



Groupe Hospitalier
Mont Saint-Michel



PROJET D'ETABLISSEMENT

social et médico social

2025 - 2030



Site de
SAINT-JAMES

SOMMAIRE

Le mot de la direction

Préambule

Le projet d'établissement, une démarche collective

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le site de Saint-James

- La présentation générale du site de Saint-James

- L'historique

- La situation géographique

- L'organigramme du site

- Le cadre réglementaire

- Les valeurs

- L'analyse de l'environnement externe

Le Foyer Occupationnel pour Adultes en situation de handicap

- La présentation

- Les missions et objectifs

- La population accueillie

La Maison d'accueil spécialisée

- La présentation

- Les missions

- La population accueillie

L'EHPAD

- La présentation

- Les missions

- La population accueillie

Le SSIAD

- La présentation

- Les missions

- La population accueillie

Le service de Soins Médicaux et de Réadaptation

- La présentation

- Les missions

- La population accueillie

Un parcours gradué pour les usagers

Les partenariats et l'ouverture sur l'extérieur

Les instances et représentation des usagers

- Le Conseil de Vie Sociale

- La Commission Des Usagers

- Le référent handicap

- Les autres lieux d'expression

PROJET STRATEGIQUE

L'analyse des forces-faiblesses et opportunités-menaces

Les axes stratégiques qui en découlent

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS AU FOA

La personnalisation de l'accompagnement

- La filière d'accompagnement
- L'accueil et l'admission
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- Le lien avec les familles
- Le projet de sortie
- Les projets d'amélioration

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

- La bientraitance, le socle de l'accompagnement
- La démarche éthique
- La garantie des droits individuels et collectifs
- Les projets d'amélioration

L'accompagnement de la personne dans une logique domiciliaire

- L'approche citoyenne
- Les ateliers occupationnels
- Les activités proposées
- L'accompagnement du handicap
- La vie sociale
- Les projets d'amélioration

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

- La coordination et l'organisation des soins
- La démarche inclusive
- La structuration des parcours et la coordination des intervenants
- Les projets d'amélioration

Le projet architectural

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS A LA MAS

La personnalisation de l'accompagnement

- L'accueil et l'admission
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- Le lien avec les familles
- Le projet de sortie
- Les projets d'amélioration

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

- La bientraitance, le socle de l'accompagnement
- La démarche éthique
- La garantie des droits individuels et collectifs
- Les projets d'amélioration

L'accompagnement de la personne dans une logique domiciliaire

- L'approche domiciliaire
- Les activités proposées
- L'accompagnement du handicap
- Les projets d'amélioration

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

- La coordination et l'organisation des soins

La structuration des parcours et la coordination des intervenants
Les projets d'amélioration

Le projet architectural

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS DE L'EHPAD

La personnalisation de l'accompagnement

Le projet d'accueil
Le projet d'accompagnement personnalisé
Les projets d'amélioration

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

La garantie des droits individuels et collectifs
La bientraitance
La démarche éthique
Les projets d'amélioration

La participation sociale et la promotion de l'autonomie

L'organisation de l'animation
La place des bénévoles
La place des familles et des aidants
L'ouverture vers l'extérieur
Les projets d'amélioration

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

La coordination et l'organisation des soins
La prévention et la gestion des risques
Les projets d'amélioration

L'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs

L'accompagnement en fin de vie
Les ressources spécifiques
Les coopérations
Les projets d'amélioration

Les accompagnements spécifiques

Les Glycines – unité pour personnes handicapées vieillissantes
Les Charmilles – unité sécurisée
Les Myosotis – le pôle d'activités et de soins adaptés
Les projets d'amélioration

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DU SSIAD

Admission des usagers et conditions de résiliation

Critères d'éligibilité, procédures d'évaluation des besoins, et admission
Publics pris en soin (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades chroniques)
Résiliation du contrat de prise en charge

Organisation du service et composition de l'équipe

La composition de l'équipe :
Rôles des différents acteurs

La personnalisation de la prise en soins

Élaboration du projet individualisé (objectifs, suivi, évaluation)
Implication des familles et des aidants

Suivi et évaluation des interventions

- Indicateurs de qualité

- Le questionnaire de satisfaction annuel

Collaboration avec les autres acteurs du domicile

Les projets d'amélioration

PROJET DE PRISE EN SOINS AU SEIN DU SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

L'accueil du patient et les différents acteurs

Les soins dispensés

Les objectifs médicaux

Le projet de soins et projet de vie

- Le projet thérapeutique en service de SMR

- Le projet thérapeutique en soins palliatifs

La vie sociale

La sortie et les différents acteurs

Les projets d'amélioration

PROCESSUS TRANSVERSAUX

La qualité de vie au quotidien

- La prestation restauration

- La qualité du bionettoyage et l'organisation du service intérieur

- Les projets d'amélioration

Le projet social

- Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels

- Conforter les conditions de travail et la qualité de vie au travail

- Accompagner les professionnels dans leur parcours individuel et dans les transformations organisationnelles

- Accompagner les managers

- Développer l'efficacité dans la gestion des ressources humaines

- Les projets d'amélioration

Le projet qualité et gestion des risques

- La culture de la qualité et de la sécurité des soins

- La gestion des risques

- Les indicateurs qualité

- La déclaration des événements indésirables

- L'analyse des pratiques professionnelles

- L'importance de la boucle d'amélioration continue

- Les projets d'amélioration

- Le plan de gestion de crise

Le projet des usagers

- Veiller à l'appropriation par les professionnels des engagements du projet

- Informar le patient de ses droits, recueillir et respecter son consentement aux soins

- Assurer la gestion des plaintes et réclamations, et évaluation la satisfaction des patients

Le projet développement durable

S'adapter aux enjeux de transition écologique et énergétique

Eco-concevoir les soins et limiter les impacts négatifs de nos activités hospitalières

Prendre soin de la population

Prendre soin des collaborateurs

ANNEXES

Le mot de la direction

Chers usagers, familles, partenaires et collaborateurs,

Nous sommes fiers de vous présenter le nouveau projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-James pour les cinq années à venir.

Animés par une mission commune, offrir aux usagers des soins et un accompagnement de qualité, tout en respectant leurs droits et en valorisant les compétences des équipes, ce nouveau projet d'établissement s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et place l'humain au cœur de nos actions.

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-James est le fruit d'une concertation collective. Ensemble, nous avons défini les priorités stratégiques pour répondre aux besoins actuels et anticiper ceux de demain. Il reflète notre volonté d'offrir un accompagnement et des soins de qualité, personnalisés et respectueux des droits de chacun.

Ce projet, qui s'articule avec le projet stratégique du groupe hospitalier du Mont Saint-Michel, trace le chemin à emprunter pour les cinq prochaines années. Il donne du sens à notre action et affirme nos engagements.

Nous tenons à cette occasion à remercier chacun des professionnels de l'établissement qui se mobilisent quotidiennement, afin d'apporter une offre d'accompagnement adaptée et de qualité à la population.

Préambule

L'article L. 311-8 du Code l'action sociale et des familles indique que, « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit les objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que des 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 forme de participation* ».

Le projet d'établissement, une démarche collective

La méthodologie suivie pour la réalisation du projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-James repose sur une démarche collective, participative, et en cohérence avec les orientations stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Mont Saint-Michel. Cette approche implique la mobilisation de toutes les parties prenantes, de l'ensemble des personnels aux partenaires externes, afin de co-construire un projet qui réponde aux besoins des usagers, aux priorités sanitaires régionales et aux défis futurs du secteur de la santé.

La conception du projet stratégique du groupe s'appuie sur une démarche collective qui favorise l'implication de toutes les parties prenantes :

- **Les équipes médicales et soignantes**, qui contribuent par leur expertise à définir les axes d'amélioration des soins et d'accompagnement.
- **Les usagers et leurs représentants**, afin de garantir que les besoins des résidents et patients soient au cœur des décisions.
- **Les partenaires extérieurs**, tels que les acteurs médico-sociaux du territoire (DAC, CPTS, MSA, CPAM, Manche 360, etc.), les professionnels libéraux du PSLA de Saint-James et les autres structures membres du GHT.
- **La direction générale** et l'équipe de direction, qui assurent la coordination de la démarche et veillent à son alignement avec les grandes orientations nationales et régionales.

- Des Parcours:
 - Populationnels
 - Soins
- Plusieurs établissements
 - HSM (3 sites)
 - SHH
 - St James
 - Mortain
 - Estran
- Des acteurs multiples
 - Médicaux
 - Paramédicaux
 - Médico-techniques
 - Directions fonctionnelles



PERIMETRE	ETABLISSEMENT				
	HSM	CH ST JAMES	CH ST HILAIRE	CH MORTAIN	CH ESTRAN
ETAPE 1 - MEDICAL	X	X	X	X	X
ETAPE 2 - PARAMEDICAL	X	X	X	X	X
ETAPE 3 - SUPPORT CLINIQUE	X	X	X	X	X
ETAPE 4 - SUPPORT AUTRE	X	X	X	X	X

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-James s'inscrit donc dans le cadre plus large du projet stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Mont Saint-Michel, auquel il appartient depuis 2016. La stratégie du GHT vise à mutualiser les compétences, à améliorer l'efficacité des soins sur l'ensemble du territoire et à répondre aux besoins spécifiques de la population.

- **Harmonisation des objectifs** : Le projet d'établissement est élaboré en cohérence avec le projet médical partagé du GHT et avec les priorités définies pour les établissements membres.
- **Partage de bonnes pratiques** : Les réflexions menées au sein du GHT permettent au Centre Hospitalier de Saint-James de bénéficier des expériences et des innovations mises en place dans les autres établissements du territoire et réciproquement.
- **Optimisation des ressources** : En intégrant les stratégies du GHT, l'établissement peut bénéficier de synergies pour le recrutement, la formation, et l'achat d'équipements, dans une logique d'efficacité collective.

Valeurs et principes de la démarche

- Ecoute des usagers
- Ethique de soins
- Qualité et sécurité des soins
- Approche populationnelle
- Développement durable
- Partenariats
- Ethique managériale
- Efficacité médico-économique

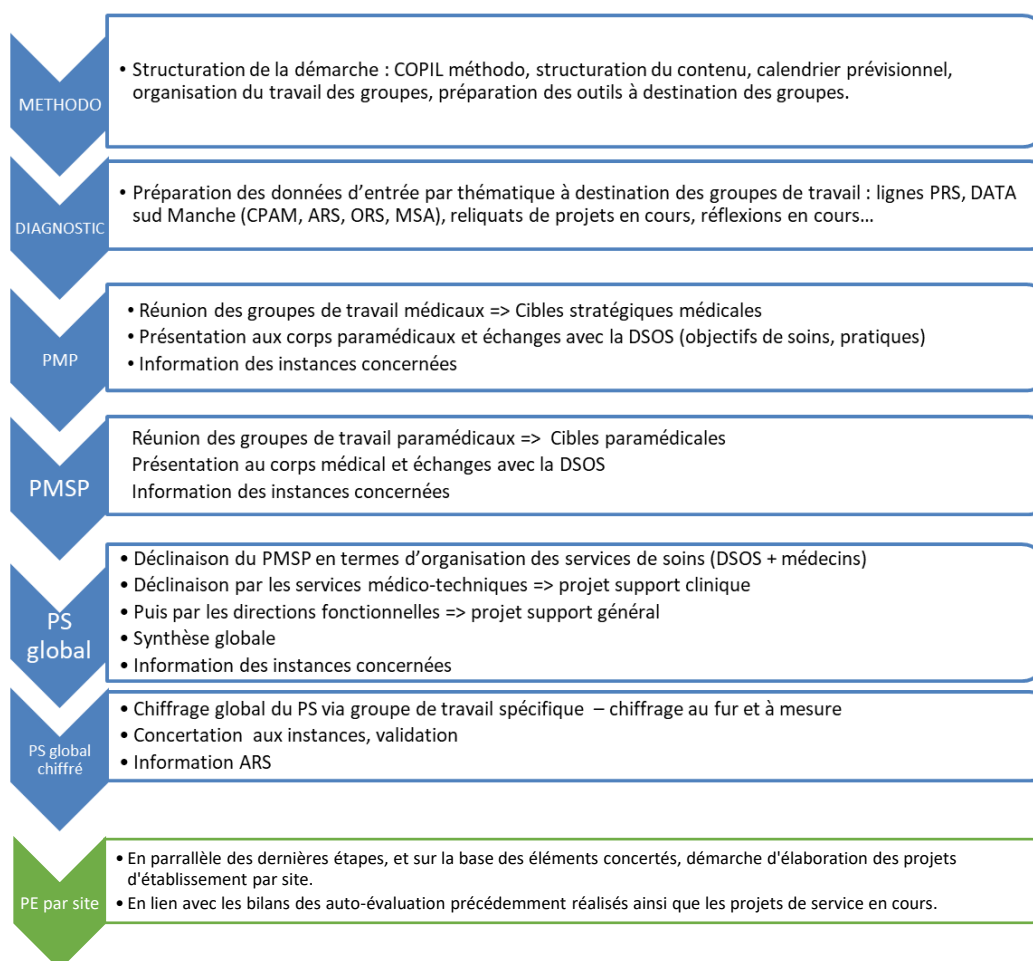


Lequel projet stratégique du groupe hospitalier Mont Saint-Michel s'aligne avec les orientations définies par le Plan Régional de Santé (PRS), élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie. Ce cadre stratégique définit les priorités de santé publique à

l'échelle régionale et les objectifs de performance pour les établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, le projet stratégique et le projet d'établissement prennent en compte les principaux enjeux identifiés par le PRS, notamment le vieillissement de la population, la prévention des maladies chroniques, le renforcement de l'offre de soins de proximité et la prise en charge des personnes en situation de handicap.

La réalisation du projet d'établissement se déroule selon un calendrier échelonné sur l'ensemble de l'année 2024. Ce processus se divise en plusieurs phases clés :



Elaboré avec la participation des professionnels, des usagers et/ou de leurs représentants légaux, ce projet permet de mettre en avant les besoins et les attentes de la population accueillie, et de contribuer à mieux définir les modalités des interventions et des accompagnements proposés.

Les résultats des dernières enquêtes de satisfaction à destination des résidents et de leur entourage ont nourri les objectifs d'évolution de l'établissement qui sont traduits dans le projet, sur la partie relative à la vie sociale et à l'expression de leurs droits fondamentaux. A travers l'expression des représentants des résidents élus siégeant au Conseil de la vie sociale (CVS), et à travers la participation à différentes commissions menus, gériatrique, etc. Le projet d'établissement tient compte par ailleurs des dernières évaluations et audits qualité.

Une synthèse du projet d'établissement a été réalisée et est consultable à l'accueil et dans les différents services de soins.

Tout au long de la période d'exécution du projet d'établissement, le suivi et l'évaluation des actions définies est sous la responsabilité du COPIL qui se réunira deux fois par an. Des indicateurs de performance seront suivis régulièrement, et des ajustements pourront être réalisés en fonction des résultats observés et des nouvelles priorités.

Le projet a été soumis à l'avis des Conseils de la Vie Sociale le 13 mars 2025, de la Commission Médicale d'Etablissement le 20 mars, du Comité Social et Economique le 26 juin puis validé par le Conseil de surveillance le 30 juin 2025.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le présent document expose le projet d'établissement des activités sociales et médico-sociales du Centre Hospitalier de Saint-James.

Ces activités concernent :

- La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS),
- Un Foyer Occupationnel et d'Accueil (FOA),
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),
- Un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD),
- Un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) polyvalents.

Leur mission principale est d'assurer un accompagnement global et personnalisé des résidents, en leur proposant un environnement adapté à leurs besoins, que ce soit sur le plan médical, social ou éducatif.

Le site de Saint-James

La présentation générale du site de Saint-James

Le Centre Hospitalier de Saint-James est un établissement public de santé à vocation essentiellement gériatrique et avec une forte expertise dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap.



365 agents



4 médecins



332 lits et places

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Saint-James est situé dans le Sud-Manche au carrefour de la Bretagne et de la Normandie, à 45 min de Rennes et 20 min d'Avranches. Appréciée pour son calme et son paysage unique, la cité de Saint-James est devenue célèbre dans le monde pour sa fameuse tricotterie, reconnue Entreprise du Patrimoine Vivant en 2013.



ACTIVITÉS DE SOINS

SSR (polyvalent) de 30 places

Soins palliatifs : 5 lits identifiés

Un centre d'accueil et de soins avec un foyer occupationnel d'accueil et une maison d'accueil spécialisée, équipé de balnéothérapie

Consultations avancées de spécialistes :

« Neurologue

« Antennes du CMP adulte et de la PASP (Permanence d'accès aux soins psychiatriques pour enfants et adolescents) – Psychologue

SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) : 40 places

Gériatrie :

« EHPAD de 158 places

« Unité sécurisée

« UPHV (unité pour personne handicapée vieillissante)

Équipe de lutte contre la douleur



LES ATOUTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Un établissement à taille humaine bénéficiant d'un partenariat ancien et dynamique avec le secteur libéral

Des professionnels et un encadrement qui travaillent dans un esprit de bonne collaboration au bénéfice des personnes accompagnées.

CONTACT



Adresse : 2 route de Pontorson
50 240 Saint-James



Tél. : 02 33 89 89 00



E-mail :
contact@etabs-stjames.fr

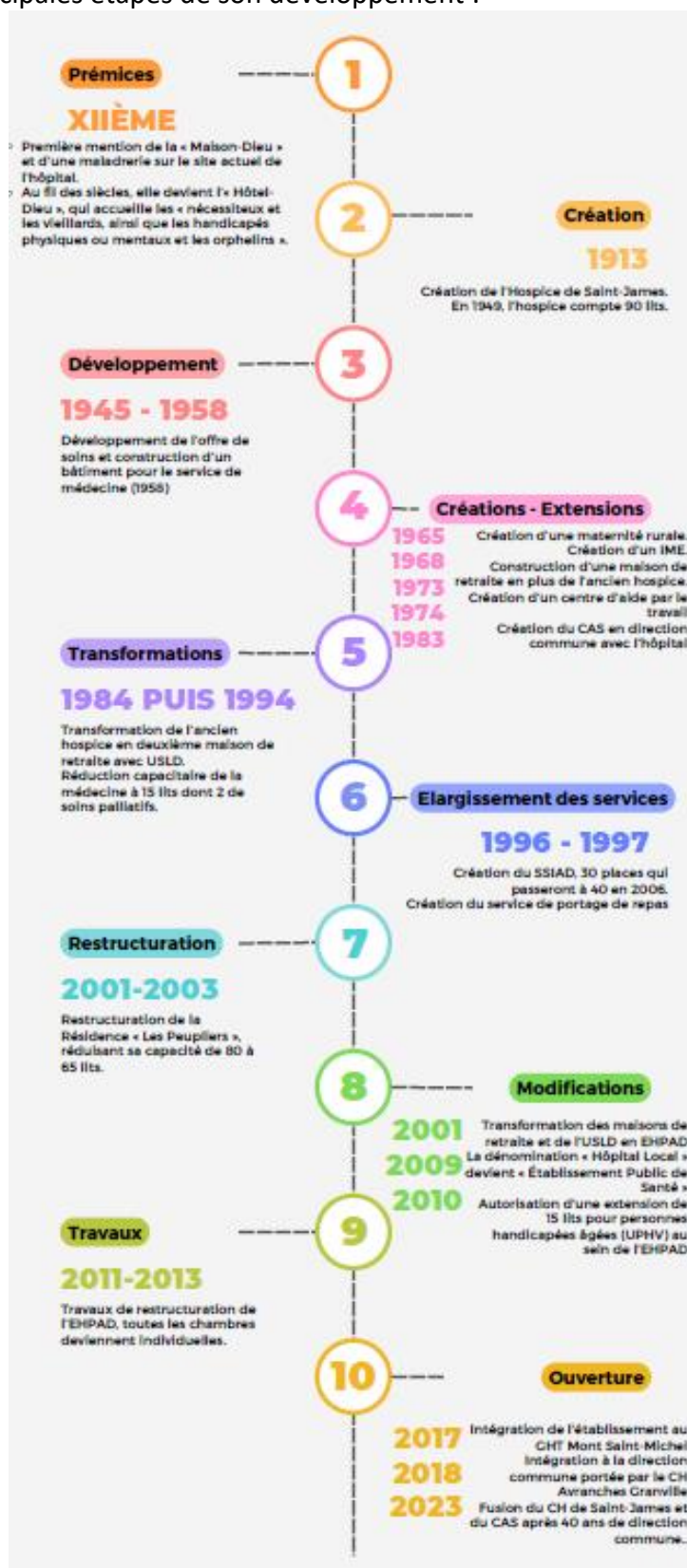
Il est situé dans le sud-Manche au carrefour de la Bretagne et de la Normandie sur la commune de Saint-James (18 km d'Avranches et 60 km de Rennes par l'A84).

Il s'inscrit dans le groupement hospitalier de territoire Mont Saint-Michel depuis 2016.

Sous la direction générale des Hôpitaux du Sud Manche, et d'un directeur délégué, il fonctionne avec les médecins libéraux du PSLA de Saint-James et emploie 350 agents et 6 médecins.

L'historique

Ce résumé retrace l'évolution du Centre Hospitalier de Saint-James, de ses prémices jusqu'à ce jour, et les principales étapes de son développement :



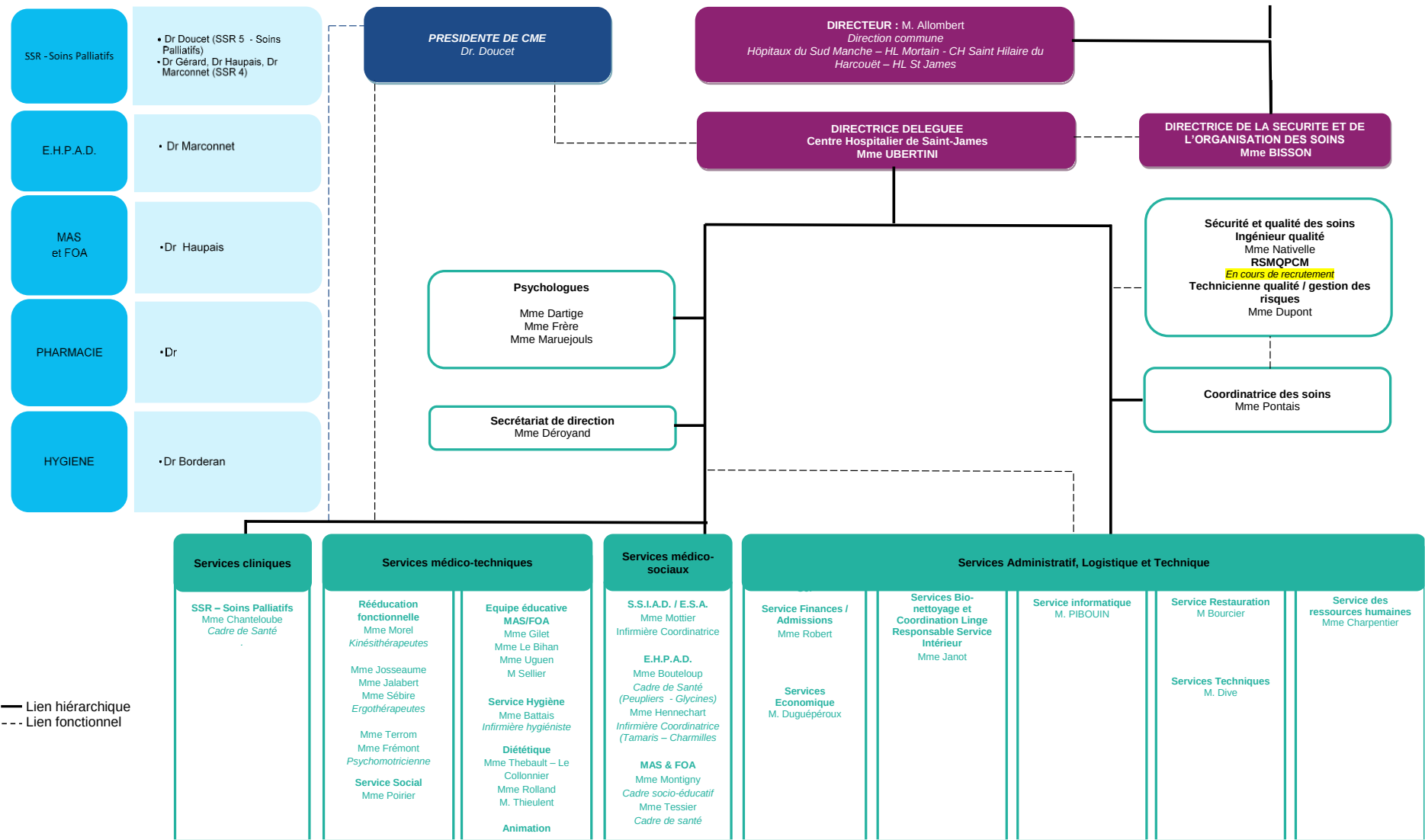
La situation géographique



Le centre hospitalier de Saint-James est situé dans le Sud Manche dans la commune du même nom, dénombrant 2 700 habitants, à proximité du Mont Saint Michel, à la limite du département d'Ille-et-Vilaine, sur l'autoroute A 84, à 18 kms d'Avranches, 20 kms de Fougères, 60 kms de Rennes et 120 kms de Caen par l'A84.

La commune est devenue « commune nouvelle de Saint-James » depuis le 01/01/2017, en lieu et place des communes d'Argouges, Carnet, La Croix Avranchin, Montanel, Vergoncey et Villiers-le-Prés, ainsi devenues déléguées.

L'organigramme du site



Le cadre règlementaire

Le centre hospitalier de Saint James est un établissement public de santé, à ce titre il est régi par un ensemble de lois et règlements encadrant l'organisation, le fonctionnement et la gestion des établissements de santé, ainsi que la prise en charge des patients et l'accompagnement des usagers.

1. Le Code de la santé publique et Le Code de l'action sociale et des familles

Le centre hospitalier de Saint James est soumis aux dispositions du Code de la santé publique qui régit les droits des patients, la sécurité sanitaire, ainsi que l'organisation des soins. Il est également encadré par le Code de l'action sociale et des familles qui s'applique dans le cadre des prestations médico-sociales.

2. Le statut de la fonction publique hospitalière

Les personnels du centre hospitalier de Saint James relèvent du statut de la fonction publique hospitalière. Ce statut fixe les droits, obligations, et garanties des agents publics qui travaillent au sein des établissements de santé publics.

3. La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi a pour objectif de réaffirmer la centralité de la personne accompagnée dans les dispositifs d'accueil et de prise en charge. Elle définit les droits fondamentaux des usagers dans le cadre de la Charte nationale des droits et des libertés (arrêté du 08 septembre 2003), garantissant ainsi le respect de la dignité, la participation active et la qualité de la prise en charge au sein des établissements médico-sociaux.

4. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 est un texte fondamental pour l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap. Elle vise à garantir leur participation citoyenne pleine et entière, en facilitant l'accessibilité des services et infrastructures, y compris les soins de santé.

5. La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) de 2009

La loi HPST de 2009 vise à restructurer l'organisation des soins en France, en instaurant une offre de soins graduée, coordonnée entre les différents acteurs du système de santé. Elle favorise l'accessibilité, la continuité des soins, et l'optimisation de la qualité des services rendus aux usagers.

6. La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement réforme principalement, le cadre juridique des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

7. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Le centre hospitalier de Saint James s'appuie également sur les recommandations de bonnes pratiques édictées par la Haute Autorité de Santé, qui encadrent les procédures médicales et la qualité des soins. Ces recommandations permettent d'assurer une prise en charge conforme aux meilleurs standards de sécurité et de qualité pour les patients.

8. Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Conformément aux évolutions législatives et la loi du 28 décembre 2015, le CPOM remplace la convention tripartite pluriannuelle. Il est conclu tous les 5 ans entre l'organisme gestionnaire, le président du Département et le directeur général de l'ARS. L'établissement est d'ores-et-déjà engagé sur différents CPOM couvrant l'ensemble des activités, à l'exception du Foyer de vie, afin de définir les objectifs à atteindre en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement.

Les valeurs



Les valeurs professionnelles retenues et partagées par tous les acteurs des différentes structures du centre hospitalier de Saint-James constituent les fondements qui guident et accompagnent les professionnels dans leur pratique quotidienne, leur donnant du sens et une direction commune.

1. Le professionnalisme

Les agents du centre hospitalier s'engagent à adopter une attitude professionnelle en toutes circonstances. Ils sont soutenus par une équipe d'encadrement attentive à leur bien-être au travail et à leur perfectionnement, notamment à travers des formations continues pour répondre aux problématiques rencontrées sur le terrain.

2. La bienveillance

Le centre hospitalier place la bienveillance au cœur de l'accompagnement des usagers. Dès leur entrée et tout au long de leur séjour, les résidents sont pris en charge par un personnel compétent, à l'écoute, et respectueux de leurs besoins et attentes. Cette approche assure un cadre de soins de qualité et un accompagnement empreint de respect et de considération.

Les équipes pluridisciplinaires veillent à :

- Préserver l'autonomie des résidents et respecter leurs choix de vie.
- Maintenir les liens sociaux et les contacts avec l'extérieur.
- S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations.

- Assurer la sécurité des résidents en toutes circonstances.

3. L'esprit d'équipe et le travail collaboratif

Les professionnels du centre hospitalier œuvrent ensemble dans un climat de respect mutuel, adoptant une approche pluridisciplinaire pour apporter un accompagnement global et adapté aux résidents.

4. accompagnement et information des familles

Les familles sont pleinement associées à la vie institutionnelle de l'établissement, recevant des informations régulières et prenant part à l'accompagnement de leurs proches. Cet engagement permet de créer un lien de confiance et de transparence entre l'établissement, les résidents et leurs familles.

5. Le respect des droits de la personne

Le centre hospitalier veille scrupuleusement au respect des droits des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Conformément à la Charte de la personne âgée dépendante et à la loi n° 2002-2, l'établissement met en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés, élaborés en collaboration avec le résident et ses proches. Ces projets visent à offrir une prise en charge adaptée à l'état de santé de chaque résident, tout en respectant son identité, ses souhaits, et son parcours de vie et l'ensemble des droits fondamentaux de la personne accueillie :

- Le droit à l'autonomie.
- Le droit à l'identité.
- Le droit à un projet d'accompagnement personnalisé.
- Le droit à l'intimité.
- Le droit à la continuité des soins et de l'accompagnement.
- Le droit à la sécurité.
- Le droit de s'exprimer.

Conformément aux recommandations de l'ANESM et afin de concilier la vie en collectivité des usagers et la personnalisation de leur accueil et accompagnement, une réflexion sur la manière de s'adresser aux résidents de façon différenciée et personnalisée a été menée par les professionnels. Il est recommandé de privilégier le vouvoiement des adultes, sauf s'il génère une perte de repère. Dans tous les cas, une réflexion d'équipe est menée et tracée de manière individuelle.

L'analyse de l'environnement externe

1. La démographie

L'analyse de la démographie du territoire du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Mont Saint-Michel, qui couvre une population de 147 793 habitants, met en lumière plusieurs défis liés à des caractéristiques sociodémographiques spécifiques. Ces tendances dessinent une population vulnérable avec des besoins de santé croissants.

Une population en "ciseaux"

Le territoire se distingue par une dynamique démographique déséquilibrée, marquée par une faible proportion de jeunes de moins de 20 ans par rapport aux moyennes de la Manche

et de la Normandie. Cette tendance à la baisse de la population jeune est contrebalancée par une augmentation importante des personnes âgées de 75 ans et plus, il en résulte un indice de vieillissement élevé. Cet indice traduit un vieillissement accéléré de la population, phénomène courant dans les zones rurales et semi-rurales de France. Ce vieillissement représente un enjeu crucial pour les infrastructures locales, notamment en matière de santé, de services sociaux et de soutien à domicile.

Vulnérabilité des personnes âgées

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, près de la moitié (44,1%) vit seule, une situation qui les rend particulièrement vulnérables. Cette solitude concerne majoritairement les femmes, qui tendent à vivre plus longtemps que les hommes. L'isolement social, combiné à l'âge avancé, peut entraîner des risques accrus en termes de santé mentale, de dépendance, et de gestion des maladies chroniques.

Caractéristiques socio-économiques

Le territoire du GHT Mont Saint-Michel se caractérise par un niveau socio-économique intermédiaire, ce qui reflète une relative stabilité économique, bien qu'il puisse masquer des inégalités locales ou des zones plus précaires. Les infrastructures et services, en particulier dans les secteurs ruraux, peuvent être limités, ce qui accentue les disparités dans l'accès aux soins et aux services sociaux.

Focus sur la commune nouvelle de Saint-James

Avec ses 7 010 habitants, le canton de Saint-James est représentatif des zones semi-rurales du territoire. Il présente des spécificités démographiques et sanitaires qui en font un territoire à fort enjeu. Majoritairement agricole et ouvrier, avec une usine textile qui se maintient, il fait face à un vieillissement de la population supérieur à la moyenne nationale. Ce vieillissement est accompagné d'une mortalité élevée liée à plusieurs pathologies graves, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires, ainsi que des facteurs de risque comme l'alcoolisme et un taux de suicides préoccupant.

Enjeux et défis

Le territoire du GHT Mont Saint-Michel se trouve confronté à plusieurs défis majeurs : le vieillissement de la population, la vulnérabilité des personnes âgées vivant seules, et des problèmes de santé publique exacerbés dans certaines zones, notamment rurales. La réponse à ces enjeux passe par une adaptation des structures de santé, une augmentation de l'offre de soins de proximité, et des politiques de prévention ciblées pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée, tout en tenant compte des disparités socio-économiques locales.

2. Le territoire de santé et l'offre de soins et d'accompagnement

On observe sur le territoire de la manche, une densité de professionnels de santé globalement inférieure qu'au plan national. Qu'il s'agisse des médecins généralistes libéraux ou des spécialistes, des paramédicaux, la cartographie de l'accessibilité met en évidence un accès plus difficile pour les habitants âgés en milieu rural, contre un accès facilité pour les zones urbaines, périurbaines et côtières. L'offre de soins infirmiers libéraux ou mixtes repose sur plus de 5000 professionnels, ce qui est nettement inférieure à la densité nationale.

Concernant les autres professionnels médicaux tels que les masseurs-kinésithérapeutes ou les chirurgiens-dentistes, l'offre libérale est également inférieure à l'offre nationale, et les mêmes tendances sont observées entre les départements normands.

Concernant les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Service Polyvalent de Aides et d'Aide à Domicile (SPASAD), on comptabilise un taux d'équipement de 20 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, équivalent au niveau national (sources 2018 association ORS-CREAI Normandie).

Les services des urgences font aussi partie de l'offre de soins pour l'ensemble de la population ; la Normandie, comme d'autres régions n'échappent pas aux disparités observées. L'accueil des personnes âgées dans les services d'urgences est plus fréquent que sur d'autres tranches d'âges. D'après une publication de la DREES en 2018, la probabilité d'hospitalisation des 75 ans et plus est 2.7 fois plus élevée que celle des 15-74 ans.

Par ailleurs, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les personnes âgées peuvent être accueillies en institution, soit en EHPAD lorsqu'elles ont besoin de soins et d'aide au quotidien, soit en résidence autonomie lorsqu'elles bénéficient d'un bon niveau d'autonomie, mais ne peuvent plus ou n'ont plus envie de vivre chez elles. Les personnes âgées très dépendantes et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante peuvent être accueillis en USLD.

En Normandie, l'offre en EHPAD repose sur 387 établissements et un total de plus de 34000 places installées, qui comprend également 708 places en accueil temporaire et 794 places en accueil de jour. Elle correspond à un taux d'équipement de 104 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, supérieur au taux d'équipement national qui s'établit à 100.

Le territoire de santé du Sud-Manche, dont le secteur de Saint-James fait partie, bien que limité en taille (environ 2 120 km²), occupe une position stratégique à la croisée de plusieurs régions : la Bretagne, la Normandie, la Mayenne et le Nord-Manche. Cette localisation en fait un carrefour régional, mais elle présente également des défis particuliers en termes de coordination des services de santé, de mobilité des patients, et d'accès aux soins spécialisés.

Le GHT Mont Saint-Michel est un acteur majeur dans l'organisation de l'offre de soins dans le Sud-Manche. Il regroupe plusieurs établissements de santé et couvre une zone relativement restreinte géographiquement, mais qui doit répondre à une population dispersée, principalement rurale, avec des besoins croissants en matière de soins.

Deux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont actives dans le Sud-Manche, Saint-James relevant de la CPTS du Mont Saint-Michel. Et en complément, le territoire dispose d'un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Le DAC permet de coordonner les parcours de santé pour éviter les ruptures dans la prise en charge notamment complexes, en s'appuyant sur les différents acteurs du territoire (hôpitaux, médecins libéraux, services sociaux).

La communauté d'agglomérations Mont Saint-Michel Normandie dont relève Saint-James, a par ailleurs adopté son propre contrat local de santé auquel le GHT a activement participé à sa réalisation.

L'offre de soins dans le Sud-Manche est répartie entre plusieurs établissements publics et privés. Le territoire comprend notamment :

- Deux structures privées qui viennent compléter l'offre hospitalière publique, en proposant des services de soins spécialisés ou des prises en charge spécifiques, comme la rééducation ou la chirurgie ambulatoire.
- Les hôpitaux publics sous l'égide du GHT Mont Saint-Michel, notamment le centre hospitalier des Hôpitaux du Sud Manche, constituent des pôles essentiels pour la population du Sud-Manche, offrant des services d'urgence, de chirurgie, de médecine générale et de psychiatrie.

Sur le secteur de Saint-James, le pôle de santé libéral est un acteur clé sur le territoire du centre hospitalier. Très actifs, les médecins généralistes libéraux accueillent de nombreux stagiaires, participant ainsi à l'installation de nouveaux professionnels, et assurent la permanence des soins au sein de l'établissement en parallèle de leur activité libérale.

Le Foyer Occupationnel pour Adultes en situation de handicap

La présentation

Le Centre Louis RAVALET est un foyer situé en ville dans un environnement résidentiel. D'une capacité de 24 places, il reçoit en hébergement permanent des personnes adultes présentant un ou plusieurs handicaps, avec ou sans trouble associé.

Construit au milieu des années 80, ses conditions d'accueil ne sont plus adaptées aux exigences actuelles : chambres sans bloc sanitaire, isolation symbolique, chauffage électrique d'époque. Le foyer bénéficie de plusieurs ateliers situés à une centaine de mètres des hébergements.

Le FOA est situé route d'Antrain à Saint-James. Il est constitué d'un bâtiment accueillant les activités de jour et de deux structures d'hébergement. Leur proximité géographique permet aux personnes accompagnées de se rendre seules ou accompagnées en activités.

Sur l'espace ateliers, se trouvent aussi une serre, un jardin potager et un poulailler.

Sur le site Hébergement, les deux bâtiments de plein pied sont identiques et composés de 11 chambres, un studio attenant, une cuisine, un espace de vie commune, deux salles de bain avec douche et baignoire, 2 w.c, une lingerie et buanderie, une chambre de garde (avec officine pour les traitements), un petit espace qui sert de bureau et de pièce pour manger en individuel ou à deux (bâtiment A), et un bureau pour l'équipe. Sur le Bâtiment B, se trouve une salle d'activités (utilisée aussi pour les repas du midi). L'éducateur spécialisé Responsable des Projets Personnalisés a un bureau sur le bâtiment A et, il y a une salle de soins sur le bâtiment B.

Les missions et objectifs

Les foyers de vie ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé

(structure spécialisée). Ces personnes sont moins dépendantes que les personnes accueillies en maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou en foyers d'accueil médicalisés (FAM). Elles bénéficient d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

Le FOA du centre hospitalier de Saint-James propose des activités occupationnelles sous forme d'ateliers, ainsi qu'un soutien à la vie quotidienne grâce à un encadrement de professionnels socio-éducatifs plus ou moins distancé en fonction des besoins repérés.

Le fonctionnement doit s'adapter aux besoins des résidents et l'amener à être acteur dans la relation, en tenant compte de ses modes de réponse : tactile, visuel, actif, etc. Certaines activités sont imposées par les règles de vie en société, par des valeurs définies dans le projet d'établissement ou les projets personnalisés dont chacun bénéficie dès son arrivée.

Les objectifs portés par l'équipe sont les suivants :

- Accompagner dans les actes de la vie quotidienne en fonction des besoins repérés.
- Offrir une qualité de vie en apportant du bien-être et en respectant la vie privée.
- Favoriser l'autonomie en maintenant les acquis et en développant le potentiel des personnes par le biais d'apprentissages ciblés.
- Assurer un équilibre psychologique par diverses activités.
- Etablir une relation d'aide et d'écoute.
- Apporter un soutien éducatif, des repères, un cadre rassurant et des règles de vie.

Conformément au règlement de fonctionnement, 227 jours de présence sont requis au sein du FOA.

La population accueillie

Les personnes accompagnées ont une notification d'orientation délivrée par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA). Elles sont porteuses de handicaps, qu'ils soient mentaux, psychiques, physiques ou moteurs, visuels, avec ou sans troubles associés. Les personnes ont la capacité de rendre en activités occupationnelles de manière quotidienne avec des aménagements de temps à l'hébergement pour poursuivre et/ou maintenir les apprentissages relatifs à la vie quotidienne.

Au FOA, 11 femmes et 13 hommes cohabitent. Le plus jeune a 25 ans et le plus âgé à 59 ans ; la moyenne d'âge est de 38 ans. Les jeunes accueillis relèvent pour la plupart, à leur entrée, d'un amendement Creton. A ce jour, tous les résidents sont sous tutelle ou curatelle d'un parent ou d'un mandataire judiciaire.

La Maison d'accueil spécialisée

La présentation

La MAS a une capacité de 80 places réparties sur 3 bâtiments.

Les Hortensias

L'unité les Hortensias est un bâtiment de 14 lits localisé en ville et datant des années 1990. Les locaux sont vieillissants (isolation minimale et chauffage obsolète) mais relativement adaptés aux résidents accueillis : chambres individuelles avec blocs sanitaires, espaces de vie bien dimensionnés. Cette résidence profite d'une architecture de plein pied et d'une localisation au cœur d'une cité pavillonnaire. Ce positionnement permet aux résidents qui y vivent, de développer certaines capacités comme l'intégration dans la cité et l'ouverture sur l'extérieur. Les rythmes de vie et l'accompagnement à la vie sociale et citoyenne peuvent être développés de façon libre au regard de l'architecture et de la capacité d'accueil.

L'unité les Hortensias est composée d'une entrée principale donnant accès à deux ailes identiques (droite et gauche), accueillant chacune sept résidents. Chaque aile est composée d'un séjour commun avec un espace cuisine ouverte. Ce séjour permet de partager les repas et, il est également utilisé pour certaines activités telles que les travaux manuels, les jeux de société, etc. Chaque aile dispose de sept chambres individuelles comprenant chacune une salle de bain avec cabinet de toilette et d'une salle de bain commune regroupant baignoire et chariot douche.

Les personnes accueillies ont accès librement aux espaces extérieurs par la baie vitrée de la pièce de vie qui donne un accès direct à la terrasse, par une porte fenêtre dans certaines des chambres ou par l'entrée principale donnant sur une cour aménagée.

Un projet de reconstruction de la MAS est en cours et verra le jour d'ici 2027. La demande de l'ARS a été d'inclure les Hortensias dans ce projet qui n'appartient pas à l'établissement mais à un bailleur social. Dans ce nouveau projet, les locaux prévoient désormais de répondre aux besoins de chacun en termes d'intimité et d'espace privatif et permettront également de proposer des espaces communs de rencontre ainsi que des pièces d'activité qui manquent actuellement aux résidents.

Les Acacias et Marronniers

Ces deux bâtiments de 33 lits chacun (unités des Acacias et des Marronniers) sont situés sur le site principal de l'établissement, construits au début des années 1960 et restructurés en partie au début des années 1990. Ces locaux sont totalement inadaptés aux résidents : proportion élevée de chambres doubles, aucun sanitaire dans les chambres, lieux de vie restreints, etc.

Chacun des six lieux de vie sont composés d'un séjour commun avec un espace kitchenette. Ce séjour permet de partager les repas et, il est également utilisé pour certaines activités telles que les travaux manuels, les jeux de société, etc. Le lieu de vie est doté de trois chambres individuelles, quatre chambres doubles et d'une salle de bain commune regroupant douches, chariot douche et cabinets de toilette. Les personnes accueillies ont accès librement au parc de l'établissement ou elles y sont accompagnées.

Les missions

Les missions d'accompagnement définies par la Maison d'Accueil Spécialisée sont prévues par le décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 :

- Assurer les besoins fondamentaux liés au quotidien.

- Apporter une aide et un accompagnement constants dans les actes de la vie quotidienne.
- Favoriser l'épanouissement, le bien-être et le confort du résident.
- Assurer un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.
- Favoriser la participation à une vie sociale, culturelle et sportive.
- Accompagner jusqu'à la fin de la vie.

Conformément au règlement de fonctionnement, 252 jours de présence sont requis au sein de la MAS.

La population accueillie

« Les personnes accueillies en MAS présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne ».

La population accueillie en MAS évolue depuis quelques années. La proportion de personnes en situation de polyhandicap en lien avec des problématiques néonatales diminue au profit de personnes présentant des pathologies évolutives, génétiques ou acquises ainsi que des troubles psychiques et/ou moteurs en lien avec la consommation de drogues ou d'alcool.

Les Hortensias

Le lieu de vie les Hortensias accueille 14 résidents en situation de handicap mental, psychique, moteur et/ou physique bénéficiant d'une notification d'orientation Maison d'Accueil Spécialisée.

Cette maison « en cœur de ville » avait été imaginée afin d'accueillir prioritairement des résidents ayant des capacités plus importantes d'interactions en milieu ordinaire.

A ce jour, et du fait de ses caractéristiques architecturales, elle accueille principalement des résidents dits « nouveaux profils » présentant une pathologie acquise, ayant vécu dans le milieu ordinaire et désormais très dépendants.

Un seul résident de cette unité n'est pas sous mesure de tutelle.

Les Acacias et Les Marronniers sont deux lieux de vie accueillant des adultes en situation de handicap, chacun avec des pathologies et des parcours variés.

- **Les Acacias** accueillent 33 personnes (12 femmes, 21 hommes), âgées en moyenne de 48 ans. Les handicaps sont liés à des pathologies néonatales, génétiques, à des troubles du développement ou à des addictions. Tous les résidents sont sous protection judiciaire, et certains ont peu ou pas de moyens de communication.
- **Les Marronniers** hébergent également 33 personnes (11 femmes, 22 hommes), avec une moyenne d'âge de 53,35 ans. Leurs handicaps proviennent de troubles périnataux, de maladies génétiques, psychiques ou du spectre autistique. La communication est souvent très limitée, et tous sont sous mesure de protection (tutelle ou curatelle renforcée).

Parmi cette population, parfois présente depuis une quarantaine d'années, l'arrivée d'un « nouveau public » depuis 2015 et la cohabitation de plusieurs générations, engendre une modification des organisations, des besoins nouveaux en moyens humains, une réflexion constante sur l'évolution des pratiques et un ajustement régulier du plan de formation.

Notre architecture actuelle ne permet pas de répondre aux besoins de chacun en termes d'intimité et d'espace privatif. Un projet de reconstruction, pensé et travaillé avec les résidents, leurs familles, les professionnels et nos tutelles est en cours et verra le jour d'ici 2027. Aujourd'hui, nous devons composer avec les locaux existants, et l'ingéniosité des professionnels est souvent mise en avant pour permettre de satisfaire les besoins des personnes accueillies.

L'EHPAD

La présentation

L'EHPAD a une capacité de 158 lits répartis en 4 ensembles tous situés sur le site principal de l'établissement.

- L'unité des Peupliers de 65 lits hébergée dans un bâtiment dont la structure de base remonte aux années 1970 et réhabilitée en 2003.
- L'unité des Tamaris de 63 lits hébergée pour partie dans un bâtiment des années 1970 restructuré en 2013/2014 et pour une autre fraction dans un bâtiment neuf édifié en 2012/2013. (inclus : 2 lits d'Hébergement temporaires dont 1 lit d'Hébergement d'Urgence en Sortie d'Hospitalisation en expérimentation depuis 2020).
- L'unité des Glycines (UPHV : Unité Pour personnes Handicapées Vieillissantes) d'une capacité de 15 lits hébergée dans un bâtiment construit en 2012/2013.
- L'unité des Charmilles d'une capacité de 15 lits hébergée dans un bâtiment construit en 2013/2014. C'est une unité « fermée » qui accueille des personnes présentant une pathologie d'Alzheimer ou troubles apparentés. (Elle n'a pas été labellisée).

Les missions

L'EHPAD a pour mission d'accueillir, d'héberger et d'accompagner des personnes de plus de 60 ans, dont le maintien à domicile s'avère difficile voire impossible en raison de leur état de santé physique ou psychique. Il accueille également des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie, dont l'état nécessite un accompagnement et des attentions particulières, de jour comme de nuit et ceci tout au long du séjour afin de limiter les angoisses ou rassurer le résident par exemple.

L'établissement offre divers services tels que les soins, la restauration, l'hôtellerie, l'animation, etc.

La population accueillie

	Taux d'occupation	Age moyen
2021	96,66 %	81 ans
2022	98,80 %	84 ans
2023	99,02 %	83 ans
2024	97,95 %	83 ans

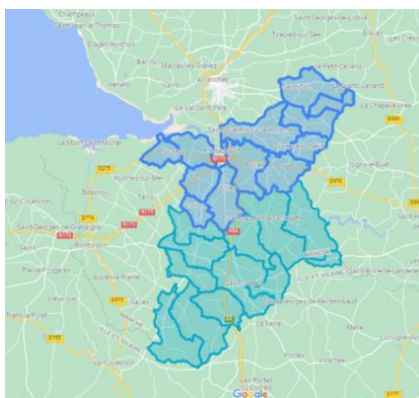
Ces chiffres montrent que le taux d'occupation de l'EHPAD reste élevé et constant au fil des années, approchant presque 100 % en 2023. L'âge moyen des résidents se situe autour de 83 à 84 ans.

Les durées moyennes de séjour (DMS) sont très hétérogènes selon les différentes unités :

- **Unité « Les Peupliers »** : 6 ans
- **Unité « Les Tamaris »** : 6 ans et 10 mois
- **Unité « Les Charmilles »** : 2 ans
- **Unité « Les Glycines »** : 6 ans et 2 mois

Le SSIAD

La présentation



Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du centre hospitalier de Saint-James assure une prise en charge globale des personnes âgées, malades ou en situation de dépendance, directement à leur domicile. Ce service s'inscrit dans une démarche de maintien à domicile en offrant des soins techniques, d'hygiène et de confort, permettant aux patients de continuer à vivre dans leur cadre de vie habituel tout en recevant les soins nécessaires.

D'un capacitaire de 40 places, le SSIAD rayonne sur les cantons de Ducey et Saint-James.

Il intervient, sur prescription médicale, au domicile de bénéficiaires nécessitant un accompagnement dans leurs soins d'hygiène en vue d'un maintien ou d'une reprise d'autonomie (GIR1 à 4).

Il est composé d'une équipe d'aides-soignants et d'une infirmière coordinatrice.

Les missions

Le SSIAD du centre hospitalier de Saint-James a pour mission de :

- Eviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une infection pouvant être traitée à domicile.
- Faciliter le retour à domicile après une hospitalisation.
- Limiter la durée du séjour hospitalier lorsque les conditions environnementales et médicales le permettent.
- Favoriser la reprise de l'autonomie après un accident de santé.
- Prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et retarder leur admission dans les services d'hébergement.
- Accompagner l'aidant et sa famille, et repérer les signes d'épuisement.

Le service met à disposition une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'aides-soignants et de professionnels de santé, qui interviennent directement au domicile des patients pour assurer un suivi régulier et personnalisé.

Grâce à cette organisation, le SSIAD de Saint-James répond aux besoins d'une population vieillissante, tout en contribuant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et dépendantes.

La population accueillie

	Taux d'occupation	Age moyen
2021	92,71 %	80 ans
2022	90,19 %	82 ans
2023	92,66 %	83 ans
2024	93,5 %	83 ans

Le taux d'occupation du SSIAD reste relativement stable, toujours supérieur à 90 %, ce qui témoigne d'une utilisation quasi complète de la capacité du service. L'âge moyen des usagers pris en charge est en légère augmentation, passant de 80 ans en 2021 à 83 ans en 2023, indiquant une population vieillissante.

Le service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

La présentation

Le service de SMR est composé de 30 lits dont 5 Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP). Ces 30 lits sont répartis sur 2 étages soit 15 lits par étage. Les LISP se situent à l'étage du bâtiment. Le service bénéficie de 30 chambres seules. Le service est équipé d'une salle de rééducation, d'une salle à manger commune permettant une contribution à la rééducation, un temps de socialisation ou encore une contribution à l'admission en institution.

Une chambre et un salon des familles sont également à disposition des usagers, notamment pour les patients en situation de soins palliatifs. Une salle de réunion permettant de réaliser des visios est également disponible.

Un office alimentaire, une salle de soins, une salle de pause et une salle de bain sont à disposition sur chacun des étages.

Les missions

Le service de SMR (Soins Médicaux et de réadaptation) joue un rôle essentiel compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population.

Il intervient dans le parcours de soins, en suite d'hospitalisation pour un retour à domicile et à l'autonomie. Du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie, il est de plus en plus sollicité.

Le service assure une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation.

- La rééducation a pour but de corriger une déficience d'installation récente et favorise le retour à l'autonomie,
- La réadaptation a pour but de limiter les conséquences d'un handicap.

L'objectif de la prise en charge dans le service est de permettre une ré autonomisation optimale du patient en vue d'un retour à domicile ou d'une orientation vers une structure adaptée.

Parmi les soins prodigués dans le cadre de la réadaptation, la rééducation implique l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la réhabilitation (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, diététicien...) avec si nécessaire l'intervention d'une assistante sociale en complémentarité pour les démarches inhérentes aux aides à mettre en place.

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP), au nombre de 5 dans le service, sont des lits d'hospitalisation ayant pour but la prise en charge de patients nécessitant des soins palliatifs souvent dans des situations de fin de vie et à des décès. Ces lits sont pensés comme garants du respect du droit des patients d'avoir accès aux soins palliatifs et cela dans la continuité de leur prise en charge curative.

Ils permettent une prise en charge de proximité. Les soins sont prodigués par les mêmes équipes prenant en charge les patients de SMR.

Les équipes médicales et paramédicales sont formées aux techniques des prises en charge palliatives et mettent en œuvre, dans un cadre adapté, les recommandations de bonne pratique en matière de soins palliatifs.

La population accueillie

Volume d'activité et répartition des séjours

L'établissement accueille en moyenne 313 séjours par an entre 2019 et 2023, avec une légère fluctuation annuelle. La majorité des patients sont pris en charge en SMR, représentant environ 85 % des séjours. Les séjours en LISP représentant environ 15 % des admissions.

Durée moyenne de séjour (DMS)

La durée moyenne de séjour a globalement augmenté au fil des années, atteignant 27,94 jours en 2023. Les patients en soins de suite séjournent en moyenne 29,47 jours, tandis que ceux en LISP restent environ 19,8 jours.

Taux d'occupation des lits

Le taux d'occupation global s'est maintenu autour de 85 % en moyenne, avec une légère baisse en 2023 (82,16 %). Pour les soins de suite classiques, il oscille entre 80 % et 90 %, traduisant une forte demande. En revanche, pour les LISP, ce taux varie plus significativement.

Profil démographique des patients

L'âge moyen des patients accueillis se situe entre 82 et 83 ans. Les patients en LISP sont légèrement plus âgés (82-84 ans en moyenne) que ceux du SMR. La répartition par sexe montre une prédominance féminine, avec une moyenne d'âge plus élevée chez les femmes (83-85 ans) par rapport aux hommes (78-82 ans).

Niveau de dépendance

La moyenne de dépendance globale se stabilise autour de 14,4 en 2023, indiquant une population nécessitant une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne. Ce niveau de dépendance souligne l'importance de l'accompagnement médico-social et de la réadaptation pour favoriser le retour à domicile ou l'orientation vers une structure adaptée.

Origine des patients (mode d'entrée)

La majorité des patients sont admis via un transfert depuis une unité de soins de courte durée (environ 80 % des admissions). Cette tendance reflète une continuité des soins après une hospitalisation aiguë. Les admissions depuis le domicile restent faibles et en diminution (41 patients en 2023 contre 79 en 2019).

Orientations des patients à la sortie

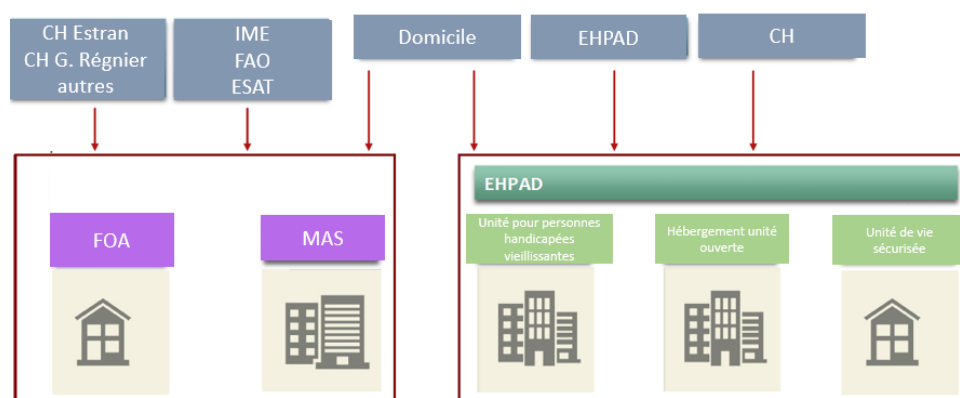
La majorité des patients regagnent leur domicile (près de 50 % des sorties), bien que cette proportion ait légèrement diminué entre 2019 et 2023.

Une part significative des patients est orientée vers une structure d'hébergement médico-social (22,6 % des sorties en 2023).

Le taux de décès en hospitalisation reste relativement stable mais en baisse ces dernières années (47 en 2023 contre 64 en 2019).

La population accueillie en SMR est principalement âgée, en situation de dépendance et nécessitant une prise en charge médicale prolongée. L'orientation post-séjour met en évidence un enjeu fort autour du maintien à domicile et de la transition vers des structures adaptées. Les tendances récentes montrent un allongement de la durée des séjours et une évolution du profil des patients, ce qui implique des ajustements dans l'offre de soins et l'organisation des parcours de prise en charge.

Un parcours gradué pour les usagers



En fonction de l'évolution de leur état de santé et/ou de leur demande, les résidents peuvent être amenés à changer de service au sein même du centre hospitalier de Saint-James, ou de changer de structure. La palette d'offre permet de prendre en compte les évolutions de l'état de santé ou de l'autonomie des personnes.

Les partenariats et l'ouverture sur l'extérieur

Des partenariats et conventions avec les professionnels de la santé et les établissements sanitaires permettent de compléter les accompagnements en soin des usagers, parmi lesquels :

- Les médecins libéraux qui interviennent pour le suivi médical des résidents et assurent des temps de coordination.
- Les partenariats avec le milieu sanitaire en particulier dans le cadre du groupe hospitalier de territoire Mont Saint-Michel.
- Les autres partenaires :
 - Le centre hospitalier de Saint-James est membre du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) du Sud-Manche qui contribue à valoriser l'action médico-sociale du territoire par la mutualisation des ressources et des emplois.
 - Le centre hospitalier de Saint-James est également membre du Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA) dont la mission est d'aider les acteurs concernés par le handicap à construire ensemble les solutions concrètes les plus adaptées au parcours de vie et de santé de chacun, là où des besoins ne trouvent pas de réponses satisfaisantes.
 - L'aide sociale à l'enfance.
 - L'équipe mobile Adultes avec Troubles du Spectre de l'Autisme.
 - Mandataires judiciaires.
 - L'Etablissement de Travail Protégé de Saint-James.

Focus sur la Communauté 360 :

Suite à la conférence nationale du Handicap de 2023, le département de la Manche a organisé des rencontres afin de réaliser un état des lieux par territoire de l'offre de ressources et de coordination des parcours relative au handicap.

- **Les objectifs recherchés étaient :**
 - Inventorier les ressources "handicap" du territoire proposant une forme de coordination des parcours ;
 - Repérer les espaces et instances de coopération entre acteurs permettant de faciliter le parcours des personnes en situation de handicap ;
 - Identifier les besoins non couverts sur le territoire en matière de coordination des parcours et d'articulation entre acteurs.
- **Les enjeux étaient :**
 - Prendre connaissance des dispositifs de son territoire facilitant le parcours des personnes en situation de handicap.
 - Participer à définir l'articulation et le déploiement de la communauté 360 avec l'existant et éviter l'effet "mille-feuille".

- Envisager la réalisation et/ou l'actualisation d'un annuaire des ressources sur la thématique du handicap.

Cette communauté existe désormais et l'établissement de Saint-James en est « membre cœur ». Elle repose sur un réseau de l'ensemble des acteurs du département de la Manche qu'il soit spécialisé ou de droit commun et propose une méthode de travail collaborative au bénéfice des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

Les instances et représentation des usagers

Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est composé de représentants des résidents, des familles, du personnel, du Conseil d'Administration et élargit depuis les dernières élections de décembre 2023 aux mandataires judiciaires, médecin coordonnateur et bénévoles conformément au décret n°2022-688 du 25 avril 2022. Il se réunit trois fois par an.

Le Conseil de la Vie Sociale est une réunion qui favorise la participation et l'expression des personnes accueillies au FOA, à la MAS et à l'EHPAD ainsi que celle de leur famille ou tuteur.

Les membres du Conseil de la Vie Sociale formulent des avis et des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Sont particulièrement concernés : l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements et, depuis le dernier décret, le CVS peut donner son avis et faire des propositions concernant la lutte contre la maltraitance, l'organisation de la prise en charge médicamenteuse et le projet d'établissement. Son nouveau règlement de fonctionnement a donc été revu en instance en ce sens.

La Commission Des Usagers (CDU)

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches, elle examine les plaintes et réclamations et elle contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et leur famille.

La commission se réunit légalement et obligatoirement au moins 4 fois par an et aussi souvent que nécessaire.

Le référent Handicap

Un référent handicap a été nommé au sein de la direction commune au regard de la loi n°2021-502 du 21 avril 2021. Cette mission transversale a été confiée à un cadre supérieur du centre hospitalier de Saint-James.

En lien avec ses homologues, les partenaires du secteur et les réseaux en place, il a pour mission principale d'identifier les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap et/ou leur famille sur leur parcours de soins (tous service confondus).

Il participe à l'élaboration du diagnostic partagé du territoire afin de mieux coordonner les besoins, enjeux et leviers potentiels.

Actif au sein de la Communauté 360 de la Manche, il participe à des rencontres territoriales afin de faciliter les parcours, identifier les besoins encore non couverts et favoriser l'articulation entre les acteurs.

Les autres lieux d'expression

La commission des menus, remise en place depuis 2022, sert à échanger sur la composition des menus, les besoins et goûts des résidents et patients mais aussi de traiter les événements indésirables déclarés dans ce domaine. Elle se réunit deux fois par an. Des représentants des usagers et des professionnels sont présents, le chef du service restauration ainsi que les diététiciennes de chaque secteur d'activité. Chacun peut dire ce qu'il aime ou aime moins, faire moduler les trames construites, réfléchir aux nouveaux besoins (manger-main, produits Bio, etc.). L'établissement s'engage à satisfaire le plus grand nombre de résidents/patients tout en tenant compte des régimes prescrits et du respect des règles nutritionnelles.

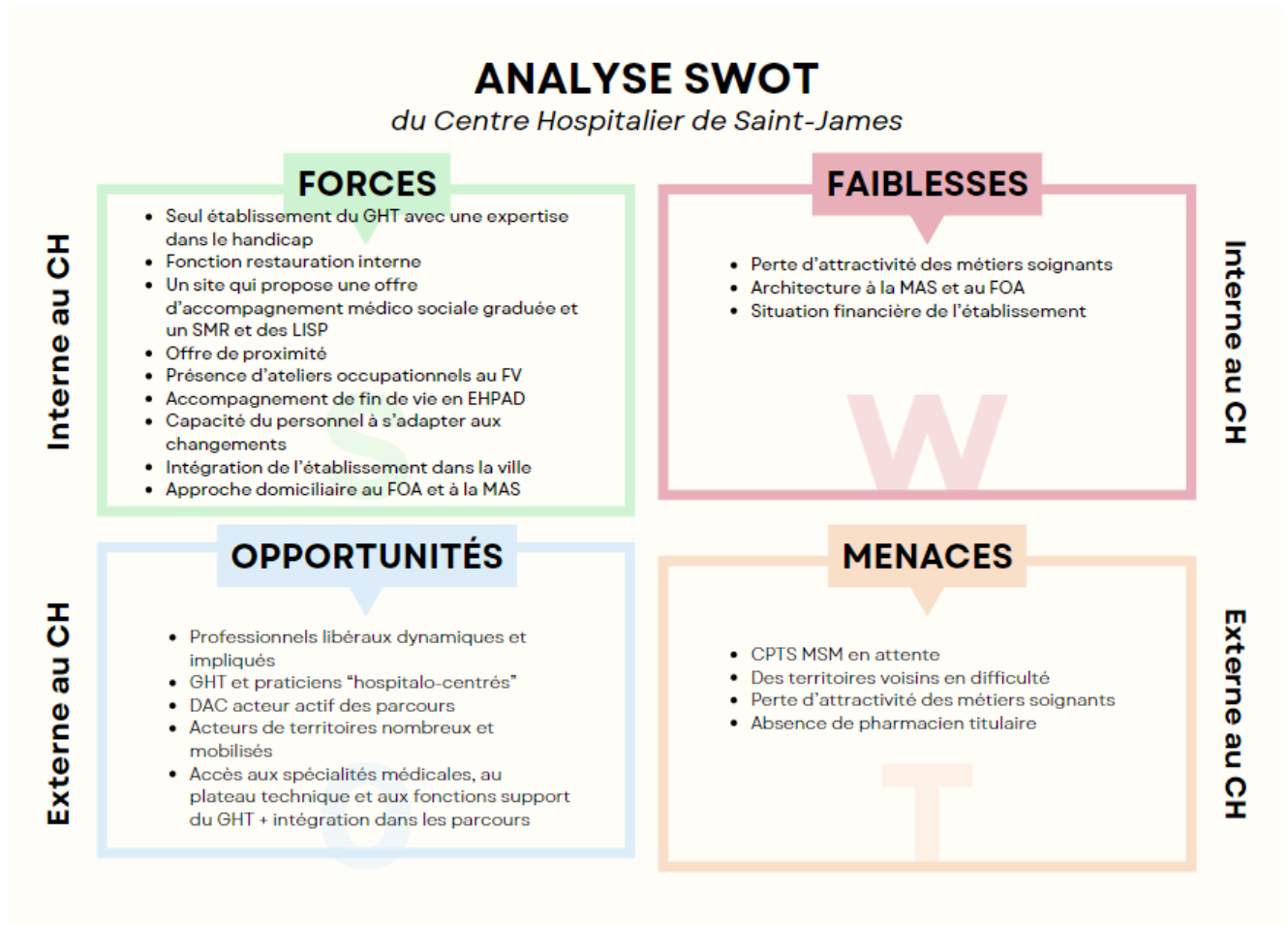
La commission de coordination gériatrique a pour objectif de garantir une coordination entre les équipes internes à l'établissement et les professionnels libéraux au service du résident. De par ses missions, la commission permet de proposer un meilleur accompagnement des résidents par une meilleure connaissance des champs d'intervention des autres professionnels. C'est un moment privilégié d'échanges et de rencontre entre les différents intervenants et les représentants du CVS.

Les réunions d'équipe/Transmissions : Tous les jours se tiennent des réunions d'équipe, par unité avec les soignants des secteurs et du personnel d'encadrement afin d'évoquer les difficultés éventuelles de prise en charge, de transmettre les informations générales liées aux résidents ou tout autres points ayant attrait à l'organisation du service.

Les rencontres des familles : Initiées en 2025, cet échange entre professionnels et familles répond à une demande de communication et d'information, à la fois entre familles, mais également avec les différents acteurs qui gravitent autour de l'accompagnement des résidents. C'est un moment qui se veut convivial et participatif. L'ensemble des familles sont invitées à cet échange, ainsi que tous les professionnels, médecins et intervenants. Cette réunion se tient une fois par an

PROJET STRATEGIQUE

L'analyse des forces-faiblesses et opportunités-menaces



Les axes stratégiques qui en découlent

Ce travail a permis de dégager des axes stratégiques, pour les 5 prochaines années.

Adapter l'offre de soins aux besoins des usagers

- Identifier les parcours de soins et de santé sur le GHT et promouvoir leur développement sur le territoire.
- Contribuer à l'amélioration de la gestion des soins non programmés sur le GHT.
- Organiser la prise en soins et l'accompagnement des usagers en interprofessionnalité.
- Impliquer le résident expert et l'expérience résident/aidant dans les processus de soins et d'accompagnement.
- Développer les consultations adaptées, la télé expertise et les téléconsultations.

- Contribuer au virage domiciliaire en participant à la mise en place d'un guichet unique SSAD/SSIAD en lien avec l'HAD et les équipes mobiles.

Promouvoir des pratiques professionnelles de qualité

- Soutenir les bonnes pratiques, la bienveillance et l'éthique dans les soins et l'accompagnement.
- Renforcer les formations à la bientraitance et le lien avec le comité local d'éthique.
- Développer la culture de la gestion du risque liés aux soins.
- Sensibiliser les acteurs en soutenant la mission du référent handicap nommé au sein de l'établissement.

Projet travaux - architectural

- Reconstruire la MAS.
- Réhabiliter le FOA.
- Mettre aux normes le SSI en EHPAD.
- Rénover les chambres en EHPAD et aménager les lieux de vie.

Adapter l'offre d'hébergement aux attentes des résidents

- Développer l'EHPAD « comme à la maison ».
- Poursuivre le déploiement de l'approche domiciliaire en MAS et au Foyer.
- Continuer de prendre en compte les souhaits et besoins des usagers afin d'améliorer de façon continue les prestations d'hôtellerie et de restauration.
- Accompagner les aidants et développer des solutions de répit.

Projet social

- Soutenir l'attractivité de l'établissement et la fidélisation des professionnels.
- Conforter les conditions de travail et la qualité de vie au travail.
- Accompagner les professionnels dans leurs parcours individuels et dans les transformations organisationnelles.
- Accompagner les managers.
- Développer l'efficience dans la gestion des ressources humaines.

Projet qualité et gestion des risques

- La culture de la qualité et de la sécurité des soins.

- La gestion des risques.
- Les indicateurs qualité.
- La déclaration des événements indésirables.
- L'analyse des pratiques professionnelles.
- L'importance de la boucle d'amélioration continue.

Projet des usagers

- Veiller à l'appropriation par les professionnels des engagements portés par le projet des usagers.
- Informer le patient de ses droits, recueillir et respecter son consentement aux soins.
- Assurer la gestion des plaintes/réclamations et évaluer la satisfaction du patient.

Projet développement durable

- S'adapter aux enjeux de transition écologique et énergétique.
- Eco-concevoir les soins et limiter les impacts négatifs de nos activités hospitalières.
- Promouvoir les achats responsables / durables.
- Prendre soin de la population.
- Prendre soin des collaborateurs.

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS AU FOA

La personnalisation de l'accompagnement

La filière d'accompagnement

Il existe une logique de parcours au sein du FOA. La présence d'habitats grâce aux studios est une force.

Cette logique est aujourd'hui parfois difficile à maintenir compte tenu de l'évolution de la population en perte d'autonomie, qui se met en danger, présente des angoisses et des problématiques d'hygiène.

Le parcours de l'utilisateur peut se poursuivre vers l'EHPAD dans le service les Glycines, Unité d'Hébergement pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) ou dans les unités d'hébergement EHPAD directement.

Le lien entre les deux établissements est assuré et permet la continuité de l'accompagnement :

- poursuite possible de la participation aux ateliers,
- une proximité des personnels pour aider à la décision de changement des unités,
- la continuité des informations.

L'accueil et l'admission

Pour entrer au FOA, la personne doit être âgée de 18 à 60 ans et être en possession d'une notification d'orientation de la Maison De l'Autonomie. Lorsque le dossier est complet et remis à la secrétaire, il est tout d'abord déposé au médecin référent de l'établissement afin qu'il donne sa validation ou son refus. Dans les deux cas, un courrier est envoyé à la personne et/ou son représentant légal.

Le support « Via-Trajectoire » est utilisé depuis déjà plusieurs années et continue de faire l'objet d'un travail avec le conseil départemental, notamment pour améliorer la gestion des listes d'attente.

Si le dossier est validé, il est mis à disposition de l'équipe pluridisciplinaire et une commission d'admission est posée. Ensuite, une rencontre est proposée au résident et à son aidant. Cette rencontre est réalisée par la Cadre avec le responsable des projets personnalisés (RPP) et l'IDE. Elle va permettre d'approfondir certains éléments du dossier.

Après l'échange, la cadre effectue une visite de l'établissement avec la personne et sa famille et/ou mandataire judiciaire. La visite permet une première rencontre avec les professionnels et les résidents.

Un temps de réflexion d'une semaine est proposé. Lorsque la personne donne réponse, une entrée est programmée dans la quinzaine suivante, si la structure lui convient. L'entrée est, en général, effectuée le mardi en début d'après-midi. A son entrée dans la structure, une grille d'autonomie est complétée par le RPP et l'équipe.

Le projet d'accompagnement personnalisé

Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a pour finalité de favoriser l'expression et la participation de la personne dans la conception et la mise en œuvre de ses choix de vie.

L'élaboration

La procédure de mise en œuvre et de suivi du PAP a été retravaillée en 2022 et mise en application en 2023. Chaque personne bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé établi dans les 3 mois après son arrivée.

Pendant cette période, l'équipe pluridisciplinaire fait des observations, des bilans, et la situation de la personne est régulièrement évoquée pendant les temps de transmissions. Le RPP rencontre le résident, la famille et/ou le mandataire judiciaire. Dans ce cadre-ci, les besoins de la personne sont identifiés et ses demandes recueillies.

L'éducateur spécialisé programme la réunion PAP et l'anime afin de réaliser l'écriture du projet personnalisé en adéquation avec les souhaits exprimés par la personne. Il s'appuie sur le référent et le co-référent du projet personnalisé, professionnels du service nommé à l'entrée du résident, afin de s'assurer que les objectifs du projet soient suivis. L'équipe pluridisciplinaire participe à ce temps de réunion.

Une restitution des échanges est faite à la personne, puis en présence de sa famille ou représentant légal. Cette rencontre se concrétise par la signature du projet d'accompagnement personnalisé et d'un avenant au contrat de séjour.

Le projet d'accompagnement personnalisé est révisé tous les ans. Pendant l'année, des temps de transmissions ciblées ou un bilan intermédiaire à six mois sont organisés par le RPP. Le PAP peut ainsi bénéficier d'avenant dès que besoin.

Le référent du Projet d'Accompagnement Personnalisé (RPP)

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles (article D312-59-10 du Décret n°2005-article 1 du 8 janvier 2005), la fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative par un moniteur éducateur, un accompagnant éducatif et social ou un aide-soignant.

Le référent du PAP a pour mission de garantir la bonne tenue du projet et de la réalisation des objectifs définis en réunion. Il va être un repère pour la personne et s'assurer de sa bonne installation dans la structure.

« Le référent est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif du résident et de ses proches. Il veille aux besoins et attentes du résident dans le cadre de cette relation singulière. Il reste attentif tout au long du parcours. Il veille aussi au confort matériel du résident (besoins vestimentaires, nécessaire de toilette, etc.). Il a pour mission d'offrir à la personne accueillie un cadre rassurant de proximité. Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours du résident. [...]. Dès l'entretien d'accueil et tout au long de l'hébergement, il participe activement à la proposition d'objectifs et à l'élaboration d'actions d'accompagnement, conformément aux besoins et attentes du résident. Il veille au respect des objectifs posés, à l'évaluation des actions dans le cadre du projet personnalisé ».

Dans le but de maintenir ce suivi individualisé pour la personne, un co-référent est nommé pour chaque projet d'accompagnement personnalisé. Le référent et co-référent sont questionnés à chaque réunion de PAP. La personne peut parfois exprimer le choix du référent lors de la préparation de réunion PAP (recueil de souhaits).

Depuis peu et dans le cadre de la communauté 360, un dispositif d'appui à l'autodétermination Normand porté par l'ADAPT, propose un portail d'appel vers des « facilitateurs de parcours ou de choix de vie » grâce à un numéro vert (le 0800 360 360).

Le lien avec les familles

Le travail est important pour permettre une continuité du lien familial et assurer une réponse aux besoins exprimés par la personne accueillie. Certaines familles sont présentes et investies dans le projet d'accompagnement personnalisé de leur proche.

Le Responsable des Projets Personnalisés a pour mission de maintenir et garantir le travail avec les familles par le suivi du PAP. Il va être, aussi, l'interlocuteur privilégié pour échanger de la situation de la personne, demander un budget personnalisé (achats vêtements, argent de poche, etc.) ou préparer l'organisation d'un séjour avec un organisme extérieur (lorsque le parent est représentant légal).

Les résidents vont en famille les week-ends et pendant les vacances, à des fréquences définies avec elles lors des réunions PAP : actuellement, 6 résidents tous les week-ends et, entre 10 à 12 tous les 15 jours.

Le lien existe aussi par des contacts téléphoniques, des appels en visio et par des visites ponctuelles ou régulières. Les membres de l'équipe sont identifiés par les familles et garantissent le bien-être du résident.

L'équipe IDE fait également le lien avec les familles en leur assurant un retour des consultations médicales.

Les familles sont représentées par des parents élus au Conseil de Vie Sociale (CVS) (cf. règlement intérieur et composition du CVS). De plus, des événements festifs viennent ponctuer différents moments de l'année pour maintenir le lien : la fête de l'établissement et le repas de Noël.

Le projet de sortie

Le projet de sortie est envisagé quand il n'existe plus de compatibilité avec l'accompagnement en foyer de vie et/ou qu'une mise en danger est avérée.

Les équipes aident à l'orientation pour la sortie ; des préconisations sont faites pour trouver d'autres structures et elles sont intégrées dans le projet personnalisé et travaillées en amont avec le résident, les proches et/ou mandataire judiciaire.

La sortie vers l'EHPAD se fait de manière sereine et celle-ci est accompagnée. Une continuité est installée entre les deux établissements.

Le CH de Saint-James propose par ailleurs une Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) de 15 places. Ce lieu de vie permet une transition « en douceur » pour des personnes en situation de handicap âgées de plus de 60, trop « jeunes » pour entrer EHPAD mais dont les capacités ou l'état de santé ne permet plus leur maintien à domicile ou en structure d'hébergement supervisée (Etablissement d'aide et de service par le travail (ESAT), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)).

Cet espace de vie transitoire est parfois essentiel sur le parcours de vie de ce public vulnérable. Il s'appuie sur un projet dont les valeurs sont celles de la Charte de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (version révisée 2007).

Parfois, la réorientation vers la MAS est aussi possible, notamment en cas de dégradation importante de la dépendance, ou inversement vers un ESAT en cas de progrès significatifs.

En outre, les professionnels sont attentifs à ne pas « utiliser l'hospitalisation » pour faire une sortie. Si toutefois, après une hospitalisation, le retour au foyer est devenu impossible, une information systématique des résidents hospitalisés (visite à l'hôpital) sur la fin de l'accueil en foyer est organisée.

Chaque changement envisagé l'est dans le respect du Projet d'Accompagnement personnalisé et travaillé en équipe pluri professionnelle.

Lorsqu'une sortie est envisagée en cas de déviance et non-respect du règlement de fonctionnement, les réponses sont adaptées et progressives. On peut citer :

- Les actions éducatives.
- L'avertissement.
- L'exclusion temporaire.
- La décision définitive et rupture du contrat.

Dans tous les cas, il est primordial d'éviter les ruptures dans les parcours de vie et de soins du résident et d'utiliser, dès que besoin, des solutions de répit pour le résident (et parfois les professionnels) afin de dépasser un moment de « crise ».

Dans le cadre du travail engagé par l'ARS pour « une réponse accompagnée pour tous », des staffs impliquant des professionnels du territoire permettent parfois de résoudre des situations difficiles et/ou trouver des solutions transitoires.

Les projets d'amélioration

- Définir une durée de référence du PAP afin de redynamiser les accompagnements.
- Retravailler le PAP et inclure davantage la personne et son représentant légal dans les différentes étapes.
- Poursuivre la révision de chaque PAP.
- Elaborer la liste des partenaires existants et intervenants dans les PAP.
- Mesurer la satisfaction des usagers et aidants contribuant à l'amélioration de la qualité des accompagnements.

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

La bientraitance, le socle de l'accompagnement

Par la formation de son personnel, le centre hospitalier est engagé dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

Tous les nouveaux agents recrutés sont sensibilisés au respect des droits des résidents.

Un réseau national d'écoute contre la maltraitance est à la disposition des résidents ou des familles au Tel : 3977.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures disciplinaire et/ou judiciaire.

Tous les professionnels intervenant au centre hospitalier sont tenus de signaler à la Direction, les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions.

Une procédure de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance a été réalisée.

Elle définit :

- les différentes formes de maltraitance,
- les actions préventives,
- les obligations de signalement et les procédures,
- la conduite à tenir en situation de maltraitance,
- le soutien et l'accompagnement des résidents, des familles et des équipes.

La démarche éthique

L'action médico-sociale menée par le centre hospitalier tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes accueillies, tout en favorisant une ouverture sur l'extérieur.

Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes accueillies et sur la mise à leur disposition de prestations de soins et d'accompagnement.

L'action menée par le Foyer Occupationnel d'Accueil est conduite dans le respect de la dignité de tous, avec l'objectif de réponse individualisée aux besoins de chacun, en garantissant un égal accès aux différentes prestations proposées.

Elle s'inscrit dans le cadre de la loi n° 20056102 du 11/02/2005 relative à l'inclusion sociale.

La garantie des droits individuels et collectifs

Les droits des personnes sont énoncés dans une Charte nationale des droits et des libertés (arrêté du 08 septembre 2003) et affichée à l'entrée des lieux de vie.

Certains droits sont plus mis en avant que d'autres au FOA car nous voyons de nouveaux besoins émergés, exprimés ou assumés : les droits à l'intimité et à la sexualité. Bien que les locaux ne répondent plus aux normes en vigueur, les personnes expriment le besoin de relations, l'envie d'être en couple, etc.

Dans le cadre de l'Approche Domiciliaire :

- La personne accueillie peut personnaliser sa chambre avec des petits meubles, étagères, cadres photos, etc.
- Elle peut demander à fermer sa chambre à clef.
- Elle a le droit à une vie affective et sexuelle dans sa chambre et dans le respect d'autrui.
- Elle peut bénéficier d'un accès gratuit à internet sur son ordinateur ou tablette, après installation d'un code, remis par le service informatique.
- Elle peut également bénéficier d'un accompagnement à la citoyenneté (ex : le droit de vote).

La confidentialité des données relative à l'usager :

Les résidents sont informés que, conformément à la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 informatique et libertés, et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 :

- les données les concernant font l'objet d'un traitement informatisé ;
- les données sont protégées par le secret médical ;
- le résident a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi du 6 Janvier 1978 et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 ;
- le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

Les professionnels sont sensibilisés à l'identité-vigilance et formés à la cyber sécurité. Un exercice annuel est organisé.

Les projets d'amélioration

- Accompagner davantage la citoyenneté au foyer : s'informer, se former afin de proposer les réponses les plus adaptées.
- Accompagner la relation de couple, le droit à une vie intime et sexuelle.
- Accompagner la personne à vivre chez elle et se sentir bien chez elle tout en ayant son espace intime et personnel dans un cadre contenant et sécurisant.
- Accompagner « le futur » de la personne en respectant ses choix : départ en retraite ou entrée dans un autre établissement.
- Communiquer sur les outils disponibles pour sensibiliser à la bientraitance (politique, livrets, etc.).
- Identifier les enjeux éthiques au niveau institutionnel.
- Mettre en place une réflexion sur la bientraitance institutionnelle.
- Améliorer la communication sur la charte de fonctionnement informatique afin de garantir le respect de la confidentialité et la protection des informations et données relative à la personne accompagnée.
- Améliorer le droit à la vie privée lors des temps de toilette dans les salles de bain.

L'accompagnement de la personne dans une logique domiciliaire

L'approche citoyenne

Le département de la Manche est inscrit dans une démarche inclusive. De ce fait, nos autorités de tutelle nous ont demandé de développer dans nos établissements l'Approche Domiciliaire et l'habitat inclusif. Cette démarche inclusive a pour ligne directrice d'« éviter de penser le projet de vie de personnes en situation de handicap à leur place, mais bien partir de leurs ressources pour arriver à ce qu'elles souhaitent ».

La notion d'Approche Domiciliaire a fait l'objet de réflexion en équipe et de groupes de paroles avec les résidents du foyer. Nous nous sommes aussi intéressés à la définition de l'autonomie car ces deux notions sont, selon nous, associées afin de répondre au plus près des besoins et des capacités des personnes accompagnées.

L'objectif de l'Approche Domiciliaire Foyer de Saint-James, c'est reconnaître la personne en tant que Citoyenne au cœur de son environnement, en soutenant le « Bien chez soi » et en favorisant sa participation à la vie locale et sociale.

Le déploiement de l'approche domiciliaire passe également par l'adaptation des locaux, des organisations et des lieux de vie pour permettre à chaque personne accueillie de :

- Préserver l'image de soi.
- Se sentir intégré dans la société.
- Maintenir son équilibre physique et psychique.
- Poursuivre les activités et interactions sociales en favorisant les échanges et rencontres intergénérationnels.
- Permettre à chacun de rester « acteur de sa vie ».

Pour ce faire, un travail de sensibilisation et de formation des professionnels est nécessaire afin de percevoir le nécessaire changement de posture inhérent à ces pratiques nouvelles.

Les ateliers occupationnels

Selon la définition proposée par la Maison départementale de la Manche : « Les foyers de vie ou foyers occupationnels d'accueil accueillent des personnes en situation de handicap dont l'autonomie permet d'accéder à des activités quotidiennes, et à une animation sociale, sans toutefois pouvoir travailler y compris en milieu protégé ou en entreprise adaptée. Ces foyers sont destinés aux personnes ne relevant ni d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), ni d'une maison d'accueil spécialisée (MAS), ni d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ».

La mission du FOA est donc d'accueillir ces personnes en situation de handicap pour leur permettre d'accéder à une vie au plus juste de leurs capacités, et ainsi participer à des activités quotidiennes et une vie sociale. L'idée première étant de trouver une rythmicité de

journée au plus proche de la réalité du droit commun (rythme de semaine et loisirs de soirée et week-end, temps de repos et/ou de vacances).

Si dans l'établissement le mot « activité » fait écho à celui de « loisir », le terme d'atelier désigne le moyen de structurer un projet, de mettre en action un apprentissage, de fixer l'attention ou/et les gestes, de développer les perceptions sensorielles, de permettre l'expression ou créer l'émotion.

Bien que certaines personnes associent ces activités à un travail, ces dernières doivent être menées sans notion de rendement ni de productivité. Néanmoins elles donnent un sens et un rythme à la semaine afin de se rapprocher le plus possible du milieu d'ordinaire.

Tous les résidents bénéficient de temps de vacances qui coïncident avec la fermeture des ateliers fixée comme suit :

- Une semaine entre Noël et le jour de l'an
- Une semaine à Pâques
- Deux semaines l'été

Trois ateliers sont proposés par les 3 professionnels :

- Bois : création de jeux divers, d'objets décoratifs pour les résidents ou pour mettre en vente lors de la fête des deux établissements (MAS et FOA), le Marché de Noël et Pâques.
- Activités manuelles : linge (décollage des codes-barres sur les vêtements), couture, loisirs créatifs. Dans cet atelier a lieu aussi l'activité lecture ainsi que les sorties à la médiathèque.
- Botanique : atelier ajusté selon les saisons. Préparation de semis de légumes et de fleurs, qui seront mis à la vente pour les professionnels et les familles des résidents. Décoration florale et projets de loisirs créatifs en lien avec les deux autres ateliers. Sont aussi réalisés les soins quotidiens des animaux.

Sur les temps d'ateliers, les résidents participent à d'autres activités :

- La piscine (1 fois tous les 15 jours à Avranches et repas en cuisine thérapeutique à la MAS) ;
- La déchetterie ;
- Des achats de matériel en magasin ;
- Le mardi après-midi, une séance Cinéma est proposée aux résidents (installation d'un rétroprojecteur aux ateliers). La mise en place de cette activité est appréciée par les personnes car elles en font toute la préparation en amont (choix du film et création de l'affiche).

Les activités sont pensées selon les capacités des personnes en prenant en compte leur vieillissement ou pathologie, leur temps de concentration, leur intérêt. Le choix des activités est aussi travaillé avec elles et s'inscrivent dans leur PAP. Les groupes sont planifiés au trimestre en fonction des projets d'atelier.

Les activités proposées

Les activités sont proposées aux résidents en fonction de leur besoin repérés ou demande et sont inscrites dans leur PAP. Un ou deux référents sont nommés pour chaque personne accompagnée et sont garants de l'application ou la révision du projet de vie en lien du résident avec les proches ou mandataires désignés.

Balnéothérapie

Si la balnéothérapie est plus particulièrement réalisée avec les résidents de la MAS, elle est également proposée aux résidents du FOA.

L'activité est réalisée par la psychomotricienne, la kinésithérapeute et des professionnels formés. Sa durée est de 20 minutes à 1h30 et sa fréquence de 1/semaine à 1 à 2/mois.

Activité d'éveil sensoriel ou atelier « Snoezelen » :

Ces temps très individualisés d'éveil sensoriel permettent soit l'écoute musicale, soit la relaxation avec le toucher massage et/ou la stimulation visuelle. Ils sont réalisés en salle Snoezelen ou dans l'espace intime de la personne.

Cuisine :

Tous les résidents participent régulièrement à l'activité encadrée par une professionnelle (poste adapté) souvent accompagnée d'un professionnel des lieux de vie. Sur le même principe, les professionnels des groupes proposent au sein des cuisines ou des services la préparation de dîners, de desserts en stimulant l'éveil des sens des résidents.

Les activités de jour proposées aux ateliers du FOA :

- Atelier Linge : Cet atelier participe au décollage des codes-barres avec une décolleuse ou au retrait des étiquettes des tenues des professionnels ou du linge des résidents.
- Atelier Jardin : les résidents participent à la mise en godets de graines, culture et arrosage de légumes. La vente des légumes s'adresse aux professionnels de l'établissement et aux familles.
- Atelier Bois : L'atelier bois consiste en la création de jeux divers, décors village de Noël, etc.
- Atelier botanique et créativité : plants de fleurs pour fabriquer des bouquets. Diverses créations pour les résidents mais aussi la vente aux professionnels et aux familles.
- Atelier d'expression autour de la lecture permettant de faire appel à la mémorisation, à la parole, à l'imaginaire. Il permet au résident de se montrer acteur (lecture à voix haute). En 2023 : FOA : 15 résidents y participent chaque semaine en alternance.
- Sorties à la médiathèque : Au FOA, 5 résidents s'y rendent tous les quinze jours.
- Soins aux oiseaux, animaux de basse-cour.
- Marché de Noël : conception d'objet en lien avec l'événement.
- Atelier Confiture : développé depuis l'arrivée d'une nouvelle professionnelle aux Ateliers.
- Dans le futur, un projet de « mini-boutique » pourrait voir le jour afin de favoriser les visites de la ville vers la structure et développer le lien social.

Mais aussi : marche ; activité « à la ferme » ; équitation ; lecture ; musique ; médiation animale ; bricolage ; cré-Art-Fleurs ; art Thérapie ; piscine ; cinéma ; activité « sport » ; vélo etc.

Autres activités :

Des temps individualisés sont instaurés de façon régulière dans l'objectif de travailler l'autonomie, la socialisation et la revalorisation corporelle : accompagnement achats, déjeuners à l'extérieur, soins corporels.

Les résidents du FOA utilisent les services de commerces, de soins et d'activités (pétanque, atelier céramique, un atelier sculpture, association danse) de proximité de Saint-James, qui permettent l'accompagnement dans la citoyenneté. Ils peuvent s'y rendre seul ou véhiculé par le transport solidaire.

Grâce au comité départemental sport adapté de la Manche, les résidents peuvent participer à des rencontres sportives.

Les activités sportives ou de loisirs proposées visent la rupture avec le quotidien, le plaisir, la détente, l'ouverture, l'expression, la création et la rencontre avec les autres. Elles sont aussi complétées par des activités thérapeutiques en lien avec les besoins exprimés ou repérés pour chacun.

L'accompagnement du handicap

Dans une logique domiciliaire, le travail à l'hébergement consiste en l'accompagnement des résidents dans les actes de la vie quotidienne et dans leur participation à la vie sociale.

Les professionnels sensibilisent les résidents à la préservation de l'environnement et à l'écologie par exemple lors de l'accompagnement à la douche.

La pair-aidance par ailleurs soutenue et valorisée au sein du FOA. Certains résidents s'entraident mutuellement pour assurer les trajets jusqu'aux ateliers.

Le repas thérapeutique est un outil nécessaire dans l'accompagnement des personnes, il favorise le lien social, la communication et l'entre-aide.

Un travail est également réalisé pour que les résidents apprennent à gérer leur temps libre. Ils ont accès, pour ceux qui le souhaitent, à internet. L'utilisation d'internet et des réseaux sociaux est accompagnée par les professionnels.

Enfin, l'accompagnement des personnes occupant les studios a été repensé. Le travail a été effectué en équipe pour remettre du sens sur l'objectif d'une entrée en studio. La proposition est réfléchie à partir d'une demande exprimée par la personne, de ses capacités pour lui permettre de maintenir ou d'acquérir de nouveaux apprentissages.

Afin de responsabiliser et valoriser la personne, nous avons établi un contrat et un règlement de fonctionnement qu'elle signe à son entrée dans le studio. Il est joint au contrat de séjour.

La vie sociale

Dans notre démarche d'Approche Domiciliaire, la vie sociale des résidents prend tout son sens. Elle peut être définie simplement comme « l'ensemble des interactions entre individus au sein d'une société ».

Dans cette partie, nous ne pouvons pas non plus ignorer la dimension sentimentale et la vie sexuelle des résidents. Au cours de ces dernières années, quelques couples se sont formés au sein du foyer. Un travail est actuellement en cours pour favoriser la libre parole et communiquer davantage sur l'intimité et la sexualité. Des actions de prévention peuvent être proposées.

L'inclusion sociale est présente dans le discours des résidents. Ils ont à cœur de faire des choses seuls, en ville, dans le secteur associatif... L'avantage d'être situés en cœur de ville, permet ce travail d'autonomisation dans les déplacements pour certaines personnes. Différents partenariats sont en place donnant l'accès aux personnes du foyer de se rendre dans des activités : deux personnes participent à de la danse et à un atelier céramique. Un accès au terrain de tennis de la ville a pu voir le jour, donnant réponse aux demandes d'un résident. Aller seul en ville, c'est aussi une demande des résidents et, c'est permettre de nouvelles rencontres et se valoriser en tant que personne adulte.

Pour renforcer cette démarche, des activités sont proposées en dehors du foyer ou, en faisant appel à des partenaires extérieurs. Elles sont proposées en fonction des projets d'accompagnement personnalisés : l'équithérapie, le sport, l'art-thérapie, la sophrologie, activité à la ferme prendre soin des animaux et le partenariat avec l'association Refuge Passerelle (promenade des animaux et entretien de leurs espaces).

Des séjours continuent d'être proposés au foyer, sous différentes formes afin de cibler au plus près la demande. Certains vont partir en vacances avec des organismes extérieurs. D'autres, en séjours proposés par l'établissement, au cours desquels deux professionnels du foyer accompagnent un groupe de quatre à cinq résidents sur une destination choisie.

Les projets d'amélioration

➤ **Pour les personnes accompagnées :**

- Créer avec les résidents « Les règles de vie aux ateliers ».
- Cesser les allers-retours ateliers/hébergement.
- Poursuivre l'activité Cinéma le mardi après-midi (avec la création de l'affiche en amont aux ateliers).
- Favoriser les accompagnements individualisés sur les temps clefs du quotidien.
- Développer les modes de transports dans la ville afin de rendre les résidents autonomes dans leurs déplacements (PAP).
- Développer les temps de parole afin de favoriser l'expression des personnes.
- Soutenir le « Bien chez soi » exprimé par les personnes.
- Rendre les personnes actrices de leur vie en leur donnant la possibilité de développer de nouvelles capacités : proposer des temps de formation pour susciter la curiosité, responsabiliser, valoriser...

- Poursuivre les temps d'échanges sur la vie affective et la sexualité au sein du foyer : temps accompagnés par la psychologue en collaboration avec l'équipe.
 - Développer la qualité des accompagnements en associant les usagers et leur environnement social et familial par le maintien des capacités physiques et intellectuelles du résident, en diversifiant l'offre d'activités internes et externes.
 - Améliorer la qualité d'accompagnement des résidents en termes de satisfaction des activités proposées et de l'élaboration de leur PAP : montée en compétence des professionnels, ouverture sur l'extérieur.
 - Adapter l'offre d'activités afin de répondre aux besoins et spécificités du public et renforcer l'efficience.
 - Développer des organisations et pratiques permettant de structurer des parcours inclusifs avec les acteurs du droit commun et les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales.
- **Pour les professionnels :**
- Organisation des trajets ateliers-hébergement : améliorer la communication entre l'équipe Ateliers/Hébergement.
 - Travailler à l'élaboration du PAP : collaboration référents Ateliers et Hébergement.
 - Améliorer la communication en équipe en développant les outils informatiques.
 - Améliorer la traçabilité sur Sillage (quotidien et activités).
 - Poursuivre les réunions de service avec les équipes Hébergement et Ateliers.
 - Pérenniser les temps de transmissions entre les professionnels de l'hébergement et des Ateliers, lors des aller/retour des ateliers.
 - Développer le travail relatif à la référence du PAP de la personne accompagnée : le référent Hébergement et le référent Ateliers travaillent ensemble pour garantir une bonne tenue des objectifs du PAP.
 - Développer des projets communs, qui font sens pour les personnes accompagnées et qui vont permettre une continuité dans l'accompagnement : balade en bateau, premiers secours, sécurité routière, boutique de seconde main, etc.
 - Permettre à chaque professionnel un temps pour la rédaction d'écrits professionnels ou recherche de partenaires. A ce jour, pas de moment repéré permettant de répondre à ce besoin.
 - Anticiper la planification des activités.

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

La coordination et l'organisation des soins

La prise en charge paramédicale est assurée par l'équipe IDE et supervisée par le médecin libéral référent de l'établissement. Ce dernier intervient une fois par mois au foyer mais il peut aussi recevoir les personnes au Pôle Santé de la ville dès que besoin.

Les personnes accompagnées au foyer ont le choix de leur médecin traitant. Elles sont sensibilisées à la prise de leur traitement et, certaines connaissent leurs médicaments.

Les résidents qui le nécessitent sont suivis par des psychiatres du centre hospitalier de l'Estran à Pontorson ou sur le centre médico-psychologique (antenne d'Avranches). Les suivis spécifiques et notamment buccodentaires et gynécologiques sont assurés par des praticiens de ville ou, si besoin, par le biais de la plateforme « handi-consult » des Hôpitaux du Sud Manche pour les résidents qui le nécessitent.

La réorganisation du circuit du médicament est en cours au FOA. Dorénavant, la préparation des semainiers est effectuée, sur site, par le pharmacien de ville, chaque semaine. Un travail majeur de sécurisation du circuit du médicament est en cours depuis 2022 (procédures, achat de matériel sécurisé, formation des professionnels).

Par ailleurs, un temps de diététicien (0.20 ETP) obtenu lors du dernier CPOM a permis la mise en place de suivis individualisés et d'un travail collectif sur la dénutrition.

Les consultations (prise de RDV, préparation de la consultation, accompagnement) représentent désormais une grande partie du travail IDE et cela malgré le développement de la téléconsultation qui reste parfois difficile à mettre en place car peu comprise par les résidents.

En termes de suivi médical et infirmier, les besoins des résidents évoluent (vieillesse de la population, nouveaux profils).

La communication avec les familles est constante afin de développer et/ou maintenir un lien de confiance dans l'accompagnement médical des résidents. Les IDE sont identifiées par les familles et vont pouvoir rassurer ou expliquer les examens à passer.

Les professionnels de l'hébergement y sont également associés, car ils accompagnent très régulièrement les personnes pendant les rendez-vous. Leur présence est nécessaire pour rassurer lors de certains soins ou examens.

La démarche inclusive

Nous poursuivons le travail d'inclusion auprès des différents hôpitaux ou centres d'examen afin que les personnes soient accueillies dans les meilleures conditions. Nous observons au foyer une recrudescence des rendez-vous médicaux (spécialistes, examen) en raison d'une population qui évolue. Bien que la moyenne d'âge soit jeune (38 ans), un vieillissement de certains résidents apparaît. Il est nécessaire d'évaluer leur autonomie, et/ou les pertes d'autonomie afin d'ajuster les pratiques professionnelles. Cela peut aussi parfois nous amener à envisager une réorientation pour proposer un lieu d'hébergement et un accompagnement plus adapté.

La communauté 360, dont le centre hospitalier de Saint-James est « membre cœur » propose aussi un numéro vert afin de contacter un « référent parcours » qui pourra se faire soutien et/ou conseil afin d'apporter des solutions concrètes dans des situations spécifiques. Elle facilite la coopération des acteurs du territoire afin d'éviter les ruptures de parcours.

Dans une démarche inclusive, nous veillons à permettre aux résidents d'aller seuls chez le médecin, kiné, pédicure lorsqu'ils en expriment l'envie. Nous évaluons leurs capacités à s'y rendre seul en travaillant cela, en amont, avec eux.

La structuration des parcours et la coordination des intervenants

Un travail sur le parcours de soins des personnes en situation de handicap est en cours dans le cadre du GHT et les établissements partenaires avec notamment des consultations dédiées.

Le travail avec les psychiatres est en développement. Certains résidents, en raison de leurs troubles, sont amenés à rencontrer le psychiatre plus régulièrement. Les rendez-vous ont lieu au CMP d'Avranches mis en place par le CH de l'Estran.

Au sein du FOA, l'accompagnement proposé par la psychologue permet aussi d'apporter un soutien aux résidents. Elle est source de connaissances pour l'équipe et, souhaite développer la communication avec les psychiatres dans le but d'améliorer l'accompagnement et le suivi des résidents. La psychologue propose un accompagnement aux résidents pour lesquels un besoin a pu être repéré. La demande de prise en soin psychologique émane de l'équipe qui accompagne le résident sur le service mais aussi parfois du résident lui-même.

Les résidents accompagnés présentent le plus souvent une souffrance psychologique ou des manifestations comportementales envahissantes liées à leurs handicaps ou à leurs pathologies. La psychologue propose un cadre personnalisé sur lequel la personne va pouvoir s'appuyer pour trouver un certain apaisement, un soutien à ses capacités psychiques, un soutien à la relation à l'autre, un lieu d'écoute et d'expression. Lors des entretiens, l'utilisation de médiation est très fréquente (dessin, musique, marche, jeux, etc.). Elle est adaptée en fonction des spécificités de la personne.

La diététicienne participe également aux réunions PAP (en fonction des besoins), aux commissions des menus, aux temps de transmissions, tout en poursuivant les prises en charges nutritionnelles des résidents.

La diététicienne anime également une formation à destination des AS/AES et des IDE sur les nouvelles recommandations de l'HAS concernant la dénutrition.

Dans certaines situations, des rencontres avec les familles des résidents sont réalisées pour échanger sur les besoins et les prises en charge nutritionnelles du résident.

Les projets d'amélioration

- Finaliser la sécurisation du circuit du médicament.
- Développer le travail entre psychologue et psychiatre.
- Poursuivre le travail de communication avec les familles lors des rendez-vous médicaux.
- Renseigner Sillage (traçabilité des traitements et des diagrammes de soins).
- Prendre part à la mise en place des consultations dédiées en gynécologie.
- Mettre en œuvre les programmes de prévention (diabète, hygiène bucco-dentaire).
- Améliorer l'évaluation et la réévaluation de la douleur.
- Appliquer le respect des recommandations en matière d'urgence vitale.

- Communiquer sur les bonnes pratiques de gestion du risque infectieux. Renforcer la coordination parcours de vie / parcours de soins.
- Améliorer la qualité en conformité aux recommandations du plan national nutrition santé.
- Développer des solutions technologiques pour répondre aux besoins de santé des résidents (téléconsultations, télé médecine).
- Développer l'utilisation du Facile A Lire et à Comprendre (FALC).

Le projet architectural

Depuis 2019 un projet de démolition, restauration, extension et construction des deux maisons existantes mobilise les professionnels, les résidents, leur famille, les élus locaux, le conseil départemental et l'équipe de maîtrise d'ouvrage de Manche Habitat, le bailleur social dont le conseil d'administration avait voté la réalisation en 2022.

En outre, afin de sensibiliser les équipes à l'approche domiciliaire et l'habitat inclusif, le conseil départemental a organisé en septembre 2023 un séjour d'étude en Lozère avec une équipe de professionnels du Foyer de vie et un cabinet d'architectes de Montpellier. Ce séjour a permis la mise en forme d'un projet d'envergure en complète adéquation avec les attendus des résidents.

Le soutien sans faille de nos élus locaux, a permis de faire avancer ce programme de travaux et faire que le futur bâti, bien inséré en cœur de ville, soit facilitateur de lien social et favorise l'épanouissement de ses futurs locataires.

Pourtant courant 2024, le président du conseil départemental a partiellement suspendu ce projet novateur au profit d'un projet de réhabilitation en lien avec une baisse conséquente des crédits initialement alloués.

- Adapter les locaux au regard de l'évolution des publics accueillis, de leurs besoins et de l'évolution de la réglementation.
- Participer à la refonte du projet en conservant les priorités exprimées par les résidents à savoir : un espace privatif suffisant pour une vie de couple, des espaces de convivialité et des accès sécurisés.
- Proposer un habitat varié permettant une dynamique d'autodétermination (studio supervisé, appartement déconnecté et logement sécurisé).

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS A LA MAS

La personnalisation de l'accompagnement

L'accueil et l'admission

Pour entrer à la Maison d'Accueil Spécialisée, la personne doit être en possession d'une décision de notification délivrée par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA). Lorsque le dossier est complet et remis à la secrétaire, il est tout d'abord déposé au médecin référent de l'établissement afin qu'il donne sa validation ou son refus. Dans les deux cas, un courrier est envoyé à la personne, son représentant légal ou son mandataire judiciaire.

Si le dossier est validé, il est mis à disposition de l'équipe pluridisciplinaire et une rencontre est proposée. Cette dernière est réalisée par la cadre avec la RPP de la résidence et l'IDE. L'objectif de cette rencontre sera d'approfondir certains éléments du dossier. En amont, les professionnels de l'équipe font part de leurs interrogations au RPP qui les retranscrit pendant l'échange.

Après cela, la cadre effectue une visite des lieux avec la personne et sa famille et/ou le mandataire judiciaire. La visite permet une première rencontre avec les professionnels et les résidents du lieu de vie.

Un temps de réflexion d'une semaine est proposé avant que la personne donne réponse. Si la réponse est positive, une entrée est programmée dans la quinzaine suivante.

Le projet d'accompagnement personnalisé

Le projet d'accompagnement personnalisé a pour finalité de favoriser l'expression et la participation de la personne dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne au regard de son autonomie et de ses capacités repérées. Elles peuvent évoluer tout au long de sa vie.

L'élaboration

Chaque personne a un projet d'accompagnement personnalisé établi dans le premier mois de son arrivée. Pendant cette période, l'équipe pluridisciplinaire fait des observations, des bilans. Le Responsable des Projets Personnalisés rencontre le résident, la famille et le mandataire judiciaire. Dans ce cadre-ci, les besoins de la personne sont identifiés et ses demandes recueillies. Pour les résidents, dont la communication verbale n'est pas existante, les membres de l'équipe et la famille identifient des besoins ou des demandes exprimés par un geste, un son, un regard ou une contorsion de leur corps.

Le RPP programme la réunion projet d'accompagnement personnalisé et l'anime afin de réaliser l'écriture du projet personnalisé en adéquation avec les souhaits exprimés par la personne. Il s'appuie sur le référent et le co-référent du projet personnalisé, professionnels

du service, nommés à l'entrée du résident, qui vont s'assurer que les objectifs du projet soient suivis ou modulés si besoin.

Une restitution de la réunion PAP est effectuée auprès de la personne accueillie, puis en présence de sa famille ou du représentant légal. Cette rencontre se concrétise par la signature du projet d'accompagnement personnalisé et d'un avenant au contrat de séjour.

Le projet d'accompagnement personnalisé est révisé tous les ans. Pendant l'année, des temps de transmissions ciblées ou un bilan intermédiaire à six mois sont organisés par le RPP. Ils peuvent donner lieu à un avenant.

Le référent du Projet d'accompagnement Personnalisé (RPP)

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles (Article D312-59-10 du Décret n°2005-article 1 du 8 janvier 2005) et comme le recommande l' H.A.S., la fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative par un aide-soignant, un aide médico-psychologique ou un accompagnant éducatif et social.

Le référent du projet d'accompagnement personnalisé a pour mission d'en garantir la bonne tenue et la réalisation des objectifs définis. Il va être un repère pour la personne et s'assurer de sa bonne installation dans le lieu de vie.

« Le référent est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif du résident et de ses proches. Il veille aux besoins et attentes du résident dans le cadre de cette relation singulière. Il reste attentif tout au long du parcours. Il veille aussi au confort matériel du résident (besoins vestimentaires, nécessaire de toilette, etc.). Il a pour mission d'offrir à la personne accueillie un cadre rassurant de proximité. Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours du résident. [...] Dès l'entretien d'accueil et tout au long de l'hébergement, il participe activement à la proposition d'objectifs et à l'élaboration d'actions d'accompagnement, conformément aux besoins et attentes du résident. Il veille au respect des objectifs posés, à l'évaluation des actions dans le cadre du projet personnalisé ».

Dans le but de maintenir ce suivi individualisé à la personne accueillie, un co-référent est nommé pour chaque projet personnalisé. Le référent et co-référent sont requestionnés à chaque réunion.

Le lien avec les familles

Le travail avec les familles est primordial pour permettre une continuité du lien affectif et assurer une réponse aux besoins exprimés par le résident. Certaines familles sont présentes et investies dans le projet personnalisé de leur proche. Le lien est existant par des contacts téléphoniques ou par des visites ponctuelles ou régulières. Les membres de l'équipe sont identifiés par les familles et garantissent le bien-être du résident.

Le Responsable des Projets Personnalisés a, également, pour mission de maintenir et de garantir le travail avec les familles par le suivi du projet personnalisé. Il va être l'interlocuteur privilégié pour demander un budget personnalisé et des bons d'achats vêtements, quand ces achats sont réalisés par un professionnel avec le résident.

L'équipe IDE prend part au travail avec les familles en leur assurant un retour des consultations médicales.

Les familles sont représentées par des parents élus au Conseil de Vie Sociale. De plus, des événements festifs viennent ponctuer différents moments de l'année pour maintenir le lien : la fête de la MAS et du FOA et le repas de Noël.

Le projet de sortie

A ce jour, aucun résident accueilli en MAS n'a fait le choix d'une entrée en EHPAD à l'âge de 60 ans. L'accompagnement dans le vieillissement, les pathologies du grand âge et dans la fin de vie fait partie des missions des professionnels en MAS.

Par ailleurs, un seul résident a bénéficié d'un accompagnement ponctuel en ESAT au regard de capacités repérées mais qui s'est finalement soldé par une réorientation en FOA par manque de capacité en atelier de production. Peu de résidents sont réorientés, sauf situation de mise en danger ou en cas de rapprochement familial souhaité.

Les projets d'amélioration

- Poursuivre la révision de chaque PAP.
- Elaborer la liste des partenaires existants et intervenants dans les PAP.
- Mesurer la satisfaction des usagers et aidants contribuant à l'amélioration de la qualité des accompagnements.

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

La bientraitance, le socle de l'accompagnement

Par la formation de son personnel, le centre hospitalier est engagé dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

Tous les nouveaux agents recrutés sont sensibilisés au respect des droits des résidents.

Un réseau national d'écoute contre la maltraitance (3977) est à la disposition des résidents ou des familles.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures disciplinaire et/ou judiciaire.

Tous les professionnels intervenant au centre hospitalier sont tenus de signaler à la Direction, les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions.

Une procédure de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance a été réalisée. Elle définit :

- les différentes formes de maltraitance,
- les actions préventives,
- les obligations de signalement et les procédures,
- la conduite à tenir en situation de maltraitance,

- le soutien et l'accompagnement des résidents, des familles et des équipes.

La démarche éthique

L'action médico-sociale menée par le centre hospitalier tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes accueillies, tout en favorisant une ouverture sur l'extérieur. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes accueillies et sur la mise à leur disposition de prestations de soins et d'accompagnement.

L'action menée par la Maison d'Accueil Spécialisée est conduite dans le respect de la dignité de tous, avec l'objectif de réponse individualisée aux besoins de chacun, en garantissant un égal accès aux différentes prestations proposées. Elle s'inscrit dans le cadre de la loi n° 20056102 du 11/02 /2005 relative à l'inclusion sociale.

Un CLE (Comité Local d'Éthique) a vu le jour en 2022 au sein de la direction commune, il est animé par des professionnels des différents sites.

La garantie des droits individuels et collectifs

Les droits des résidents sont énoncés dans la Charte des personnes accueillies.

Les membres de l'équipe sont soucieux du respect de ces droits, dont celui à l'intimité, afin que chacun puisse se sentir chez soi malgré le poids des règles propres à la vie en institution. Dans les chambres doubles notamment, les propositions de réaménagements des professionnels permettent, autant que possible, de préserver un lieu privé et individualisé pour chacun.

Dans le cadre de l'Approche Domiciliaire :

Le résident peut personnaliser sa chambre avec des petits meubles, étagères, cadres photos, etc. Il peut demander à fermer sa chambre à clef lorsqu'il en sort. Il a le droit à une vie affective et sexuelle dans sa chambre. Il peut bénéficier d'un accès gratuit à internet sur son ordinateur ou tablette, après installation d'un code, remis par le service informatique du CH. Il peut également bénéficier d'un accompagnement à la citoyenneté, l'ouverture vers l'extérieur.

La confidentialité des données relative à l'usager :

Les résidents sont informés que, conformément à la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 informatique et libertés, et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 :

- les données les concernant font l'objet d'un traitement informatisé ;
- les données sont protégées par le secret médical ;
- le résident a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi du 6 Janvier 1978 et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 ;

- le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

Les professionnels sont sensibilisés à l'identité-vigilance et formés à la cyber sécurité. Un exercice annuel est organisé.

Les projets d'amélioration

- Communiquer sur les outils disponibles pour sensibiliser à la bientraitance (politique, livrets, etc.).
- Identifier les enjeux éthiques au niveau institutionnel.
- Mettre en place une réflexion sur la bientraitance institutionnelle.
- Améliorer la communication sur la charte de fonctionnement informatique afin de garantir le respect de la confidentialité et la protection des informations et données relative à la personne accompagnée.
- Formaliser le droit de vote de la personne accompagnée.
- Améliorer le droit à la vie privée lors des temps de toilette dans les salles de bain.

L'accompagnement de la personne dans une logique domiciliaire

L'approche domiciliaire

A la Maison d'Accueil Spécialisée, cette notion a amené de nombreuses réflexions en raison des locaux ne répondant plus aux normes en vigueur et, d'une méconnaissance de l'approche domiciliaire.

Cette démarche inclusive a pour ligne directrice « d'éviter de penser le projet de vie de personnes en situation de handicap à leur place, mais bien partir de leurs ressources pour arriver à ce qu'elles souhaitent ».

Pour répondre au plus près des besoins des résidents accueillis, les professionnels ont proposé leur définition de l'Approche Domiciliaire : « *L'approche domiciliaire c'est de permettre à chacun des résidents de garder leur autonomie en respectant leur choix, pour qu'ils se sentent chez eux, dans le respect des habitudes individuelles avec les contraintes des autres* ».

L'approche domiciliaire ou le « vivre chez soi » à la Maison d'Accueil Spécialisée, c'est :

- Rentrer au domicile de la personne que nous accompagnons dans sa vie quotidienne.
- Respecter la personne et respecter son environnement social et familial.
- Favoriser les discussions, les échanges, les interactions en apportant de la vie et de la gaieté au sein du collectif.
- Apporter une réponse individuelle à un besoin exprimé ou repéré (besoin de soins, d'aide, de matériel, de confort, de sécurité, d'intimité...).

Au sein d'un groupe régit par des règles de vie en collectivité, nous nous devons de proposer, pour chacun, un accompagnement individualisé et personnalisé selon leurs choix et leurs demandes.

Il s'agit également, de favoriser la cohabitation entre résidents et de préserver le lien social et l'ouverture vers l'extérieur notamment pour les résidents qui, avant « un accident de vie », n'ont jamais été sensibilisés au monde du Handicap et qui, avec leur entourage, le découvre dans toute sa dimension.

Le déploiement de l'approche domiciliaire passe également par l'adaptation des locaux, des organisations et des lieux de vie pour permettre à chaque personne accueillie de :

- Préserver l'image de soi.
- Se sentir intégré dans la société.
- Maintenir son équilibre physique et psychique.
- Poursuivre les activités et interactions sociales en favorisant les échanges et rencontres intergénérationnels.
- Permettre à chacun de rester « acteur de sa vie ».

Pour ce faire, un travail de sensibilisation et de formation des professionnels est nécessaire afin de percevoir le nécessaire changement de posture inhérent à ces pratiques nouvelles.

Les activités proposées

Les activités sont proposées aux résidents en fonction de leur besoin ou demande et est inscrite dans leur Projet d'Accompagnement Personnalisé.

Balnéothérapie

Les séances sont réalisées par la psychomotricienne et des professionnels formés. Sa durée est d'environ 1 heure. Elles permettent détente et stimulation motrice et sensorielle.

Activité d'éveil sensoriel ou atelier « Snoezelen » :

Ces temps très individualisés d'éveil sensoriel permettent soit l'écoute musicale, soit la relaxation avec le toucher massage et/ou la stimulation visuelle. Ils sont réalisés en salle Snoezelen ou dans l'espace intime de la personne.

Réflexologie plantaire :

25 résidents de la MAS, très réceptifs au toucher et à l'approche corporelle, bénéficient toujours de séances de réflexologie.

Tous les ans, une évaluation des séances, par personne accompagnée, est réalisée avec l'intervenante afin d'en déterminer les bénéfices et la pertinence à poursuivre les séances.

Cuisine :

Tous les résidents participent régulièrement à l'activité encadrée par une professionnelle (poste adapté) souvent accompagnée d'un professionnel des lieux de vie. Sur le même principe, les professionnels des groupes proposent au sein des cuisines ou des services la préparation de dîners, de desserts en stimulant l'éveil des sens des résidents.

Mais aussi : sophrologie ; marche ; vélo-poussoir ; activité « à la ferme » ; équitation ; lecture ; musicothérapie ; médiation animale ; éveil corporel ; jardinage ; bricolage ; cré-Art-Fleurs ; art Thérapie ; médiathèque ; piscine.

Autres activités :

Les résidents de la MAS utilisent les services de commerces et de soins de proximité de Saint-James (achats vêtements et hygiène, coiffeur, banque, poste, etc.) qui permettent l'accompagnement dans la citoyenneté. Cependant, aucun résident n'est, à ce jour, en capacité de se rendre seul en ville.

Pour certains, les prestations peuvent être réalisées sur les lieux de vie (kiné, esthéticienne, etc.).

Des sorties et activités sont proposées tout au long de l'année : karting, vélo-rail, visites de Zoo, Aquarium, illuminations de Noël, etc.

La vie dans les espaces collectifs est aussi rythmée par les saisons et les différents thèmes (moments festifs) : des achats et la décoration des lieux de vie sont effectués pour Noël, Carnaval, Pâques.

De plus, quatre spectacles ont eu lieu dans la salle polyvalente de l'établissement : deux après-midis karaoké, un concert organisé par des travailleurs de l'ETP de Saint-James et un spectacle d'animation sensorielle (clown). Lors de ces événements festifs, sont invités des établissements partenaires.

Afin de développer l'approche domiciliaire, certains résidents participent à l'entretien de leur chambre, d'autres participent au pliage des bandeaux, des gants pour l'usage collectif. Ils sont accompagnés par l'équipe de bionettoyage de la MAS.

Des séjours de trois à cinq jours sont organisés par l'établissement.

Certaines de ces activités sont proposées par l'équipe des professionnels transversaux (psychologues, psychomotricienne, ergothérapeute et kinésithérapeute) avec des objectifs spécifiques répondant à des besoins repérés. Ces accompagnements permettent une certaine dynamique et sont proposés en dehors des lieux de vie.

L'accompagnement du handicap

Le repas thérapeutique est un outil nécessaire pour maintenir l'autonomie de certains résidents pendant les temps repas. Nous pouvons repérer que des personnes vont prendre leur couvert en mimétisme avec le professionnel. Pour d'autres personnes, c'est le partage du repas autour de discussions qui va les stimuler dans l'acte mais aussi leur permettre de s'ouvrir aux professionnels (moment de confidences pour certains).

Le repas thérapeutique est aussi un semblant du « manger comme à la maison », qu'il s'agisse de confectionner un repas ou de le partager à plusieurs autour d'une table. Les repas sont livrés par la cuisine centrale du centre hospitalier de Saint-James.

Les projets d'amélioration

- Développer la qualité des accompagnements en associant les usagers et leur environnement social et familial par le maintien des capacités physiques et intellectuelles du résident, en diversifiant l'offre d'activités internes et externes.
- Améliorer la qualité d'accompagnement des résidents en termes de satisfaction des activités proposées et de l'élaboration de leur PAP : montée en compétence des professionnels, ouverture sur l'extérieur.
- Adapter l'offre d'activités afin de répondre aux besoins et spécificités du public et renforcer l'efficacité.
- Développer des organisations et pratiques permettant de structurer des parcours inclusifs avec les acteurs du droit commun et les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales.

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

La coordination et l'organisation des soins

Les consultations (prise de RDV, préparation de la consultation, accompagnement) représentent désormais une grande partie du travail IDE et cela malgré le développement de la téléconsultation.

En termes de suivi médical et infirmier, les besoins des résidents évoluent (vieillesse de la population, nouveaux profils).

La sécurisation du circuit du médicament reste un objectif prioritaire depuis 2021, avec notamment comme action identifiée, la mise en place d'une dispensation nominative et le renouvellement des semainiers.

Le suivi des chutes est organisé, et chacune d'entre elle fait l'objet d'une déclaration.

Le recours aux consultations en psychiatrie est quant à lui en hausse régulière depuis quelques années.

La structuration des parcours et la coordination des intervenants

Une équipe de professionnels composée de psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute et kinésithérapeute, intervient dans l'accompagnement des résidents avec des objectifs spécifiques répondant à des besoins repérés. Ces accompagnements permettent une certaine dynamique et sont proposés en dehors des lieux de vie.

Suivi en psychomotricité :

Suite à un bilan d'observation et en lien avec le projet personnalisé du résident, il peut être proposé un suivi psychomoteur en individuel ou en groupe avec des objectifs précis. Ces séances peuvent se dérouler en salle de psychomotricité, sur le groupe ou dans la chambre

du résident. Différentes médiations telles que la relaxation, le jeu, l'expression corporelle, les activités manuelles et sportives sont utilisées lors de ces séances.

La psychomotricienne anime les activités : éveil-corporel ; atelier « Jam » ; cuisine et le projet de musique « Handigroove ».

Les échanges et la mise en place de projets avec les équipes sont au cœur du travail en psychomotricité.

La présence de la psychomotricienne aux transmissions, synthèses, réunions de coordination et temps de transmissions pluriprofessionnelles, est primordiale. Sa participation à l'accompagnement dans certaines situations de la vie quotidienne, activités et sorties est parfois sollicitée pour évaluer l'autonomie et les besoins des résidents.

Un temps de travail est organisé chaque mois avec les RPP pour adapter les accompagnements des résidents et des professionnels des groupes.

Suivi en kinésithérapie :

Depuis quelques années, une augmentation notable des besoins en rééducation, en mobilisation, ainsi qu'en matériel de compensation a été observée. Cette évolution est principalement liée à deux facteurs : l'accueil de nouveaux profils de résidents, souvent porteurs de handicaps lourds et complexes, ainsi que le vieillissement progressif des résidents déjà présents.

Face à cette évolution, l'organisation de l'équipe de rééducation a été repensée afin d'assurer une meilleure coordination des interventions. Cela permet aujourd'hui une répartition plus efficiente des missions entre les différents professionnels et favorise un travail collaboratif de qualité autour de chaque résident.

Le kinésithérapeute intervient dans plusieurs domaines :

- Évaluation et suivi des capacités motrices ;
- Mise en place de plans de soins personnalisés en lien avec les équipes soignantes ;
- Réalisation de séances de mobilisation active et passive, de rééducation motrice ou respiratoire ;
- Conseil et adaptation du matériel médical ou orthopédique, en lien avec les besoins spécifiques ;
- Etc.

Suivi en ergothérapie :

Les deux principales missions de l'ergothérapeute à la MAS sont d'assurer les suivis individuels et collectifs auprès des résidents dans son domaine de compétences et d'agir en qualité de référent concernant la gestion du matériel et des équipements adaptés et individualisés, nécessaires pour les résidents.

Au cours de ces séances, l'ergothérapeute travaille sur la stimulation motrice, sensorielle, cognitive et sur la mobilisation active et passive. Une évaluation des transferts avec propositions d'aides techniques est réalisée en fonction des besoins, ainsi que des évaluations posturales avec essais et conseils. La collaboration à l'évaluation de la douleur (en lien avec la posture et l'activité motrice) est recherchée à chaque séance.

L'ergothérapeute accompagne également les résidents lors des rendez-vous extérieurs en médecine physique de rééducation pour tout ce qui attrait à l'équipement matériel lié au positionnement et au déplacement et lors des rendez-vous chez le médecin rééducateur pour les injections de toxine botulique (rendez-vous réguliers).

En lien avec la psychomotricienne, l'ergothérapeute intervient dans :

- les ateliers de cuisine.
- L'accompagnement des professionnels des lieux de vie dans les demandes de matériel institutionnel.
- La gestion de planning « intervention et collaboration » avec l'équipe de rééducation.
- La participation aux temps de transmissions avec l'équipe infirmière (en relais avec les collègues rééducateurs).
- La participation aux réunions des ergothérapeutes du sud manche (4*/an) : développement de la pratique professionnelle.
- La participation aux réunions de coordination

Suivi psychologique

La psychologue propose un accompagnement aux résidents pour lesquels un besoin a pu être repéré. La demande de prise en soin psychologique émane de l'équipe qui accompagne le résident sur le service mais aussi parfois du résident lui-même.

Les résidents accompagnés présentent le plus souvent une souffrance psychologique ou des manifestations comportementales envahissantes liées à leurs handicaps ou à leurs pathologies. La psychologue propose un cadre personnalisé sur lequel la personne va pouvoir s'appuyer pour trouver un certain apaisement, un soutien à ses capacités psychiques, un soutien à la relation à l'autre, un lieu d'écoute et d'expression. Lors des entretiens, l'utilisation de médiation est très fréquente (dessin, musique, marche, jeux, etc.). Elle est adaptée en fonction des spécificités de la personne.

Dans cette pratique au sein de la MAS, la psychologue accorde une importance aux temps d'échanges informels avec les équipes sur l'accompagnement des résidents. La psychologue se garde une disponibilité pour ce travail en équipe.

Suivi diététique

La diététicienne participe également aux réunions PAP (en fonction des besoins), aux commissions menus, aux temps de transmissions, tout en poursuivant les prises en charges nutritionnelles des résidents.

La diététicienne anime également une formation à destination des AS/AES et des IDE sur les nouvelles recommandations de l'HAS concernant la dénutrition.

Dans certaines situations, des rencontres avec les familles des résidents sont réalisées pour échanger sur les besoins et les prises en charge nutritionnelles du résident.

Les projets d'amélioration

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Mettre en œuvre les programmes de prévention (diabète, hygiène bucco-dentaire).- Renseigner Sillage (traçabilité des traitements et des diagrammes de soins).- Finaliser la sécurisation du circuit du médicament.- Améliorer l'évaluation et la réévaluation de la douleur.- Appliquer le respect des recommandations en matière d'urgence vitale.- Communiquer sur les bonnes pratiques de gestion du risque infectieux.- Reprendre le projet d'accompagnement au bien-être des résidents et des professionnels en lien avec la psychomotricienne.- Développer des accompagnements d'équipe quant à l'utilisation des matériels d'aide aux transferts, grâce à l'expertise de l'ergothérapeute. |
|--|

- Organiser la participation de l'ergothérapeute au groupe de travail sur le positionnement et la déglutition, initié par le CLAN.
- Renforcer la coordination parcours de vie / parcours de soins.
- Améliorer la qualité en conformité aux recommandations du plan national nutrition.
- Développer des solutions technologiques pour répondre aux besoins de santé des résidents (téléconsultations, télémédecine).

Le projet architectural

L'ARS Normandie a validé en 2022 le projet de reconstruction de la Maison d'Accueil Spécialisée en prenant en considération la notion d'inclusion maximale et l'Approche Domiciliaire.

Ce projet est en cours d'élaboration et devra répondre aux besoins des personnes accueillies, dans le respect de leurs droits. Dans les nouveaux lieux de vie, chaque résident aura le droit à son espace intime et privé, et bénéficiera d'un accompagnement au plus près de celui proposé « à la maison ».

Au vu du projet de reconstruction de la MAS et de la constitution de huit nouvelles unités, qui accueilleront chacun dix résidents, la notion de choix du futur lieu de vie devra être renseignée dans le PAP.

Présentation du projet de reconstruction de la MAS :



L'architecture inclusive est pensée avec un double objectif. D'une part, le projet facilite l'adaptation des accompagnements de chaque résident tout au long de son parcours de vie. D'autre part, il accueille tous les publics dans un cadre résidentiel ouvert, lumineux et largement appropriable. L'architecture dessine une écriture domiciliaire au sein de laquelle chacun, par l'expérience du corps dans toute sa diversité, trouve la résonance à son envie d'habiter.

Cette dualité se résout dans la conception des promenades architecturales qui placent le résident au cœur du projet. Elles garantissent la fluidité et la sécurité de tous les parcours et participent à l'animation de toutes les circulations et locaux accessibles aux publics, sans croisement avec les espaces logistiques et les véhicules. Cette conception ouvre de nouvelles libertés d'usage qui stimulent l'autonomie sous la surveillance passive constante des personnels et favorise les échanges informels.

Le projet requalifie l'ensemble des relations du centre avec son environnement par son nouvel adressage, et par son écriture architecturale résidentielle. Il tient compte de la fragilité des résidents et veille à la préservation de leur intimité par une gradation adaptée des ouvertures et des co-visibilités avec l'espace public et entre les entités fonctionnelles.

Le projet compense le manque de lisibilité de l'existant et tire pleinement parti du site. Les 8 maisonnées composent 4 masses bâties implantées de part et d'autre d'une rue centrale intérieure parallèle à la rue du Mont. Cette organisation optimise les mutualisations et ouvre le projet sur le paysage. Les matériaux (bois et zinc) affirment les choix des matériaux biosourcés et durables. Les liaisons entre les maisonnées sont définies par leur priorité d'accessibilité et les continuités d'usage pour les résidents. Les fonctions partagées sont réparties sur 3 niveaux (rez-de-jardin, rez-de-chaussée et R+1) le long de la rue intérieure. Des élargissements évitent la lecture linéaire de la circulation et proposent des points de repères et de repos. Les petits salons qui y sont installés sont autant de lieu d'échanges informels.

Les maisonnées partagent une organisation qui répond aux impératifs d'accompagnement des résidents et leur offre une grande autonomie dans un cadre domestique apaisant et sécurisé. Tous les espaces de jour et toutes les circulations sont sous la surveillance du poste de soins. La salle à manger et le salon TV se réunissent par la large paroi coulissante et s'ouvrent sur la terrasse abritée au Sud qui se prolonge sur le jardin ou sur une terrasse complémentaire. Le large comptoir de l'office assure les animations culinaires et le service des repas. Les chambres sont implantées autour du patio en sous-ensembles qui évitent de trop longs linéaires.

Les chambres sont organisées comme un domicile qui propose 4 espaces : l'entrée, la zone de nuit, la salle d'eau et la zone de séjour près de la baie vitrée. La conception générale optimise la surface de 22 m² et privilégie une ergonomie qui s'adapte aux capacités de chaque résident en préservant l'évolutivité et la personnalisation de l'agencement mobilier. Les espaces de manœuvre assurent un grand confort pour les gestes de soins et l'accompagnement. Aucune chambre n'a de vue directe sur le parking du personnel et la desserte logistique.

Adaptés et accueillants, les espaces paysagers offrent un environnement harmonieux par la diversité des points de vue et la création d'espaces communs et privés dédiés. Chaque maisonnée dispose d'une boucle de promenade et d'un dépose-minute intégrés au traitement paysager. Sur le cœur de la parcelle, le jardin sensoriel prolonge les espaces du secteur animation et activité.

- Adapter les locaux au regard de l'évolution des publics accueillis, de leurs besoins et de l'évolution de la réglementation.

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS DE L'EHPAD

La personnalisation de l'accompagnement

Le projet d'accueil

Prendre la décision pour la personne âgée de venir en EHPAD est un tournant important dans sa nouvelle vie. Au sein de notre établissement, la qualité de l'accueil du nouvel usager et de sa famille est un moment déterminant où la relation de confiance se crée.

La commission d'admissions, organisée toutes les semaines en équipe pluridisciplinaire, valide l'admission d'un nouveau résident selon un avis médical favorable du médecin.

➤ **L'accueil physique et téléphonique**

L'accueil est assuré par un agent administratif. Le secrétariat est ouvert de 8H30 à 12H30 et de 13h30 à 16h30, du lundi au vendredi. En dehors de ces plages d'accueil, un répondeur est mis en place. Il est également possible, en cas d'urgence, de joindre les infirmières. Le secrétariat renseigne toute personne sur les modalités d'admission dans l'établissement.

Après examen du dossier d'inscription en commission des admissions, le/la cadre prend contact avec le nouveau résident et sa famille pour lui proposer une visite de l'établissement.

➤ **L'accueil de préadmission**

La demande d'admission ou de préadmission émane du futur résident, de la famille ou d'un professionnel de santé (médecin traitant, secteur hospitalier, assistante sociale). Le dossier unique de demande d'admission est adressé à l'établissement de façon dématérialisée sur ViaTrajectoire. Il est ensuite examiné lors de la commission d'admissions qui rend une décision selon les critères de sélection des dossiers (non exhaustifs) qui ont été définis. Le demandeur est informé des suites données à la demande d'admission. Les dossiers qui ont reçu un avis favorable sont mis sur la liste d'attente. Lorsqu'une place se libère, l'établissement propose l'admission au futur résident. Les critères géographiques et l'urgence médicale, sont des critères d'admission prioritaires.

Conformément à la loi d'adaptation de la société du vieillissement de la population de décembre 2015, avant toute admission le recueil du consentement du nouveau résident est recherché.

Une visite de l'EHPAD est réalisée avant l'entrée avec le résident et sa famille. Le/la cadre de santé remet tous les documents réglementaires (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement intérieur, le formulaire de la personne de confiance, l'imprimé des directives anticipées), et informe le futur résident que ces documents devront être signés pour le jour de l'entrée au sein de l'établissement.

Le/la cadre de santé profite de ce temps de visite pour recueillir tous les éléments concernant le mode de vie de la nouvelle personne, afin de répondre au plus près des habitudes de vie du nouvel usager.

L'équipe pluridisciplinaire sera informée en amont lors d'un temps de transmission, ou de staff, de l'histoire de vie et du mode de vie.

➤ **L'admission du nouveau résident**

L'accueil du nouveau résident est réalisé de préférence en début d'après-midi. La chambre est préparée en amont durant la période entre la visite et le jour de l'entrée avec la possibilité que le résident puisse apporter quelques effets personnels.

A l'arrivée, le nouveau résident est accueilli par l'infirmier/ère et l'aide-soignant(e) référente ainsi que le personnel du service. L'infirmier/ère explique les modalités d'organisation du service et le mode de prise en charge. Les habitudes de vie sont complétées et retranscrites dans le dossier de soins informatisé. Un référent est nommé pour chaque résident.

Dans les premiers jours suivant l'entrée, le résident est présenté aux autres résidents.

Le médecin organise une rencontre avec le nouveau résident afin de réaliser une visite médicale initiale. Il prescrit les traitements habituels et examens nécessaires au suivi de son état de santé. A cette occasion, il explique au résident les modalités de PES médicales.

Une grille GIR est établie dans le mois suivant l'admission.

A un mois, un bilan des premières semaines est indispensable pour connaître le ressenti du résident.

Une nouvelle rencontre peut-être organisée par l'IDEC, le résident et ses proches afin d'affiner au mieux les attentes plus personnelles et l'accompagnement souhaité dans la vie quotidienne. Cette rencontre amènera à l'élaboration du projet personnalisé signé des deux parties, le résident et/ou son proche et les professionnels.

Le projet d'accompagnement personnalisé

« Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie [...]. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels ».

« Le PAP intègre les différents volets de l'accompagnement : vie quotidienne, sociale, citoyenne, soins, soutien psychologique, accompagnement de fin de vie... La maladie, la perte d'autonomie, la période de fin de vie n'empêchent pas le projet, car les personnes continuent d'avoir des sensations et des sentiments, des attentes, des souhaits, des envies ».

La liberté de choix des personnes accueillies guide l'élaboration du PAP. Il s'agit de :

- Garantir un accompagnement de qualité axé sur l'individualisation et le respect de la personne en suivant leur évolution.
- Renforcer la dynamique de collaboration et d'implication des équipes.
- Evaluer régulièrement les actions mises en œuvre.
- Interroger régulièrement la satisfaction des résidents.

L'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) repose sur une démarche structurée en plusieurs étapes, allant de la prise de contact initiale jusqu'au suivi et à la réévaluation régulière.

Étape 1 : Premiers contacts (Jour J – Jour de l'accueil)

Lors de l'accueil du futur résident, la priorité est d'établir un premier contact. Cette étape consiste à faire connaissance avec le résident et/ou ses proches, afin de créer un climat de confiance. À cette occasion, une première collecte d'informations est réalisée, constituant une ébauche des données nécessaires pour la suite du processus.

Étape 2 : Recueil des données et des attentes

Cette étape s'articule autour de la collecte approfondie des souhaits, attentes et besoins du résident. Des entretiens individuels ou des échanges informels permettent de mieux cerner ses aspirations. Parallèlement, les professionnels procèdent à un recueil pluridisciplinaire des informations nécessaires à la préparation d'une réunion dédiée au projet. L'objectif est de poser les bases d'un PAP élaboré dans une démarche collaborative et participative.

Étape 3 : Analyse et co-construction du projet personnalisé

Dans les trois mois suivant l'accueil, une réunion pluridisciplinaire est organisée. Cette rencontre permet de partager les observations et les éléments recueillis par les différents professionnels, tout en respectant les règles de confidentialité. Lors de cette réunion, le projet personnalisé est co-construit avec le résident. Les objectifs sont présentés, discutés, et ajustés en fonction des retours et commentaires du principal intéressé. Une version écrite du projet est ensuite rédigée, en attente de validation définitive par le résident. Ce processus vise à garantir l'adhésion du résident aux objectifs fixés et à assurer qu'ils répondent à ses besoins et attentes.

Si le résident n'est pas en capacité de signer, un document spécifique est utilisé et la signature de son représentant est requise.

Étape 4 : Mise en œuvre des actions prévues

Une fois le PAP validé, les actions définies sont mises en œuvre par l'ensemble des professionnels impliqués. Chaque acteur contribue à l'accompagnement du résident en veillant à respecter les objectifs identifiés. Cette mise en œuvre se déroule dans une dynamique coordonnée, assurant une prise en charge globale et adaptée.

Étape 5 : Suivi et réévaluation du PAP

Entre six et douze mois après la validation initiale, une réévaluation du PAP est réalisée. Cette étape repose sur des échanges réguliers avec le résident, ses proches et les professionnels, afin de faire le point sur l'évolution de ses besoins, attentes et conditions de vie.

Un bilan de la période écoulée est dressé avec le résident, permettant d'ajuster les objectifs, les actions et les modalités d'évaluation en fonction des changements observés. Ce processus garantit une adaptation continue du projet, en veillant à ce qu'il reste pertinent et en phase avec l'évolution du parcours de vie du résident.

Les projets d'amélioration

- Désigner des référents à l'accueil de chaque résident.
- Intégrer pleinement les résidents et leurs proches dans la co-construction du PAP.
- Organiser des bilans réguliers pour adapter les projets aux évolutions des besoins.
- Renforcer le rôle des référents pour un suivi personnalisé.
- Personnaliser le cadre de vie.

La garantie des droits, la bientraitance et l'éthique

La garantie des droits individuels et collectifs

Ce principe fondamental vise à protéger la dignité, l'autonomie et le respect de la personne accueillie, en tant que citoyen unique avec des droits régis par plusieurs textes réglementaires.

La Charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes et la loi du 2 janvier 2002 préservent l'intégrité physique et morale de chaque personne hébergée au sein de l'établissement.

Cette charte est intégrée dans le livret d'accueil transmis à chaque résident lors de son admission. Elle est également affichée au sein de l'établissement. Elle se doit d'être respectée par l'ensemble des professionnels.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant le secteur médico-social explicite les droits des usagers hébergés :

- Le projet d'établissement détaille les mesures mises en place pour garantir les droits et libertés des résidents.
- Le conseil de vie sociale est réuni 3 fois par an avec des élections régulières des membres. Cette instance fait l'objet d'un règlement intérieur, de compte rendu affichés et est sollicitée pour tous les projets et changements en lien avec la qualité de la prestation pour les résidents.
- Les recours et protection en cas d'atteinte aux droits.
- Toute personne peut signaler des situations de maltraitance aux autorités ou associations. Le numéro est affiché au sein de la résidence.

Selon la loi du 4 mars 2002 et l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique : « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent un proche ou le médecin traitant et qui sera consulté au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Les libertés individuelles en EHPAD sont détaillées dans le règlement intérieur et le contrat de séjour (Accès à l'extérieur : chaque résident doit pouvoir sortir à condition que son état de santé le permette. Les restrictions sont justifiées médicalement ou pour des raisons de sécurité, visites à domicile, droit à la sexualité...).

La liberté de culte

La liberté religieuse suppose la liberté pour chacun d'exprimer sa religion, celle de la pratiquer et celle de l'abandonner dans le respect de l'ordre public. Les résidents accueillis sont ainsi libres de faire respecter leurs choix.

Les directives anticipées

Depuis la loi du 2 février 2016, il est recommandé aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'informer les résidents de l'existence des directives anticipées (DA). Elles permettent au résident arrivé en établissement d'exprimer ses volontés quant à la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et des gestes médicaux destinés à traiter ou à faire un diagnostic avant traitement.

Elles peuvent être l'occasion d'un échange avec les proches, qui donne lieu ensuite à un écrit rédigé qui précise les souhaits liés à la fin de vie, notamment.

Nous notons que les résidents et les familles s'approprient peu le sujet, et qu'il est difficile de le traiter au cours du premier rendez-vous bien qu'ils en perçoivent l'importance.

La procédure de réclamation et de gestion des plaintes est structurée au sein de l'établissement.

- Les modes de recueil des plaintes et réclamations :
 - Ecrites et courriers électroniques ;
 - Les résidents et leurs familles peuvent demander à rencontrer le responsable de service, le directeur ;
 - Plainte orale retransmise par un professionnel par écrit au moyen d'une fiche de signalement ;
 - Analyse des enquêtes de satisfaction.
- Prise en compte des plaintes et réclamations :
 - A réception de la plainte ou réclamation, enregistrement de celle-ci sur un registre.
 - Un courrier d'information de traitement est réalisé signifiant à la personne que le traitement est en cours.
 - Un rapport circonstancié est demandé au service afin de recueillir le maximum de faits.
 - Dès réception des éléments de réponse, un courrier est adressé au plaignant lui proposant un rendez-vous avec une proposition de médiateur.

Un bilan annuel des plaintes et réclamations est présenté au Conseil de vie sociale.

Au titre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les professionnels s'engagent à respecter la Charte des droits et libertés visant à garantir le respect des droits fondamentaux des usagers citoyens :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité et de la sécurité
- Le libre choix des prestations
- Le consentement éclairé
- L'information sur les droits de recours

Les professionnels s'inscrivent dans le respect des bonnes pratiques professionnelles mettant en avant le principe du lieu de vie du résident comme son domicile. Les professionnels frappent à la porte de chaque chambre avant d'entrer et utilisent le vouvoiement. A titre exceptionnel, si le nouveau résident demande à être appelé par son prénom, ou s'il souhaite être tutoyé, cela fera l'objet d'une clause sur le dossier de soins

dans le cadre du PAP. La démarche est identique si le résident souhaite que sa porte de chambre reste ouverte.

La confidentialité des données relative à l'usager

Les résidents sont informés que, conformément à la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 informatique et libertés, et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 :

- les données les concernant font l'objet d'un traitement informatisé ;
- les données sont protégées par le secret médical ;
- le résident a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi du 6 Janvier 1978 et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) Article 6.1e du règlement européen 2016/679, en application au 25 Mai 2018 ;
- le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

Les professionnels sont sensibilisés à l'identité-vigilance et formés à la cyber sécurité. Un exercice annuel est organisé.

La bientraitance

La politique de Bientraitance au sein de l'établissement fait partie intégrante du quotidien en notre qualité de professionnel de santé exerçant en EHPAD auprès de personnes âgées vulnérables. Cette politique vise à cadrer et mettre en évidence une cartographie des situations à risques de maltraitance.

La bientraitance implique une vigilance accrue dans le cadre de la prévention, du repérage, et du signalement de celle-ci.

Par la formation de son personnel, le centre hospitalier est engagé dans une démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

Tous les nouveaux agents recrutés sont sensibilisés au respect des droits des résidents.

Un réseau national d'écoute contre la maltraitance (3977) est à la disposition des résidents ou des familles.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures disciplinaire et/ou judiciaire.

Tous les professionnels intervenant au centre hospitalier sont tenus de signaler à la Direction, les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions.

Une procédure de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance a été réalisée. Elle définit :

- les différentes formes de maltraitance,
- les actions préventives,
- les obligations de signalement et les procédures,
- la conduite à tenir en situation de maltraitance,
- le soutien et l'accompagnement des résidents, des familles et des équipes.

La bientraitance dans les soins est une démarche visant à promouvoir un environnement de respect, d'écoute et de valorisation de la personne soignée.

- Contrairement à la simple absence de maltraitance, la bientraitance est proactive : elle cherche à reconnaître l'individu dans sa globalité, ses besoins, ses attentes et ses droits.
- Elle repose sur plusieurs principes clés :
 - Le respect de la dignité : Traiter chaque personne avec considération, sans jugement, en tenant compte de ses valeurs et de son histoire.
 - Écoute active et communication : Encourager l'expression des besoins, des souhaits et des ressentis du résident, tout en favorisant une relation de confiance.
 - Adaptation des soins : Personnaliser les interventions en fonction des capacités, des rythmes et des désirs de la personne, en l'impliquant dans la prise de décision.
- Valorisation de l'autonomie : Soutenir l'autonomie et l'indépendance, même partielle, afin de préserver le sentiment de contrôle de la personne sur sa propre vie.
- La bientraitance implique aussi une attention à l'environnement, à la qualité de l'accueil et à l'accompagnement des soignants, qui doivent être formés et soutenus pour adopter une attitude bienveillante et empathique dans chaque interaction.

La démarche éthique

L'établissement s'est associé aux autres établissements de la direction commune pour développer la réflexion éthique au sein d'un comité.

En ce sens, un Comité Local d'Éthique (CLE) s'est constitué en décembre 2023. Composé de professionnels de la santé et de personnels non soignants des Hôpitaux du Sud Manches et des autres centres hospitaliers de la direction commune (Villedieu-les-Poêles, Saint-James, Mortain, Saint-Hilaire-du-Harcouët) présentant un intérêt pour les questions d'éthique.

Depuis sa création, il s'est donné deux missions principales :

- Initier une démarche et des questionnements éthiques, en identifiant les sujets de réflexion d'éthique générale rencontrés dans l'établissement sur des thèmes généraux, et en favorisant le questionnement sur le sens du soin. Rencontres prévues trimestriellement.
- Susciter une aide à la réflexion sur des questions particulières dans un deuxième temps : les « saisines ».

L'établissement souhaite mettre en place un temps d'échanges sur la prévention et la gestion des situations à risques, dans la perspective d'induire un questionnement permanent autour du maintien « du bien faire », en lien avec les valeurs de l'établissement.

Les projets d'amélioration

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une réflexion sur la bientraitance institutionnelle. - Identifier les enjeux éthiques au niveau institutionnel. |
|--|

- Finaliser la cartographie des risques de maltraitance et en assurer un suivi régulier.
- Poursuivre la formation du personnel.
- Communiquer sur les outils disponibles pour sensibiliser à la bientraitance (politique, livrets, etc.).
- Mettre en place des référents bientraitance.
- Renforcer le rôle et la visibilité du Conseil de Vie Sociale (CVS) pour favoriser l'expression collective.
- Améliorer les espaces de vie pour garantir un environnement chaleureux et propice à l'épanouissement.
- Établir des indicateurs spécifiques pour évaluer régulièrement les pratiques de bientraitance et le respect des droits.
- Favoriser une communication fluide entre les équipes pluridisciplinaires pour garantir une approche globale et éthique.
- Appropriation par les professionnels de la charte éthique

La participation sociale et la promotion de l'autonomie

L'organisation de l'animation

La vie sociale des résidents est un enjeu majeur pour le bien être des personnes âgées accueillies. L'entrée en EHPAD est souvent synonyme de perte d'autonomie, d'isolement social et de changement de cadre de vie. Il peut être difficile pour le nouvel habitant de s'habituer à la vie en collectivité.

Soin à part entière, l'animation vise à favoriser la participation et l'insertion sociale de chaque résident selon ses compétences et ses envies. Adaptée à chaque individu, l'animation contribue au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie au sein des EHPAD.

Temps privilégié pour créer des dynamiques de groupe, l'animation permet de tisser des liens entre les personnes : les résidents, leurs proches, les professionnels et les partenaires extérieurs.

Un programme annuel d'animation est co-construit par l'animatrice au regard des attendus individuels repérés chez les résidents, mais aussi dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » (expositions itinérantes) ainsi qu'avec les partenariats extérieurs existants (écoles, CCAS, associations...). Un rapport annuel est établi, puis présenté et validé aux instances.

La place des bénévoles

Les bénévoles jouent un rôle essentiel au sein de l'EHPAD, en apportant une dynamique complémentaire aux actions des professionnels. Leur intervention participe activement à l'enrichissement de la vie sociale des résidents, un facteur clé qui a un impact positif sur leur santé et leur bien-être global. Impliqués dans diverses activités telles que l'animation d'ateliers culturels, créatifs ou récréatifs, l'accompagnement lors de sorties, les visites

conviviales ou encore le soutien individuel auprès de résidents isolés, les bénévoles contribuent à instaurer un climat de convivialité et de lien social.

Pour garantir une collaboration harmonieuse et professionnelle, les bénévoles intervenant en EHPAD bénéficient d'une formation spécifique afin de comprendre les besoins des personnes âgées et de s'inscrire dans une démarche de bientraitance et de bienveillance. De plus, leur engagement est formalisé par la signature d'une convention avec l'établissement, qui définit les modalités de leur intervention et leurs responsabilités.

Une vie sociale réussie, qui favorise le bien-être des résidents, repose sur l'implication conjointe des professionnels, des familles, des associations et des bénévoles, ainsi que sur un encadrement adéquat, notamment grâce à un nombre suffisant d'animateurs. Les bénévoles, en apportant une présence humaine et désintéressée, incarnent les valeurs de solidarité et de respect, essentielles pour répondre aux attentes des résidents. Ils s'intègrent ainsi pleinement dans le projet d'établissement, contribuant à faire de l'EHPAD un lieu de vie où chacun se sent reconnu et accompagné.

La place des familles et des aidants

Les familles occupent une place centrale en EHPAD, en tant que partenaires indispensables dans l'accompagnement des résidents. Leur implication contribue à maintenir le lien affectif et social essentiel pour le bien-être des personnes âgées. En participant activement à la vie de l'établissement, à travers des visites régulières, des échanges avec les équipes professionnelles ou leur présence lors d'activités et d'événements organisés, les familles renforcent le sentiment d'appartenance des résidents et atténuent leur isolement. Elles jouent également un rôle clé dans la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé (PAP), en partageant leurs connaissances des habitudes, des souhaits et des valeurs de leur proche.

Pour favoriser une collaboration constructive, l'EHPAD se doit d'encourager la communication et la transparence avec les familles, en organisant des temps d'échange réguliers comme des réunions d'information ou des entretiens individuels. Les familles, en s'impliquant activement, deviennent des alliées dans la mise en œuvre des valeurs de bientraitance et de bienveillance, tout en aidant à renforcer la dimension humaine de l'accompagnement. Ainsi, leur présence et leur engagement enrichissent la vie collective et renforcent la qualité de la prise en charge globale offerte par l'établissement.

Les horaires de visites restent libres sous couvert de respecter le travail des professionnels soignants, notamment le matin pour les soins d'hygiène, et avec des dispositifs spécifiques dans le cas des accompagnements en fin de vie par exemple.

Des repas accompagnants peuvent être organisés dans des espaces dédiés à cet effet, sous réservation préalable.

Un référent familial administratif est demandé pour chaque résident ainsi qu'une personne de confiance si le résident le souhaite.

Une « chambre des familles » est mise à disposition sur simple réservation, et des repas peuvent être commandés par les proches moyennant un tarif à l'affichage.

Au sein de l'établissement, différents affichages sont disponibles à l'attention des usagers et de leurs familles. Parmi eux, on dénombre :

- La Charte des droits et des libertés de la personne âgée accueillie (arrêté du 8 sept 2003).
- La Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.
- Le numéro Allô maltraitance .
- Les tarifs journaliers applicables, les tarifs repas et ceux des prestations des intervenants extérieurs.
- Les menus et les activités de la semaine au sein de la résidence.

Depuis plusieurs années déjà, les relations de l'établissement avec les partenaires du secteur concourent à fluidifier la filière gériatrique, faciliter les parcours et proposer des solutions de répit dès que besoin. Des temps de rencontre et des espaces de parole pour les aidants sont régulièrement proposés avec la collaboration du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination du sud Manche) et le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) de la ville de Saint-James : « café rencontre », « bus des aidants » dans l'enceinte de l'EHPAD, etc. Un transport solidaire, en lien avec la MSA est en place pour des navettes en centre-ville.

L'ouverture vers l'extérieur

L'ouverture sur l'extérieur est un pilier fondamental de la vie en EHPAD. Elle vise à maintenir les résidents connectés à la société, en favorisant leur participation sociale et en valorisant leur place dans la collectivité. Ce lien avec l'extérieur est essentiel pour préserver le sentiment d'appartenance et lutter contre l'isolement souvent associé à l'entrée en institution.

Divers partenariats sont développés pour enrichir la vie quotidienne des résidents : collaborations avec des associations locales, interventions d'artistes ou de jeunes en service civique, échanges intergénérationnels, ou encore participation à des événements locaux. Ces initiatives permettent aux résidents de s'inscrire activement dans la vie de leur environnement et de maintenir un lien fort avec la communauté.

L'EHPAD organise également des sorties adaptées aux besoins et envies des résidents, comme des visites culturelles, des promenades ou des activités adaptées. Ces sorties constituent des moments privilégiés pour renouer avec l'extérieur et vivre des expériences enrichissantes.

Enfin, l'ouverture vers l'extérieur s'accompagne d'une philosophie d'inclusion, dans laquelle chaque résident est encouragé à participer selon ses capacités et ses envies. Ce cadre bienveillant et stimulant favorise la promotion de l'autonomie, en renforçant l'estime de soi et en valorisant les compétences de chacun. L'ouverture sur l'extérieur devient ainsi un moteur pour une vie sociale épanouissante et une qualité de vie préservée au sein de l'EHPAD.

L'arrivée dans l'établissement doit être vécue comme une continuité du parcours de vie et non comme une rupture. Le maintien de la présence familiale et amicale n'a pas à être

requestionné à cette occasion. La place et le rôle donnés aux proches doit rester notre préoccupation.

Les projets d'amélioration

- Définir un projet animation pour mieux répondre aux attentes des résidents.
- Mettre en place des commissions animation afin d'organiser des retours réguliers pour ajuster les animations.
- Relancer le groupe de travail animation avec l'ensemble des établissements membres de la direction commune.
- Déployer un outil numérique d'échange et de communication avec les familles.
- Formaliser le partenariat avec les bénévoles et soutenir la mise en place d'une association.
- Relancer les réunions d'information avec les familles.
- Développer des partenariats avec associations, écoles, et clubs locaux.
- Renforcer les projets intergénérationnels et les sorties adaptées.
- Impliquer les proches sur les temps forts de la vie : anniversaires, animations, fêtes diverses (cadeaux, partage de repas, sorties...).
- Poursuivre les temps de rencontre à destination des aidants en collaboration avec les partenaires du territoire.

La protection et la prévention des risques de perte d'autonomie

La coordination et l'organisation des soins

Afin d'éviter toute rupture dans le suivi et l'organisation des soins, la coordinatrice générale s'appuie sur des binômes d'encadrement dans chaque secteur. Des concertations mensuelles sont formalisées, ainsi que des temps d'échanges réguliers avec le médecin coordonnateur et les professionnels transversaux.

Les profils et fiches de poste sont régulièrement mis à jour, et la gestion du temps de travail réalisée en temps réel via un logiciel de planning. Des temps de transmissions journaliers sont formalisés et des temps de réunion en équipe organisés deux fois par an sur chaque secteur.

La commission de coordination gériatrique se réunit annuellement. Elle est présidée par le médecin coordonnateur. Y sont abordés toutes les thématiques en lien avec la prise en charge des personnes âgées, et notamment celles relevant de la qualité de l'accompagnement.

Une commission réunissant tous les professionnels transversaux animée par la coordinatrice des soins permet, au-delà de la communication avec les équipes, la mise à plat et le traitement de problématiques en lien avec la prévention des risques repérées au sein des secteurs de soins et des lieux de vie.

La prévention et la gestion des risques

Une attention particulière de tous les acteurs des filières de soins et d'accompagnement est apportée à la qualité et la sécurité des prises en charge. Des formations, audits, indicateurs sont en place et les objectifs sont posés en lien avec les différentes équipes opérationnelles du groupement, les partenaires du territoire et les médecins libéraux intervenant sur l'établissement.

Un système informatique performant permet à tous les professionnels de déclarer un Événement Indésirable. Tous sont traités et des propositions d'actions d'amélioration sont identifiées alimentant un PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins), dont le pilote est le référent du secteur identifié.

La prévention de la dénutrition :

Suite aux audits nationaux réalisés sur l'ensemble des services, des procédures de dépistage, de traitement et de suivi sont en place.

Chaque personne repérée en situation de fragilité bénéficie d'une fiche d'alimentation individuelle et d'une attention particulière de l'intendante ainsi que de l'équipe soignante, sous couvert du médecin prescripteur.

Néanmoins, un temps de diététicien permettrait la réalisation de bilans personnalisés et de suivis plus individualisés.

La commission des menus se réunit deux fois par an avec un espace de parole dédié aux usagers concernant les trames de menus proposées en fonction des saisons.

La prise en charge de la douleur :

Un comité de lutte contre la douleur (CLUD) de territoire est en place et des référents opérationnels sont nommés dans tous les secteurs. Des échelles d'évaluations nationales sont intégrées au logiciel de soin, permettent aux professionnels de réaliser les dépistages et leur traçabilité pour chaque patient/résident dès son entrée et tout au long de son séjour. Des propositions de thérapeutiques non médicamenteuses sont en place, avec une information du patient/résident sur ces prises en charge effective.

La prévention et prise en charge des chutes :

Elle est une préoccupation permanente car, chez la personne âgée, une chute peut avoir plusieurs causes comme :

- des troubles sensoriels (audition et vue),
- un problème d'équilibre,
- un problème musculaire ou articulaire,
- une dénutrition ou déshydratation,
- un problème cardiaque ou neurologique,
- un logement ou un environnement inadapté
- ou la prise d'un médicament inapproprié.

L'équipe dans son ensemble est concernée par cette problématique. Les professionnels de rééducation (kinésithérapeute et psychomotricien(ne)) proposent régulièrement la réalisation de bilans et « d'atelier équilibre » en intérieur ou en extérieur (parcours de marche) aux résidents repérés comme « chuteurs » ou « potentiellement chuteurs ». Les médecins et infirmières restent vigilants à la iatrogénie médicamenteuse. L'équipe d'aides-

soignantes et d'intendantes aux changements dans l'alimentation ou l'humeur et les agents de bio-nettoyage à l'environnement du résident.

La prévention et prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques :

Il existe, depuis plusieurs années déjà, une convention de partenariat avec le centre hospitalier spécialisé de l'Estran et celui de Saint-James. Un lien entre les infirmières et l'équipe mobile psychiatrique de l'EMPPA est en place. Elle intervient sur simple appel dès que besoin et possède à cette fin, un accès sécurisé au dossier du patient pour le suivi des actions mises en place.

Une évaluation ponctuelle par la cellule psychiatrique est aussi possible aux urgences d'Avranches pour la prise en charge spécialisée et l'évocation d'un traitement pharmacologique rapide et/ou d'une hospitalisation le cas échéant.

L'unité sécurisée, ainsi que le PASA, permettent l'accueil de personnes non stabilisées ou présentant des risques de fugue.

La prise en charge des urgences :

Une zone délimitée et facilement visible à l'infirmerie permet de stocker le matériel et le sac d'urgence, dont la composition est contrôlée une fois par mois.

Un DSA est disponible sur le secteur de SMR.

Une dotation de réserve de médicaments pour soins urgents est en place depuis plusieurs années. La liste a été établie par le médecin coordonnateur et est revalidée chaque année avec le pharmacien référent. Une IDE est présente 24h/24h (Sur les secteurs de l'EHPAD de 6h30 à 21h30 et sur le SMR, l'IDE de nuit est joignable de 21h30 à 6h30).

Les professionnels sont formés aux gestes de premiers secours selon un cycle établi.

La gestion des événements indésirables :

Une politique de gestion des risques et des événements indésirables est mise en place. Les dysfonctionnements et événements indésirables constatés sont formalisés par un signalement. Ils sont traités par l'encadrement et font l'objet d'une analyse qui permet de mettre en place des actions d'amélioration plus générales.

La gestion du risque infectieux :

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) accompagne les équipes dans la gestion des épisodes épidémiques et les campagnes de vaccination en lien avec le médecin coordonnateur.

La gestion des déchets est mise en place.

Des référents Sécurité et Qualité des Soins (S.Q.S) volontaires concourent à l'application des bonnes pratiques (procédures en place).

Le document de Démarche d'analyse et de maîtrise du risque infectieux (DAMRI) est actualisé annuellement.

Le circuit du médicament :

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est une préoccupation forte de l'équipe infirmière et paramédicale. La réfection des salles des soins et l'achat de chariots de stockage et de distribution des médicaments ont été réalisés en 2024.

Les IDE sont formées à la gestion des erreurs médicamenteuses et les AS sont sensibilisés à la distribution des traitements.

Le risque suicidaire :

Il est à noter que **La région Normandie se place en quatrième position avec un taux standardisé de mortalité par suicide de 17,7 pour 100 000 habitants, contre 14 en France (chiffres 2015-2017 – Source : Observatoire national du suicide – septembre 2022).*

L'entrée en institution est un temps fort dans la vie d'une personne âgée et souvent génératrice d'une période de fragilité psychologique pouvant aller jusqu'à un épisode de dépression dont il faut se préoccuper.

La formation des professionnels de terrain reste un maillon essentiel pour le repérage et la mise en place d'un accompagnement spécifique des personnes et de leur entourage en lien avec les établissements spécialisés du territoire. C'est pourquoi, des formations sont désormais en place et une procédure est en cours de rédaction afin de structurer la pluralité des réponses possibles.

La déclaration d'un passage à l'acte est codifiée selon les recommandations en vigueur.

Les situations sanitaires exceptionnelles :

Face aux différents risques repérés, un plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) spécifique a été élaboré avec un tronc commun dans le cadre du GHT et un volet propre à l'établissement.

Les Hôpitaux du Sud Manche est l'établissement de référence, car disposant d'un plateau technique et d'un service d'urgence, Saint-James en est un établissement dit « relais ».

Des référents SSE ont été nommés et formés (zone de défense Ouest).

Pour l'EHPAD, il comprend le repérage des épisodes climatiques avec une veille organisée du 1^{er} juin au 15 septembre, la gestion de stocks en produits alimentaires et matériels divers, la révision du matériel de climatisation et la mise en place des mesures préventives et curatives par les professionnels en cas de besoin.

Les projets d'amélioration

- Le recrutement d'un temps de diététicien permettrait de réaliser des bilans et le suivi individuel de personnes âgées de plus en plus requérantes.
- Les compétences d'un ergothérapeute complèteraient l'équipe de rééducation, notamment dans la proposition de positionnements, de matériels adaptés et la gestion de celui-ci.
- L'intervention d'un ergothérapeute permettrait de poursuivre le travail engagé pour les personnes arrivants de SMR nécessitant une reprise d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.
- Assurer la montée en compétences des professionnels accompagnants les PA et PH au sein des lieux de vie (plan de formations en adéquation avec les besoins repérés).
- Ecrire une procédure de prévention et de gestion du risque suicidaire en lien avec les partenaires régionaux.
- Poursuivre les sensibilisations/formations proposées aux professionnels de terrain sur la thématique du risque suicidaire.

L'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs

L'accompagnement en fin de vie

L'accompagnement en fin de vie au sein de l'EHPAD repose sur une approche centrée sur la dignité, le respect des volontés, la gestion de la douleur, et le soutien émotionnel. Cette démarche s'inscrit dans une philosophie palliative visant à offrir confort et sérénité au résident tout en prenant en compte les besoins de ses proches et des professionnels impliqués. L'objectif est de garantir une prise en charge humaine, respectueuse et apaisante, adaptée aux souhaits et aux valeurs de chacun.

Accompagner le résident

L'accompagnement en fin de vie est anticipé dès l'accueil du résident grâce à l'intégration de ses souhaits dans son projet personnalisé, notamment à travers le recueil des directives anticipées et la désignation éventuelle d'une personne de confiance. L'établissement s'engage à maintenir le résident dans un environnement familial et apaisant, en privilégiant la continuité des soins au sein de la structure et en limitant autant que possible les hospitalisations.

Les soins palliatifs visent à soulager les souffrances physiques (douleur, symptômes gênants) et à répondre aux besoins psychologiques, sociaux et spirituels. L'établissement est équipé d'un matériel adapté pour la prise en charge palliative, et l'équipe soignante peut solliciter l'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs dans les situations complexes. Tout est mis en œuvre pour que chaque résident puisse vivre ses derniers instants avec dignité et sérénité.

Accompagner les proches

L'implication des familles est essentielle dans le processus d'accompagnement de fin de vie. Les équipes veillent à leur fournir des informations claires et régulières sur l'état de santé du résident, tout en les soutenant dans leurs échanges autour des souhaits et besoins exprimés par leur proche.

Les familles sont accompagnées dans leur rôle auprès du résident, avec une attention particulière portée à leurs propres souhaits concernant leur implication dans l'accompagnement. Pour cela, des dispositifs spécifiques sont mis en place, tels que l'élargissement des horaires de visite, la possibilité de passer la nuit auprès du résident ou encore des espaces aménagés pour offrir un cadre plus intime et réconfortant. Cet accompagnement vise également à faciliter le travail de deuil en offrant un soutien humain et bienveillant aux familles.

Accompagner les professionnels

Les professionnels de l'EHPAD, soignants comme non-soignants, jouent un rôle central dans l'accompagnement des résidents en fin de vie. Toutefois, cette proximité, souvent marquée par des liens forts établis au fil des mois ou des années, peut être source de souffrance et de fatigue émotionnelle.

Pour préserver leur santé et leur engagement, l'établissement met en place un soutien institutionnel. Des formations annuelles sur les soins palliatifs et le deuil leur permettent de développer des compétences adaptées et d'acquérir le recul nécessaire. Par ailleurs, des réunions multidisciplinaires régulières sont organisées pour partager les expériences, échanger sur les situations complexes et trouver un appui collectif.

Les ressources spécifiques

1. Les lits identifiés de soins palliatifs

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP), au nombre de 5 dans le service de soins médicaux et de réadaptation du centre hospitalier de Saint-James, sont des lits d'hospitalisation ayant pour but la prise en charge de patients nécessitant des soins palliatifs souvent dans des situations de fin de vie et à des décès. Ces lits sont pensés comme garants du respect du droit des patients d'avoir accès aux soins palliatifs et cela dans la continuité de leur prise en charge curative.

Ils permettent une prise en charge de proximité. Les soins sont prodigués par les mêmes équipes prenant en charge les patients de SMR.

Les équipes médicales et paramédicales sont formées aux techniques des prises en charge palliatives et mettent en œuvre, dans un cadre adapté, les recommandations de bonne pratique en matière de soins palliatifs.

2. L'équipe mobile de soins palliatifs

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), lorsqu'elle est sollicitée, offre un soutien précieux en apportant des ressources complémentaires, des conseils spécifiques et une expertise dans les situations les plus délicates. Composée de professionnels spécialisés, tels que médecin, infirmiers et psychologue, cette équipe intervient en complémentarité avec les équipes soignantes de l'établissement. Leur mission principale est de renforcer les capacités de prise en charge palliative et d'assurer un accompagnement optimal des résidents, de leurs familles et des professionnels de l'EHPAD.

Expertise médicale et gestion des symptômes

L'EMSP apporte une expertise médicale spécialisée dans la gestion des symptômes complexes, notamment la douleur, la dyspnée, l'agitation, les nausées ou les troubles psychologiques liés à la fin de vie. En collaboration avec l'équipe soignante de l'EHPAD, elle propose des protocoles adaptés et des ajustements thérapeutiques pour garantir un confort optimal au résident.

Soutien psychologique

Les professionnels de l'EMSP, notamment les psychologues, interviennent pour offrir un soutien psychologique au résident et à ses proches, en aidant à surmonter les angoisses, les peurs et les émotions liées à la fin de vie. Ce soutien est essentiel pour accompagner les familles dans le processus de deuil et pour apaiser les tensions émotionnelles qui peuvent survenir.

Formation et accompagnement des équipes

Un des rôles clés de l'EMSP est de former et d'accompagner les professionnels de l'EHPAD. Elle les aide à mieux comprendre les spécificités des soins palliatifs, à gérer les situations émotionnellement éprouvantes et à adopter une posture adaptée dans l'accompagnement des résidents en fin de vie. Ces formations peuvent inclure des ateliers sur la communication en situation de fin de vie, la gestion de la douleur ou encore le soutien aux familles.

Appui dans la prise de décision éthique

Dans les situations complexes ou délicates, l'EMSP intervient également pour aider à clarifier et à prendre des décisions éthiques en lien avec les volontés du résident, les directives anticipées ou la pertinence de certaines interventions médicales. Elle joue un rôle de médiation et d'accompagnement dans les discussions multidisciplinaires.

Renforcement de la coordination des soins

Enfin, l'EMSP contribue à renforcer la coordination des soins en facilitant les échanges entre les différents acteurs (professionnels de l'EHPAD, médecins traitants, familles). Elle s'assure que le projet de soins palliatifs est cohérent, centré sur les besoins du résident et aligné avec les valeurs du soin respectueux et digne.

Les coopérations

Les coopérations entretenues par le centre hospitalier de Saint-James en matière de soins palliatifs participent à une prise en charge globale et coordonnée, centrée sur les besoins et les souhaits des résidents. En associant expertise technique et soutien humain, elles contribuent à garantir une fin de vie digne et respectueuse, en adéquation avec les valeurs portées par l'EHPAD dans le cadre de son projet d'établissement.

1. La collaboration avec l'HAD des hôpitaux du Sud Manche

L'HAD intervient pour assurer des soins techniques et complexes qui ne peuvent être prodigués par les équipes de l'EHPAD seules, tout en maintenant le résident dans son environnement familial. Cette coopération permet de :

- **Renforcer la prise en charge médicale** en proposant des traitements adaptés à domicile, tels que la gestion de perfusions, la pose de dispositifs médicaux spécifiques, ou encore des soins complexes de confort.
- **Assurer un suivi médical renforcé**, avec des visites régulières de professionnels médicaux et paramédicaux, coordonnés avec les équipes de l'EHPAD.
- **Éviter les hospitalisations non souhaitées**, offrant ainsi une continuité des soins palliatifs dans une approche centrée sur le résident.

Grâce à l'HAD, les soins en fin de vie gagnent en technicité et en fluidité, tout en respectant les volontés des résidents de rester dans un cadre apaisant.

2. Partenariat avec l'association d'accompagnants bénévoles en soins palliatifs

L'association d'accompagnants bénévoles en soins palliatifs apporte une présence humaine et bienveillante, complémentaire à celle des équipes professionnelles. Ces bénévoles, formés spécifiquement à l'écoute et à l'accompagnement en fin de vie, interviennent pour :

- **Apporter un soutien émotionnel** aux résidents, en offrant une présence apaisante et une écoute active dans un moment souvent marqué par la solitude ou l'angoisse.
- **Soutenir les familles** en leur proposant un espace de parole et d'accompagnement, les aidant à surmonter les moments difficiles et à trouver du réconfort dans une démarche de bientraitance.

- **Alléger la charge des équipes professionnelles**, en assurant une continuité relationnelle et humaine auprès des résidents, notamment dans les situations où les équipes soignantes sont fortement sollicitées.

Depuis le départ de ses membres fondateurs et la reprise de la l'association par de nouveaux membres, une seule bénévole d'accompagnement intervient sur le service.

Les projets d'amélioration

- Poursuivre notre soutien financier et moral à l'Association de Soins Palliatifs du sud Manche, afin qu'elle puisse continuer à se faire connaître, former des bénévoles d'accompagnement et s'inscrire dans la collaboration avec les professionnels de terrain.
- Obtenir la participation d'un ou plusieurs autres bénévoles d'accompagnement pour les LISP du service de SMR.
- Obtenir 1 ETP aide-soignant supplémentaire dans le cadre de la reconnaissance contractuelle des LISP, afin d'augmenter les propositions en soins de supports et thérapeutiques non médicamenteuses.

Les accompagnements spécifiques

Les Glycines – Unité pour personnes handicapées vieillissantes

La mission première de l'unité Les Glycines de l'EHPAD du centre hospitalier de Saint-James, d'une capacité de 15 résidents, est de proposer en hébergement complet, un accompagnement spécifique adapté à des personnes handicapées de plus de 60 ans, encore « jeunes » pour entrer en EHPAD de droit commun, mais n'étant plus en capacité de se débrouiller à leur domicile, même avec des aides humaines et matérielles adaptées.

L'accompagnement a pour objectif principal de promouvoir l'autonomie et de maintenir les acquis de chaque résident (dans le respect de ses souhaits et de ses capacités), mais aussi de maintenir le lien social, affectif ainsi que leur participation à une vie citoyenne.

Le projet personnalisé, co-construit avec chaque personne accompagnée et/ou sa famille, est le socle de l'organisation et des accompagnements proposés.

Chaque personne accompagnée doit pouvoir se sentir « chez elle ». Dans le cadre du travail sur ce projet, les résidents ont été sollicités pour s'exprimer en réunion sur les thèmes suivants : le lieu, les vacances, les relations avec les familles, la vie quotidienne (repas, linge, ménage, argent...), les projets, l'affectivité et l'intimité.

Les vacances :

Les résidents choisissent leurs lieux de vacances, l'équipe soignante les organise sous réserve de validation de la famille ou de la tutelle.

Aménagement espace personnel :

Le résident aménage sa chambre selon ses envies et ses besoins. Il apporte le mobilier et la décoration qui lui sont nécessaires. Le résident est libre de cet aménagement sous réserve de place, de sécurité. Il personnalise son espace comme il le souhaite. Tout matériel électrique apporté doit être aux normes et vérifié par le service technique.

Relation avec les familles :

Il est nécessaire de transmettre les envies et les besoins du résident afin d'y répondre dans la mesure du possible. Si la situation est bloquante, il est toujours possible d'alerter le juge. Tenir compte de l'histoire du résident. L'équipe a pour rôle de temporiser, cependant si un élément nous semble injuste il est possible de faire un signalement au juge des tutelles.

La vie quotidienne / description d'une journée type du lever au coucher :

Les sorties du service sont autorisées de 7h – 21h.

Le résident se lève à l'heure qu'il le souhaite, le petit déjeuner est installé sous forme de buffet, le résident se sert et s'installe. Il débarrasse sa table.

Le résident réalise sa toilette avant ou après le petit déjeuner comme bon lui semble. L'équipe encadre les résidents nécessitant une supervision du soin et réalise les douches du jour. L'équipe rappelle les notions de brossage de dents, de coiffage, habillage...

Le résident selon ses capacités assure l'entretien complet de sa chambre.

Les résidents assurent la mise du couvert du matin au soir, l'entretien de l'espace collectif selon un planning hebdomadaire défini auquel le résident participe et se propose lui-même dans le choix de sa tâche.

Au cours de la matinée, chacun est libre de son temps (activités proposées en interne, sorties en ville, vélo, lecture...).

Le déjeuner est servi à partir de 12h en salle à manger par l'équipe, le repas est personnalisé en fonction des goûts de chaque résident.

Le repas dit « thérapeutique » est mis en place afin de permettre aux professionnels d'accompagner au mieux ces temps de repas.

Des repas à thème sont organisés régulièrement. Après le repas, le temps est libre, la sieste est possible, les sorties sont libres ou des activités sont proposées.

Le goûter est assuré en service libre à 15h.

Le dîner est servi à partir de 18h45 en salle à manger.

Le programme d'activités est affiché au sein de l'unité et réalisé en fonction des projets des résidents.

Gestion de l'argent :

Un budget est alloué mensuellement par la mesure de protection. Une carte bancaire peut être mise à disposition. Les résidents qui sont en capacités de gérer assurent seuls la gestion de ce budget. Un tiroir à clé est à leur disposition dans leur chambre. Pour les résidents qui ne peuvent pas gérer leur budget, un coffre au sein de l'unité est tenu par l'équipe des professionnels référents (nommés régisseurs délégués) sous couvert du régisseur de l'EHPAD.

Les activités collectives et individuelles proposées :

Activités collectives : Ateliers créatifs, ateliers culinaires, jeux de société, activités sportives (marche, vélo, randonnée, piscine...), sorties extérieures (char à voile, spectacles, cinéma,

karaté...) ainsi que de petits séjours organisés avec les professionnels accompagnants (sur le budget activité annuel de l'unité).

Activités individuelles : lecture, soins esthétiques, télévision, etc...

Des vacances et séjours peuvent être proposés et organisés en lien avec les représentants légaux selon le souhait de la personne avec des organismes de vacances adaptées.

Les Charmilles – Unité sécurisée

L'unité sécurisée, baptisée les « Charmilles », accueille des personnes souffrant d'une démence type Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement associés. Sa capacité d'accueil est de 15 places. Sa labellisation n'est, à ce jour, pas entérinée par les autorités de tutelle.

L'unité doit permettre aux personnes accueillies de préserver leur autonomie, de travailler sur le bien-être et la confiance en soi, et ce, par le biais d'activités sociales et thérapeutiques. Elle doit leur garantir un environnement sécurisé et stable ainsi que des repères qu'ils soient temporels, spatiaux et sociaux.

Pour ce faire, un certain nombre de critères doivent être clairement définis :

- Évoluer dans un environnement adapté.
- Élaborer et réajuster un plan de soins spécifique et un projet d'accompagnement personnalisé.
- Maintenir les capacités et améliorer les troubles du comportement, diminuer les contentions.
- Apaiser l'agitation et établir des objectifs à réévaluer.
- Spécifier les critères d'entrée et de sortie (Charte).
- Veiller à la présence de soignants qualifiés (personnel formé et exprimant la volonté de travailler auprès de cette population).
- Adapter et personnaliser les activités proposées.
- Proposer la participation des familles et des proches.

La conception architecturale de cette unité s'est appuyée sur l'importance de créer un climat convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel, réduire l'agitation des résidents, créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles, pouvant être génératrices de troubles psycho-comportementaux.

L'environnement est chaleureux, familial, simple et fonctionnel, le but étant d'atténuer l'appréhension et les difficultés de chacun. La construction « carrée » de l'unité est spécialement conçue pour permettre aux résidents une déambulation active (nécessaire pour désamorcer une agitation ou angoisse) et sans risque de fuguer ou de se perdre. L'unité bénéficie de la sécurisation de ses accès extérieurs afin de permettre la déambulation des résidents en toute sécurité.

L'unité dispose également d'une pièce dédiée à un espace détente « Snoezelen », le but étant de prodiguer des soins de détente, ou de stimulation, et de bien-être pour l'esprit et le corps. On y fait appel aux cinq sens. Cette expérience sensorielle peut permettre d'établir ou de ré-établir des contacts physiques et / ou psychologiques importants et nécessaires au

confort des résidents. Des formations sont proposées aux professionnels afin de leur permettre de réaliser ces soins, physiques ou relationnels, de manière adaptée et pertinente. Des référents « Snoezelen » sont identifiés dans les différentes unités de l'EHPAD et sont des ressources auprès des soignants pour la mise en place de ces activités et le choix des outils mis à disposition.

L'unité de soins spécialisée Alzheimer est un espace essentiel dans la lutte contre la maladie et constitue un lieu privilégié d'écoute et d'accompagnement permettant à la fois des activités de soins, d'enseignement et de recherche, en sécurité.

Cette unité ne permet pas de guérir de la maladie d'Alzheimer, ni d'en stopper l'évolution, cependant, elle a pour but de la ralentir autant que faire se peut, en privilégiant un accompagnement personnalisé au travers des actes essentiels de la vie quotidienne, au travers de la vie sociale, de l'histoire et de la place de chacun, en privilégiant l'intégrité, la sérénité et la dignité des personnes.

Les professionnels de santé évoluant dans cette unité adhèrent à cet état d'esprit, se forment et s'impliquent au quotidien.

Les Myosotis – Pôle d'activités et de soins adaptés

Cette unité, considérée comme un lieu de vie, permet d'accueillir, en journée, du lundi au vendredi, de 10h00 à 16h00, les résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ayant des troubles du comportement modérés, sur prescription médicale. La capacité d'accueil théorique est de 12 à 14 résidents.

L'espace y est conçu pour créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Il propose une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin et sur une terrasse sécurisée, librement accessibles aux résidents.

Chaque personne bénéficiant des soins de cette unité peut se voir proposer un ou plusieurs jours d'ateliers. Ces activités sociales et thérapeutiques sont proposées en fonction des besoins des personnes accueillies, par du personnel soignant qualifié et formé (Assistant de Soins en Gériatrie) et ayant formulé la volonté d'exercer dans cette unité.

Les principaux objectifs de ce pôle sont de proposer un accompagnement à effet thérapeutique et de prodiguer une prise en soin personnalisée dans le but de maintenir un équilibre psychologique et cognitif et réduire au maximum les troubles du comportement.

L'architecture y a été réfléchi et conçue pour permettre aux résidents d'évoluer dans des espaces de vie « comme à la maison » afin d'y trouver confort et sécurité dans un cadre rassurant. C'est un lieu convivial et familial qui inspire la sérénité et la paix.

L'aménagement non institutionnel permet aux résidents d'évoluer dans un environnement convivial, familial, sûr et stimulant. Les troubles du comportement sont réduits. L'effet de groupe stimulant et valorisant permet potentiellement la récupération d'acquis et le maintien de l'autonomie.

Les objectifs de cette unité sont les suivants :

Pour le résident :

- obtenir une diminution des troubles du comportement ;
- maintenir des repères spatio temporels ;
- maintenir l'autonomie ;
- stimuler le langage et les souvenirs ;
- entretenir la coordination et la dextérité ;
- renforcer l'estime positive de soi ;
- respecter le rythme de vie, les souhaits, les rituels et les besoins des résidents ;
- respecter le refus de soin ;
- respecter l'intimité et la pudeur ;
- favoriser le lien social, stimuler l'intérêt pour les autres ;
- proposer un accompagnement personnalisé en fonction des capacités des personnes accueillies ;
- proposer une aide relationnelle.

Pour les familles :

- accompagner, informer ;
- proposer des temps d'échange, une relation d'aide, d'écoute et de soutien ;
- proposer des entretiens pluridisciplinaires (ASG, IDEC, médecin coordonnateur).

Le PASA est un lieu convivial, qui permet des prises en soins adaptées et personnalisées dans le respect des souhaits et des besoins des résidents. Les activités proposées permettent de maintenir les facultés et l'autonomie en réduisant les troubles du comportement. La stimulation cognitive et sensorielle est au cœur de l'accompagnement.

Le maintien du lien social et l'estime de soi, axes essentiels à l'équilibre physique et psychologique, sont travaillés au quotidien en corrélation avec les activités habituelles. Les professionnels de santé exerçant dans cette unité chaque jour font vivre ce projet dans une dynamique collaborative et bienveillante. Le bénéfice de cette petite unité sur le « mieux vivre » ensemble des personnes accompagnées reste indéniable et doit perdurer. Des synthèses mensuelles pluri disciplinaires sont formalisées.

Les projets d'amélioration

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Intervention programmée de la psychomotricienne sur ce secteur pour une activité Snoezelen régulière.- Aménagement des terrasses extérieures. |
|--|

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DU SSIAD

Admission des usagers et conditions de résiliation

Critères d'éligibilité, procédures d'évaluation des besoins, et admission

Le SSIAD répond à toutes les demandes de prise en soins sous réserve du respect des critères d'entrée en vigueur, et de la place disponible :

- être âgé de plus de 60 ans,
- ou être en situation de handicap,
- ou être atteint d'une pathologie chronique,
- avoir un GIR entre 1 et 4,
- et avoir une prescription médicale du médecin traitant.

La demande de prise en soins SSIAD peut être faite par l'utilisateur lui-même ou sa famille, le médecin traitant, un professionnel de santé, une assistante sociale,...

Si le SSIAD compte déjà 40 usagers lors d'une nouvelle demande, l'IDEC met alors la demande sur la liste d'attente et explique à l'utilisateur (ou sa famille) qu'elle reviendra vers lui dès que possible. Elle doit aussi orienter l'utilisateur vers une autre structure de soins, ne doit pas le laisser sans réponse (éventuellement se rapprocher d'une infirmière libérale ou d'un SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile).

Mais si le SSIAD a une place libre, et que tous les critères d'admission sont réunis, l'IDEC se déplace au domicile pour rencontrer l'utilisateur et son entourage, et aussi pour observer / évaluer l'environnement dans lequel il vit. L'infirmière coordinatrice a un regard sur la salubrité du logement (en effet, l'équipe soignante doit pouvoir travailler dans des conditions d'hygiène acceptables). L'infirmière coordinatrice peut aussi demander au bénéficiaire / à sa famille de mettre du matériel médical en place : ce n'est pas une obligation, mais bien souvent c'est un critère essentiel pour la mise en place des soins tant pour la sécurité du bénéficiaire que pour celle du personnel soignant. Elle donne aussi le règlement de fonctionnement du SSIAD à l'utilisateur et à sa famille pour lecture.

De cette première visite, dite de pré-admission, découlera un recueil de données clair et précis à destination de l'équipe soignante, et un premier plan de soins qui sera réajusté tout au long de l'accompagnement de l'utilisateur. Ces prémices seront également les fondations du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Enfin, lors du premier jour de soins, un contrat est signé entre l'utilisateur et le SSIAD : le DIPC (Document Individuel de Prise en Charge).

Publics pris en soin (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades chroniques)

Les prises en soins, ainsi que les accompagnements au SSIAD sont variés. Le SSIAD de Saint-James a une capacité de 40 usagers. Le SSIAD intervient chez les personnes âgées de 60 ans et plus, chez les personnes en situation de handicap, et chez les personnes atteintes d'une pathologie chronique telles que :

- Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ;
- Sclérose En Plaques (SEP) ;
- Maladie de Charcot (Sclérose Latérale Amyotrophique : SLA) ;
- Parkinson ;
- Démence à corps de Levy ;
- Alzheimer, ou maladie neurodégénérative apparentée entraînant des troubles cognitifs ;
- Troubles du comportement ;
- Alcoolisme chronique ;
- Altération de l'état général ;
- Aide à la reprise d'autonomie suite à un retour d'hospitalisation ;
- Handicap physique et/ou psychologique ;
- Traumatologie ;
- Accompagnement de fin de vie ;
- Cancer ;
- Insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale.

Les soins réalisés par l'aide-soignante sont nombreux, voici les principaux :

- les soins d'hygiène corporelle et de propreté ;
- la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- l'administration et la vérification de la prise de médicaments préparés par l'infirmière libérale (délégation de tâche) ;
- le remplacement de poche de stomie après cicatrisation ;
- la surveillance et l'évaluation régulière de la douleur (utilisation des échelles de la douleur) ;
- l'installation du patient dans une position adaptée à sa pathologie ou son handicap ;
- le lever et le coucher ;
- la prévention non médicamenteuse de thromboses veineuse (pose et retrait des bas de contention) ;
- l'appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état de santé du patient : température, pulsation cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, poids, mensuration, diurèse, transit ;
- la prévention d'escarres (échelle de Braden) ;
- les soins de bouche et entretien de prothèses dentaires ;
- la réfection du lit pour les patients restants alités (grabataires, fin de vie) ;
- l'éducation thérapeutique (entretien journalier d'une colostomie, utilisation et vidange des sacs urinaires).

Elle assure aussi des soins relationnels de qualité auprès de l'utilisateur et de son entourage proche :

- aide et soutien psychologique ;
- écoute active ;
- observation et surveillance des troubles du comportement ;

- repérage des signes d'épuisement de l'aidant principal ;
- accompagnement des personnes en fin de vie ainsi que leurs proches
- conseils sur les partenaires extérieurs pour améliorer la qualité de vie : équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA).

Résiliation du contrat de prise en charge

→ A l'initiative du bénéficiaire : Le bénéficiaire peut renoncer par écrit aux prestations dont il bénéficie, sous réserve de respecter un délai de 8 jours minimum avant la date prévue de fin de la prise en charge.

→ Inadaptation de l'état de santé : En cas d'aggravation de l'état de santé du bénéficiaire et de nécessité de soins excédant les possibilités du service, le contrat pourra être résilié. L'infirmière coordinatrice en lien avec le médecin traitant et le référent désigné, aidera à la recherche d'une solution adaptée.

→ Amélioration de l'état de santé : Si l'amélioration de l'état de santé ne justifie plus l'intervention du service, le SSIAD peut suspendre la prise en charge et aidera à la recherche d'une solution adaptée.

→ Non-respect du règlement de fonctionnement : En cas de manquements graves et répétés aux dispositions du règlement de fonctionnement, notamment en cas de violences à l'égard des personnels, le DIPC pourra être résilié, sous réserve d'un préavis de 8 jours pendant lequel l'IDEC, en lien avec le médecin traitant et le référent désigné ci-dessus, aidera à la recherche d'une solution adaptée.

Organisation du service et composition de l'équipe

La composition de l'équipe :

Le SSIAD de Saint-James est composé de :

- 10 Aides-soignants (AS),
- 2 Assistants de soins en gérontologie (ASG),
- 1 Aide médico-psychologique (AMP),
- 1 Infirmière coordinatrice (IDEC),
- 1 secrétaire,
- 1 Cadre supérieur de santé.

Rôle de l'Infirmière Coordinatrice (IDEC)

L'IDEC est le pilier central du fonctionnement du SSIAD. Elle assure la coordination entre les usagers, leurs familles, les équipes soignantes, les professionnels libéraux, et les partenaires sociaux. Son rôle inclut :

- Évaluation initiale et pré-admission à domicile ;

- Élaboration et réajustement du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ;
- Supervision de la qualité des soins et de la tenue du dossier patient (administratif, soins, nutrition, GIR, DIPC, etc.) ;
- Encadrement des équipes, gestion des plannings, binômes et roulements ;
- Animation des temps d'échanges quotidiens et des transmissions ;
- Participation aux instances et au recrutement.

Elle ne réalise pas d'actes infirmiers, sauf en cas d'urgence.

Rôle des Aides-Soignants (AS), ASG et AMP

Les soignants assurent des soins d'hygiène, de confort, de surveillance et de soutien psychologique. Leurs missions incluent :

- L'accompagnement personnalisé des usagers ;
- Le soutien des aidants ;
- La traçabilité des soins dans le dossier informatisé Menestrel (prochainement remplacé) ;
- La participation aux transmissions orales en équipe chaque midi ;
- L'encadrement des étudiants en soins infirmiers ou aides-soignants ;
- La co-construction et la mise à jour du PAP pour chaque usager dont elles sont référentes.

Elles ne réalisent pas de tâches ménagères ou de transport médical. En cas d'urgence, elles contactent le 15.

Rôle de la secrétaire

La secrétaire gère les aspects administratifs :

- Constitution et suivi des dossiers des usagers ;
- Gestion des prises en charge et des facturations ;
- Vérification des actes réalisés par les IDE libéraux.

Elle collabore étroitement avec l'IDEC pour fluidifier la gestion du service.

Rôle du Cadre Supérieur de Santé

Le cadre supérieur supervise l'organisation du service et soutient l'IDEC dans sa mission de management. Elle impulse la dynamique des projets, notamment en lien avec les exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS), et veille à leur mise en œuvre opérationnelle.

La personnalisation de la prise en soins

Élaboration du projet individualisé (objectifs, suivi, évaluation)

La loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a placé le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comme une des garanties pour l'exercice des droits et libertés des personnes accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Selon l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux), « le projet personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie ».

« Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Cette démarche est un facteur-clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement ».

Comme évoqué ci-dessus, le projet individualisé ou projet d'accompagnement personnalisé (PAP) commence à prendre forme à l'issue de la visite de pré-admission. En effet, lors de ce moment privilégié, l'IDEC repère déjà les habitudes de vie de l'utilisateur, et peut l'interroger sur ses projets de vie à plus ou moins long terme.

Ce projet doit être écrit dans les 3 mois qui suivent l'admission de l'utilisateur. Il doit comporter au moins 2 ou 3 objectifs personnalisés, et doit être signé par l'utilisateur (ou par son représentant légal s'il n'est pas en capacité de signer). Ce projet doit être réajusté autant que possible en fonction de l'évolution de la santé, des projets, ou des besoins de l'utilisateur, mais il doit être réactualisé au moins une fois par an.

Au SSIAD de Saint-James, tous les mois le temps d'une après-midi (sauf l'été), un binôme d'AS travaille avec l'IDEC sur des PAP (environ 8) dont il est référent. L'idée est d'alimenter les PAP des utilisateurs, de les écrire, et de les réajuster en équipe en fixant des objectifs réalisables et souhaités par l'utilisateur.

Ensuite, chaque AS a pour mission de présenter les PAP aux utilisateurs/familles lors des soins le matin ou le soir. Ce PAP est ensuite signé en double exemplaire par l'utilisateur ou le représentant légal. Un PAP reste au domicile de l'utilisateur dans son classeur de soins, et l'autre reste au SSIAD dans le dossier administratif de l'utilisateur.

L'IDEC fait également des visites à domicile pour présenter les PAP, mais elle ne peut pas se rendre régulièrement chez les 40 bénéficiaires du SSIAD car cela demande beaucoup de temps. Le fait de déléguer cette mission aux AS valorise le travail d'accompagnement qu'elles réalisent au quotidien, et cette mission fait partie de leur domaine de compétences.

Implication des familles et des aidants

La famille de l'utilisateur, et surtout l'aidant principal, est inclus dans la prise en soins effectuée par le SSIAD. L'IDEC implique la famille dès le début de la prise en soins, elle demande systématiquement à faire la visite de la pré-admission avec un membre de la famille (qui est bien souvent l'aidant principal). L'aidant détient souvent des informations précieuses sur l'histoire et les habitudes de vie de l'utilisateur ; il est le témoin de son passé quand celui-ci présente des troubles de la mémoire. La prise en soins se fait autant que possible en collaboration avec l'aidant. Etre à l'écoute de l'aidant fait partie de la mission des soignants,

l'accompagnement de l'aidant est indispensable pour réaliser une prise en soins globale. Cet accompagnement est fait au quotidien, car c'est un soin à part entière, mais il n'est pas assez souvent tracé par écrit ; c'est pourtant ce qui permettrait de le valoriser. Cela permet d'assurer la continuité des soins, et de limiter la perte d'informations.

Aussi, quand un usager est hospitalisé, le SSIAD n'intervient plus au domicile le temps de l'hospitalisation. Cet arrêt brutal du SSIAD peut être difficile à vivre pour l'aidant qui reste au domicile. Le personnel soignant est parfois la seule visite de la journée que l'usager et l'aidant ont. Une relation de confiance forte s'est instaurée au fil des jours entre le soignant, l'aidant et l'usager. Ainsi, le personnel soignant s'autorise à rendre visite à l'aidant (resté seul à domicile) sous la responsabilité de l'IDEC. Il a été établi en équipe pluridisciplinaire que le soignant peut rendre visite à l'aidant sur sa tournée du matin, s'il a le temps (pas au détriment des autres prises en soins), et s'il n'y a pas de détour à faire sur la route. L'accompagnement psychologique de l'aidant est essentiel lors de l'hospitalisation de l'usager, et cela fait profondément partie des valeurs des soignants.

Suivi et évaluation des interventions

Indicateurs de qualité

Le SSIAD de Saint-James faisant partie du GHT, il bénéficie d'un accompagnement par le service Qualité. Tous les ans, le service qualité mène un (ou deux) audit qui porte sur la tenue du dossier patient. Le SSIAD de Saint-James a obtenu 82 % de conformité en juillet 2024 (76 % en avril 2022, 83 % en avril 2023, et 85 % en octobre 2023).

Cet audit met en évidence plusieurs éléments :

- Il y a un travail à faire sur les directives anticipées, celles-ci sont mal connues des usagers et de leur famille : un livret d'explications sur la personne de confiance et les directives anticipées a été établi par la DRU en septembre 2024, et peut être distribuée par l'IDEC à chaque visite de pré-admission.
- L'IDEC doit bien préciser le motif d'admission pour chaque entrée au SSIAD.
- Chaque usager doit être pesé mensuellement au SSIAD (une fois par trimestre pour les patients les plus dépendants qui nécessitent une chaise pesée et une organisation de service particulière).
- Les projets d'accompagnement personnalisés doivent être écrit et réajusté pour chaque usager du SSIAD : ils sont écrits avec des référents soignants, l'IDEC, et la participation de l'usager lui-même et de sa famille.

Le questionnaire de satisfaction annuel

Un questionnaire de satisfaction est distribué aux usagers du SSIAD à chaque début d'année ; l'usager (ou sa famille) peut le remplir de façon anonyme s'il le souhaite. Ce questionnaire a ses limites puisqu'il n'est pas distribué à l'ensemble des usagers pris en soins

sur l'année écoulée, il est seulement distribué aux usagers présents au SSIAD « à l'instant T ».

Le questionnaire est ensuite traité par le service qualité du GHT dans un objectif d'amélioration continu des soins délivrés au domicile.

Collaboration avec les autres acteurs du domicile

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Le SSIAD de Saint-James collabore étroitement avec les SAAD du territoire, notamment l'ADMR (convention depuis 2019), ainsi qu'avec d'autres prestataires comme Confiez-Nous, Domaliance, Vitame, ou encore les AVS en CESU. L'IDEC coordonne les interventions en lien avec les responsables des SAAD, via réunions régulières ou échanges à distance. Cette coordination garantit une complémentarité efficace entre aide et soins. En 2025, 24 usagers du SSIAD étaient accompagnés par l'ADMR.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le SSIAD travaille en partenariat ou relais avec l'HAD lorsque l'état de santé des patients nécessite des soins complexes (traitements injectables, soins hospitaliers à domicile...). Une convention formalise cette collaboration depuis 2018.

Les Médecins traitants

Le lien est constant avec les médecins généralistes, prescripteurs des soins SSIAD. La majorité exerce dans les maisons médicales de Ducey et Saint-James. L'IDEC les sollicite pour admissions, réévaluations ou hospitalisations directes.

Les Assistantes sociales de l'APA

Le SSIAD collabore avec les assistantes sociales de l'APA pour coordonner l'accompagnement selon le GIR des usagers. Elles participent régulièrement aux réunions de coordination organisées par l'IDEC.

Les Infirmiers Libéraux (IDEL)

Les soins techniques sont réalisés par des IDEL conventionnés. Le SSIAD assure la liaison, la transmission d'informations, et la gestion administrative des actes infirmiers.

L'Equipe Mobile Expertise Gériatrique Territoriale (EMET)

L'EMET intervient à domicile pour des évaluations gériatriques complètes à la demande du médecin ou du SSIAD, contribuant au maintien à domicile ou à la recherche d'alternatives adaptées.

L'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée (EMPPA)

L'EMPPA soutient les équipes et les usagers de plus de 65 ans en cas de troubles psychiques, pour évaluer les situations, orienter les soins, et accompagner le maintien à domicile.

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Le DAC est mobilisé pour accompagner les situations complexes, sur sollicitation de l'IDEC, et contribue à structurer les parcours des usagers les plus vulnérables.

Normandie SSIAD

L'IDEC participe à cette instance régionale qui permet l'échange de pratiques, la remontée des besoins au niveau de l'ARS, et la planification de formations.

La Plateforme d'Evaluation Gériatrique (PEG)

La PEG est mobilisée pour faciliter les retours à domicile après hospitalisation. Elle coordonne les aides et dispositifs via un suivi téléphonique.

Le CLIC du Sud-Manche

Le CLIC, basé à Ducey, est un relais d'information et d'orientation pour les usagers, leurs familles et les professionnels. L'IDEC du SSIAD participe à ses actions selon ses disponibilités.

Le Centre Hospitalier de Saint-James

Le lien est fort avec le SMR du CH, permettant une continuité de soins fluide (admissions directes, retours à domicile). L'IDEC et la cadre du SMR collaborent étroitement. Le SSIAD est également en lien avec l'EHPAD local pour les demandes d'hébergement et avec les autres établissements du GHT ou l'hôpital privé de la Baie via les assistantes sociales et les professionnels hospitaliers.

Vers un SAD mixte Sud-Manche

Le SSIAD s'inscrit activement dans le projet de Service Autonomie à Domicile (SAD) mixte, visant une organisation coordonnée aide/soins sur le territoire. Il participe aux groupes de travail, conventions et projets communs dans un objectif de fluidification des parcours, d'interlocuteur unique et de meilleure qualité de service.

Les projets d'amélioration

- Intégration au SAD mixte Sud-Manche
- Informatisation du service.
- Préparation et conduite de l'évaluation externe.
- Améliorer l'accompagnement et le soutien des aidants.
- Renforcer le partenariat avec le CLIC

PROJET DE PRISE EN SOINS DES PATIENTS EN SMR

L'accueil du patient et les différents acteurs

Les admissions dans le service sont validées par le médecin et les demandes d'entrées sont essentiellement centralisées sur la plateforme Via Trajectoire (hors Ille-et-Vilaine). Le cadre de santé coordonne ensuite les différents acteurs pour organiser l'admission du patient et assure le recueil d'informations nécessaires à une admission réussie (régime alimentaire, besoins matériels, besoins humains, projet de vie, etc.) auprès du service d'aval.

L'accueil est un temps fort de l'hospitalisation du patient. C'est pourquoi des règles d'or relatives à l'admission d'un patient dans le service ont été établies en équipe.

- Toujours se présenter et dire bonjour,
- L'entretien d'accueil est un soin et crée le premier rapport de confiance avec le patient et sa famille,
- Être attentif aux besoins du patient, répondre dans la mesure du possible selon les compétences de chacun aux questionnements afin de le rassurer,
- Utiliser un vocabulaire professionnel, adapté au niveau de compréhension du patient et/ou de l'accompagnant,
- Prendre en compte la famille en recueillant les informations utiles pour l'accompagnement dans le service mais aussi en leur expliquant le fonctionnement du service (heure d'appel à privilégier dans le service : à partir de la fin de matinée (11h, y compris la nuit), horaires de visite : à partir de 13h hors SP (pas de limitation),
- Il est important de préciser à la famille de se conformer aux mesures sanitaires en cours, affichées à l'entrée de l'établissement et du service.

Pour les patients admis en situation de soins palliatifs s'ajoutent quelques règles :

- Informer la famille sur les possibilités de dormir en chambre des familles, de prendre des repas accompagnants, d'apporter à manger au patient, d'apporter leur aide dans la prise en soins (inclure la famille dans la prise en charge),
- Proposer de l'aide dans la prise en soins du patient à la famille (soutien psychologue, médecin, bénévoles...).

Chacun des acteurs a un rôle prépondérant dans l'accueil du patient. Pour ce faire, ces différents rôles ont été définis en équipe et ont été formulés sous forme de carte mentale (annexe).

Les soins dispensés

Le service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) du Centre Hospitalier de Saint-James assure une prise en charge globale des patients nécessitant des soins continus et un accompagnement spécifique dans leur parcours de réadaptation. L'équipe pluridisciplinaire veille à dispenser des soins de qualité adaptés aux besoins de chaque patient, qu'il s'agisse de soins de nursing, de la gestion des perfusions (sous-cutanées, intraveineuses, sur PICC line ou chambre implantable), de la prise en charge des pansements complexes (escarres, ulcères, amputations), ou encore de la pose et du changement de sondes urinaires.

Le service prend en charge les soins techniques tels que les prélèvements biologiques sanguins et urinaires, l'utilisation de seringues électriques, l'alimentation par sonde nasogastrique, ainsi que les alimentations entérale et parentérale. Une attention particulière est portée à la gestion de la douleur, à travers des approches médicamenteuses et non médicamenteuses, avec notamment l'introduction du MEOPA depuis janvier 2024.

L'accompagnement en soins palliatifs et en fin de vie fait également partie intégrante de la mission du service, garantissant un soutien médical et humain aux patients et à leurs familles.

Engagé dans une démarche d'amélioration continue, le service de SMR du Centre Hospitalier de Saint-James met en œuvre des protocoles de soins rigoureux et une approche bienveillante afin d'assurer une prise en charge optimale et adaptée aux évolutions des besoins des patients.

Les objectifs médicaux

Les objectifs médicaux du service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) du Centre Hospitalier de Saint-James s'inscrivent dans les orientations du Projet Régional de Santé et sont en cohérence avec ceux des équipes paramédicales. L'accent est mis sur la rééducation et la réautonomisation des patients, tout en assurant un accompagnement psycho-comportemental et une lutte efficace contre la désadaptation psychomotrice. Le service veille également au bilan et à la prise en charge de la dénutrition, à l'ajustement thérapeutique des maladies chroniques en voie d'équilibre, ainsi qu'à l'orientation vers des structures médicales spécialisées en fonction des besoins spécifiques (cardiologie, pneumologie, chirurgie...). Un lien fort entre la ville et l'hôpital est assuré grâce à la gestion du service par les médecins généralistes du Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) de Saint-James.

Le service joue un rôle clé dans la continuité des soins post-chirurgicaux, incluant la surveillance et les soins de pansement, et s'investit dans la prévention des chutes ainsi que la prise en charge de la douleur. Une attention particulière est portée aux patients alités, notamment pour prévenir les complications liées au décubitus, ainsi qu'aux personnes présentant des troubles cognitifs, avec ou sans troubles du comportement, en adaptant les traitements médicamenteux tout en garantissant leur sécurité. L'accompagnement des patients et de leur entourage vers l'après-hospitalisation est également une priorité, facilitant l'organisation du retour à domicile (visites à domicile, aides et équipements adaptés) ou l'orientation vers une structure médico-sociale.

La force de l'établissement réside dans son réseau et sa collaboration étroite avec les structures d'amont et d'aval, particulièrement sur Saint-James, où toute la filière gériatrique est représentée : EHPAD, unité protégée pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV), unité sécurisée pour patients déambulants, unités classiques ouvertes, Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), résidence senior, ainsi que les services d'accompagnement à domicile (SSIAD, ESA, ADMR). Le service travaille également en lien avec les structures médico-sociales dédiées au handicap, notamment le Foyer Occupationnel et d'Accueil (FOA), la

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et l'UPHV en EHPAD, garantissant ainsi une prise en charge globale et coordonnée des patients.

Le projet de soins et projet de vie

Le projet thérapeutique en service de SMR

Pour chacun des patients admis dans le service, il est recommandé une prise en charge rééducative coordonnée et pluriprofessionnelle. Celle-ci nécessite l'élaboration d'un projet thérapeutique qui comporte :

- un projet de soins permettant de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, et d'optimiser l'autonomie du patient
- et un projet de vie, en lien avec le projet de soins, permettant la réinsertion familiale sociale et professionnelle des patients.

La prise en charge proposée doit être adaptée aux besoins du patient, ainsi elle s'appuie sur les évaluations réalisées par les membres de l'équipe, et partagées dans le cadre de réunions pluri professionnelles.

A ce jour, ces réunions se déroulent chaque mardi de chaque semaine. Ainsi, ils bénéficient de la construction de leur projet dans les 14 premiers jours suivant leur admission, puis une évaluation tous les 14 jours jusqu'à la synthèse finale de sortie.

Ce projet thérapeutique répond également à l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Projet de soins, projet de vie en SMR », évalué chaque année par l'HAS.

C'est un moment précieux de l'hospitalisation permettant d'aborder à chaque fois les besoins médicaux, les besoins IDE, les besoins concernant les actes de la vie quotidienne, les besoins en rééducation en réadaptation mais aussi en éducation thérapeutique, les besoins psychologiques et enfin l'accompagnement social nécessaire. Cet échange en équipe pluri professionnelle permet à chaque membre de l'équipe de s'exprimer sur la prise en charge du patient et de pouvoir faire un point sur l'évolution de la ré autonomisation des patients. C'est aussi à ce moment-là que nous repérons les différents besoins permettant de répondre le plus justement possible au projet thérapeutique du patient. Ce dernier est retranscrit dans le dossier du patient à l'aide d'une fiche spécifique.

Chacun des professionnels de l'équipe a un rôle prépondérant dans ce temps de « staff » :

- Le médecin pour les besoins médicaux (traitements, informations médicales, compte rendu d'examens...).
- Les IDE pour les besoins IDE (soins spécifiques, prise en charge de la douleur...).
- Les AS et intendantes pour les besoins dans les actes de la vie quotidienne (nursing, continence, mobilité, alimentation...).
- Le kinésithérapeute, le psychomotricien, l'ergothérapeute pour les besoins en rééducation et réadaptation (besoins en aides techniques, travail en salle, différents ateliers...).
- L'assistante sociale pour les besoins sociaux (mise en place des aides, recherche de structures médico-sociales, organisation de visite à domicile...).
- La psychologue pour les besoins psychologiques (suivi, moral, perte d'un membre de la famille récente...).

L'évaluation de ces différents besoins permet d'identifier des objectifs de prise en soins personnalisés pour chacun des patients qui sont réévalués à chaque staff.

Chacun des acteurs a, de ce fait, un temps de parole qui leur est accordé. Cela permet également de valoriser le travail de chacun des professionnels mais aussi de concourir à la réussite du projet thérapeutique de chacun des patients accueillis. Quel que soit le projet de vie, nous travaillons collectivement à l'accompagnement des patients. La réévaluation permet, quant à elle, de réajuster en cas de nécessité et notamment dans le cadre d'un changement de projet de vie. Notre volonté reste de répondre au mieux à celle exprimée par le patient.

Enfin, pour chacun des projets nous travaillons avec le patient et son entourage et veillons à l'obtention de leur consentement, tracé dans le dossier de soins informatisé.

Le projet thérapeutique en soins palliatifs

A ce jour, le « staff » de soins palliatifs se déroule le jeudi en début d'après-midi.

Cette démarche vise, avant tout, à établir un projet de soins individualisé et le plus conforme possible aux souhaits du patient. Elle facilite les prises de décision dans les situations d'urgence et dans celles où le patient ne serait plus en état d'exprimer ses volontés.

Les besoins du patient admis en soins palliatifs sont recensés de la même façon que pour les patients accueillis en service de SMR. Chacun des besoins est discuté en équipe afin de répondre au mieux à la volonté du patient et de son entourage. Les directives anticipées, s'il y a, sont ainsi respectées.

Cela repose sur une communication de qualité et une relation de confiance et se nourrit du dialogue harmonieux qui s'établira entre le patient, les proches et les professionnels de santé, autour de sujets aussi délicats et difficiles à aborder que ceux de la souffrance, de la fin de vie et de la mort.

Le projet de vie est également abordé à chacun des staffs dans la volonté de respecter la fin de vie choisie par le patient. L'entourage y est associé.

Nous profitons de ce staff soins palliatifs pour évaluer des patients SMR pouvant relever d'une prise en charge palliative et nous profitons de cette collégialité pour en statuer.

Le jeudi suivant le décès, nous revenons en équipe sur les conditions de survenue du décès. Ce temps permet à chacun d'exprimer ses difficultés ou facilités dans la prise en charge de chacun des patients.

Ces temps d'échanges sont retranscrits par le médecin coordinateur des soins palliatifs dans le dossier médical du patient. Une fiche spécifique est mise à disposition dans le DPI.

Ces temps de staff sont des moments où nous mettons à profit des patients nos valeurs soignantes communes telles que la bienveillance, le respect ou encore la communication.

La vie sociale

Dans une démarche globale de prise en charge des patients, le service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) du Centre Hospitalier de Saint-James accorde une importance particulière au maintien du lien social et au bien-être des patients durant leur séjour. Diverses activités sont proposées afin de favoriser la récréation, la stimulation cognitive et le maintien des interactions sociales.

Ainsi, un journal est mis à disposition quotidiennement pour permettre aux patients de rester informés de l'actualité. La marche accompagnée, tant dans les couloirs qu'en extérieur, est encouragée lorsque l'état de santé le permet, afin de favoriser la mobilité et de préserver l'autonomie. Les jeux de société sont également accessibles, offrant aux patients des moments de détente et de convivialité. Pour répondre aux besoins spirituels, un représentant du culte peut être sollicité à la demande des patients. Par ailleurs, les permissions de sortie exceptionnelles, accordées sous validation médicale, constituent une opportunité précieuse pour renforcer le lien avec l'extérieur et améliorer le bien-être des patients.

L'engagement humain est au cœur de l'accompagnement, notamment grâce à la présence d'une équipe de bénévoles dédiée aux patients en soins palliatifs, offrant ainsi un soutien essentiel tant aux patients qu'à leurs proches. Une télévision est accessible dans le salon du service, favorisant des moments de distraction et de partage.

Enfin, un atelier spécifique intitulé « Bulle détente » est proposé chaque vendredi après-midi. Animé par une psychomotricienne et une psychologue, il s'adresse aux patients susceptibles d'en bénéficier, notamment ceux souffrant de troubles anxieux, de douleurs chroniques ou ayant un besoin relationnel accru. La participation se fait sur une base volontaire et en fonction des disponibilités des patients, en tenant compte des visites familiales.

L'ensemble de ces dispositifs contribue à améliorer la qualité de vie des patients durant leur séjour, en favorisant leur bien-être physique, émotionnel et social.

La sortie et les différents acteurs

L'objectif principal d'une hospitalisation en SMR est de permettre un retour sur le lieu de vie du patient dans les meilleures conditions.

Les différentes interventions sanitaires et sociales au domicile du patient pourront être planifiées, suivies et réévaluées.

Si un retour à domicile n'est pas envisageable en fin d'hospitalisation, le patient sera orienté vers un établissement médico-social : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maison d'accueil spécialisé (MAS), accueil familial, famille d'accueil, résidence autonomie, foyer-logement...

Tout comme pour l'admission du patient, chacun des acteurs a un rôle prépondérant dans la réussite de la sortie du patient. Pour ce faire, les rôles de chacun ont été définis en équipe et ont été formulés sous forme de carte mentale.

Les projets d'amélioration

- Afin de concourir à la réussite des admissions et de l'intégration des résidents en EHPAD sur le centre hospitalier de Saint-James, nous pourrions organiser un déjeuner « d'intégration » en EHPAD en amont de l'admission.
- Nous accueillons de plus en plus de patients anglais, le livret d'accueil pourrait être décliné en anglais afin faciliter l'admission de ces patients.
- Concourir à répondre aux défis à relever inscrits dans le Projet Régional de Santé déclinés en "feuilles de route départementales" co-construites avec chaque Conseil Territorial de Santé (CTS) comme évoqué en ce début de projet : relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie, maintenir les personnes âgées au domicile, favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, être partie prenante du parcours en santé mentale ou encore participer à relever le défi de la transition écologique.
- Un projet de restructuration du service de SMR est envisagé et permettra de réunir le service sur un seul étage et ainsi de mutualiser les équipes de soins.
- Améliorer les besoins matériels identifiés pour le service.

PROCESSUS TRANSVERSAUX

La qualité de vie au quotidien

La prestation restauration

Le service de restauration du centre hospitalier de Saint-James s'engage à offrir des repas de qualité, répondant aux besoins nutritionnels et aux attentes des usagers. Notre mission repose sur le respect des normes sanitaires, environnementales et législatives en vigueur, tout en intégrant des axes d'amélioration pour répondre aux enjeux contemporains de santé publique et de développement durable. Le service s'inscrit ainsi dans une démarche d'innovation continue, en veillant à concilier qualité de service et respect des contraintes économiques.

Ce service est pleinement engagé dans une démarche de qualité et de durabilité. En respectant scrupuleusement les réglementations sanitaires, en s'adaptant aux nouvelles lois environnementales et en améliorant continuellement ses infrastructures, le service vise à offrir des repas sains, variés et respectueux de l'environnement, tout en répondant aux exigences des usagers et des autorités de contrôle.

3. Respect des normes sanitaires et suivi des recommandations

Le respect des réglementations sanitaires est une priorité absolue pour le service de restauration. Nous mettons à jour le dossier d'agrément vétérinaire chaque année, garantissant ainsi la conformité aux exigences sanitaires les plus récentes. Lors de chaque contrôle de la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP), nous tenons compte des remarques formulées, et un retour par courrier est systématiquement adressé à la DDPP avec un plan d'actions détaillé des mesures correctives mises en œuvre.

2. Axes d'amélioration prioritaires

Notre service s'engage dans une démarche de modernisation et d'adaptation aux nouvelles lois et réglementations environnementales. À ce titre, les axes d'amélioration suivants sont identifiés :

- **Respect de la loi Egalim** : Nous intégrons les recommandations de la loi Egalim en veillant à améliorer la qualité nutritionnelle et la durabilité des aliments proposés. Cela comprend la réduction des produits transformés, l'augmentation des produits bio et locaux, ainsi que la limitation des additifs.
- **Application de la loi Climat et Résilience** : Le service mettra en place des mesures pour réduire son empreinte carbone, notamment par une gestion optimisée de l'énergie utilisée pour la préparation des repas et la réduction des emballages plastiques dans la chaîne de distribution.
- **Gestion des bio-déchets** : Conformément aux réglementations sur les biodéchets, le service a mis en place un système de tri des déchets alimentaires et de valorisation des biodéchets. Cette initiative vise à réduire les impacts environnementaux de la restauration en favorisant le recyclage et la gestion responsable des déchets.

- **Introduction de plats végétariens** : Le service introduit progressivement des plats végétariens dans les menus hebdomadaires afin de diversifier l'offre alimentaire et de répondre aux attentes de plus en plus nombreuses en matière d'alimentation durable et saine.
- **Déploiement du logiciel Winrest pour la gestion de la restauration** : la modernisation des outils informatiques permettra une gestion centralisée et optimisée de l'ensemble des processus liés à la restauration, avec des fonctionnalités adaptées à la gestion des régimes alimentaires, des besoins nutritionnels spécifiques, et des préférences individuelles des usagers. Cet objectif s'inscrit également dans une démarche d'optimisation des moyens (financiers, alimentaires, humains) et des processus.

3. Plan pluriannuel d'investissements en matériel

Dans une optique d'amélioration continue de nos équipements et infrastructures, un plan pluriannuel d'investissements a été établi. Ce plan prévoit le renouvellement et la modernisation du matériel de cuisine, afin de garantir des conditions de travail optimales pour les équipes tout en améliorant la qualité de service offerte aux usagers. L'objectif est de disposer d'installations performantes, respectueuses des normes environnementales et capables de répondre aux besoins futurs du service.

La qualité du bionettoyage et l'organisation du service intérieur

Les services intérieur et de bionettoyage assument un rôle de soutien transversal à l'ensemble des services de l'établissement. L'enjeu pour eux est de répondre aux besoins des services, ainsi qu'aux défis environnementaux et opérationnels à venir. Ce faisant ils contribuent à l'efficacité globale de l'établissement tout en répondant aux enjeux de durabilité et de transition écologique, tout en garantissant une amélioration continue des performances et de la qualité de service rendu aux usagers.

1. Le service intérieur

Le service intérieur est un service support, permettant de satisfaire les besoins transversaux des différents services, sur les livraisons et approvisionnement en linge, restauration, épicerie, gestion des déchets, manutention et espaces verts.

- **Gestion des déchets** : Récupération des containers d'ordures ménagères et de tri sélectif tous les jours dans les locaux intermédiaires des sous-sols des services. Entreposage dans le local final jusqu'au passage des éboueurs, puis lavage des containers et remise dans les locaux intermédiaires.
- **Livraison du linge** : Livraison des armoires propres chaque matin dans les services de l'hôpital et récupération des armoires sales.
- **Livraison des repas** : Livraison des conteneurs isothermes chaque matin et chaque après-midi dans tous les services du centre hospitalier.
- **Livraison des produits du magasin** : Livraison des chariots d'épicerie et d'incontinence tous les après-midis.

- **Livraison des produits pharmaceutiques** (autre que stupéfiants) : Livraison des armoires pharmaceutiques des services selon un calendrier établi chaque mois par la pharmacie et livraison et récupération des bacs navettes matin et soir.
- **Gestion des espaces verts** : Le service intérieur assure la tonte des pelouses, le taillage des arbres et arbustes, le désherbage, l'entretien des toits terrasses, l'entretien des terrasses, le déneigement (si besoin).
- **Manutention** : Le service intérieur assure toutes les demandes d'emménagement et de déménagement.
- **Service postale et courses divers** : Le service intérieur assure le service postal (dépose/récupération du courrier à la poste, au pôle de santé, à la mairie) courses diverses à la pharmacie, opticien, etc.

2. Le service bionettoyage

Le service bionettoyage assure l'entretien des surfaces hautes et des sols des bureaux administratifs, des bureaux de consultations externes, des sanitaires, des salles de formation, des couloirs d'accueil et des couloirs des différents services de l'établissement (EHPAD, SMR, PASA), de leurs salles à manger, salles d'activités, offices ainsi que l'entretien du service technique, service intérieur, entretien des vestiaires et des containers du service restauration. Le service prévoit, selon les recommandations du service d'épidémiologie de prévention et de contrôle des infections de la direction commune, la mise en place de précautions particulières le cas échéant.

Le service bionettoyage peut venir renforcer provisoirement les équipes ASH des services d'EHPAD ou de SMR quand ces services sont en grandes difficultés.

Les projets d'amélioration

- Organiser la transition écologique des processus transversaux : Utilisation uniquement d'eau pour l'entretien des sols ; du nettoyeur vapeur ; améliorer la gestion des déchets ; réflexion sur l'entretien des espaces verts ; réduire le gaspillage alimentaire ; etc.
- Développer la gestion des compétences et la formation continue : redimensionnement de l'équipe de bionettoyage ; accompagner la montée en compétences des agents des services transversaux ; recycler les différents permis individuels, etc.
- Accompagner les changements organisationnels.
- Renforcer l'efficacité opérationnelle : remplacement du logiciel de restauration ; pilotage des flux de manutention ; optimiser les différents processus des services transversaux.
- Continuer de prendre en compte les souhaits et besoins des usagers afin d'améliorer de façon continue les prestations d'hôtellerie et de restauration.

Le projet social

Le projet social du centre hospitalier bénéficie pleinement de l'expertise, de l'accompagnement et de l'appui de la gestion des ressources humaines du groupe hospitalier Mont Saint-Michel, porté par les Hôpitaux du Sud Manche. Ce partenariat stratégique intervient à toutes les étapes, de l'élaboration à la mise en œuvre du projet social, en garantissant une approche concertée et harmonisée. Grâce à cette collaboration, le centre hospitalier de Saint-James profite de pratiques innovantes et de méthodes partagées au sein du territoire, assurant ainsi l'efficacité et la pérennité des actions engagées.

Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels

Le centre hospitalier de Saint-James s'engage dans une politique ambitieuse visant à améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels. Cette stratégie se décline en plusieurs axes concrets, destinés à renforcer les process de recrutement, à améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, à développer notre image de marque employeur, et à innover dans notre approche de communication et de gestion des talents. Elle vise à rendre le centre hospitalier de Saint-James plus compétitif sur le marché du travail en offrant un environnement accueillant, des processus modernes et une forte valorisation de la qualité de vie au travail. L'objectif est de créer un lieu où les professionnels souhaitent non seulement venir travailler, mais aussi rester et évoluer.

1. Améliorer nos process de recrutement

L'amélioration des processus de recrutement est un élément central de notre politique d'attractivité. Il s'agit de mettre en place des outils modernes et attractifs pour attirer et fidéliser les talents.

- Définir une « Charte de recrutement ».
- Rédiger une procédure de recrutement.

2. Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants

Une intégration réussie est primordiale pour la rétention des talents.

- Améliorer les formalités d'accueil des nouveaux arrivants.
- Développer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des stagiaires.

3. Développer notre image de marque employeur

Construire et renforcer notre image de marque employeur est crucial pour attirer de nouveaux talents et fidéliser les professionnels en poste.

- Partager le sens que l'on met à notre action.
- Développer la politique sociale.
- Améliorer notre communication interne.
- Améliorer notre communication externe sur les besoins de recrutement et connaissances des métiers.

- Favoriser la créativité et les innovations.

Conforter les conditions de travail et la qualité de vie au travail

Le centre hospitalier de Saint-James place la qualité de vie au travail (QVT) et l'amélioration des conditions de travail au cœur de sa politique sociale. Cette politique vise à prévenir les risques professionnels majeurs, à améliorer l'organisation du travail, à renforcer les dispositifs de prévention des violences et à promouvoir des actions de santé publique en direction des agents. Elle repose sur des actions concrètes visant à améliorer le bien-être physique et psychologique des professionnels, tout en garantissant un environnement de travail harmonieux et stimulant.

Cette politique vise à faire du centre hospitalier de Saint-James un lieu où la qualité de vie au travail est une priorité, assurant ainsi le bien-être des agents, la prévention des risques et l'amélioration continue des conditions de travail.

1. Accentuer les actions de prévention en direction des risques professionnels majeurs

- Prévenir les troubles musculosquelettiques.
- Prévenir les RPS.

2. Améliorer les organisations de travail

- Identifier et réduire les facteurs de travail empêché.
- Limiter / lisser la charge en soin.
- Améliorer les dispositifs de remplacement.

3. Protéger les professionnels des actes de violence à leur rencontre

- Renforcer les dispositifs de prévention, d'alerte et de signalement des violences en direction des professionnels.
- Elaborer et mettre en place un plan de communication sur les différents dispositifs.

4. Développer les modalités de reconnaissance travail

- Actions en direction des usagers.
- Actions en direction des managers.

5. Promouvoir des actions de santé publique et de bien être en direction des agents

- Améliorer la prise en charge des soins des professionnels.
- Déployer des actions de prévention.

Accompagner les professionnels dans leur parcours individuel et dans les transformations organisationnelles

Le centre hospitalier de Saint-James met en œuvre une politique d'accompagnement visant à soutenir les professionnels dans la gestion de leur carrière et à les préparer aux transformations et évolutions des organisations. Cette politique s'articule autour de quatre axes principaux.

Elle vise à garantir à chaque agent une progression cohérente et satisfaisante dans sa carrière, tout en les préparant aux évolutions et mutations des organisations de travail. En soutenant le développement des compétences et en améliorant la transparence des processus internes, le centre hospitalier de Saint-James offre à ses agents un cadre stable et évolutif, leur permettant de s'épanouir et de faire face aux défis futurs.

1. Accompagner les agents dans leur carrière

- Faciliter la compréhension de la carrière.

2. Améliorer les organisations de travail et leur visibilité

L'amélioration de la clarté et de la transparence des organisations de travail est un enjeu clé pour permettre aux professionnels de mieux se projeter dans leur environnement de travail.

- Réinterroger l'organisation des alternances jours / nuits.
- Renforcer la transparence des règles de GTT pour le personnel médical.
- Améliorer l'accès aux fiches de postes et fiches de tâches.
- Améliorer la visibilité des plannings et des compteurs horaires.

3. Soutenir le développement des compétences

Le développement des compétences est essentiel pour permettre aux agents de s'adapter aux évolutions des métiers et aux nouvelles exigences des soins.

- Favoriser et structurer le développement des compétences.
- Améliorer l'accès à la formation continue.
- Favoriser l'accès aux responsabilités supérieures.

4. Accompagner les agents dans leur parcours professionnel

- Clarifier notre politique de mobilité interne.
- Dynamiser notre politique en direction des personnes en situation de handicap.
- Soutenir le maintien dans l'emploi.
- Eviter les ruptures de formation et abandon.
- Améliorer la gestion des secondes parties de carrière.
- Préparer les départs.

Accompagner les managers

Le centre hospitalier de Saint-James s'engage à accompagner et soutenir ses managers à tous les niveaux de l'organisation. L'objectif de cette politique est de développer un management institutionnel cohérent, de faciliter la prise de fonction des nouveaux managers et de renforcer les compétences des cadres. En créant un cadre propice à l'évolution managériale, l'établissement vise à favoriser l'engagement, l'efficacité, et le bien-être des équipes.

Cette politique s'inscrit dans une dynamique de renforcement des compétences managériales, de soutien lors de la prise de fonction, et de développement d'une culture de management institutionnelle forte. Elle vise à créer un environnement où les cadres, qu'ils soient nouveaux ou expérimentés, sont soutenus, formés et impliqués dans les décisions stratégiques de l'établissement, assurant ainsi la pérennité des bonnes pratiques et l'alignement avec les objectifs de l'hôpital

1. Établir une politique managériale institutionnelle

Le centre hospitalier met en place une politique managériale institutionnelle basée sur des valeurs communes de bienveillance, de reconnaissance et d'agilité. Cette politique vise à renforcer l'uniformité des pratiques managériales au sein de l'établissement, en s'appuyant sur un socle de principes qui garantissent la cohérence des actions des cadres et des responsables de service.

2. Accompagner la prise de fonction des nouveaux managers

L'accompagnement des nouveaux managers est une priorité pour garantir une transition réussie et leur permettre de rapidement s'intégrer et assumer leurs nouvelles responsabilités.

- Mise en place du tutorat et de la monter en compétences des FF-cadre de santé.

3. Renforcer les compétences et les échanges entre cadres et responsables de service

Le développement continu des compétences des managers et la création de synergies entre eux sont essentiels pour assurer la cohérence et la fluidité des actions à travers l'établissement.

- Proposer des formations managériales aux encadrants.
- Développer des offres de co-développement en direction des cadres.
- Améliorer les compétences en gestion de projet.
- Nommer un référent cadre en charge de la veille professionnelle.

Développer l'efficacité dans la gestion des ressources humaines

Le centre hospitalier de Saint-James s'engage à développer l'efficacité dans la gestion des ressources humaines (RH) à travers une politique de modernisation et de digitalisation des

méthodes de travail. Cette politique vise à optimiser les processus RH, à renforcer le suivi des effectifs, tout en favorisant l'harmonisation et la mutualisation des pratiques au sein du territoire. En modernisant la gestion des RH, le centre hospitalier cherche à répondre aux besoins actuels de flexibilité et de réactivité, tout en améliorant la qualité de service pour ses agents.

Cet objectif repose sur la modernisation, la digitalisation, et la mutualisation des pratiques RH. En renforçant l'informatisation des processus, le centre hospitalier améliore la qualité de la gestion administrative, tout en garantissant un meilleur suivi des effectifs et une optimisation des ressources à l'échelle territoriale. Cette approche permet d'offrir un service RH plus réactif, transparent et adapté aux besoins de l'établissement et de ses agents.

1. Poursuivre la modernisation de nos méthodes de travail

La modernisation des méthodes de travail en RH est un axe central pour accroître l'efficacité des services et faciliter le quotidien des agents et des gestionnaires.

- **Dématérialiser la paye et les dossiers agents** : La numérisation des dossiers administratifs des agents et la dématérialisation des processus de paye permettront une gestion plus fluide et un accès simplifié à l'information.
 - **Renforcer l'informatisation des processus RH** : Cela implique l'automatisation des tâches administratives, la centralisation des données et la mise à disposition d'outils numériques pour améliorer la gestion des effectifs et des carrières.
 - **Poursuivre la digitalisation des processus RH** : Le centre hospitalier continuera à investir dans des outils numériques pour réduire la charge administrative des équipes RH et permettre une gestion proactive et prédictive des ressources humaines.
- Améliorer le suivi de nos effectifs.
 - Structurer notre contrôle de gestion sociale.
 - Dématérialiser la paye et les dossiers agents.
 - Renforcer l'informatisation des processus RH.
 - Poursuivre la dynamique d'harmonisation et de mutualisation des pratiques RH au sein du territoire.

Les projets d'amélioration

En sus des actions ci-dessus portées par l'ensemble du groupe hospitalier Mont Saint-Michel, d'autres projets d'amélioration spécifique au centre hospitalier de Saint-James ont pu être identifiées.

- Rédiger les procédures de gestion des emplois et des parcours professionnels et les modalités de mise en œuvre.
- Rédiger la politique de qualité de vie au travail.
- Mettre en place un plan d'action qualité avec communication en instance.
- Promouvoir la connaissance du handicap à travers la formation professionnelle, l'accueil d'étudiants, les échanges inter-établissements, le dispositif « vis ma vie ».
- Accompagner les professionnels dans le développement de nouvelles compétences au regard des nouveaux profils et du vieillissement des résidents accueillis.

- Encourager les formations suivantes : approche domiciliaire, bientraitance dans les soins, accompagnements des « nouveaux profils », des personnes présentant des pathologies psychiatriques et des troubles du spectre autistique, douleur, l'alimentation de la personne âgée.

Le projet qualité et gestion des risques

La politique qualité de l'établissement s'appuie depuis plusieurs années sur l'expertise d'une équipe Qualité et Sécurité des Soins ainsi que sur l'équipe d'épidémiologie, de prévention et de contrôle des infections présentes en temps partagés sur les différents sites de la direction commune qui ont permis l'émergence d'une culture qualité au sein de tous les secteurs de prise en charge.

Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, afin d'améliorer la sécurité des parcours des patients et résidents ainsi que la qualité des prises en charge et des accompagnements, une politique Qualité et Sécurité des Soins a été définie selon 5 axes majeurs :

- La dynamique qualité comme moteur du travail en équipe.
- Le développement de la culture de l'évaluation et de la pertinence du résultat.
- La priorisation de l'organisation et la coordination des parcours patients et résidents.
- La promotion du patient et résident comme acteur des parcours.
- Le maintien d'un dispositif intégré de la qualité et de la gestion des risques.

Le dialogue constant entre le sanitaire et le médico-social s'inscrit dans une logique de parcours sans rupture sur la base d'un travail collaboratif pour garantir une qualité et une sécurité optimale de prise en soins.

Elle s'appuie sur les rapports annuels, résultats d'audits, de certification et d'évaluations et les indicateurs en place.

Des actions d'amélioration intégrées à un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) sont identifiées pour les années à venir :

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est une démarche essentielle pour garantir un environnement de soins optimal, respectant la dignité et les besoins spécifiques des résidents. Cette démarche repose sur plusieurs éléments clés qui interagissent pour garantir une prise en charge globale, systémique et pérenne : les compétences techniques et relationnelles, la charge en soin, la qualité de vie au travail, la permanence des soins ainsi que le volume d'activité.

La culture de la qualité et de la sécurité des soins

La « culture qualité » est la base de notre démarche d'amélioration continue. Elle implique l'adhésion de l'ensemble de nos personnels à des principes de qualité, de sécurité, d'éthique et de respect des bonnes pratiques. Cela passe par la sensibilisation et la formation régulière de nos équipes soignantes et non-soignantes pour les engager dans une dynamique collective orientée vers la qualité des soins. Cette culture favorise l'identification proactive des risques et des axes d'amélioration.

La gestion des risques

La gestion des risques constitue un pilier central dans la démarche d'amélioration continue. Elle consiste à identifier, évaluer et réduire les risques liés à la sécurité des soins. Cette

approche est systémique et est intégrée dans l'organisation de nos services, avec la mise en place de procédures et de protocoles de gestion des situations à risque, comme les chutes, les erreurs médicamenteuses, ou encore les infections nosocomiales. Des outils, telle que la cartographie des risques, permettent d'anticiper et de prioriser les actions à mener pour sécuriser les pratiques.

Les indicateurs qualité

Les indicateurs qualité sont des outils essentiels dans l'évaluation de la performance des soins et de la sécurité. Ils nous permettent de mesurer les aspects spécifiques des soins et de leur environnement, comme la prévalence des chutes, la gestion de la douleur, la satisfaction des résidents, ou encore les incidents médicamenteux. Les indicateurs peuvent être quantitatifs ou qualitatifs, et leur suivi régulier permet de dégager des tendances, de comparer les pratiques avec des standards de référence, et d'ajuster les actions d'amélioration en fonction des résultats.

La déclaration des événements indésirables

Les événements indésirables sont des incidents qui ont pu causer, ou auraient pu causer, un dommage aux résidents. La déclaration systématique et formalisée de ces événements par les professionnels est un levier fondamental de la démarche d'amélioration continue. Elle permet d'identifier les dysfonctionnements dans l'organisation des soins, de comprendre les causes profondes des incidents (analyse a posteriori), et de mettre en place des actions correctives et préventives. La déclaration est encouragée sans crainte de sanction, favorisant l'apprentissage et l'amélioration collective.

L'analyse des pratiques professionnelles (APP)

L'analyse des pratiques professionnelles est un processus de réflexion collective sur les actions et les prises en charge effectuées par nos équipes. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en identifiant les bonnes pratiques, en discutant des cas complexes, et en apportant des ajustements aux pratiques courantes. L'APP se fait souvent sous la forme de réunions régulières entre professionnels pluridisciplinaires (infirmiers, aides-soignants, cadre, IDEC, médecins coordonnateurs à minima) pour analyser les situations vécues et tirer des leçons sur nos pratiques à adapter ou améliorer. Elle permet de renforcer les compétences, la cohésion des équipes et de favoriser une remise en question constructive.

L'importance de la boucle d'amélioration continue

Notre démarche d'amélioration continue repose sur une démarche en boucle : évaluation, action, réévaluation. Les étapes de cette démarche sont les suivantes :

- L'évaluation : elle est basée sur les indicateurs qualité, les résultats des audits internes et l'analyse des événements indésirables.
- La planification des actions : après avoir identifié les points à améliorer, des plans d'action sont élaborés, avec des objectifs mesurables et des responsabilités définies.
- La mise en œuvre : les actions correctives ou préventives sont mises en place.

- Suivi et réévaluation : les actions entreprises sont évaluées en termes d'impact sur la qualité des soins, à travers les indicateurs et les retours d'expérience, pour ajuster au besoin les pratiques.

La démarche qualité au sein de nos services : un engagement institutionnel fort.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est une démarche complexe, collective et itérative. Elle repose sur la création d'une culture forte de qualité et de sécurité. Il est essentiel de faire comprendre à nos professionnels que cette démarche permet non seulement d'optimiser les conditions de vie des résidents, mais aussi de leur garantir un environnement de travail sécurisé et valorisant pour eux.

Toute cette démarche est organisée avec l'intervention des assistants qualité référents avec la gouvernance qui participent au Copil qualité. Les cadres référents et le référent qualité au sein des services accompagnent en continue cette démarche auprès des professionnels.

Le plan de gestion de crise

La gestion de crise constitue un axe stratégique essentiel du projet d'établissement, visant à assurer la continuité de service et la sécurité des usagers comme des professionnels en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Les premières leçons en la matière ont émergé dès la canicule de 2003, marquant une prise de conscience forte dans les établissements de santé.

En 2005, un arrêté a officialisé la mise en place du « Plan Bleu », identifié au sein des Hôpitaux du Sud Manche et de la direction commune, dont le Centre hospitalier de Saint-James, comme le dispositif de référence pour la gestion des SSE. Véritable outil de pilotage, le Plan Bleu permet d'identifier les risques, de structurer la réponse aux situations de crise, et d'alimenter la démarche qualité en évaluant la réactivité de l'établissement face à des événements exceptionnels. Il contribue également à formaliser des mesures de prévention adaptées.

Le nouveau référentiel d'évaluation des ESSMS, publié par la Haute Autorité de Santé en mars 2022, renforce cette exigence à travers l'objectif 3.14 du chapitre gouvernance, qui impose à chaque établissement d'être doté d'un plan de gestion de crise et de continuité d'activité. Ce plan vise notamment à définir un cahier des charges opérationnel, anticiper les scénarios critiques, garantir la sécurité des résidents, des professionnels et des visiteurs, limiter les impacts humains, matériels et organisationnels, et assurer une communication fluide et efficace en toutes circonstances.

Le Centre hospitalier de Saint-James s'est engagé dans cette dynamique depuis plusieurs années. Il est classé établissement de 3^e ligne dans le cadre du Plan ORSAN Normandie. Il existe un PMI (Plan de Mobilisation Interne), un PCA (Plan de Continuité de l'Activité), un PRA (Plan de Reprise de l'Activité) ainsi que des procédures et fiches réflexes réalisées au regard des risques mis en évidence pour les différents secteurs d'activité. La documentation afférente est accessible via l'outil Intraqual, sous la rubrique « gestion de crise – Saint-James ».

Deux référents SSE ont été nommés et formés. Un programme de formation aux gestes d'urgence vitale au sein des services pour les professionnels de la direction commune a été mis en place par la DSOS.

Un Défibrillateur Semi-Automatique (DSA) est à disposition au sein de l'établissement.

Une astreinte technique et administrative est en place en heures et jours non ouvrés.

L'administrateur est muni d'une mallette de garde avec PC et documents afférents pour faire face aux situations susnommées.

Une alerte météorologique est en place en lien avec la GTC (épisodes caniculaires ou de grands froids).

Les projets d'amélioration

- Mettre à jour annuellement la cartographie des risques et identifier les pilotes par secteur.
- Améliorer la communication des FEI en CVS.
- Actualiser et communiquer le plan de gestion de crise et le déploiement des exercices de cyber attaque.
- Poursuivre l'accompagnement des équipes dans la déclaration et le suivi des Evénements Indésirables.

Le projet des usagers

Le décret du 1 juin 2016 donne la possibilité aux usagers de proposer un projet des usagers. Un tel projet n'est pas une obligation réglementaire mais une démarche volontaire de partenariat avec les usagers. Il exprime les propositions et attentes des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité des soins et des parcours et du respect des droits des usagers.

Le projet des usagers s'inscrit dans le projet stratégique d'établissement et est le fruit d'un travail co-construit avec les différents acteurs notamment : représentants des usagers, chargé des relations avec les usagers, médiateurs(trices) médecins et non médecins, représentant qualité, membres de la commission de soins, administratif.

Validé par la Commission des Usagers (CDU), il est un outil d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'expérience des patients et des aidants.

Ainsi, le travail de la commission des usagers repose sur ce projet qui s'articule autour de 3 grands axes, en lien avec le politique des droits des usagers qui complète la « Sécurité des soins », le Plan d'actions définis au rapport d'activité de la CDU et les recommandations de l'ARS :

Veiller à l'appropriation par les professionnels de ces engagements

Les objectifs :

- Améliorer la communication auprès des usagers et des professionnels
- Sensibiliser et former les professionnels.

Les actions :

1. Renforcer la participation des représentants des usagers aux journées thématiques ou d'instantanés consacrés. Les mettre en œuvre et les évaluer à posteriori.

Les représentants des usagers sont intégrés aux projets déjà existants *notamment* :

→ Semaine sécurité des patients en lien avec la journée de la sécurité définie par l'OMS,

Mise en place chaque année et organisée par le service qualité (*co-animations avec le patient, les représentants des usagers, les professionnels avec des ateliers de sensibilisation, en diversifiant les thèmes à aborder*).

→ Journée Européenne des Droits en Santé en lien avec France ASSOS Santé

Mise en place de la Journée Européenne des Droits en Santé, à compter de 2022, en lien avec d'autres acteurs de soins professionnels (*ex. :hygiène des mains en 2022, équipe de lutte contre la douleur en 2024*).

2. Faire valoir la CDU et le rôle et les missions des représentants des usagers en

Depuis 2024, les représentants des usagers interviennent auprès des étudiants(tes) des instituts de formation site de Granville afin d'informer, sous forme de présentation et d'échanges, les futurs professionnels de santé sur leur notoriété pour mieux faire connaître, à la source, leur rôle et leurs missions. Initiative valorisée comme innovante et pour une approche auprès des étudiants infirmiers et aides-soignants.

intervenant à la source notamment au sein des Instituts de formation (IFSI - IFAS).

3. Faire connaître le rôle et missions des représentants des usagers auprès des équipes.

Intervenir au plus près des professionnels de santé en prévoyant des visites dans les services de soins en lien avec les cadres de santé et le service qualité.

4. Renforcer l'implication des représentants des usagers dans les différentes Instances.

Participation organisée par les directions en lien avec la CME ou la commission des soins infirmiers : CLAN – CLE – CLIN – CLUD - Commission d'activité libérale et CSIRMT et Conseil de surveillance. Prévoir d'élargir au Directoire et au Conseil de la Vie social au sein des EHPAD.

Informier le patient de ses droits, recueillir et respecter son consentement aux soins

Les objectifs :

- Assurer l'information du patient.
- Assurer le respect du consentement et intégrer le patient à son projet de soin.

Les actions :

4. Améliorer l'accès à l'information du patient et le fonctionnement de l'établissement.

Développer et privilégier un accès aux écrans au sein de l'établissement afin de permettre aux représentants des usagers voire aux professionnels une plus large diffusion des informations *déjà diffusées en interne sur les logiciels dédiés (Intranet, Intraqual pour les professionnels)*.

5. Communiquer sur les droits individuels et collectifs des usagers.

Sensibiliser sur la personne de confiance, les directives anticipées, le consentement libre et éclairé, l'accès au dossier médical et faire connaître les documents institutionnels dédiés au sein de l'établissement.

Informier sur la signature en 2019 du contrat local de lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans le cadre du Grenelle des violences et la création en 2021 du Groupe de Protection des Familles (GPDF) pour lutter contre les violences intra-familiales et les agressions sexuelles sur mineur, mis en place sur la compagnie de gendarmerie d'Avranches avec consultations de victimologie au sein de notre établissement, en lien avec l'unité médico judiciaire de Saint-Lô.

6. Travailler sur le livret d'accueil du patient/usager

S'assurer de sa mise à jour en lien avec le service communication de l'établissement et les différents intervenants et de sa distribution au sein des services de soins pour remise à tous les patients.

Diffuser des flyers sur les représentants des usagers en lien avec France Assos Santé dans les livrets d'accueil. Intégrer un descriptif sur les représentants des usagers.

Assurer la gestion des plaintes/réclamations et évaluer la satisfaction du patient

Les objectifs :

- Traiter, analyser, suivre les plaintes/réclamations non contentieuses.
- Informer sur les contentieux.
- Traiter, analyser et suivre les questionnaires de satisfaction.

Les actions :

1. Poursuivre le travail sur l'analyse concernant les plaintes et réclamations non contentieuses

Renforcer le processus de médiation médicale et/ou non médicale et la mise en relation avec un des représentants des usagers.

Emettre un avis lors de la commission des usagers si nécessaire. Informer sur le suivi des contentieux portés au rapport annuel CDU.

2. Sensibiliser les professionnels sur les bonnes pratiques dans le traitement des plaintes/réclamations

Mettre la focale sur les rapports circonstanciés pour éléments nécessaires à la mise en place d'une réponse objective et sur l'importance de sa réactivité.

3. Continuer de réaliser un travail qualitatif sur les thématiques récurrentes des plaintes/réclamations

Poursuivre la mise en place de documents institutionnels (procédure, mode opératoire, fiche technique...), *ex.interpréariat en santé (pour faciliter l'échange avec les personnes non francophones en lien avec la mesure Ségur 27 de la DOS), autorisation de soins et de sortie pour les mineurs hors urgences vitales, autorisation de soins sur mineur de l'admission à la sortie...*

4. Assurer le traitement des questionnaires de satisfaction

Evaluer le taux de retour et la satisfaction globale en lien avec le déploiement du dispositif e-satis et le questionnaire papier dédié tous les ans porté au rapport CDU.

Le projet développement durable

Le Groupe hospitalier Mont Saint-Michel a marqué sa volonté d'inscrire le développement durable au cœur de son fonctionnement et de ses activités avec une prise en compte des impacts environnemental, social et économique.

A travers cette politique commune, le centre hospitalier de Saint-James s'engage à fédérer l'ensemble des acteurs autour de valeurs et d'actions communes, à améliorer de façon continue les réflexions éthiques dans les prises de décision quotidiennes et assumer ainsi leurs responsabilités vis-à-vis des générations actuelles et futures.

Ils poursuivent 5 axes majeurs :

S'adapter aux enjeux de transition écologique et énergétique

Les établissements du GHT s'engagent à mettre en œuvre un plan de sobriété énergétique durable pour faire face aux enjeux d'approvisionnement en énergie, à l'évolution des prix, à l'épuisement des ressources et aux impératifs de la protection de l'environnement.

Eco-concevoir les soins et limiter les impacts négatifs de nos activités hospitalières

Les établissements du GHT s'engagent à identifier toutes les ressources utilisées pour la réalisation d'un soin, les impacts environnementaux et sanitaires qu'il génère, à analyser et mettre en œuvre toutes les alternatives possibles dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

Promouvoir les achats responsables et durables

Les établissements du GHT s'engagent à mettre en œuvre une politique d'achats responsables qui place au cœur des achats du groupe hospitalier les enjeux de société actuels en matière de transitions économique, sociale et environnementale.

L'élaboration, concomitante au présent projet stratégique, du schéma de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables (SPASER) est l'opportunité de donner une traduction concrète de cette politique achat responsable par la définition d'axes stratégiques et d'objectifs associés à des indicateurs pour en mesurer l'effectivité.

Prendre soin de la population

Les établissements du GHT s'engagent à promouvoir le respect des différences, le partage et la coopération afin de créer des synergies entre les différents acteurs de la société.

Prendre soin des collaborateurs

Les établissements du GHT s'engagent à mener une politique sociale ambitieuse ayant pour objectif le bien-être au travail et permettant la qualité du travail accompli, ainsi qu'à veiller au respect des droits de l'humain dans toutes ses activités.

ANNEXES

Liste des annexes :

1. Charte des droits et libertés de la personne accueillie
2. Charte éthique et accompagnement du grand âge (2021)
3. Lettre des usagers aux professionnels du GHT
4. Lexique

Annexe 1 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie



Article 1 : Principe de non-discrimination

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.



Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement

L'accompagnement qui vous est proposé est individualisé et le plus adapté possible à vos besoins.



Article 3 : Droit à l'information

Les résidents ont accès à toute information ou document relatifs à leur accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.



Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

- Vous disposez du libre choix entre les prestations adaptées qui vous sont offertes.
- Votre consentement éclairé est recherché en vous informant, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à votre compréhension.
- Le droit à votre participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de votre projet individualisé vous est garanti.



Article 5 : Droit à la renonciation

Vous pouvez à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont vous bénéficiez et quitter l'établissement.



Article 6 : Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne.



Article 7 : Droit à la protection

Le respect de la confidentialité des informations vous concernant est garanti dans le cadre des lois existantes. Il vous est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins.



Article 8 : Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il vous est garanti de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de votre patrimoine et de vos revenus.



Article 9 : Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.



Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité de vos droits civiques et de vos libertés individuelles est facilité par l'établissement.



Article 11 : Droit à la pratique religieuse

Les personnels et les résidents s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.



Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Annexe 2 : Charte éthique et accompagnement du grand âge (2021)

Charte éthique et accompagnement du grand âge

1

Reconnaître chaque personne dans son humanité et sa citoyenneté, dans son inaliénable dignité et dans son identité singulière.

2

Favoriser l'expression par la personne de l'ensemble de ses potentialités. Se préoccuper de l'effectivité de ses droits.

3

Être à l'écoute de ce que la personne sait, comprend et exprime. L'informer de façon loyale, adaptée et respecter ses décisions.

4

Garantir à tous un accès équitable à des soins et à des aides appropriés.

5

Reconnaître le besoin, pour chaque personne, d'avoir une vie relationnelle, une vie sociale et familiale, une vie affective et une vie intime.

6

Proposer à la personne un accompagnement global et individualisé, même lorsque des aides ou des soins importants sont nécessaires.

7

Faire en sorte que chacun puisse bénéficier, jusqu'au terme de son existence, de la meilleure qualité de vie possible.

8

Respecter dans leur diversité les savoirs, les compétences, les rôles et les droits des familles et des proches.

9

Considérer et soutenir les professionnels et les bénévoles dans leur engagement auprès des personnes et valoriser leurs missions.

10

Prendre des décisions contextualisées, réfléchies et concertées, en s'efforçant de concilier l'intérêt des individus et celui de la collectivité.

Retrouver la charte dans son intégralité : www.espace-ethique.org/charte-grand-age



Annexe 3 : Lettre des usagers aux professionnels des établissements du GHT

Mesdames messieurs les professionnels de la santé,

Tout d'abord merci de nous donner la parole, à nous les usagers du territoire Sud Manche, en préambule à la rédaction de ce projet Stratégique.

L'écoute est notre requête première. Une écoute pleine et entière (avec les oreilles, le regard, le cerveau), une écoute attentive et respectueuse de nos différences. Merci de nous accorder de la disponibilité même si votre temps est compté : nous avons besoin d'être accueillis, considérés, mis en confiance. En retour, nous avons besoin que vous nous fassiez aussi confiance, à nous qui vivons au quotidien avec notre maladie, nous en sommes finalement les experts.

Nous sommes comme vous, des hommes, des femmes, des enfants, pas que des citoyens, des usagers, des patients ou pire des maladies ou des "problèmes de santé". Nous avons besoin d'humanité, d'équité et refusons la stigmatisation.

Nous avons peur, nous avons mal, nous sommes inquiets. Nous sommes empêchés ou handicapés pour mener notre vie au quotidien.

Nous avons besoin de votre professionnalisme, de votre savoir pour nous soigner, nous rassurer, nous sentir en sécurité. Nous apprécions le respect de l'éthique avec ses bases de confidentialité, d'empathie et de bienveillance qui sont votre socle de valeurs.

Merci d'être à nos grands et « petits » soins, quels que soient le jour ou l'heure : on ne choisit pas le moment où l'on tombe malade !

Merci d'être là, sans faille, pour apporter des réponses à notre santé. Merci de ne pas être loin ou de venir vers nous pour nous aider. Merci de nous accompagner si vous ne pouvez pas être là, en nous guidant vers un autre recours, tout aussi compétent.

Oui l'écoute ! mais oui la communication, l'information, la transparence, la lisibilité. Nous avons confiance en votre expertise pour prévenir, diagnostiquer et soigner. Expliquez-nous les diagnostics. Prenez le temps de mesurer le besoin en examens et de nous en expliquer les résultats, de nous expliquer les traitements car nous sommes souvent un peu perdus par tous ces termes inconnus. Ce temps que vous nous accorderez sera aussi un gain de temps pour vous. Mieux informés, nous avancerons mieux ensemble sur les pathologies qui nous affectent.

Nous appartenons au même territoire que vous, nous le connaissons bien. Nous savons les difficultés financières, psychologiques, techniques du monde de la santé. Nous comprenons et nous savons nous adapter. La résilience n'est pas un vain mot. Vous en avez et nous en avons.

Alors, mesdames et messieurs, tout au long de la rédaction de ce projet que l'on espère ambitieux pour le Sud Manche, pensez à nous. Nous avons besoin de vous.

Les associations des usagers.

Annexe 4 : Lexique

ADMR : Aide à domicile en milieu rural
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APP : Analyse des pratiques professionnelles
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
AES : Accompagnant éducatif et social
ASG : Assistant de soins en gérontologie
ASH : Agent des services hospitalier
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDU : Commission des usagers
CH : Centre hospitalier
CLAN : Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLE : Comité local d'éthique
CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLUD : Comité de lutte contre la douleur
CMP : Centre médico-psychologique
COFIL : Comité de pilotage
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CSS : Cadre supérieur de santé
CTS : Conseil Territorial de Santé
CVS : Conseil de la vie sociale
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DDPP : Direction départementale de la protection des populations
DMS : Durée moyenne de séjour
DPI : Dossier patient informatisé
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EAS : Elève aide-soignant
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPPA : Equipe mobile de psychiatrie de la personne âgée
EMSP : Equipe mobile en soins palliatifs
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
ESA : Equipe spécialisée Alzheimer
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
ESI : Etudiant en soins infirmiers
ETP : Equivalent temps plein
FALC : Facile à lire et à comprendre
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FEI : Fiche d'évènement indésirable
FFCS : Faisant fonction cadre de santé
FOA : Foyer occupationnel d'accueil
GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GDR : Gestion des risques
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GIR : Groupe iso-ressource
GTT : Guide du temps de travail
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HPST : Hôpital patient santé et territoire
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordinateur
IFAS : Institut de formation aide-soignant
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
LDG : Lignes directrices de gestion
LISP : Lits identifiés en soins palliatifs
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MDA : Maison départementale de l'autonomie
PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAP : Projet d'accompagnement personnalisé
PAQSS : Programme d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PNM : Personnel non médical
PRS : Projet régional de santé
PSLA : Pôle de santé libérale ambulatoire
QVCT : Qualité de vie et conditions de travail
RGPD : Règlement général de protection des données
RH : Ressources humaines
RPP : Référent du projet personnalisé
RPS : Risques psycho sociaux
RSVA : Réseau de services pour une vie autonome
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SMR : Soins médicaux et de réadaptation
SP : Soins palliatifs
SPASAD : Service polyvalent de soins et d'aide à domicile
SPASER : Schéma de Promotion des Achats Publics Socialement et Écologiquement Responsables
SSAD : Service de soins et d'aide à domicile
SSE : Situation sanitaire exceptionnelle
SSI : Système de sécurité incendie
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
TMS : Troubles musculo squelettiques
UPHV : Unité pour personnes handicapées vieillissantes
USLD : Unité de soins de longue durée
VSS : Violences sexistes et sexuelles