

# PROJET MEDICO-SOCIAL DES EHPAD 2020-2024

Ensemble au service  
de la Dignité, de  
l'Humanité et des  
Libertés



# SOMMAIRE

<b>LE MOT DU DIRECTEUR.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>1. LE CADRE DU PROJET.....</b>	<b>7</b>
<b>2. CAPACITES D'ACCUEIL ET PRESENTATION DE L'ACTIVITE.....</b>	<b>8</b>
<i>La Résidence « Les Moulins au Roy ».....</i>	<i>9</i>
<i>La Résidence « Le Shamrock ».....</i>	<i>10</i>
<i>La Résidence « Le Bois Martel ».....</i>	<i>11</i>
<i>Le Centre Gérontologique Yvon Lamour.....</i>	<i>12</i>
<b>3. PRESENTATION DE L'ACTIVITE.....</b>	<b>13</b>
<i>Les données administratives.....</i>	<i>13</i>
<i>L'activité des établissements.....</i>	<i>13</i>
<b>4. LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....</b>	<b>18</b>
<b>FONDEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>20</b>
<b>1. LES VALEURS ET LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>21</b>
<b>2. LE PROJET INSTITUTIONNEL.....</b>	<b>24</b>
<b>3. INFORMATION ET PARTICIPATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES.....</b>	<b>25</b>
<b>4. RESPECT DES RESIDENTS.....</b>	<b>28</b>
<b>5. PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE.....</b>	<b>30</b>
<b>6. LA GESTION DES PARADOXES - LIBERTE D'ALLER ET VENIR/SECURITE DES RESIDENTS.....</b>	<b>32</b>
<b>LE PROJET PERSONNALISE.....</b>	<b>33</b>
<b>1. LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES.....</b>	<b>33</b>
<b>2. L'ENTREE D'UN NOUVEAU RESIDENT : ADMISSION ET ACCUEIL.....</b>	<b>34</b>
<b>3. COMMUNICATION DU DOSSIER.....</b>	<b>35</b>
<b>4. LES ESPACES PRIVATIFS.....</b>	<b>35</b>
<b>5. INTEGRATION DES FAMILLES ET DES PROCHES.....</b>	<b>36</b>
<b>6. LE RECUEIL DE DONNEES.....</b>	<b>36</b>
<b>7. L'INDIVIDUALISATION DU PROJET.....</b>	<b>37</b>
<b>8. LE RESPECT DES RYTHMES DE VIE.....</b>	<b>37</b>
<b>9. HYGIENE CORPORELLE - LA TOILETTE.....</b>	<b>38</b>
<b>10. LES PRESTATIONS ESTHETIQUES ET BIEN-ETRE.....</b>	<b>38</b>
<b>11. LE RESPECT DES CONVICTIONS RELIGIEUSES ET POLITIQUES.....</b>	<b>39</b>
<b>12. LE RESPECT DES RELATIONS INTIMES.....</b>	<b>40</b>
<b>13. LE TABAC ET L'ALCOOL : QUEL ACCOMPAGNEMENT ?.....</b>	<b>40</b>
<b>LE PROJET D'ANIMATION.....</b>	<b>42</b>
<b>1. ROLE ET MISSIONS DE L'EQUIPE D'ANIMATION.....</b>	<b>42</b>
<b>2. ACTIVITES PROPOSEES.....</b>	<b>42</b>
<b>3. IDENTIFICATION DES BESOINS.....</b>	<b>44</b>
<b>4. IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE L'EHPAD.....</b>	<b>44</b>
<b>5. IMPLICATION DES FAMILLES.....</b>	<b>45</b>
<b>6. PARTICIPATION DES BENEVOLES.....</b>	<b>45</b>

## LE PROJET MEDICO-SOIGNANT ..... 47

1. IDENTIFICATION DES PERSONNES ACCUEILLIES .....	48
2. L'ORGANISATION MEDICALE.....	49
3. L'ORGANISATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE .....	50
4. LE DOSSIER DU RESIDENT .....	52
5. LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE .....	53
6. EVALUATION INITIALE ET CONTINUE DE L'ETAT DE SANTE ET DE DEPENDANCE DES RESIDENTS .....	54
7. LE PROJET DE SOINS / LE PLAN DE SOINS INDIVIDUALISE .....	55
8. LA PERMANENCE DES SOINS - LE RECOURS A L'HOSPITALISATION - L'URGENCE .....	55
9. LE RECOURS AUX MEDECINS SPECIALISTES.....	56
10. LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS .....	56
11. DESHYDRATION / DENUTRITION.....	58
12. ESCARRES.....	59
13. INFECTIONS - MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX .....	60
14. INCONTINENCE, HYGIENE DE L'ELIMINATION ET CONSTIPATION .....	60
15. CHUTES .....	61
16. CONTENTION.....	62
17. ERRANCES .....	62
18. DOULEUR.....	63
19. FIN DE VIE.....	64
20. DEPRESSION .....	65

## ACCUEILS SPECIFIQUES UHR ET UVP ..... 66

1. IDENTIFICATION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN UHR ET UVP .....	66
2. L'ORGANISATION DE L'ADMISSION ET DU SEJOUR.....	66
3. L'ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT .....	67
4. LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES A L'UHR ET UVP.....	67
5. L'IMPLANTATION TERRITORIALE DE L'UHR .....	68

## ACCUEILS SPECIFIQUES - ACCUEIL DE JOUR ET PASA..... 69

1. IDENTIFICATION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN ADJ ET PASA.....	69
---	----

## LE PROJET HOTELIER..... 71

### LE PROJET HOTELIER - PRESTATION DE RESTAURATION..... 71

1. INDIVIDUALISATION DE LA PRESTATION RESTAURATION .....	72
2. ORGANISATION DE LA PRESTATION RESTAURATION .....	73
3. HYGIENE ALIMENTAIRE .....	73

### LE PROJET HOTELIER - PRESTATION DE BLANCHISSERIE ..... 75

1. ORGANISATION GENERALE DE LA PRESTATION LINGERIE .....	75
2. LINGE DES RESIDENTS .....	76
3. LINGE PLAT.....	77
4. TENUES DES PROFESSIONNELS .....	78

<b>LE PROJET HOTELIER - PRESTATION ENTRETIEN DES LOCAUX ET BIO NETTOYAGE .....</b>	<b>79</b>
1. ORGANISATION DU MENAGE .....	79
2. GESTION DES DECHETS .....	80
<b>LE PROJET HOTELIER - SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES .....</b>	<b>81</b>
1. ORGANISATION DES SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES .....	81
2. ADAPTATION DU BATIMENT AUX BESOINS DES RESIDENTS .....	82
3. AMENAGEMENT INTERIEUR .....	83
4. LES ESPACES EXTERIEURS.....	84
<b>NOUVEAUX PROJETS INNOVANTS.....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>87</b>
GLOSSAIRE.....	87
TEXTES DE REFERENCE.....	90

# LE MOT DU DIRECTEUR

De manière générale, notre établissement a toujours su répondre aux défis imposés par la mutation des enjeux liés au vieillissement de la population. Au plan institutionnel, les missions des EHPAD s'inscrivaient jusqu'alors dans le cadre du projet d'établissement du Centre Hospitalier.

Il nous a semblé néanmoins important d'élaborer un projet d'établissement spécifique pour nos EHPAD, qui méritent une attention toute particulière et pour répondre, du mieux possible, aux besoins de la personne âgée.

La démarche projet, pensée en 2018 a été mise en place en début 2019 avec la création d'un Comité de Pilotage pour aboutir à ce projet des EHPAD portant sur la période 2020-2024.

Nous avons souhaité une démarche participative, avec l'accompagnement d'un cabinet expert dans le secteur médico-social. Ainsi, ce projet est le fruit d'une réflexion collective avec une représentation de l'ensemble des acteurs des EHPAD.

La mobilisation a été importante, que l'ensemble des participants en soit remercié.

Il s'agit en effet de se donner les moyens de développer un véritable projet spécifique pour nos EHPAD, pour différentes raisons :

- La première, c'est l'application du cadre normatif existant au plan national,
- La deuxième, c'est de créer un document dynamique qui fixe les orientations stratégiques des EHPAD sur les cinq années à venir,
- La troisième, et non la moindre, c'est de questionner et re-penser collectivement et de manière pluridisciplinaire nos modes d'intervention auprès des résidents avec en toile de fond la personnalisation des prises en charge, la promotion de la citoyenneté et le maintien dans l'autonomie.

Le projet d'établissement permet aussi de réaffirmer les valeurs humanistes du service public où l'usager doit résolument rester au centre des dispositifs, et non l'inverse.

Il porte une vision de nos missions qui se traduit concrètement par un plan d'actions qu'il conviendra d'évaluer chaque année.

Enfin, il donne du sens au travail de l'ensemble des acteurs auprès des résidents dans cette démarche inédite pour nos structures médico – sociales.

Le Directeur,  
Richard LEFEVRE

# INTRODUCTION

---

La Direction du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises représentée par son Comité de Pilotage a fait le choix d'élaborer un Projet d'Etablissement spécifique au secteur médico-social, composé des 4 EHPAD et du service USLD rattachés au Centre Hospitalier de Fécamp.

Les changements et défis auxquels sont confrontés les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux aujourd'hui, sont surtout liés à l'évolution de leur environnement externe (démographie, progrès technologiques, maîtrise des dépenses de santé, réformes, etc.), et de la demande interne (nouvelles attentes des patients/résidents, des familles et des personnels, évolutions des attentes sociétales).

Les établissements se doivent d'aborder ces problématiques, avec une logique d'ensemble la plus prospective possible, à partir des choix explicites et cohérents, connus et partagés par l'ensemble des acteurs concernés.

L'élaboration du Projet d'Etablissement du secteur médico-social est un enjeu stratégique majeur pour l'hôpital et doit s'inscrire dans un cadre légal et réglementaire issu de :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ;
- Le décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires) ;
- La circulaire DHOS/02/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative aux Unités de Soins de Longue Durée ;
- La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- La nécessaire passation avec le Conseil Départemental et l'ARS de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens et de conventions tripartites « susceptibles de leur permettre de mener une politique autonome et responsable, afin de s'adapter aux évolutions rendues nécessaires par les besoins de la population » ;
- Le plan gouvernemental « Grand âge et Solidarité » ;
- Le schéma gérontologique départemental ;
- Le plan Alzheimer 2008-2012 et son successeur Plan Maladies Neuro dégénératives 2015-2019 ;
- Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM ;
- Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'HAS ;

- Le cahier des charges DGAS applicable aux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et aux Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) ;
- La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ;
- Circulaire DHOS n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation ;
- La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour ;
- Le Projet Régional de Santé de Normandie de juillet 2018 ;
- La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

### La démarche a reposé sur plusieurs principes :

Une démarche positionnant les EHPAD du Centre Hospitalier de Fécamp dans la filière gériatrique et son environnement.

Une démarche centrée sur le résident et son représentant légal en fonction : des besoins, des attentes, et leur évolution dans les 5 années à venir.

Une démarche réaliste qui prend en compte :

- les contraintes réglementaires et financières ;
- les orientations nationales, régionales et départementales et donc la réponse aux besoins locaux et départementaux ;
- les projets antérieurs et les projets en cours.

Une démarche impliquant les professionnels, les résidents et les familles afin que ce projet soit mené de façon participative et concertée.

## 1. Le cadre du projet

Ce projet médico-social concerne les 4 EHPAD, le service USLD, le Centre d'Accueil de Jour, le PASA et l'UHR.

Il résulte de la volonté de la Direction et des équipes de faire émerger la spécificité du secteur médico-social au sein du Centre Hospitalier de Fécamp, et d'apporter des réponses aux attentes des résidents, de leurs représentants, et prendre en considération la situation spécifique des professionnels qui œuvrent dans ce secteur.



## 2. Capacités d'accueil et présentation de l'activité

### Les types d'accueil

Le secteur d'hébergement du Centre Hospitalier Intercommunal de Fécamp a une capacité de 340 lits d'hébergement et 12 places d'accueil de jour.

- L'accueil permanent : 300 lits d'EHPAD et 40 lits en USLD
- L'accueil en PASA : 14 places
- L'accueil en UHR : 14 places
- L'accueil de jour : 12 places avec une file active de 71 personnes.

Ces 340 lits sont répartis sur quatre sites : les Moulins au Roy, le Bois Martel, le Shamrock et le Centre Gérontologique Yvon Lamour (CGYL).

Ces résidences sont implantées sur la commune de Fécamp.

Ces établissements sont des lieux de vie permettant d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne en mettant en place des moyens humains et techniques, adaptés à leurs besoins.

Ils offrent des lieux privés et des espaces collectifs où les résidents gardent leurs libertés, leur indépendance et tous leurs droits.

## La Résidence « Les Moulins au Roy »



Cet établissement ouvert depuis décembre 1992 se situe au 477, rue des Murs Fontaine à Fécamp.

La résidence « Les Moulins au Roy » est avant tout un lieu de vie. Le cadre de vie est agréable, la résidence dispose d'un grand jardin bordé d'une rivière, « la Ganzeville ».

La capacité est de 80 lits dont 12 places en Unité Protégée.

## La Résidence « Le Shamrock »



Cet établissement ouvert depuis mars 1993 se situe au 230, rue de la Lande Saint-Jacques à Fécamp.

La Résidence « Le Shamrock » est un lieu de vie implanté dans un espace forestier avec un parcours de santé et des chemins de randonnées.

La capacité est de 80 lits dont 14 places en UHR.

## La Résidence « Le Bois Martel »



Cet établissement ouvert depuis mai 1995 se situe au 181, rue Charles Hue à Fécamp.

La Résidence « Le Bois Martel » est un lieu de vie situé dans un cadre verdoyant et paysagé avec des allées de promenade.

La capacité est de 60 lits dont 14 places en PASA.

## Le Centre Gériatrique Yvon Lamour



Cet établissement qui est une structure récente, se situe au 45, rue du Professeur Yvon Lamour à Fécamp, sur la plaine Saint-Jacques à proximité du Centre Hospitalier Intercommunal des Hautes Falaises.

Les espaces verts, par leur structuration et leur composition paysagère, favorisent et invitent les résidents à profiter d'une ambiance de jardin familial.

La capacité est de 40 lits en USLD (Unité de Soins de Longue Durée), 80 lits en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et 12 places en Accueil de Jour pour une file active de 71 personnes.

### 3. Présentation de l'activité

#### Les données administratives

Les dates des agréments sont les suivantes :

- Décembre 1992 pour les Moulins au Roy,
- Mars 1993 pour le Shamrock,
- Mars 1995 pour le Bois Martel,
- Janvier 2009 pour le CGYL EHPAD (mutation de 80 lits USLD en EHPAD).

Autres dates marquantes :

- Octobre 2011 : ouverture du PASA
- Décembre 2012 : ouverture de l'UHR
- Mars 2012 : dernières évaluations externes des EHPAD
- 6 juin 2019 : signature du CPOM applicable au 1er janvier 2019

#### L'activité des établissements

Nombre de journées réalisées

SERVICES \ ANNEES	2016	2017	2018
EHPAD Moulins au Roy	28 803	28 714	28 851
EHPAD Shamrock	29 070	29 005	29 015
EHPAD Bois Martel	21 746	21 886	21 728
EHPAD CGYL	29 052	29 731	28 981
USLD CGYL	14 267	14 301	14 457

### Taux d'occupation des 3 dernières années

SERVICES \ ANNEES	2016	2017	2018
USLD	98,57%	97,97%	99.02 %
EHPAD	98,97 %	99,85 %	99,15 %

### La répartition par âge dans les EHPAD

Âge	Bois Martel	Moulins au Roy	Shamrock	CGYL EHPAD	Total des EHPAD	Total en %
52 à 55 ans	0	0	0	0	0	0 %
56 à 60 ans	0	0	1	1	2	0.51 %
61 à 65 ans	0	0	0	4	4	1.03 %
66 à 70 ans	4	3	7	5	19	4.86 %
71 à 75 ans	3	2	6	2	13	3.32 %
76 à 80 ans	9	11	12	7	39	9.97 %
81 à 85 ans	16	18	17	20	71	18.16 %
86 à 90 ans	13	40	28	34	115	29.41 %
91 à 95 ans	16	24	24	26	90	23.02 %
96 à 100 ans	14	7	5	8	34	8.69 %
101 à 102 ans	0	1	1	2	4	1.03 %

### La répartition par genre des EHPAD

Genre	Bois Martel	Moulins au Roy	Shamrock	CGYL EHPAD	CGYL USLD	Total des EHPAD
Hommes	13	21	35	28	22	97
Femmes	62	85	66	81	38	294
Total hommes %	17.33 %	19.81 %	34.65 %	25.69 %	36.67 %	24.81 %
Total femmes %	82.67 %	80.19 %	65.35 %	74.31 %	63.33 %	75.19 %

La répartition par canton d'habitation lors de l'admission dans les EHPAD en 2018

Canton	Bois Martel	Moulins au Roy	Shamrock	CGYL EHPAD	Total des EHPAD
Canton Fécamp	6	22	12	19	59
Canton Valmont	0	1	0	1	2
Canton Cany Barville	6	0	0	0	6
Canton Fauville	0	1	2	2	5
Canton Criquetot l'Esneval	1	0	4	1	6
Canton Goderville	2	2	3	3	10
Autres	1	2	2	3	8
<b>Total</b>	16	28	23	29	96

La répartition par GIR au sein des services EHPAD et USLD  
Résidents girés (+60 ans)

Nombre Résidents	Bois Martel	Moulins au Roy	Shamrock	CGYL EHPAD	CGYL USLD	Total	Total %
GIR 1	3	16	14	32	18	83	18.40 %
GIR 2	53	48	46	52	21	220	48.78 %
GIR 3	7	25	21	17	10	80	17.73 %
GIR 4	8	13	16	7	7	51	11.30 %
GIR 5	3	2	3	0	0	7	1.55 %
GIR 6	1	2	0	0	0	3	0.66 %



La validation du GMP et du PMP par les autorités de tutelle

Site	Date de validation	Effectif	GMP	PMP
Le Shamrock	AGGIR : 13 juin 2018 PATHOS : 14 juin 2018	78	801	284
Les Moulins au Roy	AGGIR : 13 juin 2018 PATHOS : 14 juin 2018	79	759	200
Le Bois Martel	AGGIR : 13 juin 2018 PATHOS : 14 juin 2018	57	757	201
Le CGYL EHPAD	AGGIR : 13 juin 2018 PATHOS : 14 juin 2018	79	823	225
EHPAD Global		293	787	229
Le CGYL USLD	15 septembre 2011	40	904	425

Ressources des résidents et proportion de bénéficiaires de l'aide sociale

Site en 2018	Résidents payants	Résident à l'aide sociale	Total	Total%
Le Shamrock	65	36	101	35.64 %
Les Moulins au Roy	61	45	106	42.45 %
Le Bois Martel	51	24	75	32 %
Le CGYL EHPAD	73	36	109	33.03 %
Le CGYL USLD	36	24	60	40 %
Total EHPAD	250	141	391	36.06 %
Total EHPAD en %	63.94 %	36.06 %		

### Tarifs hébergement et dépendance en 2019

Site en 2019	Hébergement	GIR 1-2	GIR 3- 4	GIR 5- 6	A la charge du résident
Le Shamrock	- 60 ans 1 lit 75.37 €	/	/	/	Selon ressources
Les Moulins au Roy	- 60 ans 2 lits 74.21 €				
Le Bois Martel	+ 60 ans 1 lit 57.82 €	19.50 €	12.37 €	5.25 €	
Le CGYL EHPAD	+ 60 ans 2 lits 56.67 €				
Le CGYL USLD	-60 ans 78.20 € +60 ans 55.56 €	23.88 €	15.15 €	6.43 €	

### Nombre de journées d'hospitalisation en 2018

Site	Nombre de journées	Nombre de résidents concernés	Durée moyenne de séjour
Le Shamrock	647	44	14.70
Les Moulins au Roy	369	37	9.97
Le Bois Martel	322	41	7.85
Le CGYL EHPAD	126	15	8.40
Le CGYL USLD	211	19	11.10

## 4. La méthodologie de travail

L'élaboration du Projet d'Etablissement des EHPAD du Centre Hospitalier de FECAMP s'est déroulée en 3 phases :

**Phase 1** : Lancement du Projet par une réunion de cadrage

**Phase 2** : La phase de diagnostic s'est déroulée comme suit :

- Une étude documentaire pour comprendre les enjeux stratégiques du Projet
- Des ateliers de groupes de travail

**Phase 3** : Restitution des travaux de groupe et des livrables

Le Projet Médico-Social des EHPAD de FECAMP a été réalisé d'avril à juillet 2019

ETAPES	CONTENU	CALENDRIER	CONTENU
CADRAGE	Réunion de cadrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le 5 avril 2019</b></li> <li>Horaires 14h00 – 17h00</li> </ul>	Réunion de travail (3h) avec les responsables des EHPAD pour <b>cadrer</b> la démarche ( <b>COPIL N°1</b> ), partager le contexte, les enjeux et les problématiques des établissements en vue de préparer la suite de la démarche
DIAGNOSTIC	Etude documentaire et quantitative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avril 2019</b></li> </ul>	<b>Réalisation d'une étude quantitative et documentaire</b> pour prendre en compte le contexte environnemental des EHPAD
	Groupes de travail pluridisciplinaires (journée de 9h-17h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Groupe 1 =&gt; J1</b> </li> <li>➤ <i>Vendredi 26 avril 2019</i></li> <li>• <b>Groupe 1 =&gt; J2</b></li> <li>➤ <i>Vendredi 17 mai 2019</i></li> <li>• <b>Groupe 2 =&gt; J3 et J4</b></li> <li>➤ <i>Les jeudi et vendredi 6 et 7 juin 2019</i></li> <li>• <b>Groupe 3 =&gt; J5</b></li> <li>➤ <i>Vendredi 14 juin 2019</i></li> </ul>	<b>J1 et J2</b> : Les valeurs et la personnalisation de l'accompagnement <b>J3 et J4</b> : Le Projet Médico-soignant <b>J5</b> : Le Projet hôtelier
RESTITUTION	Formalisation et restitution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présentation au COPIL</b> </li> <li>➤ <i>Le mercredi 26 juin 2019</i></li> <li>• <b>Restitution du livrable</b></li> <li>➤ <i>Le lundi 15 juillet 2019</i></li> <li>• <b>Présentation aux instances</b></li> <li>➤ <i>17 octobre 2019 au CTE</i> </li> </ul>	L'étape de <b>restitution</b> s'est déclinée en deux réunions de présentation d'un document de synthèse formalisé par l'équipe CNEH : <b>1 restitution au COPIL n°2</b> puis aux instances en fin d'année par le Directeur de l'Etablissement <b>Restitution du Livrable et son plan d'actions</b>



COPIL



Livrable final



Groupe de travail

Un premier Comité de Pilotage, présidé par le Directeur Général du Centre Hospitalier de Fécamp, s'est tenu le 5 avril 2019 et a permis de lancer la démarche, de présenter les enjeux du projet, et de valider la méthodologie et le calendrier.

A la suite de ce Comité de Pilotage, 5 journées d'ateliers de travail pluridisciplinaires se sont tenues selon les thèmes suivants :

- Les valeurs et la personnalisation de l'accompagnement : les 26 avril et 17 mai 2019
- Le Projet Médico-soignant : les 6 et 7 juin 2019
- Le Projet Hôtelier : le 14 juin 2019

Ces ateliers sont des structures internes, éphémères, interhiérarchiques, inter-établissements, incluant les représentants des familles et des professionnels.

Ces ateliers se sont déroulés selon la méthodologie suivante :

- Chaque groupe était réparti en 2 ou 3 sous-groupes selon le nombre de participants
- Chaque sous-groupe avait à sa disposition un ordinateur afin de renseigner directement les différents items recensés sur un document mis à disposition par l'organisme accompagnateur. Ce dernier est élaboré en conformité avec la réglementation et les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
- Les séquences de travail étaient réparties par item : 45 mn par sous-groupe pour faire l'état des lieux de l'existant, 30 mn pour déterminer les forces et les faiblesses de cet existant, 30 mn de partage et de validation de ces étapes par chaque sous-groupe, 45 mn étaient réservées à la détermination d'objectifs et actions , 30 mn pour valider les objectifs et les actions par l'ensemble des sous-groupes.

Cette méthode a permis à chaque participant d'être au fait de l'ensemble des items traités, de donner son avis et débattre avec le groupe, sur l'analyse de l'existant afin de le rendre le plus objectif possible.

Les objectifs et les actions ont été validés par l'ensemble des participants.

Un travail intersession a été réalisé entre chacun des ateliers afin de valider les comptes rendus. Ces comptes rendus ont été validés par le Comité de Pilotage du Projet d'Etablissement.

Les cadres étaient chargés de diffuser les travaux de groupe à l'ensemble du personnel des EHPAD.

Le Comité de Pilotage final s'est tenu le 26 juin 2019. Il a permis de valider l'ensemble du travail effectué en vue de la rédaction finale du Projet Médico-Social.

## En synthèse

- L'équivalent de 127 réunions de travail
- 88 participations aux groupes de travail
- 65 agents différents
- 3 représentants des usagers
- 3 syndicats représentants du personnel
- 27 grades et métiers
- 12 orientations
- 85 objectifs
- 301 actions

# FONDEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT

---

## Nos ambitions

- Partager les mêmes valeurs d'accompagnement dans le respect des droits et libertés de la personne accueillie (professionnels, résidents et familles) en y intégrant les 3 parties
- Allier toutes les compétences des EHPAD au profit de la personnalisation de l'accompagnement

## Nos forces

- Des **valeurs de bientraitance largement partagées** par les équipes qui s'en portent garantes au quotidien
- Un principe de **respect du résident et de la bientraitance acquis**
- Un **dialogue instauré** avec les **représentants des résidents et intégré** dans le fonctionnement et les pratiques des équipes
- Un principe de **respect des rythmes de vie des résidents admis et encouragé**
- Une valorisation de la **vie sociale** du résident
- Un fort investissement dans **les métiers de l'animation et la vie sociale** tous les jours de la semaine
- Une implication de **familles et bénévoles** dans la vie des établissements

## Nos enjeux

- Avoir une **approche éthique partagée** par l'ensemble des professionnels et construite pour les résidents
- Faciliter la **communication et le dialogue avec les familles** en partageant avec elles les valeurs d'accompagnement inscrites dans ce Projet
- **Dynamiser la démarche de la personnalisation de l'accompagnement** en « inter-établissement » afin d'harmoniser les pratiques
- Faciliter cette dynamique avec des **outils simples**
- Renforcer le **lien** entre les métiers de l'accompagnement et de l'animation et la vie sociale

## Nos orientations

- Renforcer la place des familles dans les EHPAD
- Développer la réflexion éthique sur les modalités d'accompagnement et les droits des personnes âgées habitant aux EHPAD et USLD du Centre Hospitalier de Fécamp :
  - Consentement
  - Liberté d'aller et venir versus sécurité
  - Refus de soins
  - Fin de vie
  - Sexualité, etc.
- Créer une dynamique inter-établissement de construction et d'animation du Projet d'Accompagnement Personnalisé du résident afin qu'il devienne un outil de travail du quotidien et pluridisciplinaire :
  - L'outil,
  - La désignation de référents,
  - La planification du temps d'élaboration du PAP,
  - L'évaluation, etc.

## 1. Les valeurs et la personnalisation de l'accompagnement

### La raison d'être de l'accompagnement au sein des EHPAD

C'est la vocation d'accompagner l'être humain âgé et son entourage : de son entrée jusqu'à la fin de sa vie en répondant à ses besoins spécifiques, tout en respectant ses droits et ses libertés.

### Nos missions

- Proposer un vrai Projet de Vie Individuel en incluant l'entourage selon le souhait du résident
- Accompagner, prendre soin dans les actes la vie quotidienne selon les besoins exprimés
- Respect de la dignité, de l'intimité – la bientraitance dans le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)
- Permettre l'épanouissement des personnes accueillies

### Les besoins spécifiques des personnes accueillies

#### L'individualisation de la prise en charge :

- Le respect des habitudes de vie
- Le respect du caractère individuel de chacun
- Le maintien de l'autonomie au sens large
- L'aide à la vie quotidienne selon les besoins spécifiques
- Répondre au besoin d'un accompagnement personnalisé

#### Le respect des droits du résident

- Le droit à la dignité
- Le respect des droits et libertés

#### Le soutien psychologique

- Etre à l'écoute des besoins du résident
- Assurer un soutien psychologique à la personne et à sa famille

#### Le maintien du rôle social du résident

- Assurer un accompagnement social
- Maintenir du lien familial (risque de rupture liée à l'admission en EHPAD)
- Maintenir le rôle social du résident
- Permettre à la famille de jouer son rôle auprès du résident en EHPAD

## Les éléments qui nous caractérisent

Les structures sont intégrées dans la ville, elles présentent un cadre compatible avec un lieu de vie médicalisé, disposant d'un environnement extérieur agréable, ainsi qu'une offre d'accompagnement qui répond aux besoins de l'état de santé des personnes âgées accompagnées avec des unités spécifiques : PASA, UHR, USLD, Accueil de Jour, EHPAD.

Des équipes pluridisciplinaires AS, AVS, IDE, Psychologues, Maitresses de maison, Animateur(trice), Educateur Sportif.

Une importance haute est donnée au projet d'animation et de vie sociale avec 9 ETP dédiés à ce projet et une présence importante de bénévoles et d'associations.

Une participation à l'insertion avec la présence d'une association active dans ce domaine

Le bénéfice du rattachement à une structure hospitalière, mais qui peut parfois, freiner le développement de la réflexion d'une politique de lieu de vie.

Une satisfaction globale des résidents et des familles dans la prise en charge qui est source de motivation pour les équipes.

Une volonté de la Direction et des équipes pluridisciplinaires de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue des prises en charge.

## Notre blason

### NOS VALEURS

- ❖ Respect de l'humain
- ❖ Bienveillance
- ❖ Bienveillance
- ❖ Ecoute
- ❖ Singularité
- ❖ Empathie
- ❖ Respect des droits et libertés

### NOS CROYANCES

- ❖ Croire dans les potentialités de chaque personne accompagnée
- ❖ Donner au lien social une importance essentielle en le considérant comme un « Citoyen libre »
- ❖ Personnaliser l'accompagnement
- ❖ Croire en la capacité de chaque professionnel à améliorer et questionner son accompagnement dans le cadre d'un « Projet collectif »

### NOS OBJECTIFS

- Offrir un accueil de qualité
- Mettre en pratique et transmettre nos valeurs dans tous les actes de la vie
- Rechercher la satisfaction du résident, ses proches et des professionnels
  - Valoriser le résident dans son autonomie, ses droits et ses libertés
  - Ouvrir l'établissement sur l'extérieur
  - Développer l'esprit critique

### NOTRE SLOGAN

*Ensemble au service de  
la dignité, de l'humanité  
et des libertés*





## 2. Le Projet institutionnel

### Points forts

- Le secteur médico-social bénéficie dans certains domaines, des compétences et savoirs faire du Centre Hospitalier : Qualité, Système d'Information, Santé au Travail, Hygiène, etc.
- Une implication des professionnels dans sa construction
- Prend en compte les orientations nationales et régionales

### Points faibles

- Jusqu'à ce jour, absence de projet spécifique pour le secteur médico-social
- Pas de suivi régulier pour l'atteinte des objectifs
- Certains outils du secteur sanitaire appliqués au secteur médico-social ne sont pas adaptés, et notamment le DPI (Dossier Patient Informatisé)

### OBJECTIF N°1

- Elaborer un Projet d'Etablissement spécifique au secteur médico-social intégré au Projet global d'Etablissement et s'appuyant sur des valeurs partagées

### ACTIONS

1. Mettre en place des groupes de travail pluri-professionnels pour décider des orientations stratégiques et opérationnelles
2. Valider le projet aux différentes instances délibératives dont le Conseil de la Vie Sociale (CVS)
3. Présenter le projet aux familles et aux résidents
4. Communiquer le projet validé à l'ensemble des professionnels du secteur médico-social et des partenaires
5. Décliner le projet en plan d'actions, en référence aux obligations légales et réglementaires et aux RBPP
6. Faire des bilans intermédiaires sur l'avancement du plan d'actions
7. Créer une veille juridique spécifique au secteur médico-social

### 3. Information et participation des résidents et des familles

**Textes de référence :** Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM : qualité de vie en EHPAD volet 1 à 4

#### o **La recherche de consentement**

- Article L1111.4 du CSP : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.»
- Article 4 de la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie prise en application de l'article L311-4 du CASF :
- Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :
- 1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.
- La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.
- Article L1111-2 du CSP : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »
- Article L1111-4 du CSP : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »... « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.»

- Article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et de la biomédecine : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée ait donné son consentement libre et éclairé.  
Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi qu'à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »
  - ANESM Qualité de vie en EHPAD Volet 4 : l'information du résident sur les droits liés à la santé et leur mode d'exercice.
- **Le maintien des liens sociaux et familiaux**
- ANESM Qualité de vie volet 4 : II.3. : reconnaître la place du proche.
  - ANESM recommandations de bonnes pratiques : accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (fév. 2009) II § 5. Les proches
  - Charte des Droits et Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (FNG):
  - « Art. 4 le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités en cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne. »
- **Le respect des droits individuels et collectifs**
- Instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : création du numéro ALMA
  - Articles L311-6 et D311-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs aux créations et aux fonctionnements des Conseils de la Vie Sociale.
  - Article L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif à la personne qualifiée
  - ANESM Qualité de vie volet 3 : 5 Participation du résident à la vie de la cité – 2 Favoriser l'exercice des droits civiques
  - Article L1110-8 du Code de la Santé Publique relatif à la liberté de choix du médecin.
  - Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6, 7, 8 et 9 du I de l'article L. 312-1 du code de l'Action Sociale et des Familles
  - ANAES FHF (24-25 Nov. 2004) : conférence de consensus liberté d'aller et de venir (extrait). « En pratique, la problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'ajustement continu à ces impératifs a pour but de permettre au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté. »
  - Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6, 7, 8 et 9 du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles : «Enfin, bien que les gestionnaires et les responsables d'établissements soient tenus d'assurer la protection individuelle et collective des personnes hébergées ou des résidents, l'interdiction de fumer ne s'étend pas à leur chambre. En effet, la chambre doit être assimilée à un espace privatif. Toutefois, pour se prémunir contre le risque d'incendie, le règlement de fonctionnement de

l'établissement fixera les recommandations à observer liées à l'autorisation de fumer dans les chambres et édictera une interdiction formelle de fumer dans les lits. »

Aux EHPAD du Centre Hospitalier de Fécamp, la prise en compte de l'avis des résidents et leurs représentants est notamment garantie par l'existence du CVS dans l'ensemble des structures.

La Charte des Droits de la Personne Agée guide les actions des professionnels. Des initiatives pour renforcer la participation des résidents et leurs représentants sont réalisées dans certaines structures. Cependant elles peuvent être généralisées dans l'ensemble des établissements.

### Points forts

- Existence d'un CVS opérationnel sur les 4 EHPAD avec un suivi des décisions au cours des réunions
- Respect de la Charte des Droits de la Personne Agée
- Existence d'un Projet animation qui permet de rencontrer régulièrement les familles et de répondre aux demandes
- Mise en place d'une permanence CVS aux Moulins au Roy qui pourrait être développée sur les autres EHPAD
- Existence d'un temps de préparation des CVS en amont des réunions (avec un ordre du jour et un suivi des actions)
- Le CVS est ouvert aux soignants

### Points faibles

- Le CVS ne se réunit que 2 fois par an (à ce jour, une mise en place d'un CVS commun pour les 4 EHPAD est en cours)
- Le rôle consultatif du CVS sur les tarifications n'est pas assez déployé
- Des comptes rendus du CVS assez complexes pour lecture et appropriation et non harmonisés pour les 4 structures
- Absence de représentants des EHPAD à la CDU

## OBJECTIF N°2

- Renforcer le rôle du CVS et l'information auprès des résidents et des familles

1. Développer les permanences de CVS sur l'ensemble des EHPAD : pour préparer le CVS et redescendre les informations après la réunion
2. Améliorer la participation et la prise de parole des résidents et des familles pour le CVS
3. Elaborer un relevé synthétique de décisions du CVS pour affichage
4. Développer les temps de préparation des CVS à tous les niveaux : rencontre avec les résidents, les familles, les autres intervenants (ST, logistique, Qualité...)
5. Mettre en place un CVS commun
6. Revoir le règlement intérieur du CVS
7. Développer le rôle consultatif du CVS (tarification, documents légaux type règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil, etc.)

## 4. Respect des résidents

### Points forts

- La dignité et l'intimité des résidents sont respectées ainsi que le respect des droits et libertés (choix d'habillement, coucher, lever, toilette, douche)
- Les EHPAD proposent un accompagnement global aux résidents
- Les marques de « familiarité » personnalisées dans la relation avec les résidents sont prises en compte par les professionnels, quand elles sont souhaitées par les résidents et nécessaires à leur accompagnement

### Points faibles

- Existence des contraintes institutionnelles et organisationnelles
- Manque d'accès à la formation continue (ex : communication non verbale)
- Manque d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec le Référentiel des Bonnes Pratiques Professionnelles et absence d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles
- L'accompagnement à des sorties extérieures des résidents est perfectible en particulier les sorties avec les familles. La communication avec celles-ci doit être améliorée
- Le consentement du résident est recherché mais peu formalisé

### OBJECTIF N°3

- Identifier les moyens à mettre en place pour garantir la liberté d'aller et venir

### ACTIONS

1. Réaliser un entretien de pré admission du résident
2. Ajouter un onglet « liberté d'aller et venir » dans le Projet de Vie Individualisé (PVI) sur le DPI
3. Réaliser la démarche de soins à l'entrée du résident
4. Construire le PVI du résident dans le mois qui suit l'entrée du résident et le présenter au résident et à la famille
5. Réactualiser le PVI à périodicité définie et à chaque changement de l'état de santé du résident

### OBJECTIF N°4

- Améliorer les compétences des agents

### ACTIONS

1. Accéder à la formation continue pour tous les agents
2. Organiser les absences des agents pendant la formation : pool de remplacement, informations, planification
3. Mettre en place des temps d'évaluation des pratiques professionnelles et identifier des outils

## OBJECTIF N°5

- Rechercher et garantir le consentement du résident tout au long de son accompagnement

## ACTIONS

1. Demander systématiquement à la personne si elle accepte le soin par le biais d'une question (Attendre et valider sa réponse, reporter le soin si refus, décision prise en équipe)
2. Mettre en place des suivis spécifiques en équipe pluridisciplinaire

## 5. Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance

### Points forts

- La formation bientraitance fait partie du plan de formation
- Existence d'un Comité Ethique à l'Hôpital avec la présence d'un juriste, un professionnel paramédical, un représentant des usagers, un philosophe et un cadre
- Existence d'une procédure de signalement d'évènement indésirable grave (maltraitance)

### Points faibles

- Une communication perfectible sur les procédures et sur le fonctionnement du Comité Ethique
- Un Comité Ethique institutionnel insuffisamment décliné dans les EHPAD
- Un manque de formations/informations pour les bénévoles concernant le sujet de la bientraitance
- Une formation disponible pour les personnels mais qui rencontrent des difficultés pour s'inscrire (nombre de places limité) et/ou pour les suivre (nécessités de service)

### OBJECTIF N°6

- Améliorer la communication sur la procédure de signalement de maltraitance dans les EHPAD

### ACTIONS

1. S'assurer que la procédure réponde bien aux critères actuellement en vigueur
2. Diffuser largement la procédure de signalement
3. Partager un temps d'échange en équipe pluridisciplinaire (à périodicité définie) et définir la périodicité

### OBJECTIF N°7

- Améliorer la communication sur le Comité Ethique dans les EHPAD

### ACTIONS

1. Réaliser une procédure qui décrit le processus à suivre pour saisir le Comité Ethique afin de le rendre plus accessible pour les EHPAD
2. Ouvrir le Comité Ethique aux professionnels des EHPAD

## OBJECTIF N°8

- Sanctuariser les journées de formation bienveillance accordées pour les agents

## ACTIONS

1. Inclure cette mission pour le pool de remplacement si le métier correspond
2. Inscrire ce principe dans la politique de remplacement lors d'une absence



## 6. La gestion des paradoxes - Liberté d'aller et venir/Sécurité des résidents

### Points forts

- Evaluation régulière et tracée en équipe pluridisciplinaire sur la libre circulation des résidents

### Points faibles

- Les réévaluations régulières ne sont pas débattues avec les familles
- Existence des limites architecturales dans le cadre de la liberté d'aller et venir
- Méconnaissance des responsabilités légales des soignants par rapport à la libre circulation des résidents
- Absence d'annexe au contrat de séjour en cas d'accueil en secteur protégé ou des mesures contraignant la liberté d'aller et venir

### OBJECTIF N°9

- Informer les familles sur la libre circulation du résident et en faire des alliés

### ACTIONS

1. Intégrer les familles dans la réflexion du projet de vie dès l'entrée du résident
2. Expliquer les modalités d'accompagnement concernant le libre choix du résident
3. Rédiger une annexe au contrat de séjour pour les résidents limités dans leurs droits de libre circulation et l'objectiver par un avis médical

### OBJECTIF N°10

- Améliorer les connaissances et la communication de la réglementation sur la protection juridique des agents concernant la libre circulation des résidents

### ACTIONS

1. Ecrire une note explicative sur ce sujet simple et compréhensible
2. Échanger sur ce sujet en équipe pluridisciplinaire
3. Intégrer cette note dans un support existant tel que le livret d'accueil du nouvel agent et/ou guide du travail

# LE PROJET PERSONNALISE

Les professionnels des EHPAD de Fécamp œuvrent pour respecter le projet personnalisé du résident. A ce jour, le manque de formalisation des objectifs validés pour le résident ne reflète pas complètement le travail réalisé au quotidien par les équipes qui recherchent constamment la personnalisation de l'accompagnement. Cette personnalisation est cependant plus marquée dans les unités spécifiques comme le PASA, l'Accueil de Jour et l'UHR. La conception du prendre soin dans ces unités est inspirante pour l'ensemble des EHPAD.

## 1. Les documents obligatoires

### Points forts

- L'ensemble des documents administratifs obligatoires sont présents au sein des EHPAD ou en cours de réactualisation
- Un temps important est accordé à l'entourage lors de la préadmission du résident afin d'améliorer et concevoir la personnalisation de l'accompagnement à venir, le livret d'accueil est distribué et expliqué aux résidents et familles
- La Charte des Droits et des Libertés de la personne accueillie ainsi que les tarifs sont affichés dans les services et à la vue de tous

### Points faibles

- La Charte des Droits et Libertés n'est pas expliquée à l'admission ni aux résidents ni aux familles
- Le résident n'est pas sollicité systématiquement pour la signature de son contrat quand il présente un déclin neurocognitif
- Le recueil de la personne de confiance n'est pas systématique
- Les résidents et leurs représentants ne sont pas systématiquement sensibilisés sur leur droit de rédiger leurs directives anticipées
- L'annexe du contrat de séjour spécifique aux unités adaptées n'est pas intégrée au dossier

### OBJECTIF N°1

- Garantir l'information et la tenue des documents obligatoires

### ACTIONS

1. Présenter et expliquer la Charte des Droits et Libertés au résident et à ses proches
2. Expliciter par le cadre de santé la Charte au résident et à son représentant au moment l'admission ou de la préadmission
3. Solliciter le résident pour la signature du contrat de séjour et lui proposer systématiquement, s'il le souhaite, de désigner une personne de confiance et rédiger ses directives anticipées
4. Le cadre de santé expliquera et recueillera, le choix du résident concernant ces dispositifs légaux
5. Mettre en place des documents spécifiques aux admissions en unités adaptées
6. Intégrer l'annexe du contrat de séjour dans le dossier du résident

## 2. L'entrée d'un nouveau résident : admission et accueil

### Points forts

- La procédure d'accueil est formalisée
- La visite des locaux est proposée et réalisée lors de l'entrée d'un nouveau résident (le plus souvent accompagné par ses proches)
- Le résident est présenté aux autres résidents lors de son entrée et une attention particulière lui est apportée
- Par ailleurs un travail est en cours concernant une évaluation gériatrique à l'entrée afin d'adapter l'accompagnement au plus près des besoins des résidents

### Points faibles

- Les pratiques ne sont pas homogènes dans les différentes structures (recueil de la personne de confiance, évaluation du PVI)
- Le suivi et l'évaluation de l'admission ne sont pas formalisés
- Absence d'un questionnaire de satisfaction portant sur la qualité de l'admission commun à l'ensemble des EHPAD
- Le résident ne visite pas les locaux lors de la visite de préadmission
- La rencontre avec la neuropsychologue n'est pas systématique pour l'ensemble des EHPAD

### OBJECTIF N°2

- Evaluer la satisfaction des résidents par rapport à l'admission

### ACTION

1. Elaborer et mettre en place un questionnaire commun à l'ensemble des EHPAD en lien avec la cellule qualité

### OBJECTIF N°3

- Améliorer l'accueil de la personne isolée et/ou hospitalisée

### ACTION

1. Systématiser les visites du cadre et/ou du médecin au futur résident isolé ou hospitalisé

### OBJECTIF N°4

- Formaliser la présentation de l'équipe paramédicale auprès du résident

### ACTIONS

1. Organiser une présentation individuelle des professionnels auprès du résident
2. Mettre en place un trombinoscope des différents professionnels à la vue de tous les usagers

## OBJECTIF N°5

- Améliorer l'accueil du résident à son arrivée

### ACTIONS

1. Apporter systématiquement une attention particulière au résident le jour de l'entrée systématiquement
2. Réfléchir en équipe inter-EHPAD sur un présent de bienvenue
3. Présenter le résident selon son souhait (directement auprès des autres résidents, ou bien à l'aide d'un support d'affichage)

## 3. Communication du dossier

### Point fort

- Le résident ou son représentant légal ont accès aux informations les concernant, une procédure de demande du dossier médical est formalisée

### Points faibles

- La procédure n'a pas fait l'objet de communication au CVS
- Le nombre de demandes de dossiers médicaux par les usagers n'est pas connu par les EHPAD

## OBJECTIF N°6

- Améliorer le retour d'information concernant les demandes de dossiers médicaux par les usagers

### ACTION

1. Communiquer au CVS le nombre de demandes de dossiers médicaux formulées par les usagers

## 4. Les espaces privatifs

### Points forts

- Des structures plutôt récentes avec des espaces privatifs, adaptées et accessibles aux personnes à mobilité réduite et conformes aux normes handicap

### Points faibles

- L'ensemble des résidents ne disposent pas des clés de leur logement avec une absence d'évaluation médicale concernant la capacité de gérer ou non les clés au moment de l'accueil
- Absence de traçabilité de la remise des clés aux résidents
- Certains placards et espaces communs sont fermés à clé et donc pas accessibles aux résidents
- Certaines toilettes communes ne ferment pas à clé
- Globalement, des structures avec un confort inégal (salles de bains et salles à manger trop petites, existence de chambres doubles)

## OBJECTIF N°7

- Permettre aux résidents de gérer le caractère privatif de leur domicile

### ACTIONS

1. Proposer la clef de la chambre à l'admission
2. Effectuer une évaluation médicale des capacités du résident à gérer sa clé

## 5. Intégration des familles et des proches

### Points forts

- Une réflexion existe en équipe inter-EHPAD sur la place des aidants à l'entrée du résident
- Les familles sont accueillies à tout moment de la journée
- Le personnel est attentif et à l'écoute des besoins des familles

### Points faibles

- L'absence d'une évaluation de la satisfaction et de la participation aux actes de la vie quotidienne de la famille afin d'éviter la rupture avec les proches

## OBJECTIF N°8

- Favoriser la continuité de l'accompagnement du résident, le lien avec son entourage et avec ses proches

### ACTION

1. Informer systématiquement et intégrer l'entourage qui le souhaite dans la prise en charge du résident avec son accord

## 6. Le recueil de données

### Point fort

- Un recueil de données est effectué systématiquement à l'entrée d'un nouvel résident

### Points faibles

- Le PVI n'est pas réévalué régulièrement ce qui ne permet pas d'instaurer de nouveaux objectifs pour s'adapter à l'évolution du PVI du résident
- Absence de support commun simplifié et disponible pour tous les professionnels

## OBJECTIF N°9

- Recueillir les informations concernant le résident

### ACTION

1. Homogénéiser et simplifier le support de recueil de données

## 7. L'individualisation du projet

### Point fort

- L'outil de personnalisation de l'accompagnement (PVI) est formalisé

### Points faibles

- L'ensemble des résidents n'ont pas un recueil de données, celles-ci ne sont pas souvent réactualisées
- Il existe des difficultés pour faire intervenir chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration du PVI et la validation n'est donc pas pluridisciplinaire
- L'outil de personnalisation de l'accompagnement est perfectible et mérite d'être amélioré

### OBJECTIF N°10

- Homogénéiser les pratiques concernant la construction du PVI et le recueil des données (le recueil de la personne de confiance, les directives anticipées, etc.)

### ACTION

1. Travailler à la mise en place d'un outil commun à l'ensemble des EHPAD

### OBJECTIF N°11

- Améliorer l'outil pour favoriser une utilisation optimale et adaptée

### ACTIONS

1. Mettre en place des groupes de travail
2. Recenser les documents existants
3. Adapter le DPI aux EHPAD

## 8. Le respect des rythmes de vie

### Point fort

- Le respect du rythme de vie est recherché et fait partie des pratiques des équipes

### Points faibles

- Existence des contraintes organisationnelles et des pratiques (parfois) professionnelles-dépendantes, ne garantissant pas toujours le souhait du rythme de vie du résident, majoré par un déficit de traçabilité concernant les souhaits et les habitudes de vie du résident

### OBJECTIF N°12

- Accompagner les équipes dans l'instauration de bonnes pratiques professionnelles communes concernant le respect du rythme de vie du résident

## ACTIONS

1. Mettre en place des formations sur le respect du rythme de vie du résident
2. Réaliser un recueil de satisfaction ou insatisfaction auprès des résidents
3. Mener une réflexion sur les pratiques professionnelles

## 9. Hygiène corporelle - La toilette

### Points forts

- Un Projet de formation « Humanitude » est en cours et sera déployé dans les mois à venir
- Le personnel est formé aux soins d'hygiène

### Points faibles

- L'heure de la toilette n'est pas toujours respectée et le respect du rythme de vie concernant la toilette est tributaire des professionnels présents
- Les temps dédiés aux soins d'hygiène et de la toilette sont disproportionnés par rapport aux autres activités d'accompagnement avec une vision sanitaire qui prend le pas sur la vision sociale

## OBJECTIF N°13

- Garantir les soins d'hygiène, répondre aux autres souhaits du résident en désacralisant en équipe l'acte de la toilette
- Développer des techniques de manipulations douces pour le résident et pour le professionnel

## ACTIONS

1. Informer la famille dès l'admission que la toilette sera réalisée selon le souhait du résident
2. Améliorer la traçabilité des habitudes de vie et des souhaits des résidents concernant les soins d'hygiène et la toilette
3. Mener une réflexion en équipe inter-EHPAD sur la continuité des soins et le report de tâches

## 10. Les prestations esthétiques et bien-être

### Points forts

- Un salon de coiffure est à disposition dans chaque structure
- La liste des professionnels réalisant ces prestations est proposée et mise à disposition
- Certains soins sont effectués par les animateurs et parfois par des stagiaires, les soignants et des bénévoles.

### Points faibles

- La prestation bien-être n'est pas toujours proposée aux résidents et à leurs familles

## OBJECTIF N°14

- Permettre au résident de garder l'estime de soi et de son bien-être

### ACTION

1. Proposer systématiquement au résident et à sa famille les prestations et les coordonnées des professionnels « Esthétique et Bien-être »

## **11. Le respect des convictions religieuses et politiques**

### **Points forts**

- Il existe une politique institutionnelle sur la liberté de culte et de pensée partagée par l'ensemble des professionnels (charte de laïcité) et des moyens sont mis à disposition pour le respect de cette politique : salles de culte, messes, liste des ministères de culte de toutes les confessions, repas adaptés, etc.
- Des référents « radicalisation patients/professionnels » ont été mis en place
- Les droits civiques des résidents sont respectés (notamment vote par procuration) avec un investissement important du service animation pour mener à bien l'exercice des droits civiques des résidents

### **Points faibles**

- Absence d'un espace de recueillement dédié, pour toutes les confessions
- Méconnaissance de la conduite à tenir en cas de prosélytisme religieux
- Absence de recensement des résidents sur les listes électorales (tous les résidents n'ont pas leur carte d'électeur)
- Méconnaissance/confusion de la part des équipes concernant le droit de vote pour les résidents sous protection juridique et un manque d'implication des familles dans ce domaine

## OBJECTIF N°15

- Permettre l'exercice du droit civique pour chaque résident en améliorant l'implication des familles

### ACTIONS

1. Répertoire dès l'admission du résident son inscription sur une liste électorale
2. Mettre en place une formation à destination des professionnels sur les droits civiques des majeurs protégés
3. Assurer une information aux familles dès l'admission du résident
4. Faire une campagne de communication les années d'élections (affichage, CVS, etc.)
5. Intégrer un paragraphe spécifique dans le livret d'accueil sur la place des familles dans le respect des droits civiques



## 12. Le respect des relations intimes

### Point fort

- Respect de l'espace privé (chambre) : relations intimes, visionnage dans la chambre d'un film pornographique possible, utilisation des sex-toys, etc.

### Points faibles

- Le sujet est assez tabou pour les agents (homosexualité, conduite à tenir en cas de relations intimes des résidents, etc.), avec des familles majoritairement dans le déni
- Existence des difficultés dans le cadre du respect de l'intimité la nuit : passage du soignant dans les chambres avec une absence de conduite à tenir en cas de doute ou de « bruits évoquant un acte sexuel entre résidents »
- L'absence des chambres pour les couples (lit double)
- Le déficit de prévention pour les résidents porteurs de MST (risque pour les résidents et les soignants – AES) et de partage de l'information si nécessaire avec l'ensemble des professionnels

### OBJECTIF N°16

- Aborder la sexualité dans la réflexion des équipes au même titre que les autres droits

### ACTIONS

1. Intégrer au moment des transmissions s'il y a lieu un point sur la sexualité du résident
2. Mettre en place une formation professionnelle spécifique sur la sexualité de la Personne Agée
3. Sensibiliser les équipes, notamment les équipes de nuit, sur les conduites à tenir en cas de doute ou de « bruits évoquant un acte sexuel » (s'assurer du consentement du résident sans être intrusif)
4. Réfléchir en équipe à l'équipement des espaces privatifs pour les couples demandeurs « même ponctuels » (ex : utilisation de la chambre d'hôte)
5. Finaliser la mise en place du DPI dans les EHPAD afin d'alerter le personnel sur un risque infectieux

## 13. Le tabac et l'alcool : quel accompagnement ?

### Points forts

- La consommation d'alcool est tolérée dans les chambres et le sevrage alcoolique encadré médicalement et accompagné (via le médecin traitant ou le médecin coordonnateur)
- Les résidents sont respectés dans leur droit de fumer et ont la possibilité de bénéficier d'un apéritif le dimanche avec du cidre et du vin à table
- Les résidents à risque de conduites addictives sont identifiés et des mesures de prévention sont mises en place

### Points faibles

- L'apport d'alcool dans la résidence reste encore un tabou

- Des difficultés à appliquer le sevrage alcoolique si le patient l'exige (prescription médicale/respect des droits)
- L'alcool dans les unités adaptées est interdit sans avis médical
- L'absence de lieu identifié pour fumer à l'extérieur de l'EHPAD

### **OBJECTIF N°17**

- Respecter les libertés des résidents liées à l'alcool et au tabac

### **ACTIONS**

1. Lever les tabous liés à l'alcool et à la cigarette : autoriser l'alcool dans les chambres et le résident à fumer dans sa chambre (mais identification des risques pour des mesures préventives)
2. Refaire une information sur les droits des résidents (refus de soins) et la responsabilité du soignant
3. Appliquer la proposition de boissons alcoolisées dans les unités protégées au même titre que les autres unités
4. Créer un espace identifié fumeur à l'extérieur de l'EHPAD (dans le respect du projet Lieu de Santé Sans Tabac)

# LE PROJET D'ANIMATION

---

Le choix du Centre Hospitalier de Fécamp est de préserver au maximum la qualité de vie sociale et citoyenne des personnes âgées accompagnées. En effet, l'équipe d'animation est constituée de 9 ETP, un professeur en activités physiques adaptées a rejoint ce service dans le cadre de la prévention de la dépendance grâce à l'activité physique.

Toutefois la dynamique des équipes n'est pas homogène dans l'ensemble des EHPAD, une coordination des activités permettrait de rendre plus efficient le travail de ces professionnels.

## 1. Rôle et missions de l'équipe d'animation

### Points forts

- Le budget hospitalier animation est satisfaisant avec un fort investissement dans les métiers de l'animation et de la vie sociale

### Points faibles

- Absence d'un projet global d'animation et de son pilotage, ainsi que d'une commission d'animation au sein des établissements

### OBJECTIF N°1

- Améliorer le pilotage de l'animation avec une vision globale de l'ensemble des EHPAD

### ACTIONS

1. Ecrire le projet d'animation et en garantir son déploiement pour l'ensemble des EHPAD
2. Créer des commissions d'animation

## 2. Activités proposées

### Points forts

- Le programme d'animation est bien communiqué (affiché dans l'entrée, distribué aux résidents qui sont intéressés)
- Les animations sont assurées par des animateurs qui travaillent 2 week-ends par mois ainsi que durant les jours fériés (y compris pendant les fêtes)
- Des activités de cuisine sont réalisées par les animatrices
- Des manifestations et activités ponctuelles sont réalisées avec l'environnement direct et proche des EHPAD
- Une évaluation orale de la satisfaction des résidents est réalisée lors du CVS

### Points faibles

- Les activités proposées aux personnes ayant des troubles neurocognitifs et/ou du comportement sont insuffisantes
- Peu d'échanges avec l'environnement immédiat sont réalisés
- Dans le cadre de la restauration, la cuisine en liaison froide sur le site de l'hôpital ne facilite pas la proposition des ateliers cuisine ou par exemple de repas à thème. Par ailleurs il n'y a pas toujours de lieu dédié à l'activité de cuisine thérapeutique
- La présence d'une animatrice les week-end et jours fériés entraîne une présence moins importante en semaine
- Absence de conventions dans tous les EHPAD avec des structures extérieures (écoles, cinéma, etc.)
- Absence de coordinateur de l'animation
- Absence de formalisation de fiches techniques et de l'évaluation de la satisfaction des résidents (qualitative et quantitative), en effet l'outil disponible est perfectible
- Les sorties extérieures ne sont pas suffisantes, il n'y a pas d'évaluation à l'issue de la sortie et souvent ce sont les mêmes résidents qui sortent

### OBJECTIF N°2

- Faire bénéficier à l'ensemble des EHPAD d'un projet commun qui sera décliné dans chaque EHPAD en fonction de sa spécificité

### ACTION

1. Mettre en place un coordinateur d'animation et une commission d'animation

### OBJECTIF N°3

- Associer et impliquer les soignants au projet d'animation

### ACTION

1. Définir des temps dédiés à l'animation pour les soignants en lien avec le PVI

### OBJECTIF N°4

- Développer des activités spécifiques pour les résidents présentant des troubles neurocognitifs

### ACTIONS

1. Mettre en place des activités type PASA sur chaque EHPAD ou créer un PASA mobile
2. Construire un Projet d'Accueil de Jour pour les résidents

## OBJECTIF N°5

- Formaliser les activités et leur évaluation

### ACTIONS

1. Créer des fiches techniques pour chaque activité
2. Créer des grilles d'évaluation et des questionnaires de satisfaction

## 3. Identification des besoins

### Points forts

- L'équipe pluridisciplinaire travaille ensemble et les activités proposées sont en fonction des envies et des centres d'intérêts des résidents et réajustées selon ses besoins

### Points faibles

- L'accompagnement dans la vie sociale n'est pas l'affaire de tous

## OBJECTIF N°6

- Placer le PVI au centre de notre accompagnement quotidien

### ACTIONS

1. Réorganiser le contenu et le temps des transmissions
2. Développer les transmissions sur les besoins liés à la vie sociale

## 4. Implication des professionnels de l'EHPAD

### Points forts

- Existence d'une bonne coopération des animatrices avec l'équipe soignante, de l'entre-aide et un bon esprit d'équipe et d'écoute. Selon les EHPAD, les animatrices participent aux transmissions
- Un temps de 45 minutes est identifié pour les soignants dans leurs fiches de tâches

### Points faibles

- Le travail de l'animation est globalement méconnu par les soignants
- Méconnaissance des potentiels des résidents par les agents concernant les animations

## OBJECTIF N°7

- Améliorer la communication au sein de l'équipe concernant les missions de l'équipe d'animation

## ACTIONS

1. Prévoir un temps lors de transmissions dédiées au métier d'animateur
2. Augmenter la participation des animatrices aux transmissions
3. Encourager les journées découvertes type échange inter-services entre les équipes de soins et de l'animation (vis ma vie)

## 5. Implication des familles

### Points forts

- Les familles sont de plus en plus invitées à participer aux activités et se renseignent elles-mêmes sur les activités (jeux, tricot, anniversaires, rencontre avec enfants de personnels, etc.)
- Une application afin de développer les liens sociaux et familiaux a été déployée « Famileo » sur tous les EHPAD. Par ailleurs, une fête des familles est organisée dans certains EHPAD et il y a des échanges importants pendant les animations avec les proches
- Les programmes d'animation sont communiqués par affichage et via le CVS

### Points faibles

- La fête des familles n'est pas déployée sur l'ensemble des EHPAD
- Les familles ne sont pas forcément sollicitées pour accompagner leurs proches lors des sorties
- Existence de difficultés pour la famille à maintenir le lien familial dans le cadre des pathologies neurodégénératives et de fin de vie
- Famileo ne fonctionne pas (ou n'est pas utilisé) correctement dans tous les EHPAD

## OBJECTIF N°8

- Développer la place des proches au sein du lieu de vie

## ACTIONS

1. Développer la fête des familles sur chaque EHPAD
2. Permettre aux proches de participer aux soins
3. Mettre en place une boîte à idées ou cahier des souhaits à disposition des familles et des résidents par rapport aux animations

## 6. Participation des bénévoles

### Points forts

- Présence de nombreux bénévoles actifs et reconnus dans différentes activités et d'un respect mutuel entre bénévoles et agents dans le cadre de leur collaboration
- Les bénévoles sont accompagnés par les animateurs et un effort de recherche d'activités variées est réalisé par les animatrices

### Points faibles

- Absence d'évaluation écrite de l'activité bénévole, justifiant notamment une formation
- Absence de port du badge d'identification des bénévoles (transmission du badge par la cadre au bénévole est à envisager)

### OBJECTIF N°9

- Evaluer les activités réalisées par les bénévoles

### ACTIONS

1. Créer une fiche d'évaluation
2. Evaluer son activité par écrit
3. Mener des actions correctives
4. Réévaluer l'activité

### OBJECTIF N°10

- Améliorer l'identification des bénévoles auprès des résidents et des professionnels

### ACTIONS

1. Fournir le badge aux bénévoles dans l'EHPAD, après signature de la convention avec le directeur
2. Sensibiliser le bénévole au port du badge obligatoire dès son arrivée à l'EHPAD

# LE PROJET MEDICO-SOIGNANT

---

**Prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée, la maintenir dans l'autonomie, mobiliser ses potentialités.**

Le débat des groupes de travail s'est focalisé sur les points suivants :

- Un questionnement autour de la personne âgée en institution
- L'identification des potentialités des populations accueillies, particulièrement les personnes atteintes de troubles neurocognitifs
- L'importance du PVI pour respecter le choix du résident
- Une réflexion sur les notions de respect de la personne, d'intimité, d'espace personnel, de liberté, de choix et de prise de décision de la personne âgée
- Les justes soins dans l'EHPAD
- L'importance de la traçabilité des soins pour la continuité de la prise en charge
- L'importance de l'analyse des pratiques professionnelles
- L'inscription dans une logique d'innovation et de changement
- Un accompagnement des évolutions et du changement dans l'établissement et dans le temps.

Le projet d'accompagnement se réfère aux principes de la Charte des Droits et des Libertés de la personne accueillie. Cette charte, définie par l'arrêté du 8 septembre 2003 à l'article L 311-4 – JO n° 234 du 09 octobre 2003, précise que «les personnes accueillies ont droit au respect absolu de leurs libertés et de leur dignité d'être humain», et elle s'inscrit dans une dynamique d'évolution permanente.

## Notre ambition

Passer de la gestion de la dépendance au soutien de l'autonomie

## Nos forces

- Des compétences fortes en gériatrie avec un soutien hospitalier dans la gestion du risque associé aux soins et le recours aux spécialistes
- Des risques liés aux pathologies gériatriques maîtrisés
- Des temps et des outils permettant de garantir la continuité de la prise en charge des résidents (DPI, temps de transmissions, réunions, etc.)

## Nos enjeux

- Proposer une prise en charge homogène dans l'ensemble des établissements à partir d'une évaluation complète des risques liés à l'état de santé des résidents
- Favoriser l'accompagnement et une prise en charge optimale aux personnes souffrant de troubles neurocognitifs grâce à un parcours adapté
- Proposer un accompagnement et une prise en charge optimale aux personnes en fin de vie
- Disposer des compétences nécessaires auprès des résidents
- Ouvrir les EHPAD à l'innovation numérique, digitale et organisationnelle



## Nos orientations

- Déployer une politique de prévention inter-établissements
- Harmoniser les prises en charge spécifiques des personnes âgées dans le cadre d'un travail inter-établissements
- Améliorer l'accessibilité aux spécialistes
- Améliorer la prise en soin des personnes ayant des troubles neurocognitifs et renforcer les compétences des professionnels dans ce cadre
- Elaborer une politique /stratégie d'innovation

## 1. Identification des personnes accueillies

### Points forts

- Une orientation est réalisée lors de la préadmission selon les antécédents médicaux et le profil du futur résident
- Il existe une commission d'admission inter-établissements qui se réunit tous les 15 jours

### Points faibles

- Un manque d'informations qui peut aboutir à une orientation inadéquate du résident
- L'ensemble du personnel n'est pas formé au modèle AGGIR avec une évaluation insuffisante des grilles AGGIR
- Le consentement du résident lors de l'admission n'est pas suffisamment recherché (décision prise par la famille)
- Le choix de la résidence n'est pas toujours pris en compte
- La circulation de l'information au sein du pôle médico-social (entre services Accueil de Jour-EHPAD) et entre le pôle médico-social et sanitaire n'est pas optimale

### OBJECTIF N°1

- Disposer de l'information complète pour orienter le futur résident

### ACTIONS

1. Mettre en place un échange d'information entre le service de départ et le service d'accueil
2. Améliorer les échanges avec les réseaux de ville
3. Respecter le choix du résident pour l'admission dans la structure de son choix

### OBJECTIF N°2

- Améliorer l'évaluation de la dépendance des résidents

## ACTIONS

1. Former le maximum d'agents à la grille AGGIR en interne ou en externe
2. Planifier et effectuer les réévaluations des grilles AGGIR et du PATHOS de façon régulière

## **2. L'organisation médicale**

### Points forts

- 3 médecins gériatres hospitaliers qui assurent depuis 1 an la mission de coordination
- La place des médecins libéraux est reconnue
- Le respect des rôles entre médecins libéraux et médecins coordonnateurs
- La disponibilité du médecin coordonnateur pour participer à des groupes d'analyse de pratiques

### Points faibles

- Le manque de formation des médecins gériatres aux missions de coordination
- Le manque de temps sur la mission de coordination et un temps insuffisamment défini
- Un déficit de réunion de coordination gériatrique médicale
- Le rythme de vie des résidents n'est pas toujours respecté par les médecins libéraux lors de leurs visites car ils ne tiennent pas toujours compte de l'organisation des soins
- Une démographie médicale faible
- Certains résidents n'ont pas de médecin traitant et le médecin coordonnateur prend le relais
- Les médecins libéraux n'échangent pas de façon satisfaisante avec l'équipe pluridisciplinaire

## **OBJECTIF N°3**

- Améliorer les échanges avec les intervenants libéraux

## ACTIONS

1. Concerter les intervenants libéraux afin de faciliter leurs interventions et favoriser la transmission d'information
2. Organiser et planifier autant que possible un temps IDE pour communiquer et accompagner les intervenants libéraux
3. Déterminer des plages horaires de coordination avec les intervenants libéraux
4. Favoriser la participation du médecin coordonnateur aux groupes de formation continue des médecins libéraux

## **OBJECTIF N°4**

- Organiser la coordination gériatrique

## ACTIONS

1. Communiquer sur les missions des réunions de coordination aux équipes pluridisciplinaires, aux intervenants libéraux et au CVS
2. Déterminer un calendrier annuel des réunions
3. Rédiger un rapport d'activité médicale annuel
4. Organiser annuellement 2 réunions de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG)
5. Identifier et planifier un temps dédié à la coordination médicale

## **3. L'organisation de l'équipe soignante**

### Points forts

- Il existe des transmissions orales entre chaque quart ainsi que des transmissions écrites sur le DPI qui est complet et permet de centraliser l'ensemble des informations
- Il existe un nombre important d'intervenants extérieurs hospitaliers et libéraux qui participent à la prise en soin des résidents
- Les conventions et les contrats avec les intervenants libéraux sont formalisés

### Points faibles

- En accueil de jour (ADJ) peu de transmissions écrites, et insuffisamment formalisées avec un manque d'échanges avec les médecins traitants qui ont une méconnaissance du projet de l'ADJ
- Absence d'intervention de neuropsychologue en ADJ
- Un déficit de coordination entre les soins libéraux et hospitaliers
- Une méconnaissance de l'outil DPI, parfois inadapté à la gériatrie
- Absence de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires
- L'équipe de nuit n'est pas intégrée aux réunions pluridisciplinaires
- Un déficit de transmissions écrites et orales des soins des professionnels libéraux
- Des transmissions orales parfois inadaptées
- L'existence de certains glissements de tâches (IDE, AS, AVS)
- Une distribution occasionnelle des traitements par des maîtresses de maison et des animateurs
- Des pratiques soignantes non homogènes entre les différents établissements

## **OBJECTIF N°5**

- Améliorer l'organisation en Accueil de Jour

## ACTIONS

1. Dégager un temps de transmission formalisée pour l'ADJ au retour du domicile le matin
2. Permettre un échange sur l'état de la personne accueillie avec le médecin traitant et prévoir un support d'échange écrit (cahier de transmission, mail) avec le médecin traitant

3. Favoriser le lien entre l'ADJ et les services avec un déploiement du DPI avec un accès pour les autres services
4. Renforcer les compétences de la prise en charge des usagers avec la création d'un temps de présence de neuropsychologue

### OBJECTIF N°6

- Harmoniser et coordonner les pratiques entre professionnels libéraux, hospitaliers et les professionnels de l'EHPAD

### ACTIONS

1. S'assurer de la traçabilité écrite des libéraux et en garantir le contrôle
2. S'assurer que les professionnels libéraux avertissent les équipes soignantes de la structure sur l'évolution de l'état de santé d'un résident
3. Instaurer des temps de rencontre en équipe pluridisciplinaire (professionnels libéraux, kinésithérapeutes, soignants, médecins, équipe de nuit, etc.)

### OBJECTIF N°7

- Respecter les compétences de chaque professionnel

### ACTIONS

1. Identifier le rôle et les tâches de chacun en faisant connaître leurs fiches de poste
2. Informer sur le risque de glissements de tâches, identifier en équipe les glissements de tâches potentiels et y remédier en identifiant les résidents à risque

### OBJECTIF N°8

- Améliorer l'organisation dans le cadre de la transmission de l'information

### ACTIONS

1. Revoir l'organisation des transmissions afin que les AVS puissent assister systématiquement, aux transmissions
2. Instaurer un temps adapté pour les échanges IDE (nuit, jour)

## 4. Le dossier du résident

### Points forts

- Existence d'un dossier du résident accessible à un grand nombre de professionnels de santé, et accessible à distance pour les médecins traitants, la nuit et également pour l'infirmière pour l'administration des traitements ou l'exécution d'autres soins
- Un logiciel complet permettant d'y intégrer des données du laboratoire, examens médicaux, etc.
- Une Carte CPS permettant d'identifier et sécuriser l'accès au dossier

### Points faibles

- Les étudiants et remplaçants n'ont pas accès facilement au DPI
- L'utilisation du DPI est complexe avec une multiplication des manipulations pour avoir accès à une information
- Tous les sites n'ont pas encore le DPI (Moulins au Roy et ADJ par exemple)
- Un sillage dégradé source d'erreur
- Absence de PC en nombre suffisant pour permettre la traçabilité en temps réel de plusieurs professionnels et certains ordinateurs hors service
- Le délai de réponse du service informatique n'est pas satisfaisant dans le cadre des travaux de réparation
- Un manque d'informations sur la personne de confiance, directives anticipées et protections juridiques sur majeurs protégés (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, et habilitation familiale, protection future) dans le dossier
- Existence de « fusion des comptes » par interférence de connexion et/ou oubli de fermeture de session qui amène à une problématique de confidentialité

### OBJECTIF N°9

- Faciliter l'accès à tous les soignants titulaires ou non au DPI (étudiants, remplaçants, libéraux...) selon ses habilitations d'accès aux informations

### ACTIONS

1. Former les utilisateurs au logiciel en plusieurs étapes
2. Créer un compte sillage remplaçant avec suivi de traçabilité d'emprunt au compte
3. Sécuriser l'accès au logiciel lors d'un problème de connexion (échange de compte lors d'un passage de carte)

## 5. La prise en charge médicamenteuse

### Points forts

- Un groupe de travail portant une réflexion sur la prise en charge médicamenteuse ainsi que sur le circuit du médicament est en cours
- La traçabilité et les règles d'administration des médicaments sont inscrites dans sillage
- Toutes les données biologiques et physiques sont présentes sur sillage
- Une bonne traçabilité concernant l'administration des médicaments de la part du personnel du Centre Hospitalier
- L'observance du traitement est suivie dans le dossier
- Une évaluation du circuit du médicament est en cours avec une déclinaison d'un plan d'actions et anticipation du pilotage

### Points faibles

- L'absence de procédure pour le personnel lors des retours d'hospitalisation (des retours sans prescription, sans compte-rendu, retours tardifs)
- L'absence de conciliation médicamenteuse malgré l'existence d'une référente infirmière au sein du Centre Hospitalier
- L'existence d'un livret du médicament mais qui n'est pas connu de tous
- L'administration des médicaments de façon ponctuelle par les AVS et les animateurs
- Des risques d'erreurs lorsque les médicaments sont déblistérés et mis dans des petits pots pour dispensation
- L'absence d'évaluation de certaines prescriptions par le médecin coordonnateur
- Une traçabilité insuffisante des interventions des infirmières libérales et du service HAD

### OBJECTIF N°10

- Améliorer les connaissances et les pratiques liées au circuit du médicament

### ACTIONS

1. Evaluer le contenu du livret du médicament
2. Communiquer sur l'existence du livret du médicament auprès de professionnels libéraux
3. Evaluer les pratiques professionnelles concernant le circuit du médicament
4. Mettre en place des actions correctives s'il y a lieu
5. Evaluer annuellement les prescriptions par le médecin coordonnateur dans le cadre de la construction du Rapport d'Activité Médical Annuel (RAMA)
6. Améliorer la conciliation médicamenteuse en mettant en place un référent à la conciliation médicamenteuse en lien avec le DPI

## 6. Evaluation initiale et continue de l'état de santé et de dépendance des résidents

### Points forts

- Existence d'une équipe pluridisciplinaire avec des intervenants internes et des intervenants extérieurs, renforcée par la présence des Educateurs sportifs, un recrutement d'une ergothérapeute et d'une psychomotricienne en cours pour renforcer les compétences au sein des EHPAD
- Existence d'un groupe de travail sur l'évaluation gériatrique à l'admission en EHPAD
- Existence d'un dépistage et un suivi des troubles neurocognitifs et psychiques, de la dénutrition et de l'incontinence à l'accueil du résident et au cours de l'accompagnement

### Points faibles

- Absence d'organisation dans l'identification et la gestion des aides techniques à la mobilité sauf pour le matériel de location
- Faible dépistage et suivi des soins buccodentaires
- Existence d'un manque de traçabilité et d'évaluation des interventions des kinésithérapeutes libéraux permettant de créer du lien avec les professionnels de l'EHPAD pour améliorer l'accompagnement
- Une réévaluation gériatrique insuffisante en lien avec le PVI pour la prévention et le dépistage des fragilités
- Un accompagnement insuffisant des personnes continentales à mobilité réduite
- Peu de disponibilité du personnel pour accompagner les déplacements des résidents, avec parfois des repas imposés en chambre
- Peu d'accompagnements des résidents aux consultations externes
- Un temps de transmissions perfectible

### OBJECTIF N°11

- Développer l'évaluation gériatrique en EHPAD/USLD

### ACTIONS

1. Faire évoluer l'outil DPI afin d'intégrer les spécificités gériatriques de l'EHPAD
2. Dépister les fragilités, la perte d'autonomie en lien avec le PVI
3. Former les équipes à l'identification de la fragilité des résidents
4. Planifier des réévaluations régulières (annuelles)

## 7. Le projet de soins / le plan de soins individualisé

### Points forts

- Existence d'une très bonne connaissance des résidents par les professionnels avec un plan de soins complet et une réactivité dans l'ajustement du plan de soins par l'équipe
- L'inscription du recrutement d'un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) dans le CPOM

### Points faibles

- Le projet de soins est formalisé mais insuffisamment évalué et réactualisé
- L'oralité des transmissions prédomine face à la traçabilité dans le DPI
- Absence de référents des résidents dans le cadre du projet de soins en lien avec le PVI

## OBJECTIF N°12

- Formaliser le projet de soins individualisé

### ACTIONS

1. Créer un groupe de travail pluridisciplinaire pour créer la fiche outil en collaboration avec les gestionnaires du DPI
2. Former en interne l'équipe sur l'élaboration du projet de soins individualisé
3. Définir le rôle du référent
4. Instaurer des référents pour les résidents

## 8. La permanence des soins - Le recours à l'hospitalisation - L'urgence

### Points forts

- Permanence des soins assurée par la médecine libérale en lien avec les médecins coordonnateurs dans la journée 5j/7 pour limiter les recours non justifiés aux urgences et favoriser les admissions directes dans les services
- Présence d'une IDE la Nuit 7j/7

### Points faibles

- Absence de Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) mais dossier accessible sur Sillage
- Démographie des médecins généralistes en forte baisse avec difficulté à trouver des médecins pour les résidents
- Recours impossible à la médecine de ville le week-end avec pour conséquence une sollicitation du SAMU



## OBJECTIF N°13

- Établir une procédure de retour d'hospitalisation

### ACTIONS

1. Formaliser le rôle de chaque professionnel dans cette procédure
2. Evaluer son application
3. Faciliter l'admission directe aux services de soins du Centre Hospitalier

## **9. Le recours aux médecins spécialistes**

### **Points forts**

- L'appartenance au Centre Hospitalier facilite l'accès aux spécialistes et notamment au niveau de la cardiologie, l'ophtalmologie, la dermatologie et la psychiatrie
- Existence d'un CMP et un lien avec l'infirmière psychiatrique de liaison qui assure une disponibilité en cas de besoin et qui a un accès au dossier du résident
- Existence d'une évaluation gériatrique de l'état buccodentaire à l'entrée du résident

### **Points faibles**

- Absence de télémédecine et de téléconsultation au sein des EHPAD avec un délai de consultation long
- Un dépistage des troubles sensoriels à renforcer et pérenniser
- Un suivi irrégulier et parfois impossible de l'état bucco-dentaire
- Un suivi psychiatrique non systématique pour les résidents qui le nécessitent

## OBJECTIF N°14

- Améliorer l'accessibilité aux spécialistes

### ACTIONS

1. Développer la télémédecine et la téléconsultation
2. Développer les partenariats pour le suivi bucco-dentaire, visuel, auditif et psychiatrique des résidents

## **10. Les troubles neurocognitifs**

### **Points forts**

- Existence d'une UHR, d'une Unité de vie adaptée, d'un Accueil de Jour et d'un PASA dans les EHPAD permettant de proposer un accompagnement et un parcours adapté à chaque résident

- Existence d'une consultation mémoire effectuée par les médecins gériatres du Centre Hospitalier
- Un test MMS est réalisé à l'entrée et un bilan neurophysiologique peut être réalisé à la demande du Médecin avec une réorientation à la consultation mémoire si le résident le nécessite
- Présence d'une compétence en neuropsychologie qui est une personne ressource pour les équipes et un atout pour les résidents
- Existence d'un grand nombre d'activités thérapeutiques au sein des EHPAD (poupée thérapeutique, chariot Snoezelen, cuisine thérapeutique, jardinage, aromathérapie, gym douce, PASA, Chariot d'activités flash, art thérapie, musicothérapie, etc.) et une caisse de relaxation multi sensorielle est en commande
- Existence d'un parcours EHPAD pour les professionnels AVS, AS, AMP, MM permettant d'accompagner les professionnels dans l'accompagnement de ce type de troubles

### Points faibles

- L'identification du moment de réalisation de la consultation mémoire n'est pas bien définie
- Le diagnostic à l'entrée est perfectible afin de pouvoir orienter le résident au secteur d'hébergement le plus adapté
- Absence d'outil permettant de mettre en avant les capacités et le choix du résident au moment de son admission sur l'ensemble des EHPAD
- Une méconnaissance des compétences des différents intervenants dans le cadre d'accompagnement des troubles
- Pas assez de compétences AMP, ASG dans les services
- Une équipe pluridisciplinaire pas assez formée sur les activités thérapeutiques
- Les reports de soins et les techniques non médicamenteuses pas assez développées
- Le fonctionnement actuel du PASA qui n'assure pas suffisamment ses missions et qui reste la variable d'ajustement de l'absentéisme

### OBJECTIF N°15

- Améliorer la prise en soins des personnes ayant des troubles neurocognitifs

### ACTIONS

1. Améliorer et poser le diagnostic de démence à l'entrée en EHPAD
2. Mettre en place le PVI à l'entrée en EHPAD afin d'adapter la prise en soins du résident
3. Former les infirmières au NPI afin de l'effectuer en équipe

### OBJECTIF N°16

- Développer les activités dans l'accompagnement des résidents ayant des troubles neurocognitifs

## ACTIONS

1. Mettre en place des activités spécifiques auprès des personnes ayant des troubles neurocognitifs
2. Former les soignants aux prises en charge non médicamenteuses
3. Utiliser les outils thérapeutiques lors des soins
4. Faire participer des AMP dans les soins à l'aide des activités

## 11. Déshydratation / Dénutrition

### Points forts

- La prise alimentaire et hydrique fait l'objet d'un suivi individualisé avec une très bonne connaissance des conduites à tenir en cas de problèmes
- Les besoins sont régulièrement évalués en équipe pluridisciplinaire
- Le matériel et outils de suivi sont adaptés et disponibles dans les EHPAD
- Le DPI contient toutes les informations nécessaires au bon suivi de la dénutrition / déshydratation et permet d'avoir un système d'alerte
- Les résidents sont pesés tous les mois et plus si besoin et l'IMC est calculé automatiquement sur le DPI
- Une diététicienne est dédiée au pôle gériatrie qui réalise un dépistage des risques à l'entrée
- Des initiatives internes dans le cadre de manger-main sont effectuées et inscrites au CPOM et des repas thérapeutiques sont réalisés régulièrement par l'animation et par les soignants dans certains secteurs

### Points faibles

- La prise alimentaire et hydrique en cas de problème ne fait pas l'objet d'une prévention uniformisée dans l'ensemble des EHPAD, en effet, il n'y a pas de feuille de surveillance alimentaire et les synthèses sont effectuées dans certains EHPAD mais pas dans d'autres
- Le matériel adapté n'est pas utilisé automatiquement
- Existence d'une méconnaissance de certains professionnels concernant les protocoles de dénutrition et déshydratation
- Le manger-main n'est pas mis en place institutionnellement
- Il existe un manque de sensibilisation et de formation des agents concernant l'enrichissement des plats et la cuisine ne fournit pas toujours les aliments permettant aux équipes d'enrichir elles-mêmes les plats
- Un effectif insuffisant au moment des repas au regard des bonnes pratiques (temps dédiés aux repas et horaires des AVS).
- Une inadéquation par moment entre les régimes des résidents et le repas qui leur est servi
- Les repas collectifs en salle à manger ne sont pas une priorité dans tous les EHPAD

## OBJECTIF N°17

- Améliorer les pratiques de surveillance et prise en charge alimentaire et hydrique

### ACTIONS

1. Uniformiser les pratiques de surveillance alimentaire et hydrique (groupe de travail, protocoles, etc.)
2. Proposer des formations sur l'enrichissement alimentaire à un plus grand nombre de professionnels
3. Développer le travail en collaboration avec le service de restauration
4. Appliquer et mettre en place le projet « manger-main »
5. Favoriser les repas collectifs et thérapeutiques sur l'ensemble des résidences et en équipe pluridisciplinaire
6. Uniformiser les horaires des AVS de 8h à 14h sur l'ensemble des EHPAD
7. Améliorer la connaissance des protocoles lors des transmissions autour de cas concrets

## 12. Escarres

### Points forts

- Il existe un protocole de prévention et de traitement des escarres, connu de presque tous avec une évaluation du risque d'escarres qui est réalisée à l'entrée (NORTON)
- Les escarres font l'objet d'un suivi, le matériel adapté disponible et au niveau des compétences professionnelles, un IDE part en formation DU plaies et cicatrisations courant 2020

### Points faibles

- Les réévaluations ne sont pas uniformisées et programmées, par ailleurs, les résidents à risque sont identifiés oralement mais il n'y a pas d'alerte visuelle dans le plan de soins sur le DPI et il manque du matériel de décharge
- Tout le personnel concerné n'est pas formé à l'évaluation du risque d'escarres et le groupe « escarres » ne se réunit plus

## OBJECTIF N°18

- Améliorer la prévention et le suivi des escarres

### ACTIONS

1. Uniformiser et programmer les réévaluations des risques d'escarres
2. Au regard du risque, identifier les actions à mettre en place
3. Identifier dans le DPI les personnes à risque
4. Faire appel à l'infirmière référente du Centre Hospitalier plaies et cicatrisation
5. Réfléchir en interne sur l'intérêt de mettre en place un groupe pilotage « altération de l'état cutané »
6. Proposer la formation « prévention des escarres » aux agents non formés

## 13. Infections - Maitrise du risque infectieux

### Points forts

- Il existe des protocoles en lien avec le CLIN du Centre Hospitalier (non-spécifiques aux EHPAD), des formations sur le risque infectieux et une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) avec de référents sur chaque EHPAD
- Le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) est mis en place et le service Qualité du Centre Hospitalier organise un suivi du risque infectieux
- En cas de gastroentérites et d'infections respiratoires aiguës, il existe des protocoles efficaces

### Points faibles

- Le document d'analyse du risque infectieux est peu connu par le personnel des EHPAD
- Concernant le suivi des prescriptions antibiotiques, la politique antibiotique n'est pas élargie aux EHPAD
- Peu de personnels vaccinés contre la grippe

### OBJECTIF N°19

- Améliorer la communication sur le DARI pour une meilleure maîtrise du risque infectieux

### ACTIONS

1. Travailler avec le service Qualité pour la diffusion de l'information
2. Sensibiliser, informer sur les risques et inciter le personnel à la vaccination antigrippe en collaboration avec la médecine du travail
3. Travailler sur une politique antibiotique commune entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (réunions de coordination gériatrique)

## 14. Incontinence, hygiène de l'élimination et constipation

### Points forts

- L'outil informatique est adapté et permet d'avoir une multitude d'informations à disposition pour une prise en charge individuelle
- Les régimes alimentaires sont et peuvent être adaptés (régime fibre, de l'eau hépar, pruneaux, cranberries, eau gélifiée, etc.)
- Il existe des protocoles de constipation accessibles aux soignants ainsi que du matériel adapté pour l'incontinence

### Points faibles

- Absence de politique de prévention pour l'incontinence
- Le rôle de chacun sur les surveillances durant chaque quart n'est pas assez connu des professionnels
- Le maintien de la continence avec des accompagnements de mise aux toilettes, spontanément et à la demande du résident n'est pas systématiquement formalisé

- La mobilité et la verticalisation pour favoriser le transit et l'autonomie ne sont pas assez développées
- Manque de l'évaluation de l'autonomie du résident par le personnel avec une mise à disposition de chaque résident du matériel adapté (chaise percée, urinal, sonnette...)
- Les sondes vésicales à demeure ne sont pas assez réévaluées
- La fermeture des portes de chambres en unité de vie adaptée ne favorisent pas la continence des résidents

## **OBJECTIF N°20**

- Préserver la continence et prévenir la constipation

### **ACTIONS**

1. Mettre en place une politique de prévention de l'incontinence
2. Rappeler le rôle de transmissions de chacun sur les surveillances durant chaque quart et sensibiliser les soignants (surveillance urines et selles) et le rôle d'action de chacun (hydratation, régime à mettre en place, respecter et réadapter)
3. Continuer de privilégier le maintien de la continence avec des accompagnements de mise aux toilettes, spontanément et à la demande du résident
4. Favoriser la mobilité, la verticalisation pour le transit et l'autonomie
5. Mettre à disposition de chaque résident le matériel adapté (chaise percée, urinal, sonnette, etc.)
6. Réévaluer systématiquement la pertinence d'une sonde vésicale à demeure
7. Ouvrir les portes de chambres afin de favoriser l'autonomie des résidents dans le cadre de la continence et informer les familles sur les risques de disparitions des objets personnels ainsi que la déambulation des résidents dans les chambres

## **15. Chutes**

### **Points forts**

- Dans le cadre de la prévention et la prise en charge de chutes, les EHPAD bénéficient de la présence d'un enseignant APA et des éducateurs sportifs, de l'intervention d'ergothérapeute, psychomotricienne, kinésithérapeutes libéraux et disposent du matériel adapté

### **Points faibles**

- Absence d'évaluation et/ou bilan moteur systématique à l'entrée du résident réalisés en équipe pluridisciplinaire
- Les EHPAD n'ont pas intégré le groupe « patient chuteur » du Centre Hospitalier
- L'analyse des déclarations de chutes est insuffisante
- Le groupe « prévention des chutes » n'est pas assez développé dans les services
- Les Kinésithérapeutes libéraux sont limités en temps de présence et les échanges avec l'équipe soignante sont insuffisants

## OBJECTIF N°21

- Développer la politique de prévention de chutes dans les EHPAD

### ACTIONS

1. Effectuer une évaluation complète systématique en équipe pluridisciplinaire à l'entrée, et au cours du séjour
2. Faire connaître et intégrer le groupe patient chuteur au sein des EHPAD et avoir un référent dans chaque EHPAD
3. Développer des analyses suite aux déclarations de chutes
4. Développer dans les services le groupe « prévention des chutes »
5. Développer les temps d'analyse autour d'une situation entre les différents acteurs
6. Développer la collaboration avec le PRAP (pour les bonnes pratiques des soignants) et ergonomes dans les EHPAD
7. Adapter et réévaluer l'environnement du résident pour limiter le risque

## 16. Contention

### Points forts

- Existence d'un protocole « contention » au sein des EHPAD

### Points faibles

- La famille et le résident sont avertis après la mise en place de la contention
- La discussion de la mise en place d'une contention n'est pas élargie à l'équipe pluridisciplinaire
- Absence de réévaluation systématique de la contention
- La Prescription « si besoin » de contentions n'est pas conforme aux bonnes pratiques
- Il existe un manque d'évaluation de la compensation de la contention et une absence d'annexe dans le contrat de séjour pour la contention
- La réflexion éthique de la contention bénéfique/risque n'est pas toujours adaptée

## 17. Errances

### Points forts

- Existence d'un protocole en cas de sortie inopinée d'un résident et du matériel de téléalarme (bracelet)
- Existence d'un digicode au CGYL afin de sécuriser les sorties

### Points faibles

- La mise en place d'un bracelet de téléalarme ne fait pas l'objet d'une prescription médicale
- Une analyse insuffisante des sorties inopinées et des compensations de privation de la liberté
- Les chambres de l'unité adaptée sont fermées durant la journée
- L'information des familles lors de la mise en place de contention est insuffisante

## OBJECTIF N°22

- Allier la liberté d'aller et venir et sécurité du résident

### ACTIONS

1. Former les professionnels à la gestion de l'agitation et des troubles du comportement afin d'éviter la contention (physique, chimique, électronique et psychique) et en garantir le résultat
2. Rechercher le consentement des résidents et des familles avant la mise en place de la contention
3. Elargir l'équipe pluridisciplinaire pour la discussion de la mise en place d'une contention (physique, chimique, électronique et psychique)
4. Réévaluer systématiquement la contention selon un protocole défini dans le cadre des bonnes pratiques
5. Garantir la concertation entre médecin et l'équipe soignante pour bénéficier d'une prescription médicale « si besoin »
6. Créer une annexe dans le contrat de séjour pour la contention
7. Développer une réflexion éthique de la contention dans le cadre de l'analyse bénéfique/risque
8. Systématiser et réévaluer les prescriptions de téléalarme et bracelet anti sorties inopinées
9. Développer l'analyse des sorties inopinées et les compensations de privation de la liberté
10. Impliquer les familles sur la liberté des résidents, d'aller et venir, dans les chambres des unités adaptées

## **18. Douleur**

### **Points forts**

- Une évaluation de la douleur est réalisée lors de l'admission, le dépistage des douleurs aiguës est réalisé à travers l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur
- Les équipes sont formées et sensibilisées à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur et des référents douleur sont identifiés dans chaque établissement

### **Points faibles**

- Le dépistage et le suivi de la douleur chronique ne sont pas assez identifiés et suivis
- Les alternatives non médicamenteuses (s'il y a lieu) ne sont pas assez utilisées
- L'évaluation de la satisfaction de la prise en charge de la douleur n'est pas réalisée

## OBJECTIF N°23

- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques douloureuses



## ACTIONS

1. Identifier les résidents ayant des pathologies chroniques douloureuses
2. Demander la création d'un logo ou couleur spécifique sur le DPI
3. Former les équipes au dépistage, repérage des douleurs chroniques et à l'utilisation des alternatives aux médicaments
4. Ajouter dans l'enquête de satisfaction annuelle une rubrique concernant la satisfaction dans le cadre de la prise en charge de la douleur

## 19. Fin de Vie

### Points forts

- L'accompagnement en fin de vie fait l'objet d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire et les équipes sont sensibilisées à la prise en charge de la fin de vie
- Les EHPAD ont recours à l'HAD et bénéficient de l'intervention de 2 médecins et 1 IDE avec DU soins palliatif/douleur (Equipe Mobile de Soins Palliatifs)
- Une réflexion sur la fin de vie est en cours avec le GHH (Groupement Hospitalier du Havre)
- Les familles sont accompagnées et entourées par l'équipe pluridisciplinaire en cas de fin de vie d'un proche

### Points faibles

- La politique de soins de fin de vie/soins palliatifs n'est pas clairement définie
- Existence des difficultés avec certains médecins traitants avec un délai d'intervention trop long. Par ailleurs, le délai de prise en charge HAD est parfois trop long
- Absence de référents soins palliatifs en fin de vie au sein des EHPAD
- L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs n'est pas assez sollicitée
- Absence de groupe de réflexion éthique pluridisciplinaire EHPAD

## OBJECTIF N°24

- Améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie en EHPAD

## ACTIONS

1. Définir une politique de soins de fin de vie en EHPAD
2. Uniformiser la mise en place du PVI concernant la fin de vie sur tous les sites
3. Créer un groupe pluridisciplinaire de réflexion éthique
4. Solliciter l'Equipe Mobile Soins Palliatifs et l'HAD plus régulièrement
5. Promouvoir les actions de formation sur cette thématique
6. Solliciter le médecin coordonnateur en relais du médecin traitant pour l'accompagnement de la fin de vie
7. Identifier des temps formalisés sur le sujet de la fin de vie pendant les transmissions
8. Identifier et formaliser la place de la famille qui souhaite s'occuper de l'accompagnement de la fin de vie de son proche

## 20. Dépression

### Points forts

- Un temps de psychologue pour les résidents est prévu dans chaque EHPAD qui évalue la thymie de manière qualitative pour chaque entrée
- Les professionnels sont sensibilisés à l'accompagnement des résidents souffrant de dépression et des formations sur la dépression existent
- Une intervention de la Psychiatrie de liaison et du Groupement régional GRAPHISM en santé mentale est possible

### Points faibles

- Le temps de psychologue est suffisant pour l'USLD mais pas pour les EHPAD en raison des missions transversales (consultation mémoire)
- Peu de personnel bénéficie de formations sur la dépression
- Les personnes souffrant de dépression bénéficient d'un suivi psychologique mais rarement d'un suivi psychiatrique
- Il n'existe pas de politique de prévention des risques suicidaires
- Le groupe GRAPHISM n'est pas assez sollicité
- Il n'existe pas de protocole de dépistage et de traitement de la dépression

### OBJECTIF N°25

- Améliorer la prévention et la prise en charge et le suivi de la dépression

### ACTIONS

1. Former le personnel aux symptômes de la dépression, au suivi et au risque suicidaire par le biais de la formation continue et des topos des psychologues et médecins
2. Formaliser une prise en charge lorsque le risque de dépression ou le risque suicidaire est identifié
3. Faire connaître et solliciter davantage GRAPHISM au sein des EHPAD

# ACCUEILS SPECIFIQUES UHR ET UVP

## 1. Identification des personnes accueillies en UHR et UVP

### Points forts

- Le Protocole d'admission et de sortie d'UHR est défini et une évaluation NPI est effectuée à l'admission puis régulièrement en UHR

### Points faibles

- Absence de critères d'admission et de sortie dans le contrat de séjour et livret d'accueil

### OBJECTIF N°1

- Améliorer l'identification des critères d'admission et de sortie de l'UHR

### ACTIONS

1. Faire apparaître les critères d'admission et de sortie dans le contrat de séjour et le livret d'accueil
2. Diffuser auprès des équipes soignantes, des partenaires de ville et des familles les critères d'admission et de sortie de l'UHR et des UVP

## 2. L'organisation de l'admission et du séjour

### Points forts

- Au niveau de l'UHR, une évaluation est réalisée à l'entrée et pour la sortie d'un résident par le médecin traitant et le médecin coordonnateur, il existe par ailleurs une réunion d'évaluation hebdomadaire et les transmissions sont formalisées

### Points faibles

- Au niveau de l'UHR, absence de réunion trimestrielle formalisée avec les familles
- Au niveau de l'UVP, absence de réunion d'évaluation et des transmissions formalisées

### OBJECTIF N°2

- Améliorer l'organisation du séjour en UHR et UVP

### ACTIONS

1. Instaurer des réunions trimestrielles de suivi/famille en UHR
2. Initier 2 réunions par an avec les familles en UVP
3. Mettre en place de réunions pluridisciplinaires de suivi des résidents en UVP
4. Créer une traçabilité dans le dossier médical de tout changement d'unité

### 3. L'organisation de l'accompagnement

#### Points forts

- En UHR, un nombre important d'activités sont proposées, le PVI est régulièrement évalué, une procédure en cas d'événements et situations complexes existe et des transmissions et un accompagnement physique d'un soignant lors d'un changement d'unité est réalisé

#### Points faibles

- En UVP, très peu d'activités sont réalisées, le PVI n'est pas suffisamment réévalué et il n'y a pas de personnel dédié la nuit

#### OBJECTIF N°3

- Améliorer l'organisation de l'accompagnement en UHR et UVP

#### ACTIONS

1. Créer une équipe fixe et volontaire avec une amplitude horaire adaptée aux besoins des résidents (2 matin- 2 après midi)
2. Revoir l'organisation de nuit en UVP
3. Faire un programme d'activités fixe à la semaine en collaboration avec la neuropsychologue
4. Programmer plus régulièrement des évaluations de PVI pour s'adapter davantage au rythme de vie de chacun

### 4. Les compétences professionnelles à l'UHR et UVP

#### Points forts

- Existence d'une équipe pluridisciplinaire avec la présence des ASG
- L'agent qui souhaite changer d'unité est accompagné par l'institution dans son parcours

#### Points faibles

- Tout le personnel n'est pas formé à l'accompagnement spécifique en UVP et UHR
- Certains professionnels des EHPAD ne souhaitent pas travailler en l'UHR/UVP
- L'approche non médicamenteuse est insuffisamment connue
- Le fonctionnement en mode dégradé implique 1 AS en moins l'après-midi ce qui dégrade l'accompagnement et au niveau IDE, l'IDE de l'UHR gère UHR + EHPAD et vice-versa

#### OBJECTIF N°4

- Améliorer les compétences professionnelles en UHR et UVP

#### ACTIONS

1. Former l'ensemble du personnel aux spécificités de l'accompagnement en UHR et UVP
2. Respecter le choix des personnels de ne pas travailler en UHR et UVP

## 5. L'implantation territoriale de l'UHR

### Points forts

- L'UHR permet l'accueil des résidents d'autres EHPAD du territoire
- Les critères d'admission sont validés via trajectoire
- Il existe une convention avec les services de psychiatrie

### Points faibles

- Malgré la convention, les services de psychiatrie n'interviennent pas en UHR

### OBJECTIF N°5

- Mettre en œuvre un partenariat effectif avec les services de psychiatrie

### ACTION

1. Faire appel à l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du GHT

# ACCUEILS SPECIFIQUES - ACCUEIL DE JOUR ET PASA

---

## Textes de référence

- Recommandation de l'ANESM du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre
- Décret du 26 août 2016
- Le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019
- Recommandation HAS dans le cadre de la mesure 26 de l'axe 1 : « Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire » du Plan Maladies Neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019 qui prévoit la poursuite du déploiement de l'accueil en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

## Constat

Le Centre Hospitalier de Fécamp offre un parcours de soins qui répond à l'objectif N° 17 du PRS Normandie : « Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité ».

En effet les usagers trouvent dans les structures médico-sociales du CH de Fécamp (USLD, EHPAD, ADJ, PASA et UHR) des réponses adaptées à leurs besoins.

De plus, l'implantation de ces structures permet aux usagers et à leurs représentants de continuer à s'investir dans une vie sociale.

Le rattachement de ces structures au Centre Hospitalier et au GHT leur permet d'accéder à un parcours coordonné de soins de la personne âgée.

Néanmoins des réflexions sont à approfondir pour établir des critères pertinents pour le fonctionnement de l'ADJ en analysant le temps de transport des personnes âgées accompagnées. Concernant le PASA, le maintien constant des activités comme décrit dans le cahier des charges doit être prioritaire.

## 1. Identification des personnes accueillies en ADJ et PASA

### Points forts

- Les professionnels sont formés à l'accompagnement des résidents présentant des troubles cognitifs
- Existence d'une bonne communication de l'ADJ vers le réseau ville
- Des propositions d'activités adaptées avec une bonne relation avec les aidants (au niveau de l'ADJ : rencontre festives 2 fois par an et des échanges au quotidien)
- Un livret d'accueil qui est en cours de validation à l'ADJ
- Chaque usager de l'ADJ bénéficie d'un PVI
- La présence d'AMP dans le PASA

- Une utilisation des approches non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles cognitifs : poupée d'empathie, aromathérapie, musique, divers ateliers sensoriels, chariot de préhension libre, etc.

### Points faibles

- Le manque d'homogénéité des groupes en ADJ, ne permet pas un bon fonctionnement
- Un temps de transport au niveau de l'ADJ important et des usagers tributaires de l'organisation du transport ADJ
- Il existe des difficultés de communication avec les autres services EHPAD et un déficit de communication avec les professionnels libéraux
- Une absence de temps neuropsychologue dédié en ADJ
- Il existe un manque d'échange avec les familles sur les activités de leur proche au PASA
- Un personnel non formé aux soins SNOEZELEN malgré la présence d'une salle spécifique pour cette activité
- Les capacités individuelles des personnes âgées sont insuffisamment valorisées
- Les modalités d'accueil sont méconnues de tous les professionnels du PASA
- Le PASA est trop souvent fermé pour pallier les absences du personnel en EHPAD

### OBJECTIF N°1

- Améliorer les conditions d'accueil en ADJ

### ACTIONS

1. Entamer une réflexion sur le transport des usagers selon les localités d'habitation afin d'homogénéiser les groupes et les transports
2. Consacrer un temps neuropsychologue pour l'ADJ
3. Améliorer la communication avec les partenaires
4. Partager le dossier des usagers (papier actuellement) lors d'une entrée en EHPAD
5. Développer les temps d'ouverture d'ADJ le week-end

### OBJECTIF N°2

- Améliorer l'accompagnement au sein du PASA

### ACTIONS

1. Valoriser les capacités des résidents au sein de l'unité
2. Développer l'échange avec les familles (photos, rencontres familles)
3. Former l'équipe professionnelle aux soins SNOEZELEN
4. Trouver une autre alternative de remplacement des absences en EHPAD, pour ne pas fermer le PASA
5. Instaurer un temps de neuropsychologue dédié au PASA

# LE PROJET HOTELIER

---

La qualité hôtelière est un élément essentiel dont un Centre Hospitalier doit tenir tout particulièrement compte dès lors qu'il développe une activité d'EHPAD ou d'USLD, où les personnes sont hébergées pendant plusieurs années. Les prestations hôtelières revêtent une importance considérable dans les quatre domaines suivants :

- La prestation restauration,
- La prestation lingerie,
- La prestation entretien des locaux,
- La prestation des services techniques.

## LE PROJET HOTELIER – PRESTATION DE RESTAURATION

---

### Nos forces

- Une restauration produite en interne avec des compétences spécifiques et une maîtrise du circuit de restauration et des règles d'hygiène alimentaire
- Adaptation aux besoins spécifiques des résidents et évaluation de leur satisfaction (régimes, textures, etc.)
- Utilisation de la restauration comme une activité thérapeutique (notamment en UHR, PASA et ADJ)

### Nos enjeux

- Faire de l'instant repas un moment convivial, professionnalisé et agréable pour les résidents et les professionnels

### Nos orientations

- Améliorer la prestation hôtelière de restauration dans le cadre de l'instant repas :
  - Individualisation de la prestation
  - Organisation et analyse de l'effectif nécessaire
  - Coordination



## 1. Individualisation de la prestation restauration

### Points forts

- Le Centre Hospitalier bénéficie d'une cuisine interne, les repas sont donc faits sur place en liaison froide, l'acheminement auprès des services de soins et les lieux de vie se fait en chariots spécifiques qui permettent le maintien en température. Les goûts et les aversions des résidents sont respectés ainsi que les textures et les régimes sont soumis à une prescription médicale
- La présence d'une Diététicienne dédiée aux EHPAD à 0,6 ETP et l'existence d'un référent CLAN dans chaque EHPAD permettent d'améliorer la prestation
- Une surveillance alimentaire sur 3 jours, tracée sur le DPI, est réalisée à l'admission, afin d'affiner les besoins et les souhaits du résident
- L'existence d'un groupe de travail sur le gaspillage alimentaire du repas du soir en vue d'améliorer la prestation, avec un test qui a débuté en USLD
- Une enquête de satisfaction auprès des résidents est réalisée
- Un repas accompagnant est mis à disposition des familles sur demande

### Points faibles

- Absence de commission des menus
- Existence d'un menu unique (déclinaison possible : alternative avec une proposition de plats constants)
- Absence de réévaluation des régimes alimentaires et des textures
- A ce jour les maitresses de maison ne participent pas au CLAN
- La production par liaison froide ne permet pas de s'adapter facilement aux contraintes climatiques (canicule)

### OBJECTIF N°1

- Améliorer l'individualisation de la prestation restauration

### ACTIONS

1. Mettre en place une commission des menus à partir de la structure des réunions de restauration actuelles
2. Se baser sur les recommandations des bonnes pratiques en EHPAD
3. Etendre la possibilité de choisir un plat de substitution à l'ensemble des EHPAD
4. Réévaluer périodiquement le choix des textures et des régimes
5. Etendre la participation des maitresses de maison au CLAN
6. Elargir la gamme des compléments nutritionnels
7. Développer la formation des personnels concernant la prestation restauration

## 2. Organisation de la prestation restauration

### Points forts

- Attente forte du moment des repas par les résidents
- Existence des repas thérapeutiques en PASA, UHR, ADJ avec un temps de repas adapté au rythme des résidents

### Points faibles

- Manque de personnels au moment de la distribution des repas (insatisfaction des personnels, des résidents et des familles)
- L'organisation du temps des repas et le temps consacré aux repas est insuffisant et insatisfaisant (entre 30 à 45 min)
- Existence de tenues adaptées (tabliers bleus) dont l'usage n'est pas respectée sur tous les sites
- Les lieux de restauration ne sont pas adaptés, en effet les salles à manger sur certains sites ne sont plus adaptées aux publics accueillis (fauteuils roulants...) et un manque d'espace est ressenti
- Non-respect du temps de jeûne nocturne qui est supérieur à 12h
- Future contrainte du GHT dans le cadre de marchés communs (en effet l'approvisionnement par le réseau des producteurs de proximité sera à priori compromis au détriment de la qualité des denrées, échéance 2021)

### OBJECTIF N°2

- Améliorer le temps consacré au repas

### ACTIONS

1. Revoir les organisations de travail pour optimiser la prestation restauration
2. Réévaluer périodiquement les besoins individuels autour de la prise des repas
3. Harmoniser les pratiques de distribution des repas (tenues, tabliers...)
4. Mener une réflexion sur les lieux dédiés à la prise des repas
5. Développer les arts de la table à des moments identifiés (dimanches, fêtes, etc.)
6. Mettre en place des collations nocturnes afin de diminuer le temps de jeûne pour certains résidents (et notamment les résidents dénutris, diabétiques, etc.)
7. Mener une réflexion sur le temps de travail des maîtresses de maison et des AVS

## 3. Hygiène alimentaire

### Points forts

- Respect de la méthode HACCP jusqu'à l'assiette du résident en lien avec le Plan de Maitrise Sanitaire (PMS)

- Existence d'un comité HACCP
- Une formation existe (1/an) avec participation des maitresses de maison, AVS, diététicienne et l'équipe restauration
- Respect des bonnes pratiques d'hygiène lors des repas thérapeutiques (traçabilité, plats témoins, etc.)

#### Points faibles

- Le nombre d'agents formés à l'HACCP (Maitresses de maison, AVS, etc) est insuffisant
- Des audits sur site sont réalisés mais ils ne sont pas assez nombreux

#### OBJECTIF N° 3

- Améliorer les compétences des professionnels et les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire

#### ACTIONS

1. Augmenter le nombre d'agents formés à l'HACCP
2. Réaliser des analyses de pratiques et des audits sur site à périodicité définie

# LE PROJET HOTELIER – PRESTATION DE BLANCHISSERIE

---

## Nos forces

- Une prestation blanchisserie produite en interne avec des compétences spécifiques et maîtrise du circuit et des règles d'hygiène
- Un accompagnement des résidents le nécessitant dans le cadre des achats des vêtements
- Une place laissée aux aidants dans la gestion du linge

## Nos enjeux

- Garantir la satisfaction de la prestation auprès des usagers et la coordination entre la blanchisserie et les EHPAD

## Nos orientations

- Coordonner et améliorer la prestation hôtelière de blanchisserie
  - Individualisation
  - Organisation
  - Coordination
  - Evaluation de la prestation

## 1. Organisation générale de la prestation lingerie

### Points forts

- La maîtrise de la prestation lingerie grâce à la blanchisserie du Centre Hospitalier est un atout dans la maîtrise du circuit du linge, l'intervention de l'infirmière hygiéniste permet d'analyser le circuit du linge et de l'adapter
- Il existe sur Ennov (logiciel de gestion documentaire) un protocole concernant le circuit du linge propre/sale et contaminé
- Les FEI sont analysées avec réponse de l'expert
- Il existe un CREX en USLD

### Points faibles

- Le protocole du circuit du linge n'est pas accessible pour tous les agents
- Il n'y a pas de référent linge dans les EHPAD
- Actuellement, les équipes ne disposent pas toujours du nombre de sacs suffisants pour assurer un bon tri du linge sale
- Les déclarations d'événements indésirables ne sont pas faites régulièrement par manque de temps (souvent faites par l'IDE ou le cadre)
- Tous les professionnels soignants n'ont pas accès au retour des analyses de FEI
- Le CREX n'est pas mis en place dans tous les EHPAD
- Absence d'audits du fonctionnement du tri du linge

## OBJECTIF N°4

- Améliorer l'organisation de la prestation lingerie

### ACTIONS

1. Nommer des référents lingerie par EHPAD qui assureraient la liaison entre le service et la blanchisserie
2. Etablir et pérenniser des moments d'échange entre la blanchisserie et l'EHPAD
3. Créer une dotation de sacs à linge adaptée
4. Actualiser le protocole « BMR » afin d'alerter la blanchisserie quant aux nombres de sacs adaptés nécessaires
5. Réaliser des contrôles/audits à périodicité définie concernant l'utilisation des sacs de linge et le bon tri du linge

## **2. Linge des résidents**

### **Points forts**

- La procédure concernant l'entretien du linge présente dans le livret d'accueil est expliquée aux familles
- Le libre choix de l'entretien du linge est proposé aux familles
- Des panneaux d'affichage concernant les horaires de la blanchisserie sont disponibles au sein des services, les familles peuvent prendre des RDV si les horaires indiqués ne leur conviennent pas
- Les familles ont la possibilité de venir à la blanchisserie pour retrouver le linge perdu
- Les animatrices proposent des rencontres avec les prestataires pour l'achat de vêtements adaptés pour les résidents
- Les résidents qui disposent d'argent de poche, peuvent être accompagnés par les animatrices à réaliser des achats de linge

### **Points faibles**

- Il arrive que le linge sale soit mis à laver à la blanchisserie par inadvertance alors que la famille effectue cet entretien
- Il arrive que le linge soit perdu et/ou abimé
- La blanchisserie n'est pas toujours informée lors des décès ou des changements de résidence
- Actuellement, il n'existe pas de questionnaire de satisfaction concernant la prestation lingerie
- Un lave-linge et sèche-linge ont été achetés pour chaque EHPAD sauf au Bois Martel (pour lavage des chaussons, filets lève-malade, bas de contention) début 2018, à ce jour ils ne sont pas installés partout
- Complexité pour la gestion du linge quand le résident est isolé
- Une perte importante du matériel de prêt (attelles et Dujarier, sangles de contention, etc.)

## OBJECTIF N°5

- Améliorer la prise en charge de l'entretien du linge du résident

### ACTIONS

1. Proposer aux familles de mettre à disposition un panier à linge dans les chambres quand c'est la famille qui assure l'entretien du linge afin d'éviter toute confusion
2. Intégrer la blanchisserie dans l'envoi du mail d'information concernant les décès et les changements de chambre ou de lieu de vie
3. Finaliser l'installation des lave-linge/sèche-linge dans les EHPAD (pour l'entretien du matériel type attelles, chaussons)

## **3. Linge plat**

### **Points forts**

- La blanchisserie offre une dotation confortable en draps et linge de toilette avec réapprovisionnement au fur et à mesure
- Une réactivité de la part de la blanchisserie en cas de demandes des services
- Il existe un passage par semaine d'un professionnel de la blanchisserie pour actualiser la dotation
- Une armoire de dépannage de linge est mise en place dans les EHPAD

### **Points faibles**

- Il existe parfois des dysfonctionnements entraînant un manque de linge (serviettes et gants de toilette) particulièrement lors de certains jours fériés
- La blanchisserie ferme à 12h30 le vendredi pour répondre aux besoins importants en début de semaine
- Beaucoup des gants de toilette sont jetés car très souillés ou très usés
- Absence d'armoire de dépannage au CGYL
- En cas de sous effectifs dans les EHPAD les armoires de linge ne sont plus gérées par le personnel ce qui provoque des ruptures de stocks de linge dans les structures

## OBJECTIF N°6

- Optimiser la gestion du linge plat

### ACTIONS

1. Utiliser des carrés de soins pour les changes souillés afin d'éviter la surconsommation de gants de toilette textiles (sensibilisation pour le tri des carrés)
2. Uniformiser la gestion du rangement des armoires de linge propre (équipe de nuit)
3. Homogénéiser la traçabilité des changements de draps dans les plans de soins
4. Mettre une astreinte à la blanchisserie le vendredi après-midi
5. S'assurer que l'armoire de dépannage est disponible sur tous les EHPAD et en revoir l'organisation

## 4. Tenues des professionnels

### Points forts

- Le besoin en tenues professionnelles a été réévalué, la dotation de chaque agent a été complétée et la dotation nominative est établie et respectée
- Il existe une réflexion sur la tenue de travail (blouse blanche - tenues différentes), et sur l'anonymisation des tenues

### Points faibles

- Certains agents s'approprient les tenues de leurs collègues
- Les tenues des soignants en EHPAD rappellent celles de l'hôpital (ce sujet a été débattu dans le groupe et alimentera une réflexion future à ce sujet)

### OBJECTIF N°7

- Veiller à ce que chaque agent dispose d'une dotation complète en tenue professionnelle

### ACTION

1. Veiller à ce que chaque professionnel ait sa dotation de tenue

### OBJECTIF N°8

- Désacraliser la tenue blanche des professionnels

### ACTIONS

1. Mettre en place des groupes de travail sur la tenue adaptée au lieu de vie
2. Faire participer les résidents et familles à ce projet

# LE PROJET HOTELIER – PRESTATION ENTRETIEN DES LOCAUX ET BIO NETTOYAGE

---

## Nos forces

- Une prestation d'entretien des locaux et bio nettoyage internalisée
- Matériel, procédures et protocoles internes disponibles
- Accompagnement des nouveaux professionnels

## Nos enjeux

- Garantir la satisfaction de la prestation auprès des usagers

## Nos orientations

- Optimiser la prestation entretien des locaux et bio nettoyage :
  - Formation de professionnels
  - Organisation
  - Coordination
  - Evaluation de la prestation

## 1. Organisation du ménage

### Points forts

- Des formations formalisées sont dispensées à chaque nouvel agent responsable du bio-nettoyage
- Il existe de protocoles ménage et du matériel adapté, une acquisition d'auto-laveuses neuves a été réalisée

### Points faibles

- La formation du nouvel arrivant ne s'effectue pas dès sa prise de poste
- Absence d'OPQ sur chaque résidence
- Le temps de présence des agents d'entretien est inadapté aux besoins (4h/jour/agent) pour entretien des chambres et des salles communes
- Malgré l'acquisition des auto-laveuses, il existe du matériel inadapté au sein des résidences
- Présence des personnes en contrat Actif-insertion dans les EHPAD en sous-traitance qui sont amenées à former les nouveaux arrivants
- Fragilité et précarité des équipes
- Existence d'un planning des tâches à effectuer, cependant ce dernier n'est pas toujours réalisé par manque d'agents
- Organisation jugée non satisfaisante à l'heure actuelle



## OBJECTIF N°9

- Optimiser la prestation ménage

### ACTIONS

1. Evaluer l'organisation actuelle concernant le ménage
2. Former les agents responsables du bio-nettoyage dès leur prise de poste
3. Répartir le temps de présence de l'OPQ du CGYL dans les autres EHPAD (affectation fixe, durée à déterminer)
4. Développer la microfibre dans tous les EHPAD
5. Améliorer la prestation des nettoyages des vitres
6. Faire intervenir une association de protection des animaux pour les nids d'hirondelles (souillures sur les rebords de fenêtres et vitres)

## **2. Gestion des déchets**

### **Points forts**

- La procédure de gestion des déchets est existante sur Ennov
- Certains EHPAD ont des poubelles de tris des déchets (plastiques, etc.)

### **Points faibles**

- Toutes les structures ne font pas le tri par manque de poubelles adaptées
- Lors des CVS, le problème des mauvaises odeurs dans les couloirs est souvent évoqué
- Les locaux poubelles ne sont pas adaptés, ne remplissent pas les normes d'hygiène
- Les poubelles à l'entrée des résidences ne sont pas vidées (notamment le week-end) ce qui renvoie une mauvaise image de manque d'hygiène sur l'établissement
- Absence de pratiques homogènes concernant le tri des déchets

## OBJECTIF N°10

- Appliquer la politique de tri des déchets

### ACTIONS

1. Avoir les contenants adaptés pour effectuer le bon tri
2. Remettre aux normes les locaux de stockage des déchets
3. Faire un audit sur le tri des déchets à périodicité définie

# LE PROJET HOTELIER – SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

---

## Nos forces

- Un service interne aux EHPAD avec appui du Centre Hospitalier
  - Service transports
  - Sécurité
  - Astreintes techniques

## Nos enjeux

- Garantir des conditions d'accueil optimales aux résidents

## Nos orientations

- Optimiser la prestation proposée par les services techniques, transport et sécurité :
  - Organisation de travaux
  - Coordination de professionnels
  - Retour de l'information
  - Evaluation de la prestation

## 1. Organisation des services techniques et logistiques

### Points forts

- Une équipe technique interne assure l'ensemble des activités logistiques afin d'apporter une réponse adaptée à l'ensemble des structures, tout en maîtrisant le circuit de décision. Par ailleurs les personnels sont formés à la gestion du risque incendie (2 sur les 4 agents techniques ont reçu une formation SSIAP 1)
- Il existe des astreintes techniques qui permettent une intervention 24/24h, week-end et jours fériés compris
- Le Service transport de l'hôpital assure des missions pour les EHPAD, il assure également l'acheminement de produits entre EHPAD avec une bonne réactivité
- Existence d'une équipe biomédicale interne et réactive
- L'équipe de sécurité de l'hôpital fait des rondes sur le CGYL

### Points faibles

- Les délais d'intervention sont parfois inadaptés
- Les techniciens sont au nombre de 4 agents qui tournent dans les EHPAD ce qui augmente les temps de déplacements entre EHPAD. Ils sont multitâches
- Il n'existe pas de retour systématique sur les réalisations de travaux
- Il n'y a pas de rondes de sécurité régulièrement sur les autres EHPAD
- Manque de vidéosurveillance sur les sites

- Absence d'organisation concernant le transport des bilans sanguins en cas de reprise des soins sur les EHPAD hors CGYL (actuellement fait par les IDE libéraux)
- Absence de chauffeur pour accompagner certains résidents dans leurs sorties

### OBJECTIF N°11

- Optimiser la prestation proposée par les services techniques, transport et sécurité

### ACTIONS

1. Mettre en place un agent technicien polyvalent sur chaque EHPAD
2. Réaliser l'étude de faisabilité pour mettre en place un système de vidéosurveillance
3. S'assurer du retour d'informations quant à la réalisation des travaux (GMAO)
4. Prévoir un transport pour les bilans sanguins avec la reprise de soins des EHPAD

## **2. Adaptation du bâtiment aux besoins des résidents**

### **Points forts**

- Le bâtiment CGYL est adapté aux besoins des usagers
- L'EHPAD Le Bois Martel a une architecture de plain-pied avec un accès direct à un jardin sécurisé
- Il y a eu une mise en accessibilité des bâtiments dans le cadre de l'Ad'Ap

### **Points faibles**

- La signalétique des bâtiments reste à améliorer
- Certains bâtiments sont vieillissants et ne correspondent plus aux publics accueillis
- Il existe une insatisfaction des dispositifs anti sorties inopinées, un retour est attendu et une optimisation est à prévoir
- Il existe par ailleurs des contraintes financières pour augmenter le budget d'investissement des EHPAD

### OBJECTIF N°12

- Favoriser l'orientation pour les résidents, les proches et les familles dans les EHPAD

### ACTIONS

1. Mettre en place une signalétique adaptée et fonctionnelle
2. Lancer un appel à projets auprès des étudiants cadre de santé pour améliorer la signalétique des EHPAD

## OBJECTIF N°13

- Adapter les locaux à la population accueillie

### ACTIONS

1. Optimiser le fonctionnement des dispositifs anti sorties inopinées
2. Optimiser les locaux (changement d'affectation, baisse capacitaire...) pour les adapter aux besoins des personnes accueillies

## 3. Aménagement intérieur

### Points forts

- Existence des chambres communicantes pour les couples sur le CGYL et le Bois Martel
- Les résidents ont la possibilité de personnaliser les chambres

### Points faibles

- Existence des chambres doubles sur les EHPAD Shamrock et Moulins au Roy
- Existence de salles de bains communes (1 pour 2 chambres sur le CGYL)
- La satisfaction des résidents n'est pas évaluée sur la qualité des chambres
- La politique de réfection et d'entretien des locaux n'est pas satisfaisante et notamment au niveau des peintures
- Certains bâtiments sont vieillissants et ne correspondent plus aux publics accompagnés (salles de bains trop petites sur certains sites par exemple)
- Existence des contraintes règlementaires au niveau des normes incendie dans le cadre de l'aménagement intérieur
- Absence de volets et de rideaux sur l'EHPAD Shamrock
- Certaines architectures sont plus consommatrices en ressources humaines que d'autres (Moulins au Roy par exemple)

## OBJECTIF N°14

- Améliorer les conditions d'accueil des résidents

### ACTIONS

1. Ajouter au questionnaire de satisfaction le volet qualité de l'aménagement intérieur
2. Envisager la création d'une extension capacitaire sur l'EHPAD du Bois Martel pour d'une part, transformer les chambres doubles en chambres individuelles et d'autre part, créer des lieux d'accueil temporaires (répit, séquentiel, etc.)
3. Installer des volets roulants électriques sur l'ensemble des sites
4. Mettre en place une politique de reprise des embellissements (état des lieux d'entrée et de sortie)

## 4. Les espaces extérieurs

### Points forts

- Espaces extérieurs accessibles au Bois Martel
- Réaménagement du jardin de l'UHR

### Points faibles

- Espaces extérieurs peu accessibles, les résidents ont besoin d'être accompagnés pour profiter des extérieurs
- Le mobilier extérieur est insuffisant avec un manque des lieux de stockage pour ce mobilier
- La préservation du matériel par le personnel est insatisfaisante
- Les espaces extérieurs ne sont pas optimisés pour la réalisation d'accompagnements thérapeutiques

### OBJECTIF N°15

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des espaces extérieurs

### ACTIONS

1. Investir dans le mobilier extérieur
2. Assurer l'entretien et le stockage du mobilier par l'ensemble des personnels
3. Prévoir des lieux de stockage dédiés
4. Développer les jardins thérapeutiques

# NOUVEAUX PROJETS INNOVANTS

---

## OBJECTIF

- Elaborer une politique /stratégie d'innovation et promouvoir l'utilisation de l'outil numérique / digital au sein des organisations des EHPAD

## ACTIONS

### 1. Au sein de l'établissement

- Créer un Comité de Pilotage institutionnel sur la mise en place de projets innovants
- Faire participer les ingénieurs du Centre Hospitalier à la réflexion sur les projets innovants

### 2. Pour les soignants

- Identifier les objets connectés utiles pour la surveillance médicale des résidents et pour l'éducation thérapeutique
- Se doter des outils informatiques pour la traçabilité des soins (type tablettes ou autres)
- Mettre en place un projet Infirmier en Pratique Avancée
- Développer la télémédecine et la téléconsultation

### 3. Pour les résidents

- Identifier les objets connectés, assistants vocaux, casques réalité virtuelle (réminiscence) permettant d'améliorer l'accompagnement et de développer le lien social, maintenir les capacités cognitives, réaliser des soins de la mémoire, des moyens de communication vers l'extérieur, etc.

### 4. L'EHPAD hors les murs

- Proposer des services et/ou prestations en dehors des murs des EHPAD (ergothérapeute, neuropsychologue, éducateur sportif, consultation gériatre, etc.) ou de la surveillance par objets connectés, télésurveillance

# CONCLUSION

---

Ce projet est le résultat d'une démarche collective, qui va permettre d'identifier, d'intégrer et d'anticiper l'ensemble des évolutions du secteur, afin de continuer à offrir des réponses adaptées aux attentes et besoins des personnes accueillies.

Il définit les axes prioritaires des plans d'actions et la place de la personne âgée dans nos établissements, comme étant un individu unique, qui doit toujours, suivant ses potentialités, être un acteur de sa vie.

Il permet de s'engager dans une harmonisation des bonnes pratiques dans l'ensemble des structures médico-sociales.

Ce projet met en évidence la spécificité du projet médico-social dans le projet d'établissement du Centre Hospitalier.

Une politique de formation ciblée pour les professionnels de ce secteur est nécessaire, afin de faire aboutir les actions identifiées.

Il est un engagement de tous les intervenants envers chaque personne accueillie, pour valoriser ses capacités restantes, préserver son autonomie, limiter ses difficultés liées à la dépendance et mettre en œuvre des actions permettant notamment l'ouverture sur l'extérieur.

Il se situe dans une volonté collective et permanente d'engagement des professionnels dans une logique de progrès, d'évolution, et d'amélioration constante des prestations.

La Direction est garante du déploiement du projet et de l'évaluation des actions d'amélioration déclinées par les professionnels.

# ANNEXES

---

## Glossaire

Ad'Ap	Agenda d'accessibilité programmée
ADJ	Accueil de Jour
AES	Accident Exposant au Sang
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide médico-psychologique
ANAES	Agence Nationale pour l'Évaluation des Etablissements de Santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant/e
ASG	Assistant/e de soins en gérontologie
AVS	Auxiliaire de la Vie Sociale
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCG	Commission de Coordination Gériatrique
CDU	Commission des usagers
CGYL	Centre Gérontologique Yvon Lamour
CH	Centre Hospitalier
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFIL	Comité de Pilotage



CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et des Moyens
CREX	Comité de retour d'expérience
CSP	Code de la Santé Publique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DARI	Document d'Analyse du Risque Infectieux
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DPI	Dossier Patient Informatisé
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
ETP	Equivalent Temps Plein
FEI	Feuille d'Évènement Indésirable
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso Ressources
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
GMP	GIR Moyen Pondéré
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de masse corporelle

IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MM	Maîtresse de Maison
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NPI	Neuro Psychiatric Inventory
OPQ	Ouvrier professionnel qualifié
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS	Système d'évaluation de la gravité globale des maladies des personnes âgées résidant en maison de retraite
PMND	Plan Maladies Neurodégénératives
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMS	Plan de Maîtrise Sanitaire
PRAP	Prévention des risques liés à l'activité physique
PRS	Projet Régional de Santé
PVI	Projet de Vie Individualisé - Fait référence au Projet Personnalisé du résident
RAMA	Rapport d'Activité Médical Annuel
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SSIAP	Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UVP	Unité de Vie Protégée

## Textes de référence

- L'article D312-160 du CASF dispose : « Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont tenus d'intégrer dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ».
- ANESM : l'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (p.49) Thème 4 : La prévention et la prise en charge de la dénutrition.
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007.
- Direction Générale de l'Action Sociale – Société française de gériatrie et gérontologie : « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» p.52 les escarres.
- Conférence de consensus de novembre 2001 « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé».
- ANESM : l'évaluation interne, repères pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes Axe 2 Thème 3 la prévention d'escarres.
- HAS Dispositifs médicaux d'aide à la prévention d'escarres : avis de la commission du 22 décembre 2009. « L'escarre est une pathologie grave qui peut survenir en quelques heures. Ce n'est jamais une fatalité. L'escarre est très souvent évitable. Une phase d'évaluation des risques est souhaitable afin de mettre les moyens adéquats en face de chaque cas et pouvoir concentrer ses ressources sur les cas les plus critiques.
- Direction Générale de l'Action Sociale – Société française de gériatrie et gérontologie : « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» p.52 les escarres.
- Conférence de consensus de novembre 2001 « Prévention et traitement des escarres de L'ADULTE et du sujet âgé».
- L'impact de l'incontinence, son retentissement sur la qualité de vie des résidents, le coût de sa prise en charge sont des facteurs à ne pas négliger en établissement.
- Direction Générale de l'Action Sociale – Société française de gériatrie et gérontologie : « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» p.30 les chutes.
- HAS - SFDRMG. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005.
- HAS Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009.
- Recommandation de l'ANESM sur l'évaluation interne : Axe II Thème 2 la prévention et la prise en charge des chutes
- Direction Générale de l'Action Sociale – Société française de gériatrie et gérontologie : « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» p. 34 la contention.
- L'ANESM aborde la contention comme une limitation d'aller et de venir, la Haute Autorité en Santé (HAS) renvoie à une recommandation de l'Agence Nationale pour l'Evaluation des

Etablissements de Santé (ANAES) qui avait été publiée en 2000 qui concerne essentiellement les structures hospitalières, prévoyant un renouvellement des contentions toutes les 24 heures. Pour les EHPAD, on retiendra d'une part que les contentions doivent être évaluées, réévaluées et que leur prescription doit être revue périodiquement. Par ailleurs, elles doivent faire l'objet d'une recherche de consentement éclairé.

- Décret de compétence des personnels infirmiers (art. 7): « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.».
- Direction Générale de l'Action Sociale – Société française de gériatrie et gérontologie : « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» p. 50 la douleur.
- HAS : prise en charge de la douleur
- RBPP ANESM « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement ». Mars 2014
- Loi (n° 2002-303) du 4 mars 2002 art. L1110-5 du Code de la Santé Publique « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » ;
- Décret de compétence des personnels infirmiers (art. 7): « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.
- HAS décembre 2008 : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.
- « La définition de la douleur proposée par l'International Association for the Study of Pain, la plus citée, témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité : la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».
- ANESM : l'évaluation interne, repères pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes Axe 2 Thème 1 : la prévention et la prise en charge de la douleur.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Articles L1111-10 à L1111-13 du Code de la Santé Publique relatifs aux directives anticipées qui sont les souhaits d'une personne « relatifs à sa fin de vie concernant les limitations de son traitement ».
- ANESM Qualité De Vie volet 4 Ch. 5 : l'accompagnement de la fin de vie
- OMS 2002 : « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle : par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ; ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ».
- Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gérontologie : Les bonnes pratiques en EHPAD. Volonté de la personne : la personne de confiance, les directives anticipées (P.114, 115).

- « Plus les instructions inscrites dans une directive anticipée seront précises et détaillées, sans ambiguïté d'interprétation, mieux les équipes de soins pourront les appliquer. Elles peuvent mentionner les valeurs philosophiques, religieuses et culturelles de la personne, les personnes admises ou non dans l'environnement proche de la personne, le choix des professionnels, le choix du lieu de vie et le choix de l'établissement d'accueil s'il y a lieu, le choix du tuteur pour la gestion des biens et du patrimoine, l'autorisation ou non de recourir à certaines techniques de soin (dialyse, sonde de nutrition, gastrostomie, etc.), les souhaits quant aux traitements et à la fin de vie, les modalités des obsèques, le désir éventuel de faire un don d'organes et/ou un don du corps à la science, etc. »
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Ensemble au service de la  
dignité, de l'humanité et des  
libertés

Centre  
Hospitalier  
Intercommunal  
du Pays des Hautes Falaises



Fécamp