



PROJET D'ETABLISSEMENT

MARS 2013

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1- Identification de l'établissement

1.1) Fiche synthétique

La Résidence "les Mimosas" située à Albi peut accueillir 89 Résidents. C'est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui bénéficie depuis son ouverture, soit le 7 mai 1990, d'un agrément aide sociale pour la totalité de sa capacité et répond aux dernières normes en vigueur.

1.2) Organisme gestionnaire

L'association Marie Navas - Mieux vivre dans le Tarn s'est constituée en 1987 dans le but d'accueillir des personnes âgées ayant perdu leur autonomie. La première étape fut de réhabiliter les bâtiments pour lequel le propriétaire, la fondation Saint-Martin proposa à l'association un bail emphytéotique. En effet, leur vocation première était d'apporter assistance et secours aux orphelins. Devenus moins nombreux, la fondation réorienta l'objet de ses missions vers un autre public sans perdre de vue l'action sociale.

Aujourd'hui composée de 8 membres, l'association a pour Président Monsieur Jean-Pierre DEYMIER et ce, depuis Janvier 1989.

1.3) Valeurs fondamentales de l'Association

Le projet de création de l'établissement fut d'abord le fruit d'un constat de manque de structures sociales dans le nord du département du Tarn, structures sociales susceptibles d'accueillir des personnes âgées les plus en difficulté.

Le conseil d'administration de l'association imposa que le respect des personnes accueillies, respect de leurs croyances, de leur choix de vie, le maintien de leurs habitudes, la préservation de leurs liens sociaux et l'assurance donnée de les accompagner dignement jusqu'au bout de leur vie soient les valeurs qui président au projet d'établissement.

Pour que dès l'ouverture, le personnel soit en mesure de travailler sur les bases du projet institutionnel, nous avons organisé une formation de prise de connaissance et d'appropriation dudit projet.

Modifié et affiné à plusieurs reprises, ces valeurs restent le socle de notre projet sur lequel se fondent toutes nos actions.

1.4) Historique de l'établissement

Les Mimosas ont accueilli le 7 Mai 1990 leurs premiers Résidents, la capacité autorisée était alors de 78 personnes.

Les soins médicaux étaient assurés par les cabinets d'infirmiers libéraux et c'est en Septembre 1992 que la DDASS nous accorda un financement pour 34 lits de soins courants puis en Août 1997 une dotation supplémentaire pour 30 lits de cure médicale qui nous permit de répondre partiellement aux besoins de nursing et soins médicaux de nos Résidents.

La première convention tripartite fut signée en Juillet 2002 nous permettant d'augmenter le ratio de personnel soignant attaché à l'établissement, (aides soignantes et infirmières) ; elle posa un diagnostic sur l'ensemble de nos prestations et de nos procédures de fonctionnement : accueil, hébergement et hôtellerie, animation, tenue des dossiers de soins, respect des droits et des libertés etc..., ce qui nous permis d'entreprendre une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La signature de la deuxième convention tripartite date de 28 Septembre 2007. L'étude préparatoire mit en évidence l'obsolescence de certains de nos équipements intérieurs (chambre avec cabinet de toilette sans douche, salle à manger trop exigüe, accès difficile pour certaines chambres avec paliers d'étage etc...) et la nécessité de poursuivre les travaux d'humanisation commencés en 2005.

La réalisation de ces travaux a imposé une petite extension de capacité, faisant passer l'établissement de 78 à 89 lits afin de rester dans des prix de journée compétitifs.

Le projet architectural mené par André THERON, architecte, a mobilisé non seulement les porteurs du projet (C.A et directrice) mais a impliqué dans sa conduite et son développement les Résidents et le personnel aux travers de réunions. Ces travaux de réhabilitation et d'embellissement ont pris fin en 2010.

1.5) Implantation de l'établissement

La résidence les Mimosas est située à ALBI dans un parc planté d'arbres centenaires, à dix minutes à pied du centre ville.

Elle propose de nombreuses possibilités de stationnement aussi bien pour les personnels que pour les visiteurs.

Les récents travaux ont permis le remaniement et l'embellissement des façades qui ont perdu leur côté austère type casernement pour une identité plus Albigeoise de briques rouges et l'établissement offre désormais à la plupart des Résidents un balcon privatif.

2- Missions de l'établissement

2.1) Missions

L'accueil et l'hébergement de personnes âgées dépendantes sont les missions assignées à l'établissement.

2.2) Cadre de référence

- Loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales
- Loi de 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi de 2006 relative à la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux

3- Caractéristiques de la population accueillie

3.1) Critères d'admission

L'admission en maison de retraite requiert comme tout premier critère indispensable, un critère d'âge ; en effet ne sont admises que les personnes ayant atteint l'âge de la retraite.

Afin que l'intégration puisse se faire, l'adhésion du nouvel entrant sera systématiquement recherchée lors de la visite de pré-admission.

3.2) Limites à l'admission

L'établissement ne peut accepter les personnes âgées fugueuses ou présentant de graves troubles du comportement par absence de secteur protégé.

Certaines affections psychiatriques non stabilisées sont également un frein à l'admission.

3.3) Descriptif de la population accueillie

Les femmes représentent 74 % de la population accueillie, elles ont en moyenne 86 ans, soit deux ans de plus que les hommes résidants dans l'établissement.

Originaires dans leur grande majorité, d'Albi ou des environs immédiats, les personnes âgées ont exercé des professions diverses : enseignants ou commerçants, mineurs ou employés du secteur sanitaire ; quelques uns avaient une activité libérale.

La plupart des femmes n'avaient pas d'activité professionnelle propre.

3.4) Evolution du profil de la population

L'étude montre qu'un des paramètres remarquable de l'évolution de la population accueillie porte sur l'âge d'entrée des personnes.

L'entrée en maison de retraite se fait plus tardivement, au-delà de 90 ans pour les derniers entrants.

Le deuxième critère d'évolution notable est celui de la dépendance : en 2002 le G.M.P était de 560, il est de 645 en 2012.

Si l'on résume, les personnes sont admises de plus en plus âgées en maison de retraite avec un niveau de dépendance de plus en plus important.

4- Financement

Le coût de l'hébergement est financé dans sa presque totalité par les résidents lorsqu'ils sont solvables, ou les résidents et leur famille ; Certains résidents aux ressources insuffisantes bénéficient de l'aide sociale servie par le conseil général

Le conseil général contribue à couvrir les frais liés à la dépendance au-delà des GIR 5 et 6 pour tous les résidents en fonction de leurs revenus.

L'A.R.S. prend en charge les dépenses liées aux soins.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DU PROJET

1- Les étapes d'actualisation du projet

1.1) Phase d'organisation et de pilotage de la démarche projet

1.2) Phase de lancement de la démarche projet: communication et coup d'envoi symbolique

1.3) Phase descriptive et projective

1.4) Phase de rédaction

1.5) Phase de validation

1.6) Phase de diffusion interne et externe

1.7) Phase de mise en œuvre et suivi

1.8) Phase d'actualisation

2- Le comité de pilotage

2.1) Composition

2.2) Rôle

3- Les groupes de travail

3.1) Composition

3.2) Rôle

PARTIE 3 : ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT ET PROJETS

1- Les lieux de vie

L'établissement est organisé sur cinq niveaux et dispose à chaque étage de petits salons utilisés par les résidents pour lire ou recevoir leur famille.

Au rez-de-jardin une grande pièce fait office de bibliothèque et sert pour les animations nécessitant un temps de pose ou de séchage (peinture, pâte à sel, vannerie, cuisine etc...) ainsi que pour les activités physiques comme la gymnastique douce ou les parcours d'équilibre en saison hivernale

Au rez-de-chaussée, un grand salon permet quotidiennement le service du goûter puis la mise en place de jeux de société : mandalas, scrabble, jeux de cartes ou de dominos.

La salle à manger reçoit la totalité des résidents pour les deux principaux repas et est parfois utilisée pour certaines animations proposées au plus grand nombre (chorales, spectacles...) ainsi que pour la tenue des commissions repas.

Au premier étage, à la salle polyvalente se déroulent les activités culturelles, mais aussi intellectuelles : séances de cinéma hebdomadaires, remue-méninges, groupe de paroles et la bonne dimension de cette pièce nous permet d'y organiser les réunions du conseil de la vie sociale et des familles.

2- La journée type d'un résident

La journée type sera différente suivant le degré de dépendance de la personne considérée.

S'il est autonome le résident se lève quand bon lui semble ; s'il a besoin d'aide il sera levé, pour le premier, à partir de 7 heures30.

Le petit déjeuner est servi à partir de 8 heures et après que le plateau soit débarrassé et la toilette faite, la chambre et la salle de bain sont nettoyées.

Des animations sont proposées à partir de 10 heures.

Le déjeuner est servi en salle à manger à midi pour tous les résidents ; certains font ou sont mis à la sieste après le repas, puis un goûter est proposé à 16 heures.

Les animations reprennent après le goûter et s'étirent jusqu'à l'heure du dîner : 18 heures 45 servi en salle à manger

La mise au lit pour la nuit est assurée à compter de 19 heures 45 pour les moins autonomes, les autres restent libres de se coucher quand ils le souhaitent.

3- Le projet de vie

3.1) La pré-admission

L'inscription d'un futur entrant est souvent réalisée suite à un rendez-vous pris par téléphone ; la personne âgée est accompagnée par sa famille et c'est à ce moment-là que lui sont présentés les locaux, l'organisation et le fonctionnement de la maison de retraite et sont recueillies ses habitudes de vie pour les intégrer à ce que sera sa vie en maison de retraite ainsi que toutes les informations utiles au bon déroulement de son futur séjour.

3.2) L'admission

Elle sera confirmée après avis du médecin coordonnateur qui déclare recevable la candidature du futur Résident en fonction de la compatibilité et de l'adéquation entre son état de santé et des possibilités de prise en charge de l'EHPAD

Elle est réalisée le jour fixé avec le nouvel entrant, en début d'après midi, pour lui offrir la plus grande disponibilité du personnel.

3.3) L'accueil

Le nom de l'entrant sera apposé sur la porte de sa chambre, un bouquet de fleurs sera disposé dans sa chambre en guise de bienvenue et l'ensemble des résidents seront prévenus de son entrée par voie d'affichage.

Les informations opportunes seront communiquées au personnel au regard de leur fonction quelques jours au préalable.

Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour lui seront remis dès son entrée, pour signature, à l'entrant lui-même ou à sa famille ou à son représentant légal.

3.4) Le référent du résident

Désigné en amont, le groupe référent est constitué de personnels de qualification différente plus particulièrement chargé du suivi de la bonne intégration du nouvel entrant pendant sept jours.

Le référent familial du résident est choisi par le résident ou désigné par la famille ; c'est lui qui sera prioritairement informé de toutes situations inhabituelles (problème de comportement, de santé, de besoin spécifique etc...)

3.5) L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de vie individualisé

Réalisé dans les deux mois suivant son admission par l'animatrice et un soignant, il est réévalué tous les ans ou à chaque fois que l'évolution de l'état de santé de la personne l'exige.

Le projet de vie est présenté en réunion de synthèse par l'animatrice, sa mise en œuvre sera réalisée par les animatrices et les A.S – A.M.P. la participation aux différents ateliers sera notée au quotidien

3.6) Le maintien de la vie sociale et l'animation

Le maintien de la vie sociale est une de nos préoccupations et de nos priorités et l'animation a pour but de maintenir l'autonomie, de favoriser l'expression personnelle ou de créer de nouveaux liens sociaux.

3.7) La relation avec les familles et l'entourage

Les bonnes relations avec les familles sont un atout dans la facilitation de l'adaptation du résident et les rendre aisées nous permet de mieux appréhender les besoins, les désirs et le mode de vie antérieur du Résident

Les familles ont le libre choix de l'heure de leurs visites ; elles peuvent partager les repas ou les animations de leurs parents.

L'équipe pluridisciplinaire que nous sommes est à leur disposition pour évoquer avec elles, tous sujets de préoccupation ou de dysfonctionnement. La psychologue assure notamment des entretiens avec les familles qui le souhaitent.

3.8) Le respect des droits et libertés

La charte des droits et libertés des personnes âgées en institution est connue de tous les personnels et affichée à plusieurs endroits stratégiques accessibles aux Résidents. Elle structure en filigrane l'ensemble de notre projet institutionnel.

3.9) La bientraitance et la réflexion éthique

En 2011 et 2012, une formation sur la bientraitance financée en grande partie par l'Agence Régionale de la Santé, a été dispensée à l'ensemble des personnels et une réflexion sur l'éthique a été menée en 2012 par un groupe de personnel désireux d'y participer.

3.10) Les prestations hôtelières

Elles font l'objet d'une traçabilité quotidienne et sont régulièrement évaluées par le biais d'enquêtes de satisfaction.

4- Le projet de soins

4.1) Le management des soins

L'équipe soignante est composée d'une infirmière référente, de 4.5 etp infirmière et de 19 etp aide soignantes, AMP et faisant fonction

Les rôles et fonctions de chacun sont clairement définis dans la fiche de poste ...
L'organisation permet d'avoir tous les jours une présence de personnel soignant identique à l'exception de l'équipe infirmier le samedi et le dimanche
Le dossier de soins est entièrement informatisé un dossier papier existe et est à l'identique .

4.2) Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur contribue à coordonner l'intervention des médecins traitants et des autres professionnels de santé intervenant à titre libéral dans la structure. Il doit promouvoir les bonnes pratiques, notamment la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques.

Il procède à l'évaluation gériatrique de tous les entrants.

Il préside la commission de coordination gériatrique dont le rôle est notamment de veiller à la réalisation du projet de soin.

Il prépare le rapport d'activités médicales.

Il peut effectuer des prescriptions dans certaines circonstances (notamment urgences pendant ses heures de présences)

Il exerce de par sa fonction d'organisation et d'animation médicale de l'équipe soignante, une autorité fonctionnelle sur celle-ci, sous la responsabilité et l'autorité administrative de la directrice

4.3) La permanence, la coordination et la continuité des soins

Les soins sont assurés à l'identique 7 jours sur 7, les soins d'hygiène sont clairement organisés et programmés à l'aide du logiciel, l'autonomie est préservée, nous ne faisons « pas à la place » mais nous « faisons faire » .les toilettes sont effectuées en fonction du réveil de chacun débutant vers 8h jusqu'à 11h.

Les soins d'hygiène se font au lavabo, rarement au lit, une douche (voire plusieurs) est programmée selon le souhait du résident.

Des transmissions sur un temps « flash » sont réalisés quotidiennement et réunies l'équipe de soins en fin de matinée, des temps de transmission équipe jour/ nuit sont organisés tous les matins et tous les soirs afin de maintenir la continuité des soins.

Des réunions dites de « synthèse » sont programmées toutes les semaines, les ordres du jour sont définis à l'avance, c'est l'occasion de faire le point sur 3 résidents au maximum qu'il y est problème ou pas, l'autonomie, les soins techniques, l'animation, la restauration, et le projet de vie sont abordés pour chacun des résidents au minimum 1 fois par an.

Des professionnels para médicaux peuvent intervenir à la demande des résidents ou sur prescription médicale. Ainsi interviennent des kinés, des pédicures, des orthophonistes.

L'équipe infirmière assure le suivi des soins et des consultations chez les spécialistes.

4.4) Le circuit du médicament

Le passage du médecin traitant est programmé tous les 28 jours et autant que de besoin .Les personnes âgées hébergées par l'HEPAD conservent leur droit fondamental au libre choix de leurs professionnels de santé (art.110-8du Code de la santé publique. art. L.162-2du code de la sécurité sociale).Dès lors qu'elles ne peuvent pas ou plus se déplacer, elles peuvent, directement ou par l'intermédiaire de

l'HEPAD, demander la dispensation à domicile des médicaments par le pharmacien d'Officine de leur choix. (Art. L5125-25, R5125-50)

L'EHPAD est à cette fin réputé leur domicile légal (art. R.5126-115).en l'absence de choix personnel exprimé par le résident, l'EHPAD peut exercer ce choix en son nom. Dès lors que la maison de retraite assure, pour les résidents l'approvisionnement en médicaments, une seule pharmacie est annuellement retenue et sauf urgence, les médicaments sont livrés tous les jours ouvrables après 18 heures

Les médicaments sont préparés sous forme de pilulier hebdomadaire pour les résidents autonome désireux de bénéficier de cette prestation et pour les résidents qui sont dans l'incapacité à gérer leurs traitements, par l'équipe d'infirmier hebdomadairement et autant que de besoin selon la prescription médicale.

La distribution et l'administration du traitement se fait de façon individuelle aux heures définies sur la prescription médicale.

Une traçabilité pluriquotidienne est effectuée

4.5) La réalisation des soins

La prévention et la prise en charge de la dénutrition

Formé au repérage de la dénutrition, le personnel recueille dès l'entrée du résident les informations relatives à son poids, sa taille et calcule son Indice de **Masse Corporelle** et peut ainsi avoir des indications précises sur l'existence d'un état de dénutrition.

Ses données seront ensuite vérifiées mensuellement et plus si besoin.

En cas de dénutrition avérée, la prise en charge se fait alors en étroite collaboration avec le médecin traitant ; une alimentation enrichie est rapidement instaurée voire la prescription de compléments alimentaires.

La prévention et la prise en charge de l'incontinence

Le personnel est sensibilisé à la prévention de l'incontinence : ritualiser le passage aux toilettes est un moyen efficace de prévention et de rééducation sphinctérienne ; la mise en place de produits d'incontinence est retardée le plus possible.

Les personnes incontinentes sont conduites aux toilettes régulièrement et changées autant que de besoin afin d'éviter les macérations et de leur maintenir un bon état cutané.

L'évaluation et la prise en charge de la douleur

L'ensemble du personnel soignant et non soignant travaillant de jour comme de nuit a été formé à l'évaluation de la douleur et est capable d'utiliser deux échelles différentes dont une, est destinée aux résidents non communicants

Les infirmiers ont à disposition un protocole douleur permettant d'assurer le suivi des patients douloureux.
Le bilan étiologique et la prescription des antalgiques est assurée par le médecin traitant.

L'évaluation du risque d'escarre, la prévention et la prise en charge des escarres

Est faite dès l'entrée le poids, la taille, le calcul de l'IMC sont relevés et indique une dénutrition ou pas, une observation visuelle des points d'appui est systématique chez une personne dépendante,

Tout au long du séjour et dès qu'une situation à risque se présente, notamment une immobilisation, les mesures préventives sont mises en place.

Les personnes à risque sont repérées, en sachant que toute personne peut être concerné dès lors que sa mobilité est réduite.

Ce risque est limité par un personnel formé à la prévention et à la prise en charge des escarres.

Le matériel (matelas à air, matelas a mémoire de forme, coussin à billes, bottes à peau de mouton ...) adapté et en nombre suffisant permet une première prévention. la mobilisation des résidents, les changements de positionnement régulier ainsi qu'une alimentation enrichie constitue la base de notre lutte contre les escarres .celle-ci se manifeste également par l'observation et la vigilance quotidienne du personnel à l'égard des résidents

La prévention des escarres fait l'objet d'une procédure soins du manuel qualité.

Le médecin traitant est systématiquement sollicité et les infirmières assurent les soins.

Les causes favorisantes possibles sont analysées et combattues .

La prévention et la prise en charge des chutes

Dès l'entrée, les sujets à risques sont repérés au cours d'un entretien avec le médecin coordonnateur.

L'aménagement du lieu de vie est adapté en fonction des difficultés de mobilisation, une psychomotricienne propose des activités physiques, jouant avec l'équilibre et le maintien de la stature musculaire.

L'ensemble du personnel travaille au quotidien de manière directe (déplacements journaliers, aide à la marche ...) ou indirecte (gymnastique douce ...) à la prévention des chutes.

Une attention particulière est portée de façon hebdomadaire à l'état des pieds par le personnel soignant et à la vérification des chaussures au cours de l'atelier pédiluve

La contention physique

Dès que le résident se met en danger physiquement, des mesures de prévention sont mises en places, (lit type Alzheimer, chaîne de protection dans les couloirs), quand celle-ci s'avère inefficace appuyé des transmissions, le médecin traitant est informé et prescrit une contention appropriée.

Celle-ci ne peut se faire que sur prescription médicale sur un temps limité, avec des mesures d'accompagnements

L'accompagnement de fin de vie

Il existe une prise en charge spécifique du résident en fin de vie. l'équipe soignante effectue des passages plus fréquents jour et nuit. des soins de confort sont effectués

Les résidents sont accompagnés dignement jusqu'au bout de leur vie. Le personnel a travaillé sur cette thématique et applique les recommandations en vigueur en collaboration avec le médecin traitant qui reste le prescripteur

Il peut être fait appel aux unités mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie si nécessaire

La prévention du risque infectieux

Dès l'entrée il faut s'enquérir des vaccins effectués chez le résident.

La vaccination antigrippale est proposée systématiquement à tous les résidents ainsi qu'au personnel de l'établissement. La vaccination anti-pneumococcique est également recommandée tous les 5 ans à tous les résidents ne présentant pas de contre-indication.

Les mesures d'hygiène générale pour limiter les risques de transmission infectieuse dans l'établissement sont la règle au quotidien.

Le recensement des états infectieux est effectué avec l'aide des médecins traitants. En cas d'épidémie type gastro-entérite ou autre, des mesures spécifiques faisant l'objet de protocoles seront mises en place.

Une infirmière de l'établissement a un Diplôme Universitaire d'hygiéniste.

Les mesures de prévention de la légionellose sont appliquées.

La prise en charge des troubles du comportement

Les troubles du comportement présentés par les résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentés sont pris en charge dans l'établissement avec la collaboration des médecins traitants.

Les moyens non médicamenteux sont privilégiés.

Les traitements médicamenteux des troubles du comportement doivent être prescrits à dose adaptées aux personnes âgées et sur un temps limité.

Certains troubles du comportement peuvent nécessiter une hospitalisation en psychogériatrie, une échelle du comportement est avant tout rempli de façon collégiale lors d'une réunion hebdomadaire, la décision finale appartient au médecin traitant.

Dans tous les cas la famille est informée.

Les résidents qui fuguent bénéficient d'une attention particulière d'heure en heure si malgré tout les fugues sont répétées, le résident ne peut être gardé dans l'établissement qui ne peut alors garantir sa sécurité

5- Le projet social : ressources humaines, management et organisation du travail

5.1) Les Ressources Humaines

Notre volonté est de réaliser une adéquation entre le projet d'établissement issu des besoins et des attentes des résidents, et les nécessaires qualifications des personnels ;

En effet le projet décliné à partir du cadre réglementaire et des valeurs de l'association, détermine notre champ opératoire, nos axes de travail, définit les compétences indispensables et les ratios nécessaires pour être mené à bien et donne une place prépondérante aux relations humaines.

5.2) Le management des Ressources Humaines

Une large place est donnée à la promotion interne des personnels, ce qui contribue à leur fidélisation et leur permet de s'approprier le projet.

Grâce à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, nous identifions nos besoins en termes de qualification nécessaires à la conduite du projet et orientons utilement nos personnels vers les formations adéquates pour obtenir les qualifications repérées, leur permettant ainsi de progresser dans la hiérarchie professionnelle.

Les besoins et désirs des personnels en matière de formation sont évoqués et recueillis lors des entretiens professionnels.

5.3) L'amélioration des conditions de travail

Elle peut être d'ordre interne négociée avec les instances représentatives ou de façon informelle portée par tel ou tel groupe fonctionnel (achat de matériel permettant d'alléger les charges physiques, travail de nuit volontaire etc...).

Elle peut être aussi règlementaire comme dans le plan sénior où les objectifs retenus sont :

- L'aménagement des fins de carrière,
- La transition des savoirs et des compétences par le biais du tutorat.

Ces deux dispositifs ont amené les salariés les plus âgés à pouvoir modifier leurs horaires de travail, et permettent une bonne intégration des nouveaux embauchés grâce à l'accompagnement des plus anciens par le partage de leurs savoirs et la transmission de la culture de l'entreprise.

5.4) La communication interne

Selon l'objectif visé, elle se fait soit par voie d'affichage sur les panneaux réservés aux personnels, soit oralement au cœur des groupes professionnels concernés avec supports écrits rédigés ultérieurement.

6- Le projet qualité : la démarche d'amélioration de la qualité

Clairement défini par le conseil d'administration et conduite par Madame la Directrice, la politique qualité est basée sur l'engagement donné aux résidents, de leur permettre de rester acteur de leur vie sociale et leur vie personnelle et de les accompagner jusqu'au bout de leur vie dans une relation respectueuse, individualisée, digne et humaine.

Pour tenir cet engagement et à partir du « référentiel angélique » fut créé le système d'assurance qualité composé de documents définissant la qualité, tous les personnels de chaque métier sont associés à cette démarche. Dans un deuxième temps un référentiel plus large et plus complet a été adopté
« »

6.1) Le pilotage de la démarche qualité

La Directrice

Rôle :

- Valide le système d'assurance qualité
- définit les axes d'amélioration prioritaires et retenus

- Organise les rôles et responsabilités des professionnels de la structure, pour assurer la mise en place, l'élaboration et le suivi de la démarche qualité,

La référente qualité

Rôle :

- Assure la gestion du système d'assurance qualité,
- Effectue le suivi du plan d'actions d'amélioration.

Le comité de pilotage :

Composition : IDE référente, IDE, AS, ASH, cuisinier, adjointe de direction, animatrice, homme d'entretien, maîtresse de maison, lingère, veilleuse de nuit.

Rôle :

- Procède à l'évaluation interne à partir du référentiel qualité,
- Propose le plan d'actions d'amélioration continue de la qualité : action à mettre en œuvre, échéances, acteurs responsables,
- Exécute les tâches qui ont été décidées au cours des réunions de travail entre le comité de pilotage et les différentes catégories professionnelles,
- Contrôle le respect des délais et l'exécution des tâches.

6.2) Les outils de la démarche qualité

Composés de trois types de documents qualité :

- **PROCEDURES** (nommées « P ») : document qui décrit une organisation de travail.
Décrit qui fait quoi, où, quand et comment ? il s'applique généralement à plusieurs fonctions.
- **FICHES TECHNIQUES** (nommées « FT ») : document qui décrit les étapes d'une activité. Il précise le comment faire. Il s'applique généralement à une seule fonction.
- **DOCUMENTS** (nommés « D ») : est soit un formulaire de traçabilité pré rempli, soit tout autre document interne ou externe.

6.3) La communication autour de la démarche qualité

Chaque membre du groupe de pilotage informe les personnels de sa catégorie professionnelle du contenu des séances de travail ; un compte-rendu de réunion est mis à disposition du personnel.

La diffusion des différents documents constituant le manuel qualité est réalisée, les documents sont insérés dans le manuel qualité original gardé dans le bureau de Madame la Directrice et dans chaque classeur qualité stocké à chaque étage pour chaque groupe professionnel

6.4) Les enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction peuvent concerner les résidents, leur famille, les personnels, les intervenants extérieurs ou les fournisseurs. Elles sont réalisées à intervalles réguliers pour les résidents.

6.5) Les évaluations interne

6.6) Les évaluations externes

Jusqu'à présent nous parlerons plus de contrôles opérés au moment de la conclusion des conventions tripartites qui ont mis en relation l'établissement avec le Conseil Général et l' A.R.S.

Nous n'avons pas encore procédé à une évaluation externe

PARTIE 4 : ARCHITECTURE ET CADRE DE VIE (VOLET ARCHITECTURAL)

1- L'environnement direct

La résidence des Mimosas est une des neuf maisons de retraite que compte Albi ; bâtie sur la propriété de la fondation Saint-Martin, elle jouxte deux structures sociales dédiées aux enfants.

Cet ensemble a été construit au début du XXème siècle et faisait office de couvent.

La première restructuration a eu lieu fin des années 80 lorsqu'elle est devenue « maison de retraite » mais son aspect actuel lui a été conféré fin 2010.

2- Le cadre de vie

Erigée dans un parc, elle est idéalement située pour jouir du calme de la campagne à cinq minutes du centre ville.

Les résidants bénéficient d'espaces verts plantés d'arbres et de fleurs, jalonnés de bancs utiles pour s'offrir un répit pendant les promenades

2.1) Les lieux de vie

Les lieux de vie sont de deux types :

- privés pour tout ce qui relève des chambres équipées de salle de bain, d'une surface totale de 20 m² minimum avec le plus souvent la présence d'un balcon privatif,
- collectifs pour ce qui a trait à l'organisation du groupe : salle à manger, salles d'animations, petits salons d'étage, salon d'esthétique et de coiffure.

2.2) L'architecture du bâtiment

Le bâtiment s'élève sur cinq niveaux :

- un rez-de-jardin consacré essentiellement à des pièces techniques et des locaux de stockage (produits alimentaires et d'entretien, produits d'incontinence etc...) ou à usage des personnels (vestiaires)
- un rez-de-chaussée abritant l'administration, quelques chambres, la salle à manger et la cuisine,
- les chambres sont principalement installées aux 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} étages,
- un pool médical situé au 1^{er} étage (infirmerie, bureaux de l'infirmière référente, de la psychologue et du médecin coordonnateur).

3- Le respect des normes de sécurité

Au travers de contrats signés avec des entreprises habilitées, les contrôles de sécurité sont effectués selon les normes et la périodicité imposée.

La réhabilitation des bâtiments nous a permis d'intégrer les dernières normes (sécurité incendie, désenfumage ...)

3.1) Sécurité des bâtiments et des installations

Le personnel est régulièrement formé à la sécurité incendie. On note sur place du personnel diplômé SSIAP ; en mars 2013, chaque nuit, une personne diplômée sera présente sur le site.

Depuis 2012, un système de secours électrique (groupe électrogène) a été mis en place pour prendre le relai en cas de coupures électriques.

La production et la qualité de l'eau sont contrôlées par le laboratoire départemental d'hygiène ; les installations sont périodiquement vérifiées et entretenues en régie, certaines pièces et embouts changés.

3.2) Sécurité des personnes et des biens

Les derniers travaux nous ont conduits à mettre en place un organigramme de clés, ce qui en cas de besoin faciliterait l'ouverture des portes.

Récemment, l'établissement a équipé l'ensemble des issues d'un système de vidéo surveillance, permettant de connaître si nécessaire, les allées et venues de chacun.

Une assurance « responsabilité civile » contracté par l'établissement couvre les agissements des résidents.

PARTIE 5 : L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

1- L'environnement externe

1.1) Situation géographique de l'établissement dans le secteur gérontologique

La Résidence des Mimosas est située sur la commune d'Albi ; elle appartient à une des neufs structures d'accueil et d'hébergement de personnes âgées que compte la ville. A l'heure actuelle, elle a fait le choix de ne pas se doter d'un secteur sécurisé pour permettre à tous ses résidents de profiter de son parc

1.2) Démographie locale

Albi est une ville moyenne de 60 000 habitants dont la moyenne d'âge est de 41 ans ; le département du Tarn compte plus de 41000 personnes de plus de 60 ans dont le taux de dépendance représente 9,2 %

Les projections de la population âgée du Tarn entre 2010 et 2030 font apparaître une progression de 38% des plus de 60 ans

1.3) Offre en structure d'hébergement pour personnes âgées

En 2011, le département du Tarn offrait 6 128 lits d'accueil pour personnes âgées dont :

- 5313 lits d' EHPAD
 - 340 lits dans les unités de longue durée
 - 475 lits en foyers logements / MARPA / petites unités de vie non médicalisées
- Avec de plus 135 places d'accueil de jour autonomes spécifiques Alzheimer

1.4) Orientations gérontologiques locales

Comme dans tous les départements l'A.R.S a doté certaines structures d'unités spécifiques comme les PASA ou les UHR afin d'assurer la continuité des soins et de répondre aux besoins locaux

2- Les partenaires

3- La communication externe

Forces- Faiblesses / Opportunités-Menaces

ASSOCIATION MARIE NAVAS «MIEUX VIVRE DANS LE TARN»
80, AVENUE DU LOIRAT - 81000 ALBI - TELEPHONE : 05 63 48 63 48 - FAX : 05 63 54 72 65
COURRIEL : mr.mimosas@wanadoo.fr

ANNEXES

- Plan d'Action Qualité (sur 5 ans)
- Fiches-actions

ASSOCIATION MARIE NAVAS «MIEUX VIVRE DANS LE TARN»
80, AVENUE DU LOIRAT - 81000 ALBI - TELEPHONE : 05 63 48 63 48 - FAX : 05 63 54 72 65
COURRIEL : mr.mimosas@wanadoo.fr