



**CENTRE
HOSPITALIER**
CHÂTEAUBRIANT
NOZAY · POUANCÉ

POLE GÉRIATRIE

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT EHPAD/USLD



**POUR
MIEUX
COMPRENDRE
LE
FONCTIONNEMENT
INTERNE**

Table des matières

1.	Définition et nature de la mission de l'institution.....	4
1.1.	Régime juridique de l'établissement	4
1.2.	Personnes accueillies	6
1.3.	Admissions.....	6
1.3.1.	Modalités d'accueil.....	6
1.3.2.	Inscription.....	6
1.3.3.	Admission	6
1.3.4.	Conditions susceptibles d'entraîner une résiliation du contrat de séjour	6
2.	Organisation interne de l'institution.....	7
2.1.	Stationnement.....	7
2.2.	La chambre	7
2.3.	Les lieux à usage collectif.....	8
2.4.	Les lieux à usage professionnel.....	8
2.5.	En cas de travaux effectués par l'établissement dans le cadre de sa politique d'amélioration de ses prestations.....	8
2.6.	Travaux à effectuer en cas de nécessité absolue.....	8
2.6.1.	En cas de circonstances graves.....	8
2.6.2.	En cas de circonstances exceptionnelles	9
2.7.	Les vigilances sanitaires	9
2.8.	En cas de vague de chaleur.....	9
2.9.	La sécurité incendie	9
3.	Fonctionnement interne de l'institution.....	10
3.1.	Les repas.....	10
3.2.	Le linge et son entretien	10
3.3.	Les produits d'hygiène.....	11
3.4.	Prise en charge médicale.....	11
3.4.1.	USLD.....	11
3.4.2.	EHPAD.....	11
3.4.3.	Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)	13
3.4.4.	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)	16
3.4.5.	Les urgences médicales	18
3.4.6.	Circuit du Médicament	18
3.5.	Les équipes pluridisciplinaires - Rôle et missions.....	19
3.5.1.	Infirmier (IDE)	19
3.5.2.	Aide-soignant (AS).....	19
3.5.3.	Agent des services hospitaliers (ASH)	19
3.5.4.	Masseur-kinésithérapeute.....	19
3.5.5.	Ergothérapeute.....	19
3.5.6.	Psychomotricien	20
3.5.7.	Psychologue.....	20
3.5.8.	Diététicienne.....	20
3.5.9.	Assistante sociale.....	20
3.5.10.	Animateur	20
3.6.	Accompagnement soins palliatifs	20

3.7.	Organisation managériale du Pôle de Gériatrie, des EHPAD et de l'USLD	21
3.7.1.	Un management réunifié.....	21
3.8.	Conditions particulières de transfert	21
3.9.	Sécurité des personnes.....	22
3.10.	Sécurité des biens.....	22
3.10.1.	Biens de valeur.....	22
3.11.	Assurance.....	23
4.	Droits et libertés, devoirs et obligations des personnes	24
4.1.	Droits et libertés	24
4.1.1.	Les chartes	24
4.1.2.	Documents institutionnels.....	24
4.1.3.	Règles de confidentialité.....	24
4.1.4.	Accès aux dossiers	24
4.1.5.	Droits civiques et citoyenneté	25
4.1.6.	Liberté d'aller et venir.....	25
4.1.7.	Désignation de la personne de confiance	25
4.1.8.	Conseil de la Vie Sociale en EHPAD.....	26
4.1.9.	Concertation, recours, réclamation et médiation.....	26
4.1.10.	Les visites.....	27
4.1.11.	Favoriser les liens sociaux.....	27
4.2.	Devoirs et obligations	27
4.2.1.	Qualité de vie au quotidien.....	27
4.2.2.	Le respect des règles du statut des agents hospitaliers.....	28
4.2.3.	L'interdiction de fumer	28
4.2.4.	Consommation d'alcool	28
4.2.5.	Autres restrictions.....	28

Le Pôle Gériatrie du Centre hospitalier de Châteaubriant Nozay Pouancé est heureux de vous accueillir au sein de ses EHPAD/USLD.

Le présent document définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement du secteur d'hébergement du CH CNP¹ dans le respect des droits et libertés de chacun.

Le règlement de fonctionnement a été adopté par les Conseils de la Vie Sociale (CVS) :

- ✓ Le 27 juin 2023 pour la CVS de Châteaubriant
- ✓ Le 16 octobre 2023 pour la CVS de Nozay
- ✓ Le 19 octobre 2023 pour la CVS de Pouancé

¹ CH CNP : Centre Hospitalier de Châteaubriant Nozay Pouancé

ARTICLE 1 : NATURE ET FONCTION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le présent document est établi conformément aux dispositions conjointes des trois textes réglementaires suivants :

- L'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles issu de la loi n°2002-02 rénovant l'action Sociale et médico-sociale.
- L'article L.311-7 du Code de l'action sociale et des familles issu de la loi n°2002-02 rénovant l'action Sociale et médico-sociale.
- Le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.
- La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Le règlement a pour but de définir d'une part les droits, les obligations et les devoirs de la personne accueillie et, d'autre part, les règles et les modalités de fonctionnement de l'établissement qui régissent la vie collective.

Le présent document s'adresse aux personnes âgées hébergées ainsi qu'aux professionnels de chaque établissement.

Il participe à la réussite de la mission d'hébergement et d'accompagnement du résident dans les établissements, au même titre que le contrat de séjour, le livret d'accueil, le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale.

ARTICLE 2 : ELABORATION ET REVISION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Il est rédigé par le Directeur du Pôle Gériatrie en collaboration avec son équipe et transmis pour avis au Conseil de la Vie Sociale puis au Conseil de surveillance.

Il est révisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois tous les cinq ans.

ARTICLE 3 : MODALITES DE COMMUNICATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement de fonctionnement est remis à toute personne accueillie dans l'établissement au même titre que le livret d'accueil.

Toutefois, dans le cas de difficultés reconnues comme importantes dans la compréhension de ce document, nos équipes sont à la disposition du résident pour lui en faciliter la compréhension.

Il est transmis, pour information, à toutes les personnes intervenant dans les établissements : les professionnels, les intervenants médicaux et paramédicaux libéraux, les bénévoles.

Le règlement de fonctionnement est disponible, en libre consultation le site intranet et peut être envoyé sur simple demande formulée par écrit.

1. Définition et nature de la mission de l'institution

ARTICLE 4 : LES MISSIONS GENERALES DE L'INSTITUTION

1.1. Régime juridique de l'établissement

Le CH CNP est un établissement public de santé géré par un Conseil de surveillance et son Directeur. Les EHPAD/USLD du Pôle Gériatrie sont répartis sur 3 sites géographiques différents :

Le site de Châteaubriant, comporte 189 places d'hébergement en trois sites :

- La maison de retraite de Béré 48 places,
- La M.A.P.A (maison d'accueil pour personnes âgées) 80 places,
- La résidence du Parc de la Lande 31 places,
- 30 places d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) sur le site du Centre Hospitalier.



Maison de Retraite de Béré



MAPA



Parc de la Lande



USLD

Le site de Nozay comporte 105 places d'hébergement :

- 16 places pour personnes désorientées situées au niveau bleu du bâtiment dénommé le Cèdre (RDC haut),
- 19 places pour personnes dépendantes situées au Cèdre rouge (étage),
- 68 places pour personnes âgées dépendantes réparties sur quatre étages dans le bâtiment dit la Chesnaie.
- 2 places d'hébergement temporaire



Les Cèdres



La Chesnaie

Le site de Pouancé comporte 220 places d'hébergement :

- Site centre-ville : Le Domaine de la Prévalaye 80 places,
- Site de Tressé :
 - Le Domaine des 3 chênes 80 places,
 - Le Domaine du lac 24 places, et 36 places d'USLD (unité de soins de longue durée).



Domaine de la Prévalaye



Domaine des 3 chênes



Domaine du lac

Le secteur EHPAD/USLD relève du code de l'action sociale et des familles, notamment des articles L 312-1 et suivants en ce qui concerne les institutions hébergeant des personnes âgées.

Les services d'hébergement du Centre Hospitalier sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.). A ce titre, l'établissement est conventionné avec les départements de Loire Atlantique et du Maine et Loire.

Les EHPAD/USLD du CH CNP répondent également aux normes d'attribution de l'allocation logement.

1.2. Personnes accueillies

Nos établissements accueillent des personnes âgées seules ou en couple de 60 ans et plus (sauf dérogation) en perte d'autonomie (GIR 1 à GIR 4).

1.3. Admissions

1.3.1. Modalités d'accueil

Les personnes du bassin de vie de Châteaubriant, Pouancé et Nozay sont accueillies en priorité dans les EHPAD/USLD/UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) du CH CNP. Dans la limite des places disponibles, le secteur d'hébergement peut recevoir d'autres personnes. Il accueille des personnes seules ou des couples âgés de plus de 60 ans, sauf dérogation du conseil départemental pour les moins de 60 ans.

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à faire une visite préalable auprès du cadre de santé responsable. Un entretien de pré-admission sera alors réalisé avec le futur résident.

1.3.2. Inscription

Le dossier de pré-admission est à créer sur le site Via Trajectoire par le futur résident ou un membre de sa famille ou le référent tuteur. Il est composé d'une partie administrative et d'une partie médicale.

La complétude du dossier est ensuite vérifiée par un agent administratif en charge des EHPAD. Le volet médical est alors visé par le médecin coordonnateur qui, au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie, de la ou des pathologies et du niveau de soins requis du futur résident, émet un avis favorable ou non à l'admission et oriente vers le service le plus adapté.

Le dossier est ensuite présenté à la Commission d'admission pour avis collégial et validation finale de l'orientation.

1.3.3. Admission

Lorsqu'une place est disponible, le cadre de santé concerné contacte le futur résident ou son représentant. La date d'entrée est alors fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation.

Au moment de l'admission, le cadre de santé remet le livret d'accueil ainsi que le règlement de fonctionnement et 2 contrats de séjour.

1.3.4. Conditions susceptibles d'entraîner une résiliation du contrat de séjour

- Non signature du contrat de séjour sous 15 jours
- Engagement de payer non respecté
- Non transmissions des informations relatives à une prise en charge adaptée du résident lors de l'inscription sur via trajectoire ou lors de la visite de l'EHPAD
 - Antécédents médicaux et psychiatriques
 - Traitements médicaux prescrits avant l'admission
 - Trouble du comportement dont les antécédents de fugue
- Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil : en l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant et le médecin coordonnateur.
- Incompatibilité avec la vie en collectivité

2. Organisation interne de l'institution

ARTICLE 5 : ACCESSIBILITE AUX ETABLISSEMENTS ET CONDITIONS D'ACCES

2.1. Stationnement

Les structures sont accessibles par tout moyen de transport routier : véhicule personnel, taxi, ambulance, véhicule sanitaire léger, etc.

Des parkings existent à proximité de chacune des structures et permettent le stationnement des véhicules des visiteurs.

Il est demandé de ne pas stationner sur les accès réservés aux ambulances et espaces dédiés aux livraisons.

Par ailleurs, l'institution ne saurait être tenue responsable en cas de détérioration ou de vol des véhicules aux abords des établissements.

ARTICLE 6 : AFFECTATION ET UTILISATION DES LOCAUX

2.2. La chambre

Les chambres disponibles peuvent être simples ou doubles (site de Pouancé, USLD Châteaubriant).

Une demande de changement de chambre peut être formulée à tout moment et sera prise en compte dans la mesure du possible.

En outre, il peut être procédé à des changements de chambres ou d'établissements selon l'évolution de l'état de santé de la personne ou pour des raisons liées au bon fonctionnement de l'établissement (travaux, épidémie, canicule...) en ayant, au préalable, informé le résident, la famille ou le représentant légal du résident.

Les résidents ont à leur disposition des lieux d'intimité et des lieux de vie.

Les chambres sont équipées d'éléments mobiliers indispensables (lit, table de chevet, armoire, chaise, table adaptable) et d'une prise de téléphone et antenne télévision. Chaque résident peut installer un téléphone personnel (fixe ou portable), l'abonnement et la surveillance restant à sa charge.

Chaque personne accueillie peut apporter :

- Du mobilier personnel, dans la limite de la place disponible dans la chambre et après accord du cadre du service,
- Son propre téléviseur.

La décoration de la chambre peut être personnalisée par le résident et/ou sa famille dans la limite de la réglementation par rapport au risque incendie

Une clef de la chambre peut être confiée au résident lors de son admission, sauf si des raisons de sécurité et/ou médicale s'y opposent. En cas de perte ou de détérioration de celle-ci, **les frais de remplacement des dispositifs de fermeture sont à la charge du résident.**

Le résident peut également acheter un coffre, en faisant la demande auprès de l'établissement ou de sa propre initiative, après en avoir averti le cadre de santé.

Les travaux de réparations concernant la plomberie et l'électricité sont réalisés par les agents du service technique de l'établissement.

L'entretien de la chambre est assuré par le personnel de l'établissement.

2.3. Les lieux à usage collectif

Les établissements sont des lieux de vie collectifs composés de salons, de salles à manger, d'espaces d'animation, de circulations, de terrasses, de jardins, de lieux de culte, accessibles aux résidents et à leurs proches.

Le ménage et l'entretien de ces espaces sont assurés par l'établissement.

2.4. Les lieux à usage professionnel

D'autres locaux sont exclusivement réservés à l'usage des professionnels et sont interdits aux personnes accueillies sans la présence d'un agent de l'établissement : les cuisines et leurs annexes, les pharmacies, les salles de soins, les bureaux médicaux, les salles de pause du personnel, les vestiaires du personnel, les archives, les locaux techniques et réserves de produits en tout genre.

Ces locaux sont identifiés dans les établissements afin que l'ensemble des usagers puissent respecter leurs droits d'accès.

ARTICLE 7 : ORGANISATIONS SPECIFIQUES EN CAS DE SITUATIONS PARTICULIERES

Les prestations offertes par les établissements peuvent être interrompues momentanément ou perturbées dans leur réalisation.

2.5. En cas de travaux effectués par l'établissement dans le cadre de sa politique d'amélioration de ses prestations

Ces travaux sont habituellement organisés dans un souci permanent d'amélioration des lieux d'intimité et de vie. Ils sont donc organisés selon un calendrier préétabli et permettent de prévoir les mesures nécessaires à l'installation provisoire des personnes concernées par ces travaux.

L'ensemble de ces travaux est transmis pour information et avis au Conseil de la Vie Sociale.

2.6. Travaux à effectuer en cas de nécessité absolue

2.6.1. En cas de circonstances graves

Celles-ci trouvent leur expression dans les cas :

- D'inondations importantes,
- D'incendie,
- D'affaissement de terrain aux conséquences immédiates sur certaines parties de l'établissement,
- De vétusté nécessitant des réparations d'urgence, circonstances qui touchent les lieux d'intimité de la personne accueillie.

2.6.2. En cas de circonstances exceptionnelles

Celles-ci trouvent leur expression dans le cas où l'état de dégradation de chambre ou de lieux d'intimité nécessite, une réfection rapide.

L'ensemble de ces travaux, portés par l'urgence, même si elle n'est pas absolue, est transmis pour information et avis au Conseil de la Vie Sociale. Les personnes âgées concernées seront alors relogées. Si la situation ne permet pas d'attendre le prochain CVS, le président est informé par un des membres de l'équipe d'encadrement du pôle Gériatrie.

ARTICLE 8 : ORGANISATION EN CAS DE SITUATIONS EXCEPTIONNELLES OU PRESENTANT UN CARACTERE D'URGENCE

L'établissement a établi, d'une manière non exhaustive, une liste de situations considérées comme urgentes ou exceptionnelles et devant donner lieu à une réponse circonstanciée, selon des procédures préétablies.

Sont ainsi considérées comme situations d'urgences ou exceptionnelles et font l'objet d'un traitement adapté les événements suivants :

2.7. Les vigilances sanitaires

Les structures d'hébergement mènent une politique de prévention des infections nosocomiales, des toxiinfections alimentaires collectives, du risque de légionellose, des risques liés aux pathologies hivernales et de toutes autres épidémies (Covid, grippe...).

Pour cela, un certain nombre de procédures et de restrictions peut être décidé et mis en place.

2.8. En cas de vague de chaleur

En prévision de lutte contre une éventuelle canicule, des climatiseurs ont été installés dans les différents lieux de vie. Par ailleurs, l'ensemble des établissements est équipé :

- D'au moins une salle climatisée,
- De brumisateurs tenus à la disposition des résidents

Le résident a la possibilité d'apporter un ventilateur personnel, après accord du Cadre de santé pour les chambres doubles.

Des protocoles de prévention et de soins ont été élaborés et sont applicables en cas de forte chaleur dans le cadre du plan bleu (hydratation, ventilation des chambres les plus exposées...).

2.9. La sécurité incendie

Les locaux sont équipés des dispositifs de sécurité appropriés et imposés par la réglementation en vigueur.

Le personnel est régulièrement formé à la sécurité incendie.

3. Fonctionnement interne de l'institution

ARTICLE 9 : RESPECT DES RYTHMES DE LA VIE COLLECTIVE

Des règles de vie sont instituées dans les établissements et les personnes accueillies sont invitées à les respecter.

Toute demande pour y déroger sera soumise au cadre de santé et/ou à la direction pour être acceptée. Pour des raisons de fonctionnement, il est demandé de prévenir en cas d'absence prévue pour l'un des repas et pour toute absence de plus d'une demi-journée (3h00 et plus).

3.1. Les repas

Les repas sont établis par le chef du service restauration du CH CNP, assisté d'une diététicienne dans le cadre du plan alimentaire. Ils sont soumis à l'avis de la commission des menus, composée du directeur ou de son représentant, des cadres des services de soins et de personnels de ces mêmes services. Les menus et toutes autres questions afférentes à l'alimentation peuvent faire l'objet de débats et de propositions au Conseil de la Vie Sociale. Sur prescription médicale, l'établissement est en mesure de fournir des menus adaptés.

En fonction du projet d'accompagnement personnalisé, le petit déjeuner est servi dans les chambres ou en salon, le déjeuner et le dîner sont servis dans la salle à manger. Si l'état de santé du résident le nécessite, ils peuvent être proposés dans la chambre. Un goûter est servi dans l'après-midi.

Dans le cadre de la prise en compte de la durée du jeûne nocturne, une collation peut être proposée à tous les résidents.

Les résidents ont la possibilité d'inviter un ou des membres de leur famille à partager leur repas, en prévenant à l'avance et moyennant le paiement du repas à l'accueil du Centre Hospitalier. Le prix des repas des visiteurs est fixé par le Conseil de surveillance du CH CNP et leur coût reste à la charge des visiteurs.

Par ailleurs, les proches du résident peuvent choisir d'apporter leur repas et ont la possibilité de le faire réchauffer dans le salon des familles.

Les personnes accueillies qui achètent, de l'extérieur, des aliments frais ou déjà préparés, ne peuvent tenir pour responsable l'établissement des désagréments d'un pareil choix.

3.2. Le linge et son entretien

Le linge plat :

Le linge de maison (draps, alèses, taies d'oreillers, serviettes de toilette, gants, serviettes de table), dit « linge plat », est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel :

Un trousseau personnel sera demandé à l'entrée.

Le linge personnel devra être obligatoirement identifié par la lingerie de l'établissement.

Le linge apporté en cours de séjour doit aussi être remis au personnel pour marquage.

L'établissement décline toute responsabilité pour le linge non identifié.

Le linge personnel peut être entretenu par l'établissement à l'exception des vêtements délicats nécessitant un entretien spécifique (nettoyage à sec...) de type Damart, soie, laine, thermolactyl, mohair, angora... L'établissement décline toute responsabilité pour le linge délicat qui serait endommagé lors de son traitement en lingerie.

Les vêtements doivent être renouvelés ou complétés aussi souvent que nécessaire.

Le linge à usage unique : les protections anatomiques jetables sont fournies par l'établissement.

3.3. Les produits d'hygiène

Le résident et/ou sa famille fournissent et doivent renouveler aussi souvent que nécessaire les objets personnels de toilette : brosse à dents, peigne ou brosse à cheveux, rasoir, savon, gel douche, shampooing, qui ne sont pas fournis par l'établissement d'hébergement.

ARTICLE 10 : MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PARAMEDICALE

3.4. Prise en charge médicale

L'objectif prioritaire de tout soin, médical ou infirmier, est de maintenir le plus possible l'autonomie du patient/ résident. Afin de lui assurer les traitements et les soins les plus adaptés à sa situation, une équipe pluridisciplinaire le prend en charge.

3.4.1. USLD

La nouvelle définition des USLD (extrait de la circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée) :

« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie ».

Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé (mission d'accueil et de soins).

La définition de la population concernée ne comporte pas de critères d'âge.

La prise en charge médicale est assurée par les praticiens hospitaliers du pôle de gériatrie sous la responsabilité du chef de service des USLD. Une surveillance médicale régulière est assurée par les praticiens hospitaliers et les infirmiers(ères). En effet, médecins et infirmiers(ères) sont chargés d'organiser et d'assurer une permanence médicale continue et d'assurer le suivi de l'état de santé de chaque patient.

3.4.2. EHPAD

Le résident a le libre choix de son médecin traitant ;

Pour ce qui est de la MAPA et de l'EHPAD de BERE, un médecin hospitalier du Pôle de Gériatrie devient le médecin traitant du résident.

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur a un rôle distinct du médecin traitant (Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles).

Proposition de référentiel d'activités et de compétences : Infirmier en pratique avancée en Gériologie (décembre 2020) issu du groupe de travail IPA SFGG (Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée).

Par délégation, des infirmières en pratiques avancées (IPA) aident à la réalisation des missions du médecin coordonnateur décrites dans les décrets cités ci-dessus sur les sites de Nozay et Pouancé.

- Le projet de soins : le médecin coordonnateur est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile, ..., par délégation l'IPA (cf. proposition de référentiel IPA SFGG /partie 2. Référentiel de compétences p17-18)
- L'organisation de la permanence des soins : le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ; par délégation l'IPA en étroite collaboration avec les médecins de soins (praticien hospitalier, médecin traitant) après signature de conventions (cf. proposition de référentiel IPA SFGG /partie 2. Référentiel de compétences p15-18)
- Les admissions : il donne son avis, dans le cadre de la commission d'admission, sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement grâce à l'élaboration de la grille AGGIR et de la grille PATHOS à partir des renseignements du certificat médical rempli par le médecin traitant ; Il peut être amené à joindre le médecin traitant, tout autre praticien hospitalier des services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) , ainsi que le médecin du conseil départemental en charge de la mise en place de l'Allocation personnalisée d'Autonomie si le patient réside à domicile avant son entrée en EHPAD , par délégation l'IPA (cf. proposition de référentiel IPA SFGG /partie 2. Référentiel de compétences p15-18)
- L'évaluation des soins :
 - Le dossier médical est élaboré par le médecin coordonnateur. Ce dossier contient au minimum des données sur les motifs d'entrée et de sortie, les pathologies, la dépendance, les comptes rendus d'hospitalisation. Ce dossier inclut la grille d'évaluation Pathos ainsi que les échelles d'évaluation gériatriques retrouvées dans Médical Object (MO) Gériatrie (bucco-dentaire, cognitif, comportement)
 - Le dossier de soins infirmiers est élaboré par le cadre de santé ou l'infirmier avec l'aide du médecin coordonnateur. Ce dossier inclut les grilles d'évaluation de la dépendance ;
 - Pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : le médecin coordonnateur et le pharmacien gérant, en étroite collaboration avec les médecins de ville, élaborent une liste type de médicaments pour l'établissement afin d'éviter les effets iatrogènes, c'est à dire les prises de médicaments trop nombreuses qui entraînent une annulation des effets des uns par les autres et peuvent conduire à l'apparition de nouveaux symptômes ;
 - Le rapport d'activité médicale annuel est rédigé par le médecin coordonnateur, avec le concours de l'équipe soignante. Il contient des éléments relatifs à la dépendance, aux pathologies et à l'évaluation des pratiques de soins ;
 - Enfin, en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de

- l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées
- Si le résident a désigné une personne de confiance et ses directives anticipées, il communique à l'établissement le nom et les coordonnées de cette personne.
 - L'information et la formation : le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation à la gérontologie des médecins généralistes et spécialistes, des personnels paramédicaux libéraux ou salariés par l'animation d'infos Flash au moment des transmissions, par délégation l'IPA (cf. proposition de référentiel IPA SFGG /partie 2. Référentiel de compétences p21).

3.4.3. Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)

Arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R. 314-50 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes exerçant une activité de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ou d'unité d'hébergement renforcée.

Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement

L'UHR répond à la mesure 16 du plan Alzheimer. L'unité d'hébergement renforcée, d'une capacité de 14 lits, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu d'hébergement, des soins, des activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles sévères du comportement. C'est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes. Il accueille des personnes venant du domicile, de l'EHPAD, de l'Unité Cognitive Comportementale (UCC) ou d'autres UCC des Pays de la Loire, d'un service de médecine ou SMR du centre hospitalier du CH CNP.

Ces résidents présentent des troubles du comportement productifs ou non productifs mais dont l'intensité présente une altération de la qualité de vie de la personne elle-même ou des résidents avec lesquels elle vit. Les troubles du comportement sont évalués par des échelles spécifiques : Inventaire Neuropsychiatrique réalisé par l'équipe soignante et Echelle de Cohen-Mansfield pour l'agitation.

Le séjour en UHR doit permettre d'apaiser, et de diminuer le retentissement des troubles du comportement sur le travail de l'équipe soignante et la qualité de vie de la personne prise en charge et des autres résidents, d'adapter un traitement qui privilégie les thérapies non médicamenteuses et la diminution des traitements pharmacologiques sédatifs.

L'UHR accueille toute personne âgée de 60 ans ou plus, autonome dans ses déplacements, atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée diagnostiquée au préalable et dont le diagnostic a déjà été annoncé, présentant des troubles du comportement sévère évalués par le NPI-ES :

- Score Fréquence x Gravité supérieur à 7 sur l'échelle NPI-ES pour uniquement les SPC productifs (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, exaltation de l'humeur /euphorie, désinhibition, irritabilité /instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant)
- Score R Retentissement 5, éventuellement 4, lors de 2 évaluations le mois précédent
- Pas de syndrome confusionnel (Haute Autorité de Santé)

La demande d'admission en UHR doit être faite par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD d'origine du résident ou le médecin responsable de l'UCC. Celle-ci comprend un dossier national d'admission en structure d'hébergement et un courrier médical relatant les troubles du comportement observés, leur chronologie ainsi que les scores des échelles d'évaluation de ces troubles (NPI-ES et/ou Cohen-Mansfield). Concernant les résidents provenant des EHPAD du CH CNP, un courrier médical accompagné d'une grille AGGIR actualisée et d'un NPI-ES constituera le dossier d'admission. Les troubles du comportement présentés doivent être chroniques en lien avec l'évolution de la pathologie démentielle. En cas de doute sur un syndrome confusionnel, un bilan médical complet

comprenant un examen clinique, un bilan biologique et éventuellement la réalisation d'un scanner cérébral, doit être réalisé avant l'admission.

Lors d'une admission en UHR, l'adhésion du malade devra être recherchée. Cette admission sera proposée en accord avec la famille ou l'entourage proche et dans le cadre du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé de la personne.

Toute demande d'admission sera évaluée par le médecin responsable de l'unité et le cadre de santé de l'unité, en lien avec le médecin coordonnateur des EHPAD du CH CNP, les IPA ainsi que le chef de Pôle de Gériatrie lors de la commission d'admission.

La durée de séjour à l'UHR est limitée dans le temps, elle pourra osciller entre 3 et 12 mois, et dépend du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé de la personne. La diminution ou disparition des troubles pendant une période suffisamment longue pourra être compatible avec un retour dans la structure d'origine.

Une perte de mobilité pourra être également à l'origine d'une fin de séjour à l'UHR qui doit être dans ce cas rapide.

La décision de sortie sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, en lien avec l'équipe soignante de l'établissement d'origine, le médecin traitant et le médecin coordonnateur, après information et recherche du consentement de la personne malade de sa famille ou de son entourage proche. En cas de situation bloquée, l'assistante sociale pourra être sollicitée.

Un résumé du séjour à l'UHR sera rédigé par le médecin responsable du service lors de la sortie et adressé aux différents intervenants médicaux, ainsi qu'une fiche de transmission détaillée pour l'équipe soignante et le projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé en cours.

Les personnes accueillies à l'UHR sont des personnes âgées, fragiles, poly-pathologiques, leur état de santé peut donc s'aggraver rapidement au cours du séjour à l'UHR et la question de l'accompagnement de fin de vie dans l'unité pourra être soulevée individuellement par une concertation entre les soignants de l'unité, la famille et les soignants du lieu d'hébergement d'origine du résident.

Les critères d'admission et de sortie de l'UHR seront inscrits dans le contrat de séjour de l'EHPAD du CH CNP.

L'accompagnement à l'UHR se compose d'une évaluation médicale régulière hebdomadaire réalisée par le médecin de l'unité. Cette évaluation repose sur l'évaluation des pathologies cognitives et des troubles du comportement (NPI-ES), l'évaluation des comorbidités éventuelles, l'évaluation de l'état nutritionnel, l'évaluation de la douleur, l'évaluation de l'état thymique, l'évaluation des fonctions sensorielles et l'évaluation des traitements médicamenteux.

Cette évaluation peut être réalisée par les Infirmières en Pratique Avancée par conventionnement avec le médecin référent de l'UHR.

En cas de pathologie somatique aigüe, les directives anticipées seront respectées, et l'avis du résident, de sa famille, de l'équipe soignante de l'établissement d'origine et du médecin traitant sera recherché. Le cas échéant, le recours à l'avis d'un psychiatre pourra permettre de diagnostiquer des troubles thymiques parfois difficiles à mettre en évidence (dépression hostile), des troubles de la personnalité, ou des pathologies psychiatriques méconnues.

A l'exception de l'utilisation de lits dits « Alzheimer » pouvant être utilisés en position basse dans un but de prévention des chutes, le non-recours à la contention physique sera privilégié.

Une réunion de synthèse hebdomadaire sera organisée, par ailleurs un temps dédié aux problématiques organisationnelles favorisera l'expression des professionnels.

Le dispositif d'astreinte médicale gériatrique existant sur la MAPA, l'EHPAD de Béré, les SMR et l'USLD permet d'apporter une réponse adaptée lors de la survenue d'une décompensation médicale aiguë. En cas d'absence du médecin responsable de l'UHR, le médecin présent sur site ou le médecin d'astreinte, assure les soins médicaux.

L'UHR propose un accompagnement individualisé s'articulant autour de la mise en œuvre de thérapies non médicamenteuses diurnes et nocturnes qui ont pour objectifs :

- La diminution voire la disparition des troubles du comportement perturbateur,
- La valorisation par maintien et/ou réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activité physique...)
- La valorisation par maintien et/ou réhabilitation des capacités cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage...)
- La mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie...)
- Le maintien du lien social (repas).

Ces indicateurs feront l'objet d'un tableau de suivi d'activité de l'UHR suivant le décret d'application en date du 28 février 2011.

Chaque résident accueilli à l'UHR aura un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé, celui-ci fait l'objet d'une co-construction entre le résident et/ou ses proches. Les objectifs définis et les moyens proposés pour y répondre seront en adéquation avec les possibilités du service. Par le recueil de l'histoire de vie et des habitudes de vie, intégrés dans la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé, le rythme de vie de chaque résident sera respecté. La famille ou le représentant légal du résident sera informé de la prise en soins à l'UHR.

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin en lien avec le personnel soignant. Les informations sont transcrites dans les DPI² afin de signaler les événements et les situations complexes qui pourraient advenir.

Lors des réunions de synthèse, l'équipe soignante tracera dans le dossier de chaque résident :

- L'aggravation ou la diminution du trouble du comportement mis en évidence par le NPI-ES
- La participation aux activités
- L'évolution de l'autonomie
- La diminution de la consommation de psychotropes
- L'évaluation des ateliers thérapeutiques réalisés
- L'apparition ou la complication du séjour par d'éventuelles comorbidités.

Des transmissions journalières seront organisées.

La décision de fin de séjour de l'UHR fera aussi l'objet d'un temps d'échange entre l'équipe soignante de l'UHR et l'équipe soignante de l'établissement d'accueil du résident et répond à des critères définis grâce au NPI-ES.

Les critères de sortie sont : décès, perte d'autonomie motrice (confiné lit/fauteuil), réduction des troubles du comportement (critères NPI-ES sévérité inférieurs à 3) pendant une période continue d'au moins 1 mois, aggravation des troubles du comportement ne permettant plus une prise en charge UHR.

L'UHR se veut avant tout un lieu de vie, ainsi une vigilance accrue sera accordée à l'accueil : accompagnement personnalisé du résident et de ses proches, recueil des habitudes de vie...

L'organisation du travail est adaptée aux besoins des résidents et à ses habitudes de vie : petit déjeuner à la carte, respect des rythmes chrono-biologiques de la personne.

L'accompagnement est personnalisé : chaque résident se verra attribuer un référent qui sera identifié comme tel. Il sera l'interlocuteur privilégié du médecin et de la famille.

² DPI : Dossier Patient Informatisé

En amont et en aval de la prise en charge à l'UHR, les transmissions et échanges d'informations seront facilités.

Le cadre de santé est garant de l'individualisation et de la qualité de la prise en charge du résident. Celle-ci est organisée par le biais du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé, défini pour chaque résident et intégré au dossier du résident.

L'équipe pluri professionnelle est constituée de professionnels qualifiés : IDE, psychomotricien, assistants de soins gériatriques, aides-soignants.

L'ensemble de ces professionnels a reçu une formation spécifique relative à la maladie d'Alzheimer et sur la gestion des troubles du comportement, notamment de la crise aiguë, et des épisodes d'agitation et d'agressivité.

Des temps d'analyse des pratiques professionnelles sont proposés aux agents. Ces espaces de régulation et de réflexion sur les pratiques professionnelles seront animés par un tiers extérieur à l'unité rompu à cette pratique.

3.4.4. Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Arrêté du 28 février 2011 portant application du I de l'article R. 314-50 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée.

Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.

3.4.4.1. Le PASA

Le PASA est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modéré suivant les règles d'admission définies par le NPI-ES. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Ce pôle accueille chaque jour en semaine et, selon les besoins des personnes, 12 résidents de l'EHPAD.

Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier d'un ou plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

Le PASA répond à la mesure 16 du plan Alzheimer déclinant les modalités de mise en œuvre d'une telle unité.

3.4.4.2. Les missions du PASA

La prise en charge au sein de cette unité a pour objectif :

- De valoriser les capacités restantes de la personne âgée,
- De récupérer une certaine autonomie,
- De réduire l'agitation et la déambulation par la participation à des activités adaptées,
- De diminuer la consommation de psychotropes,
- D'améliorer la qualité de vie au sein de la collectivité.

3.4.4.3. Les résidents accueillis

Le pôle d'activités et de soins adaptés accueille des résidents :

- Souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- Provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (inventaire Neuropsychiatrique) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen Mansfield associée.

Une file active sera élaborée. Celle-ci permettra d'organiser les présences de tous les résidents suivant un rythme personnalisé (Nombre de jours par semaine par résident).

3.4.4.4. Les critères d'admission

L'admission répond à plusieurs critères :

- Le consentement du résident (si possible) qui se déplace seul y compris en fauteuil roulant
- L'information de la famille ou du référent familial
- L'évaluation :
 - NPI-ES permettant de définir si le résident est admissible au PASA :
 - ▲ Score F x G supérieur à 3 à au moins un des items de l'échelle NPI-ES
 - ▲ Score R Retentissement 2 à 4
 - ▲ Fréquence : au moins 1 fois par semaine lors du mois précédent
 - Cohen Mansfield associé si besoin
 - Pas de syndrome confusionnel (HAS)
- L'élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé définissant les objectifs de prise en soins dans le PASA validé par les proches et le résident.

3.4.4.5. Les modalités d'admission

Le médecin responsable du suivi du résident en lien avec le médecin coordonnateur, le résident si possible et la famille, décideront de la prise en charge au sein du PASA en fonction du score de l'outil (NPI-ES) et de l'échelle d'agitation Cohen-Mansfield.

Une commission constituée du médecin coordonnateur, du cadre de santé, d'un infirmier du service de l'EHPAD et de l'ergothérapeute validera l'admission au PASA en fonction : du nombre de jours d'accueil, de la périodicité/fréquence, du type d'activités prioritaires et de la durée de la prise en soins au PASA (hebdomadaire, mensuelle...).

3.4.4.6. Evaluation, formalisation du projet personnalisé, prise en charge médicale et paramédicale

La prise en soins est tracée dans le dossier patient informatisé (MO, MO gériatrie) : réduction de l'agitation, réduction de la déambulation, participation aux activités, récupération de l'autonomie, amélioration de la qualité de vie au sein de la collectivité, diminution de la consommation de psychotropes.

Tout résident accueilli au PASA a un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé finalisé.

Les objectifs seront clairement définis et les moyens proposés seront en adéquation avec le PASA.

La fréquence et la durée des journées au PASA seront identifiées.

Le projet sera validé par le résident, son référent familial et l'équipe de soins. La famille sera informée que la prise en soins au PASA ne sera pas définitive, elle dépendra de l'état physique et comportemental du résident.

Le résident accueilli au sein du PASA reste sous la responsabilité médicale du médecin qui le suit dans son service d'hébergement.

En cas de nécessité de faire appel au médecin, la règle des services s'applique au PASA.

La coordination médicale du PASA est sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou des IPA par convention avec le médecin coordonnateur

La responsabilité paramédicale du PASA dépend du cadre de santé de l'EHPAD concerné

L'infirmier du service dont dépend le résident s'assure de la prise des médicaments lors du repas du midi en collaboration avec l'aide-soignant et /ou l'aide médico psychologique du PASA. L'agent du service PASA assure les soins d'hygiène et de confort lors de son passage au PASA. Il s'assure de la continuité des soins et du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé.

Si le résident présente une problématique de santé, l'IDE du service où il réside est sollicité pour évaluer la situation et prendre les décisions nécessaires.

3.4.4.7. Les critères de sortie du PASA

Les critères de sortie sont le décès, la perte d'autonomie motrice, la réduction des troubles du comportement, l'aggravation des troubles du comportement, le refus du résident à tout moment de la prise en soins.

Selon l'évolution de l'état de santé et le comportement du résident, son maintien dans cette structure sera réévalué lors d'une synthèse pluri disciplinaire et un nouveau projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé lui sera proposé.

En cas d'interruption de prise en soins au PASA, la famille sera informée de cette décision qui s'appuiera sur une réévaluation avec l'outil NPI-ES et la formalisation de nouveaux objectifs de vie.

Il en sera de même en cas de sortie définitive.

3.4.4.8. L'évaluation et les indicateurs de suivi

La prise en soin est tracée dans le dossier patient informatisé : réduction de l'agitation, réduction de la déambulation, participation aux activités, récupération de l'autonomie, amélioration de la qualité de vie au sein de la collectivité, diminution de la consommation de psychotropes.

Les activités proposées doivent avoir pour objectifs : le maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles et des capacités cognitives restantes, la mobilisation des fonctions sensorielles, le maintien du lien social du résident.

L'activité du PASA fait l'objet d'un rapport annuel, la file active devra être suivie, le nombre de bénéficiaires du PASA devra être tracé par jour, les activités thérapeutiques proposées au PASA devront faire l'objet d'une évaluation tracée dans MO pour chaque résident, enfin le bénéfice du service rendu devra être évalué par le service d'origine et la famille.

3.4.5. Les urgences médicales

3.4.5.1. Les EHPAD de Châteaubriant

L'astreinte médicale de nuit du fait de la permanence de soins 24h /24h du SMR et de l'USLD Châteaubriant intervient également à la demande des agents de nuit ou de l'infirmière d'astreinte appelée sur place.

3.4.5.2. Les EHPAD de Nozay et de Pouancé

En cas d'urgence l'agent sur place appelle le centre 15 qui assure la régulation médicale 24H/24 h.

3.4.6. Circuit du Médicament

Le CH CNP dispose de sa propre pharmacie dénommée dans les textes « pharmacie à usage intérieur ». Les médicaments sont à la charge de l'établissement.

L'introduction de médicaments, hors prescriptions médicales, est interdite dans toutes les structures d'hébergement.

De fait, les prescriptions extérieures doivent être remises au service pour faire l'objet d'un approvisionnement exclusif auprès de la pharmacie du CH CNP.

La sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD du CH CNP rejoint le niveau de sécurité et de qualité du circuit du médicament sanitaire du fait de son rattachement à une pharmacie à usage intérieure afin de ne pas rompre la continuité du circuit du médicament.

3.5. Les équipes pluridisciplinaires - Rôle et missions

3.5.1. Infirmier (IDE)

- Évaluer l'état de santé des personnes et analyser les situations de soins,
- Concevoir et définir des projets de soins personnalisés,
- Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé et évaluer les soins prodigués,
- Contribuer à l'éducation, à la santé et à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

3.5.2. Aide-soignant (AS)

- Dispenser dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne - Accompagner le résident dans les actes essentiels de la vie quotidienne

3.5.3. Agent des services hospitaliers (ASH)

- Réaliser des opérations de nettoyage,
- Prendre en charge des activités hôtelières (mise en température, distribution des repas, gestion du linge...),
- En collaboration avec l'aide-soignant, participer à l'accompagnement des résidents les moins dépendants.

3.5.4. Masseur-kinésithérapeute

- Évaluer les capacités motrices, sensibles, sensorielles et cognitives et mesurer le niveau de performance et d'autonomie.
- Formuler des objectifs de soins.

3.5.5. Ergothérapeute

- Évaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensibles, sensorielles, cognitives, mentales, psychiques.
- Analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et poser un diagnostic ergothérapeutique.
- Mettre en œuvre les soins et interventions visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale de la personne.

- Préconiser les aides techniques, aides humaines et modifications de l'environnement matériel, afin de favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie.

3.5.6. Psychomotricien

- Poser un diagnostic psychomoteur,
- Accompagner le patient et son entourage dans le cadre du projet thérapeutique.
- Mettre en œuvre des traitements de rééducation psychomotrice et de réadaptation visant à corriger les troubles psychomoteurs.

3.5.7. Psychologue

- Apporter un accompagnement psychologique afin de promouvoir l'autonomie et le bien-être de la personne, et des familles dans le cas des accompagnements de fin de vie.

3.5.8. Diététicienne

- Dispenser de conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, éduquer ou rééduquer au plan nutritionnel des patients et résidents atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, à partir d'un bilan diététique personnalisé.
- Définir, contrôler et évaluer la qualité de l'alimentation servie.
- Développer des activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition.

3.5.9. Assistante sociale

- Accompagner les patients afin d'améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique et culturel.

3.5.10. Animateur

- Développer, organiser des activités d'animation visant à l'épanouissement, la socialisation et l'autonomie des résidents en prenant en compte leur environnement.

Les tenues des personnels sont différenciées par une couleur et la fonction est précisée.

3.6. Accompagnement soins palliatifs

En 2005 était votée la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi dite Léonetti). Cette loi vise à prendre en compte l'ensemble des situations en fin de vie et à proscrire l'obstination déraisonnable. Elle autorise, afin de soulager, l'arrêt des traitements même lorsqu'une telle interruption risque d'abrégier la vie du patient. Elle reconnaît les directives anticipées (dispositions que la personne souhaiterait voir appliquées à la fin de vie), la personne de confiance. La loi Claeys Léonetti de février 2016 reconnaît le droit de ne pas souffrir. Dans ce cadre, le CH CNP offre la possibilité de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs.

3.7. Organisation managériale du Pôle de Gériatrie, des EHPAD et de l'USLD

3.7.1. Un management réunifié

3.7.1.1. Un seul médecin coordonnateur est nommé pour les EHPAD du CH-NP

Un seul médecin coordonnateur sera responsable des EHPAD du CH CNP avec par délégation la nomination de deux Infirmières en Pratique Avancée (IPA) sur les sites de Nozay et Pouancé.

Leurs missions sont redéfinies en lien avec le décret relatif au temps d'exercice et aux missions de médecins coordonnateurs et au regard du fonctionnement spécifique des EHPAD hospitalières.

Suivant le décret n°2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur, son temps requis à compter du 1^{er} janvier 2023 est d'un Equivalent Temps Plein.

Cette délégation est mise en place grâce au décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, (décret avril 2022) et proposition de référentiel d'activités et de compétences : Infirmier en pratique avancée en Gériatrie (décembre 2020) issu du groupe de travail IPA SFG³

3.7.1.2. Intégration d'un management des EHPAD dans le bureau de Pôle de Gériatrie

Le médecin coordonnateur et les Infirmières en Pratique Avancée (IPA) participent :

- au bureau de Pôle de Gériatrie qui a lieu une fois par semaine et qui centralisent de façon hebdomadaires les problématiques à résoudre et les projets en cours.
- au conseil de gestion intégrant les praticiens hospitaliers des EHPAD et des USLD, les médecins traitants ainsi que les cadres des différents EHPAD et USLD.
- au dialogue de gestion car ils sont complètement partie prenante dans le choix et la mise en œuvre d'une gestion médico financière des EHPAD efficaces.
- Ils sont intégrés dans tout ce qui touche la qualité et la sécurité en EHPAD.
- au Conseil de Vie Sociale et à la commission d'admission où ils sont acteurs et responsables de l'admission sur la liste d'attente des résidents qui aboutira à leur admission finale.
- aux instances : CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition), CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur), CME (Commission Médicale d'Etablissement).

3.8. Conditions particulières de transfert

Selon l'évolution de l'état de santé du résident et sur avis médical du chef de service et/ou pour des raisons liées au bon fonctionnement de l'établissement, le directeur peut procéder à des changements de chambres et d'établissements, en ayant, au préalable, informé le résident, la famille ou le représentant légal du résident (cf. Article 6.1).

Dans ce cas, l'établissement s'engage à planifier le transfert et prévoir ses modalités pratiques, dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le consentement du résident est recherché.

³ SFG : Société Française de Gériatrie

ARTICLE 11 : SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

En sus des aspects développés précédemment et qui garantissent aussi la sécurité des personnes, les établissements s'engagent dans la sécurité des personnes et des biens par le biais des actions suivantes :

3.9. Sécurité des personnes

Protection des majeurs

Le Pôle Gériatrie dispose d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs. En lien avec les services de soins, la Direction se réserve le droit de solliciter une mesure de protection juridique pour tout résident dont l'état de santé le justifierait.

Bienveillance et refus de tous les actes de violence

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte d'éventuelle maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle ou financière, de négligence active ou passive qui serait porté à sa connaissance. **Les personnels ont pour devoir de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leur fonction.** Ils sont alors protégés, conformément à la législation en vigueur.

La préservation de la sécurité de tous impose aux résidents et à leurs proches de :

- Ne pas user de violence envers autrui,
- Garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'établissement d'accueil, du personnel administratif, soignant et médical et des autres résidents,
- Ne pas initier de litige avec les autres résidents et les professionnels.

Il est également rappelé que toute agression verbale et/ou physique envers les professionnels de l'établissement à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions est passible de poursuites judiciaires. Dans ce cas, le CH CNP assure la protection juridique des professionnels et peut, dans ce contexte, prendre toute mesure de protection qu'il jugera nécessaire.

Enfin, tout manquement aux règles de bonne conduite énoncées dans le présent document ou infraction à ce règlement pourra entraîner la résiliation du contrat de séjour.

3.10. Sécurité des biens

Le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels, disposer de son patrimoine dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique.

3.10.1. Biens de valeur

Conformément à la législation en vigueur, les biens de valeur peuvent être déposés dans un coffre de la Trésorerie Publique prévu à cet effet après inventaire. Ils seront restitués après un nouvel inventaire lors de la sortie de l'établissement.

Les articles L. 1113-1 à L. 1113-10 et à R. 1113-9 du Code de la santé publique fixent les principes régissant la responsabilité des établissements concernant les objets personnels des résidents.

Lors de son admission, le résident est invité à effectuer auprès de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des résidents peuvent être soit effectués entre les mains du régisseur de recettes, soit à la Trésorerie contre délivrance d'un reçu.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

L'établissement ou ses agents ne sont pas autorisés à gérer les biens des résidents.

Dans le respect de ces dispositions, les personnes hébergées peuvent conserver des objets personnels faisant partie de leur cadre habituel de vie, après accord du cadre de santé.

Lors de l'admission d'un résident, un inventaire contradictoire de tous objets et vêtements de l'intéressé est dressé. Un exemplaire est conservé au dossier.

3.11. Assurance

Il est rappelé que l'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur. Cette assurance n'exonère pas le résident pour les dommages dont il pourrait être la cause. Il est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle dont le résident ou son représentant légal fournit chaque année une attestation à l'établissement.

4. Droits et libertés, devoirs et obligations des personnes

4.1. Droits et libertés

L'accueil et le séjour dans les établissements s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (cf. Livret d'accueil).

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'expriment dans le respect réciproque :

- Des professionnels,
- Des intervenants extérieurs,
- Des autres résidents,
- De leurs proches.

ARTICLE 12 : LIBERTES, DROITS ET CITOYENNETE

4.1.1. Les chartes

Les droits énoncés dans l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles sont relayés auprès des professionnels et des résidents par le biais de chartes (droits et libertés de la personne âgée dépendante, de bienveillance). Elles sont dans le livret d'accueil ou affichées au sein des établissements de manière visible et lisible.

4.1.2. Documents institutionnels

Dès son arrivée, est remis au résident ou à son représentant légal les documents institutionnels, conformément à la loi n°2002-02 (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...). Les documents essentiels à sa vie à l'intérieur de l'établissement sont mis à sa disposition par voie d'affichage.

4.1.3. Règles de confidentialité

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur. En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical selon une procédure définie. A l'occasion de votre séjour nous vous demandons un certain nombre de renseignements qui sont traités par informatique. Les logiciels utilisés ont été déclarés auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui a pour mission de faire respecter la loi. Sauf opposition de votre part, certains renseignements vous concernant, recueillis au cours de votre séjour feront l'objet d'un traitement informatique, administratif, médical ou statistique. En application de la Loi du 6 janvier 1978 (loi informatique et liberté) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur ces éléments.

4.1.4. Accès aux dossiers

Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée auprès du Directeur de l'établissement, à son dossier médical, de soins et administratif (loi du 4 mars 2002). La communication des données peut s'effectuer avec un accompagnement psychologique ou médical approprié si nécessaire.

4.1.5. Droits civiques et citoyenneté

Les résidents sont sollicités par les professionnels pour exercer leurs droits civiques, notamment leur droit de vote. L'établissement organise, dans la mesure du possible, le vote par procuration. Dans chaque établissement, on reconnaît aux résidents sa liberté d'opinion et de culte.

4.1.6. Liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir du résident s'apprécie tant au regard de sa libre circulation à l'intérieur et à l'extérieur de la structure que de la possibilité qui lui est laissée de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement même. Cette liberté fondamentale s'interprète de façon extensive et s'appuie sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité.

La conférence de consensus de novembre 2004 « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité* » a identifié trois raisons pouvant légitimer une limitation :

- Celles qui tiennent à **la sécurité** et visent à **protéger le résident** de lui-même, ou les tiers ; à la condition qu'elles soient justifiées, précisées et connues.
- Celles s'appuyant sur des **raisons médicales ou paramédicales** ; à la condition qu'elles soient expliquées et acceptées par le résident.
- Celles s'appuyant sur une **analyse « bénéfice-risque » motivée**. Toute restriction ne pouvant s'envisager que si le bénéfice retiré est supérieur aux risques éventuels induits.

L'établissement, en s'appuyant sur la conférence de consensus de 2004, apporte une réponse humaine, organisationnelle et architecturale à la nécessité parfois incontournable de restreindre la liberté d'aller et venir.

Les **mesures collectives** adoptées par l'établissement sont :

- La fermeture des locaux la nuit
- La présence de digicode dans certains établissements, permettant de limiter et de sécuriser les déplacements des résidents ayant des troubles cognitifs

Des **mesures individuelles** peuvent être mises en place, en complément des mesures collectives précisées ci-dessus. La mise en œuvre de ces mesures individuelles de restriction de liberté est régie par les principes suivants :

- Elle fait l'objet d'un processus de décision associant le résident ou son représentant ou sa personne de confiance si désignée,
- Toutes les solutions possibles doivent être recherchées et examinées,
- Le choix de la mesure doit être équilibré et celle-ci, proportionnelle à l'état de santé du résident,
- La restriction doit être adaptable dans le temps et l'espace,
- La décision est formalisée dans le cadre d'une prescription (contention par exemple) et d'une annexe au contrat de séjour, co-signée et révisée périodiquement.

4.1.7. Désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou son médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne et son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment et il est possible de désigner une nouvelle personne de confiance, le cas échéant.

Si le résident le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est facultative. Elle est valable le temps de l'hébergement.

ARTICLE 13 : PARTICIPATION ET EXPRESSION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

4.1.8. Conseil de la Vie Sociale en EHPAD

Il existe, conformément à l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et de la famille, un Conseil de la Vie Sociale sur chaque site, instance d'expression des résidents, des familles, du personnel et de l'organisme gestionnaire.

Il s'agit d'un organe consultatif compétent pour toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Il peut ainsi être amené à se prononcer sur :

- Le règlement de fonctionnement en particulier en ce qui concerne l'organisation de la vie quotidienne de l'établissement et des résidents,
- Les activités et animations proposées,
- L'ensemble des projets de travaux et d'équipements,
- L'affectation des locaux collectifs.

Il est composé de représentants élus ou désignés pour un à trois ans :

- Des résidents
- Des familles
- Des personnels
- De l'organisme gestionnaire.

Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents et des familles par voie d'affichage dans les unités. Le Conseil de la Vie Sociale se réunit régulièrement sur convocation de son président.

4.1.9. Concertation, recours, réclamation et médiation

L'établissement est engagé dans une démarche qualité en lien avec les procédures d'évaluation interne et externe et de la certification menées au CH CNP.

La Direction se tient à la disposition de tous (résidents, familles, proches, professionnels) pour entendre toute remarque portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Toute déclaration d'incident, qu'elle soit formulée par écrit ou au cours d'un rendez-vous, sera examinée et traitée.

Le résident ou son représentant légal peut bénéficier de l'aide d'une personne qualifiée dans le cadre d'un litige.

Les cadres de santé des établissements se tiennent à la disposition des résidents et/ou des familles pour toutes remarques ou suggestions quant au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement ou relatives à leur prise en charge ou à celle de leur parent.

Pour les réclamations et/ou suggestions, il est recommandé, de déposer la fiche réclamation dans la boîte prévue à cet effet au sein de la structure ou d'adresser un courrier à :

Direction de la Qualité et de la relation avec les usagers
Monsieur Le Directeur
9 rue de Verdun
44110 CHATEAUBRIANT

Les réclamations et suggestions peuvent aussi être formulées lors du Conseil de la Vie Sociale par l'intermédiaire des représentants élus.

ARTICLE 14 : RELATION AVEC LES FAMILLES ET L'ENTOURAGE

4.1.10. Les visites

Dans les services d'EHPAD et d'USLD, **les horaires de visites** sont libres, dans le respect de l'organisation des activités.

Exception faite pour les secteurs spécifiques **pour l'UHR les mardis, jeudis, samedis de 14h à 17h.**

Par ailleurs, pour pallier certaines situations (pandémie grippale, épidémie de gastro-entérite), **des restrictions de visites peuvent être imposées.**

4.1.11. Favoriser les liens sociaux

La présence de la famille et des amis contribue au bien-être du résident et à la qualité de son séjour. Pendant toute la durée de celui-ci, les échanges d'informations et la concertation entre la famille et l'établissement doivent être maintenus, y compris pendant les éventuelles périodes d'hospitalisation.

Les visites sont bienvenues. L'implication de la famille est déterminante dans l'adaptation des résidents à la vie collective. Dans l'intérêt des résidents, il est souhaitable que l'équipe soignante soit informée de toute visite ou démarchage à visée professionnelle ou commerciale. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association.

Les familles devront impérativement respecter le travail de l'ensemble des professionnels, notamment la mise en œuvre des prescriptions médicales et des procédures relatives aux bonnes pratiques professionnelles.

4.2. Devoirs et obligations

ARTICLE 15 : REGLES ESSENTIELLES DE LA VIE EN COLLECTIVITE ET COMPORTEMENT CIVIL

4.2.1. Qualité de vie au quotidien

Le respect des décisions de prise en charge, des termes du contrat de séjour et du présent règlement ainsi que l'adoption d'un comportement civil et citoyen à l'égard des autres résidents et du personnel constituent la base indispensable à la bonne réalisation des prestations.

Afin de préserver les libertés et la quiétude de chacun il est demandé à tous :

- De porter une tenue vestimentaire correcte,
- D'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision ; le port d'un casque d'écoute est recommandé en cas de difficultés auditives,
- D'atténuer bruits et lumières après le repas du soir,
- De respecter le matériel et le mobilier. La réparation des dommages et dégradations sera à la charge de l'auteur des dégâts. Il est nécessaire de souscrire à une assurance responsabilité civile vie privée avec clause télévision,
- De veiller à une bonne fermeture des robinets, des fenêtres et à éteindre les lumières non indispensables,
- D'avoir une hygiène corporelle satisfaisante pour soi-même et pour les autres,
- De ne pas conserver de denrées alimentaires périssables sauf sur autorisation du cadre de santé de l'établissement,
- De ne pas donner accès aux journalistes, photographes, représentants et démarcheurs sans autorisation préalable de la direction du pôle personnes âgées.

4.2.2. Le respect des règles du statut des agents hospitaliers

En aucun cas le personnel, conformément aux statuts de la fonction publique hospitalière, ne peut accepter de somme d'argent de la part d'un résident et/ou de sa famille.

4.2.3. L'interdiction de fumer

Pour des raisons de sécurité collective, les EHPAD et USLD du CH CNP sont contraints d'imposer une interdiction de fumer dans les chambres et les lieux communs de chaque établissement y compris la cigarette électronique.

4.2.4. Consommation d'alcool

Tout abus de boissons alcoolisées est dangereux pour la santé et peut entraîner des troubles du comportement pouvant provoquer des perturbations dans la vie collective et des atteintes aux droits des autres résidents. De ce fait, la consommation de boissons alcoolisées doit être limitée.

4.2.5. Autres restrictions

Il est rappelé qu'il est interdit :

- De détenir des armes,
- D'utiliser des appareils à carburant liquide, solide ou gazeux,
- D'utiliser des bougies,
- De modifier les installations électriques existantes,
- D'utiliser les escaliers de secours en temps normal,
- D'utiliser des couvertures électriques.

ARTICLE 16 : CONDITIONS PARTICULIERES EN CAS D'ACCUEIL D'UN ANIMAL DE COMPAGNIE

Les animaux sont admis dans les établissements, sous les conditions suivantes :

- Avoir obtenu l'accord préalable de la Direction,
- Le résident est en capacité de s'occuper des besoins de son animal (nourriture, besoins, soins...),
- L'animal n'induit pas de nuisance pour les autres résidents,
- L'animal est à jour de ses vaccins,

- L'ensemble des coûts induits par l'animal sont à la charge du résident propriétaire (nourriture, frais de vétérinaire, médicaments, litière, accessoires,).

En outre, la visite des animaux est acceptée si ces derniers ne sont pas source de nuisance pour les autres résidents. Il est également rappelé que sauf exception et accord préalable de la cadre de santé **l'accès aux salles à manger leur est strictement interdit** et qu'ils doivent être tenus en laisse (chiens) ou transportés dans une boîte prévue à cet effet. La famille ou le représentant légal du résident s'engage à récupérer l'animal de compagnie lors du départ du résident ou si son état de santé ne lui permet plus d'en prendre soin.



CENTRE HOSPITALIER

CHÂTEAUBRIANT
NOZAY - POUANCÉ

SIÈGE SOCIAL :

RUE DE VERDUN BP 229
44146 CHATEAUBRIANT CEDEX

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

TEL: 02.40.55.88.88

COURRIEL :

direction@ch-cnp.fr