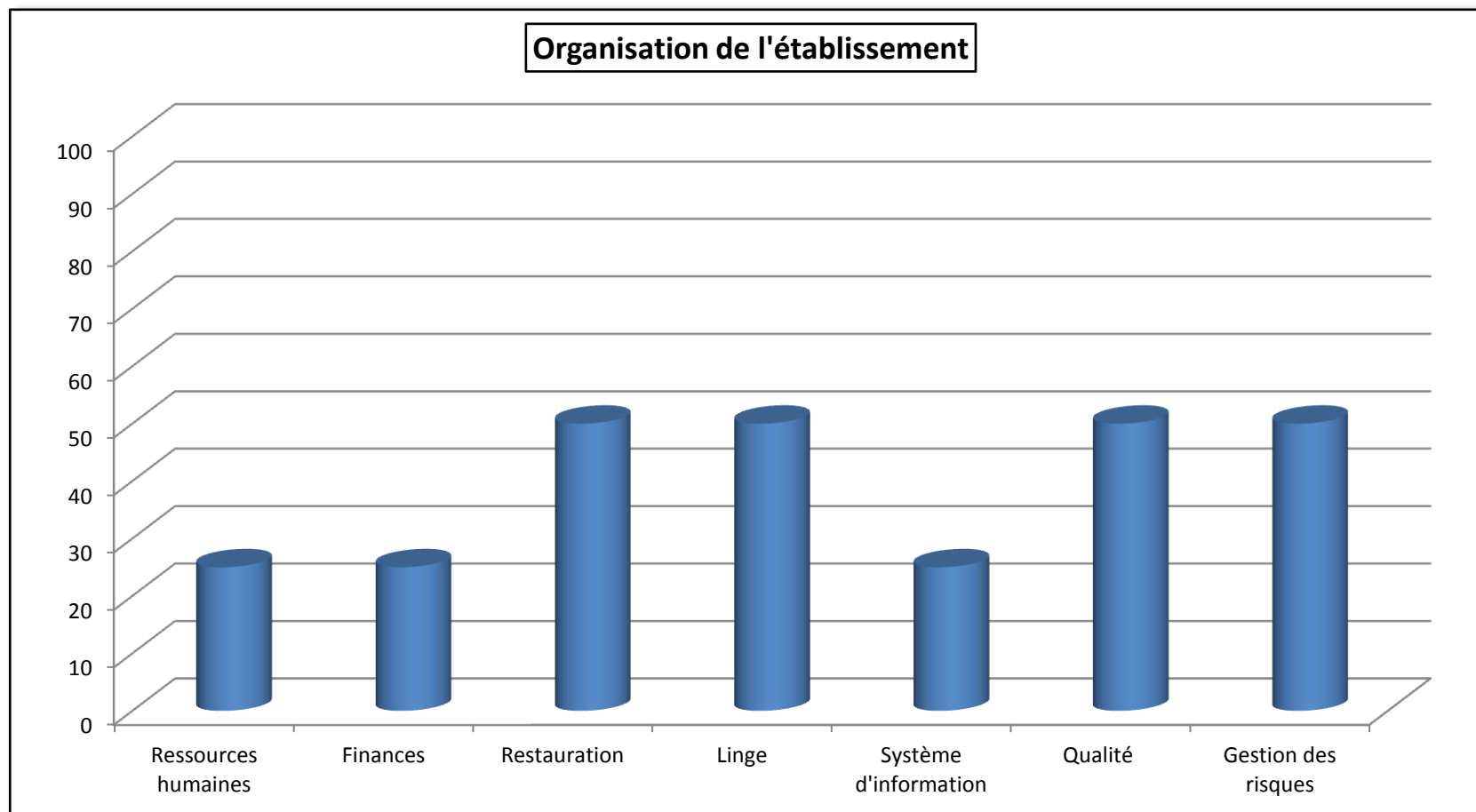
<u>10</u>	<u>Objectif n° 10 : Améliorer la prise en charge et l'accompagnement</u>
10-75	Conduire une réflexion par rapport à l'ouverture des portes.
10-76	Actualiser les fiches de bien être lors de réunions de synthèse.
10-77	Assouplir l'organisation des réunions pluridisciplinaires.
10-78	Elaborer un outil de mesure de la compréhension des résidents.
10-79	Organiser des réunions pluridisciplinaires à chaque changement important.
10-80	Assouplir la mise en place du groupe pluridisciplinaire : médecin coordonnateur remplacé en cas d'absence par le médecin traitant, cadre de santé remplacé par une IDE, mais présence indispensable de l'AS ou de l'IDE qui s'occupe du résident.
10-81	Développer les actes de thérapies non médicamenteuses.
10-82	Organiser un groupe de parole sur l'importance de la participation des familles, proches et aidants,
10-83	Porter une attention particulière à l'intégration des hommes.
10-84	Encourager l'entraide entre les résidents (services rendus).

<u>11</u>	<u>Objectif n° 11 : Généraliser et améliorer les projets de vie personnalisés</u>
11-85	Réactualiser et réévaluer les projets de vie existants.
11-86	Réaliser pour chaque résident un projet de vie personnalisé élaboré en concertation avec le résident, sa famille ou son représentant légal, puis signé par eux,
11-87	Intégrer les refus dans les projets de vie personnalisés.
11-88	Numériser ce document pour assurer la confidentialité et conserver l'historique.
11-89	Présenter ce document au résident, à la famille ou au représentant légal dans les 6 semaines qui suivent son admission.
11-90	Mettre en place une procédure "Projet de vie" précisant leur caractère obligatoire ainsi que la nécessité de leur évaluation et de leur mise à jour.
11-91	Réaliser une synthèse du projet de vie pour chaque résident.

<u>12</u>	<u>Objectif n° 12 : Améliorer l'animation</u>
12-92	Généraliser la nouvelle fiche d'animation créée début 2013.
12-93	Former les animatrices à la prise en charge des personnes démentes.
12-94	Organiser des animations interservices dans les lieux de vie.
12-95	Organiser des animations pour les personnes les plus dépendantes physiquement et psychiquement.
12-96	Informers les familles du programme d'animation : courrier avec facture, lien avec les représentants au CVS.
12-97	Renforcer les liens entre l'association d'animation et les animatrices.
12-98	Augmenter le budget animation et/ou obtenir des aides extérieures.

<u>13</u>	<u>Objectif n° 13 : Améliorer l'accompagnement en fin de vie</u>
13-99	Mettre en place les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.
13-100	Disposer de protocoles pour les nuits et les fins de semaines.
13-101	Dans les visites de l'établissement destinées aux familles, inclure la visite de la chambre mortuaire.
13-102	Rédiger le Règlement Intérieur de la chambre mortuaire.
13-103	Equiper la chambre mortuaire de casiers réfrigérés.

4. ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT



A. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Déploiement des orientations et valeurs du Projet d'Etablissement

Le projet de soins, le projet de vie et le projet architectural qui, pour le moment, tiennent lieu de projet d'établissement ont été portés à la connaissance du personnel par l'intermédiaire des instances. Les valeurs qu'il contient sont relayées par l'encadrement et les formations.

Adéquation des besoins RH avec les ressources allouées

Les responsables de l'établissement s'efforcent s'adapter les besoins en ressources humaines. Le budget prévisionnel adressé aux autorités de tutelle est réalisé en fonction des postes autorisés. Il comprend notamment le tableau des effectifs autorisés et les mesures nouvelles qui ont pu être négociées. Le suivi budgétaire est réalisé avec le logiciel de comptabilité.

Valorisation de la professionnalisation

Un plan annuel de formation est réalisé en adéquation avec les besoins de l'établissement. Il répond aux exigences de la réglementation. Les formations promotionnelles répondent aux projets de l'établissement.

Lors de l'entretien d'évaluation, les souhaits des agents sont pris en compte.

Politique de recrutement

La gestion prévisionnelles des métiers et des compétences est mise en place, un suivi des effectifs est réalisé de manière à prévoir les formations et à anticiper les départs en retraite.

Les dossiers du personnel sont réactualisés à chaque changement : nouvelle réglementation, situation familiale ou administrative.

Les registres du personnel sont réactualisés à chaque changement.

Il existe des tableaux de suivi pour les Contrats à Durée Déterminée, les visites de santé au travail, le suivi des absences suite à un arrêt de travail. Les congés et absences sont gérés grâce à un logiciel. Le suivi individuel des formations est appliqué sur le passeport formation. Il existe un registre des accidents de travail sans distinction de types de gravité.

Il n'existe pas de tableau de suivi pour les documents administratifs du salarié.

Les déclarations d'embauche auprès de l'URSSAF sont effectuées.

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels est réalisé.

Les réunions entre la direction et les délégués du personnel font l'objet de comptes rendus.

Les affichages obligatoires sont en place dans chaque service et locaux communs.

Il existe des tableaux d'affichage pour les organisations syndicales mais ils ne sont pas conformes à la réglementation.

Il n'existe pas de livret d'accueil du personnel, ni de règlement intérieur les concernant.

Gestion des plannings des salariés / Contraintes sociales et besoins organisationnels

Les plannings prévisionnels sont réalisés conformément à la réglementation (amplitude horaires et roulements), mais en raison des arrêts de travail, l'amplitude de repos et les roulements ne sont pas toujours respectés.

Les plannings sont gérés sur le logiciel de gestion du temps. Le taux d'encadrement n'est pas toujours en adéquation avec le nombre de résidents et la charge de travail.

B. GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE

Adéquation avec les besoins

Le budget prévisionnel, adressé aux autorités de tutelles, prend en compte les besoins de l'établissement. Au terme de la procédure contradictoire, les autorités de tutelles arrêtent le budget et fixent les tarifs.

Positionnement auprès de ses prestataires de service

Après évaluation des besoins, les achats sont réalisés conformément aux règles du Code des Marchés Publics. Les choix sont réalisés en fonction des critères contenus dans le cahier des charges et dans le respect des crédits alloués. Selon les domaines, soit l'établissement gère lui-même ses achats, soit il adhère à des groupements de commandes.

La gestion de la relation client fournisseur se définit en fonction des procédures d'achat. Les commandes sont réalisées par informatique. Les problèmes rencontrés sont gérés par téléphone.

Pilotage de l'établissement

Des tableaux de bord sont mis en place pour le suivi de l'activité, des recettes et des dépenses.

C. RESTAURATION

Organisation de la prestation

L'établissement dispose d'une cuisine interne, les repas sont distribués en liaison chaude le midi et liaison froide le soir. Les menus sont établis par la diététicienne avec le Chef de cuisine.

La structure des repas respecte l'équilibre nutritionnel. Un potage fait maison est servi le soir, du fromage et des laitages sont proposés à chaque repas. Les portions et la fréquence des mets sont établies en fonction des recommandations du Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) mais les goûts des résidents sont avant tout respectés. Des cahiers de goût sont mis en place dans les services afin de respecter les attentes des résidents (menu de remplacement). La texture est adaptée aux besoins de chaque résident (repas hachés).

Les repas sont servis à 12 heures et 18 heures dans des secteurs différents adaptés au degré d'autonomie des résidents. Les personnes les plus dépendantes sont regroupées dans une salle à manger où les effectifs du personnel sont renforcés afin d'apporter l'aide nécessaire, partielle ou totale. Les résidents les plus autonomes sont regroupés dans une autre salle à manger où le service hôtelier est assuré par un seul agent : cela permet l'inter activité des repas ainsi que les discussions entre résidents.

Toutefois, au service « Glycines », la sectorisation se fait par table dans la salle à manger unique.

Dans le secteur sécurisé, le service des repas est adapté au rythme des résidents : fractionnés au cours de la journée ou repas complet classique ; au besoin, la technique employée pour l'administration du repas s'adapte à chaque individu notamment aux personnes déambulantes que l'on suit pour les faire manger.

Sécurité alimentaire

La méthode HACCP est appliquée ; l'ensemble des agents de la cuisine ont suivi une formation adaptée. Le laboratoire IPL analyse le repas témoin. Le personnel fait l'objet d'un suivi médical spécifique.

D. LINGE

Organisation du circuit du linge

La structure de l'établissement ne permet pas d'avoir un circuit linge propre et un circuit linge sale séparés. Le linge plat est traité par la blanchisserie inter-hospitalière de VICHY constituée en Groupement d'Intérêt Public dont l'établissement est membre. Les commandes sont effectuées quotidiennement par le personnel de la blanchisserie en fonction de la dotation établie par le service sur un site informatisé. La blanchisserie inter-hospitalière effectue la livraison quotidienne à la blanchisserie qui répartit le linge par service. Les agents des services récupèrent les chariots et rangent le linge dans la lingerie du service. Le linge sale est déposé dans des sacs identifiés par leur couleur puis stocké dans le local linge sale de chaque service avant d'être descendu en blanchisserie au moyen de « rolls ». Les agents transvasent les sacs de linge sale sur les « rolls » du GIP.

La blanchisserie de l'E.H.P.A.D. entretient le linge des résidents ; elle comporte un double accès : coté sale et coté propre. Les agents des services descendent le linge sale des résidents à l'aide de « rolls » dans les locaux de la blanchisserie. Les agents de la blanchisserie effectuent le tri, le lavage, le séchage, le repassage et le ravaudage éventuel. Ce linge est ensuite rangé dans les chariots par service et par résident puis rangé dans chaque chambre par les agents des services. Le tri du linge des résidents dans les services de soins n'est pas suffisamment rigoureux. Les vêtements non marqués ne sont pas systématiquement placés dans un sac à part comportant le nom du résident. Il arrive que du linge très souillé soit mélangé à d'autre linge ce qui occasionne du travail supplémentaire pour la blanchisserie car le linge très sale fait l'objet d'un pré-lavage pour le désinfecter.

Procédure

Il existe une procédure décrivant l'ensemble du circuit du linge validée par la société Audit Textile en 2006. Cette procédure est affichée dans la lingerie.

E. ENTRETIEN DES LOCAUX ET DU MATERIEL

L'entretien des matériels, en particulier pour le matériel de manutention, n'est pas toujours réalisé de manière convenable.

L'entretien des locaux fait régulièrement l'objet de plaintes de la part des résidents et des familles. Il conviendrait d'organiser l'entretien régulier des locaux, d'harmoniser les pratiques et de réaliser régulièrement des formations du personnel. Pour maîtriser l'ensemble des tâches relatives à l'hygiène des locaux et des équipements, il serait souhaitable de disposer d'un poste de gouvernante.

F. SYSTEME D'INFORMATION

Systèmes d'informations & de communication

Il existe des logiciels pour la gestion des résidents, la gestion financière et économique, la gestion du personnel et la gestion des plannings ainsi qu'un logiciel médical. Une réflexion est en cours pour choisir un logiciel global dit "de prise en charge".

Continuité de la prise en charge et transmission des informations

Les transmissions écrites se font par le biais d'un logiciel avec deux types de transmissions : les transmissions littérales qui relatent des faits, les transmissions ciblées qui focalisent une donnée, requière une action et nécessite une évaluation. Il existe aussi des transmissions orales à toutes les inter-équipes dans un espace temps de 30 minutes minimum. Ils existent d'autres supports de transmission d'informations informelles de type cahier d'informations, tableaux, planifications, etc....

G. DEMARCHE QUALITE

Gestion documentaire

La gestion documentaire était, il y a peu de temps, organisée sous forme papier. Les classeurs contenant les divers protocoles ont été retirés des services. Une nouvelle organisation est en train de se mettre en place, basée sur des documents numérisés ; elle est formalisée par un protocole comprenant un schéma décrivant le mode de classement.

Actuellement, il n'existe pas de moyen pour vérifier que le personnel connaît et applique les procédures. Pour le circuit du médicament un audit a été réalisé à cette fin.

Outils et instances qualité

Les indicateurs de suivi recommandés par l'ANESM ne sont pas mis en place de façon systématique (cf. Annexe 13). Il n'existe pas d'instance ni d'outils spécifiques pour gérer l'amélioration continue de la qualité. Toutefois, les autres instances veillent à cet objectif.

Fiches d'événements indésirables

Les fiches d'événements indésirables sont utilisées. Elles sont lues par le directeur puis portées à la connaissance des professionnels concernés pour mise en place d'une action.

Optimisation du matériel et de l'infrastructure

Il existe des tableaux pour le suivi des vérifications réglementaires et de la maintenance.

En matière de gestion des risques des liens directs sont établis avec les constructeurs. Le responsable des services techniques est inscrit au forum de l'association des charges et sécurité dans les établissements de santé "ACSES".

Modalités d'élaboration et de suivi du programme d'amélioration continue

Il n'a pas été établi de programme d'amélioration continue de la qualité.

Recueil et réponse aux remarques des PA

Dans l'établissement, il existe deux façons de recueillir et de répondre aux remarques des personnes âgées.

La première, par le biais des unités de soins : lorsqu'un incident concernant un ou plusieurs résidents est constaté, le ou les agents du service remplisse(nt) un imprimé intitulé "rapport d'incident". Ce dernier, en plus de la signature ou des signatures des agents, est signé par l'infirmière. Le cadre de santé le récupère et le remet au secrétariat de direction pour visa du Directeur. Ensuite, une copie est faite aux professionnels concernés pouvant pallier au problème évoqué (psychologue, médecin coordonnateur, cadre de santé....).

La deuxième se fait par le biais des familles qui ont à leur disposition, à l'accueil, des imprimés de déclaration de réclamation. Ce document est récupéré par le secrétariat de direction et mis au visa du Directeur. Ce dernier réunit les éléments d'informations auprès des professionnels concernés et transmet un courrier de réponse à la famille.

Recueil et prise en compte du niveau de satisfaction

Une enquête avait été faite auprès des familles et des résidents en 2007, avec une analyse des résultats sur les points à améliorer et les différentes remarques faites. Une autre enquête de satisfaction a été faite auprès des familles et des résidents en 2012. Cette dernière est en cours de dépouillement. Ces questionnaires englobent les sujets suivants : les démarches administratives, les soins, la restauration, l'hygiène, le cadre de vie, les relations avec le personnel.

H. GESTION DES RISQUES NON MEDICAUX

Prévention et gestion des crises sanitaires

L'établissement a élaboré un Plan bleu essentiellement axé sur les problèmes liés à la canicule.

Le personnel est sensibilisé aux problèmes de canicule, des pièces ont été climatisées à raison d'une par service sauf dans l'unité « Lilas » où la rénovation est prévue.

Fonctionnement en cas de crises sanitaires avérées

Le plan bleu ne comporte pas de volets relatifs aux crises sanitaires. Toutefois des conduites à tenir ont été élaborées pour certaines épidémies. Il n'existe pas de Plan de continuité de l'activité.

Procédures d'urgence

Il existe des protocoles relatifs à quelques situations d'urgence : fugue, AES, suicide ou mort violente,

Pour les urgences médicales des jours et heures ouvrés et du samedi matin, il est fait appel à un des médecins traitants inscrit sur un planning. Après 18 h ou le samedi AM, les dimanches et fériés, il est fait appel au 15.

Sécurité incendie

L'établissement applique le règlement de sécurité contre l'incendie dans les ERP. Un exercice d'évacuation à l'échelle d'un service est organisé annuellement. Plusieurs groupes de formation (équipiers de première intervention et mise en sécurité des résidents) sont organisés chaque année et couvrent la quasi totalité des agents de l'établissement. Des formations SSIAP 1 et SSIAP 2 sont organisées pour l'équipe d'intervention (agents des services techniques). Tous les contrôles (commission de sécurité, maintenance, visite périodique) sont inscrits dans le registre de sécurité (obligatoire) détenu par le responsable des services techniques dans un coffre. Il existe des contrats de maintenance pour les dispositifs de sécurité : SSI, désenfumage, blocs autonomes d'éclairage sécurisé, CFPI, extincteurs, RIA.

Sécurité électrique

L'établissement possède un dispositif d'alimentation secourue (groupe électrogène). Un second groupe électrogène est prévu dans le cadre de la nouvelle construction et sera installé dans le premier semestre 2014. Les essais et vérifications sont effectués.

Autres risques liés aux personnes accueillies

Il existe un carnet sanitaire pour le suivi des différents risques liés aux personnes accueillies. Un diagnostic a été réalisé en 2011. Cinq points sont contrôlés par le laboratoire départemental deux fois par an (laboratoire IPL). Deux traitements préventifs sont réalisés chaque année sur le réseau eau chaude sanitaire contre les risques de légionellose.

Signalements à l'ARS

Le "protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques dans les établissements et services médico-sociaux" réalisé par l'A.R.S. AUVERGNE est utilisé par l'établissement pour les événements graves.

<u>14</u>	<u>Objectif n° 14 : Améliorer la gestion des ressources humaines</u>
14-104	Disposer d'un livret d'accueil du personnel.
14-105	Réaliser le plan de formation après évaluations des agents.
14-106	Mettre en place la distinction des tâches en fonction des compétences.
14-107	Engager une réflexion sur la limitation des changements de poste de travail à l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment.
14-108	Obtenir des postes d'aides soignants supplémentaires pour éviter les glissements de tâches.
14-109	Disposer de fiches de poste pour chaque agent.
14-110	Renforcer le rôle d'encadrement des IDE.

<u>15</u>	<u>Objectif n° 15 : Améliorer la gestion des ressources financières</u>
15-111	Organiser des réunions de concertation interne pour effectuer les choix financiers.
15-112	Mettre en place une procédure d'achat respectueuse des crédits.
15-113	Améliorer la publication des résultats des marchés sur le BOAMP.
15-114	Créer un poste de magasinier afin d'améliorer la gestion des stocks.

<u>16</u>	<u>Objectif n° 16 : Améliorer l'organisation de la restauration</u>
16-115	Différer d'une demi-heure le repas du soir et la programmation des chariots, puis revoir l'organisation de travail du personnel des cuisines.
16-116	Fabriquer plus de plats faits "maison".

<u>17</u>	<u>Objectif n° 17 : Améliorer le tri du linge</u>
17-117	Organiser une visite de la blanchisserie pour les nouveaux personnels afin de leur expliquer l'importance du tri.
17-118	Prévoir une rencontre annuelle entre le personnel de la blanchisserie et le personnel des services pour aborder les différents dysfonctionnements.

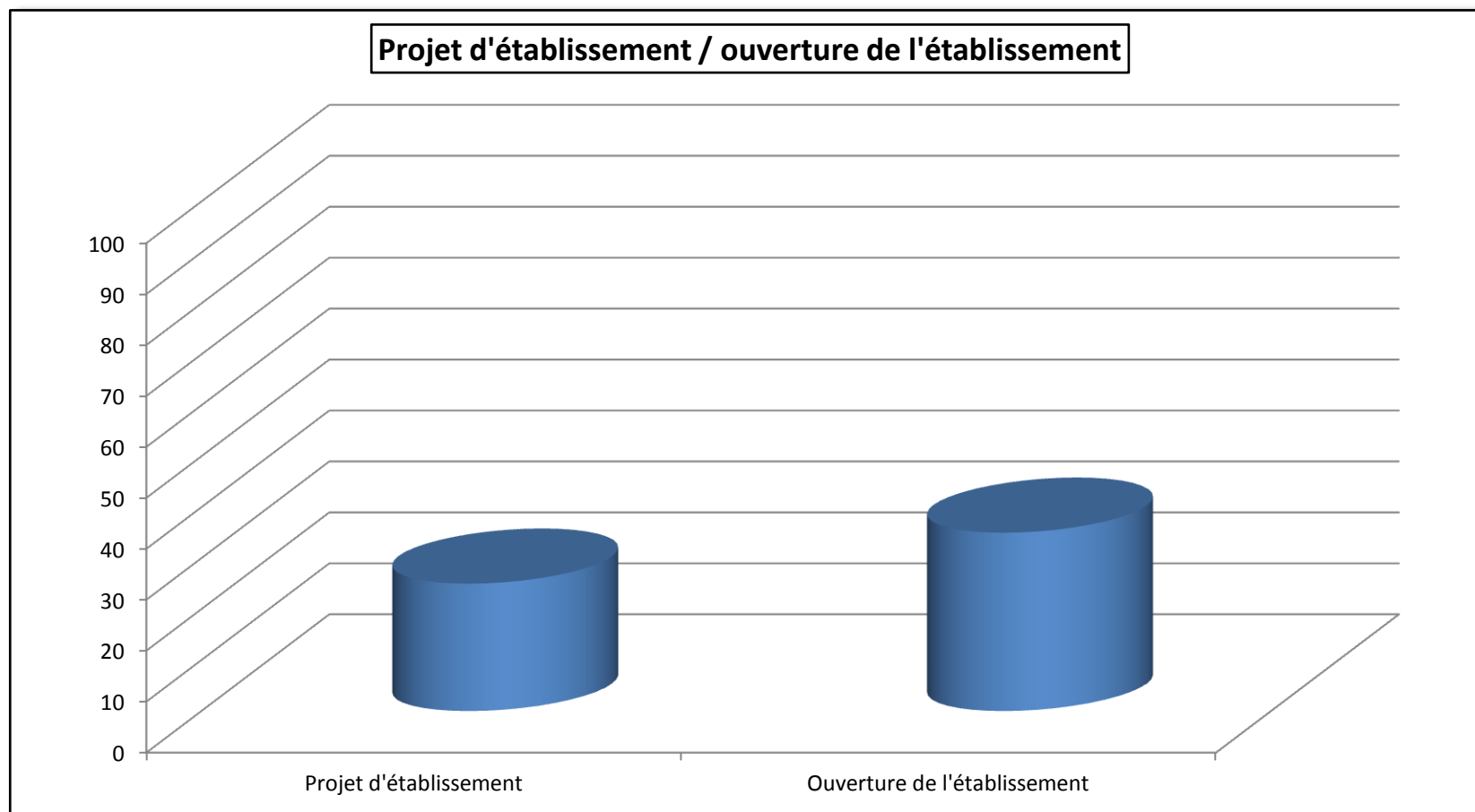
<u>18</u>	<u>Objectif n° 18 : Améliorer l'entretien des locaux et du matériel</u>
18-119	Rédiger un protocole de nettoyage et d'entretien des matériels d'aide et de manutention (y compris propreté et intégrité des coussins et matelas),
18-120	Organiser des formations régulières à l'utilisation des matériels,
18-121	Mettre en place des fiche d'utilisation des différents appareils,
18-122	Envisager la création d'un poste de gouvernante.

<u>19</u>	<u>Objectif n° 19 : Améliorer le système d'information</u>
19-123	Disposer d'un logiciel de prise en charge adapté aux différents intervenants et permettant une lecture facile des consignes
19-124	Disposer d'un système de lecteur de code barres en lien avec le système "ECOD'OR" afin d'optimiser la gestion des stocks
19-125	Intégrer les tableaux de bord dans le système d'information (logiciels professionnels)
19-126	Accéder au VIDAL dans le nouveau logiciel de prise en charge.

<u>20</u>	<u>Objectif n° 20 : Améliorer l'organisation de la qualité</u>
20-127	Mettre en place une gestion documentaire informatisée sous la responsabilité d'une seule personne.
20-128	Termier et valider les protocoles de la valise d'astreinte.
20-129	Elaborer un programme d'amélioration continue de la qualité comportant des critères d'évaluation.
20-130	Dans le projet d'établissement, insérer un projet qualité reprenant les actions d'amélioration issues de l'évaluation interne et de l'évaluation de la convention tripartite.
20-131	Mettre en place une "commission qualité" chargée du suivi de la démarche qualité (objectifs, outils, actions correctrices).
20-132	Mettre en place les indicateurs de suivi recommandés par l'ANESM en les intégrant dans le logiciel de prise en charge.
20-133	Exploiter l'enquête de satisfaction de 2012 et relancer une nouvelle enquête.
20-134	Former la responsable qualité.
20-135	Généraliser les audits pour évaluer les protocoles et vérifier leur application.
20-136	Prévoir un système d'évaluation régulier de la Convention tripartite.

<u>21</u>	<u>Objectif n° 21 : Améliorer la gestion des risques</u>
21-137	Compléter le Plan bleu en l'élargissant aux différentes situations de crise et en intégrant des fiches action.
21-138	Réaliser un Plan de continuité de l'activité adapté à toutes les situations de crise.
21-139	Valider les protocoles d'urgence
21-140	Rendre plus accessible la fiche de déclaration des événements indésirables.
21-141	Mettre en place une cellule de gestion des risques pour effectuer l'analyse des DEI.
21-142	Effectuer systématiquement l'analyse des Déclarations d'Evénements Indésirables.
21-143	Restructurer le réseau d'eau chaude sanitaire pour limiter les risques de légionellose.
21-144	Utiliser de douchettes jetables pour limiter les risques de légionellose.
21-145	Organiser des visites de services par les membres du CHSCT.
21-146	Mettre en place des dispositifs de protection des travailleurs isolés notamment pour les personnels de nuit.
21-147	Réfléchir à la mise en place de la Gestion Technique Centralisé "GTC"
21-148	Changer régulièrement les codes d'accès.

5. PROJET D'ETABLISSEMENT ET OUVERTURE DANS L'ENVIRONNEMENT



A. PROJET D'ETABLISSEMENT

Il n'existe pas de Projet d'Etablissement complet mais des éléments ont été réalisés : un Projet de Vie, un Projet de Soins, un Projet Architectural. La réunion de ces trois documents constitue une base pour le Projet d'Etablissement.

Le projet d'établissement sera réalisé en 2014 afin de prendre en compte les évolutions relatives aux besoins de la population et à la réglementation.

Pour le moment, les objectifs institutionnels sont évalués et réajustés dans le cadre de la convention tripartite.

Suite aux difficultés rencontrées par l'établissement, une réflexion a été engagée et une nouvelle gouvernance a été mise en place pour développer une dynamique d'équipe. Elle repose sur des structures de pilotage associant l'encadrement au sein du comité de direction (CODIR), l'ensemble des responsables qui participent au comité de pilotage du changement (COPILCH) et plus largement les principaux acteurs de l'établissement membres du groupe projet.

Par ailleurs, un cadre administratif s'est vu confier la responsabilité de la démarche qualité notamment l'évaluation interne et l'évaluation de la convention tripartite. Toutes ces personnes participeront à l'élaboration du nouveau projet d'établissement.

La prise en compte des attentes des personnes âgées sera assurée par la consultation des représentants des résidents, des familles et des élus.

Valeurs & l'éthique

Outre les valeurs républicaines que tout établissement public se doit de respecter, notamment la laïcité et l'égalité, le projet d'établissement mettra en exergue les principes de l'action sociale et plus spécialement la solidarité et la protection des personnes vulnérables ainsi que les valeurs contenues dans la « *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* » et dans la « *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance* ». Une réflexion sera engagée en matière d'éthique, elle devrait conduire à la création d'une structure du type comité d'éthique.

Volet architectural

Un projet architectural avait été élaboré. Sa mise en œuvre se traduit par l'achèvement d'un nouveau bâtiment de 60 lits qui permettra la transformation des unités classiques actuelles en unités de plus petite taille, de dédoubler les chambres à 2 lits, la création d'une unité dédiée à la prise en charge de personnes ayant des troubles du comportement sévères et d'un PASA. Le projet de rénovation du service « Lilas » débutera à l'automne et permettra d'augmenter la capacité d'accueil des personnes atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées en transformant ce service en une 3ème unité protégée comportant 2 lits d'accueil de nuit. Le projet architectural va jusqu'à la livraison des locaux fin 2015.

Volet animation & la vie sociale

Le projet d'animation réalisé en 2004 sera amélioré pour prendre en compte l'évolution de la dépendance des personnes accueillies. La collaboration avec l'association d'animation sera renforcée.

Volet accompagnement personnalisé

Le nombre actuel de chambres à deux lits (49) ne favorise pas un accompagnement personnalisé. La construction d'un nouveau bâtiment en cours d'achèvement a pour but de les réduire.

B. OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT

Communication externe

Pour se faire connaître, l'établissement a organisé une journée "porte ouverte" en octobre 2011. Cette manifestation a fait l'objet d'un article de presse mais il n'a pas été conservé.

Une affiche d'information a été réalisée et transmise au CCAS, à la Mairie, au Réseau Mémoire Allier.

Des plaquettes d'information "Accueil de Jour", "Accueil temporaire" et "Accueil Classique" ont été réalisées, ces documents sont en cours de mise à jour.

Les médecins et les personnels non médicaux participent aux différents réseaux concernant la gérontologie que ce soit au niveau territorial, départemental ou régional. Des liens privilégiés existent avec le réseau Mémoire Allier, France Alzheimer.

Contribution aux dynamiques locales

L'ouverture de l'établissement à la vie locale se fait par l'intermédiaire de la participation des résidents à divers événements de la commune (remise des prix "villa fleurie"). La municipalité est présente dans l'établissement (remise de cadeaux en fin d'année) Il existe des partenariats avec des associations locales (association d'animation, échanges avec les écoles, le CCAS, le folklore).

Des liens sont privilégiés avec le tissu économique communal et local (entreprise de pompes funèbre, société de transport de personne, magasins alimentaires, les tabacs.....

En cas de besoin, les services publics se déplacent au sein de l'établissement : perception, mairie, gendarmerie.

Accessibilité géographique de l'établissement

L'accès à l'établissement est indiqué à différents endroits de la ville. Un arrêt minute existe devant l'entrée principale ainsi qu'un accès réservé pour les ambulances. Le parking réservé aux personnels et aux visiteurs est momentanément neutralisé par les travaux.

<u>22</u>	<u>Objectif n° 22 : Réaliser un nouveau projet d'établissement</u>
22-149	Elaborer une stratégie de positionnement de l'établissement.
22-150	Réaliser un bilan de la nouvelle construction.
22-151	Réaliser un bilan de la transformation du service "Lilas" fin 2015 lorsque les travaux seront terminés.
22-152	Réviser les projets existants (Projet de soins, Projet de vie, Projet architectural) et élaborer les projets manquants (Projet qualité, Projet système d'information, Projet Social...) pour construire le nouveau Projet d'Etablissement.
22-153	Rédiger le nouveau Projet d'établissement
22-154	Présenter le Projet d'établissement aux personnels, aux familles et aux résidents et le diffuser auprès de nos partenaires.
22-155	Mettre en place une formation pour les nouveaux arrivants comportant l'exposé des valeurs et orientations du projet d'établissement
22-156	Créer une structure de réflexion en matière d'éthique

<u>23</u>	<u>Objectif n° 23 : Améliorer l'ouverture de l'établissement sur son environnement</u>
23-157	Disposer de plaquettes d'information mise à jour : Accueil de Jour, Accueil Temporaire, Accueil Classique et les diffuser au Clic, aux médecins, aux pharmacies, aux assistantes sociales, aux établissements de santé.
23-158	Conserver les articles et remerciements de la rubrique nécrologique, le recueil sera effectué par les animatrices.
23-159	Disposer d'une source unique d'informations en matière de veille réglementaire.
23-160	Rénover le parking à l'issue des travaux.
23-161	Développer le réseau gérontologique avec le pôle gériatrique de Cébazat et la future unité cognitivo comportementale (UCC).

ANNEXES

1. Plan d'action,
2. Procès verbal du COPIL du 24 septembre 2013,
3. Référentiel volet n° 0 : Principaux pré-requis pour l'évaluation interne,
4. Référentiel volet n°1 : Droit et participation des usagers / Personnalisation de la prestation,
5. Référentiel volet n° 3 : L'organisation de l'établissement,
6. Référentiel volet n° 2 : Projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre,
7. Référentiel volet n° 4 : L'établissement et son environnement,
8. Compte-rendu de la réunion avec les représentants des résidents et des familles,
9. Répartition des chambres à 1 et 2 lits par service,
10. Etude relative à la maîtrise des risques infectieux (GREPHH),
11. Tableau des astreintes médicales,
12. Audit du circuit du médicament.
13. Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés.