

EHPAD Foyer Vert Bocage

PROJET D'ETABLISSEMENT 2012-2016

LIVRET I : Document « Projet d'établissement »



EHPAD Foyer Vert Bocage

20 rue du Garay

43700 BRIVES CHARENSAC

Tél. : 04 71 04 80 80

Fax : 04 71 05 54 73

Email : mr.vertbocage@wanadoo.fr

Sommaire

Table des abréviations.....	4
Préambule	6
Partie I : Présentation de l'établissement et analyse de l'existant.....	8
Présentation de l'établissement	8
Préalable et attributions de l'établissement.....	8
Missions.....	8
Situation géographique	9
Historique	9
Régime juridique	9
Fonctionnement	10
Financement.....	10
Les fondements du projet	10
Analyse de l'existant.....	12
Activité.....	12
Les personnels	14
Bilan financier.....	14
Evaluation interne	15
Méthode d'élaboration du projet d'établissement	17
Les visées du projet d'établissement	17
Les axes opérationnels	18
Les axes stratégiques.....	18
Déclinaison des axes de progrès en plans d'actions	18
Partie II : Le projet opérationnel	21
Axe 1 : promotion du respect de l'Autre (respect et devoirs réciproques des différents acteurs : résidents/ familles/ professionnels)	21
La connaissance des droits du résident.....	21
Les droits du résident impliquent également des devoirs	21
La personnalisation des prestations.....	21
L'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé	22
La contractualisation de prestations, les modalités d'actualisation du PAP : l'avenant annuel au Contrat de séjour.....	22
Le rôle du CVS et l'implication des résidents dans la recherche de l'amélioration continue de la qualité de vie dans l'établissement.....	23
Axe 2 : amélioration et structuration de la vie sociale et de l'animation	23
Brainstorming sur l'animation et la vie dans l'établissement	23
Définition	23
Les visées	24
L'existant	24
Les moyens à mettre en œuvre.....	24
Axe 3 : Prise en charge soignante et prise en charge médicale	26
Les valeurs	26

Philosophie du Soin	27
Analyse de l'existant.....	27
Continuité des soins	27
Les outils du soin	27
Le DSI	27
Les protocoles.....	28
Les fiches de liaisons	28
Le Dossier Médical.....	28
La signature numérique des soins.....	28
Les relèves	28
Les visées du projet de soins	29
Axe 4 : poursuite de l'amélioration des fonctions logistiques et de la sécurité.....	29
Restauration	29
Lingerie Buanderie.....	30
Sécurité incendie	30
Hygiène des locaux / Sécurité des personnes et des biens (hors incendie) / maintenance	30
Axe 5 : amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement	31
Axe 6: GRH	31
Clarifier les responsabilités rôles et missions au niveau de l'encadrement.....	31
Poursuivre l'amélioration de la GRH	32
Partie III : le projet stratégique ou les orientations d'avenir	33
Axe 7 : structuration de la prise en charge du résident et développement de la démarche Qualité. ..	33
La structuration de la prise en charge du résident	33
Le développement de la démarche qualité.....	34
Axe 8 : adaptation des locaux et équipements	345
Adapter les bâtiments existants.....	335
Adapter les équipements existants.....	345
Penser les orientations d'avenir pour l'établissement.....	335
Conclusion au projet d'établissement.....	36

Table des abréviations

AES : Accident d'exposition au sang
AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AM : Auxiliaire médical
AMP : Aide médico-psychologique
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AS : Aide-soignant
ASH : Agent des services hospitaliers
BP : Budget prévisionnel
BPP : Bonnes pratiques professionnelles
CA : Conseil d'administration
CAT : Conduite à tenir
CDS : Cadre de santé
CH : Centre hospitalier
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CR : Compte-rendu
CS : Contrat de séjour
CTE : Comité technique d'établissement
CVS : Conseil de la vie sociale
DAR : Données Actions Résultats
DARI : Document d'analyse du risque infectieux
DASRI : Déchet d'activités de soins à risque infectieux
DCSPP : Direction de la cohésion sociale et de la protection des populations
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIPEC : Document individuel de prise en charge
DLU : Dossier de liaison d'urgence
DM : Dossier médical
DPU : Dossier patient unique
DSI : Dossier de soins informatisé
DUPRP : Document unique de prévention des risques professionnels
EHPAD : Etablissement D'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI : Evénement indésirable
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs
ESMS : Etablissement social et médico-social
FEI : Fiche d'événement indésirable
GIR : Groupe iso-ressources
GMP : GIR moyen pondéré
GRH : Gestion des ressources humaines
HACCP : Hazard analysis critical control point (= analyse des dangers – point critique pour leur maîtrise)
IAS : Infection liée à l'activité de soins
IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IMC : Indice de masse corporelle

LA : Livret d'accueil

OPAC : Office public d'aménagement et de construction

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé

PATHOS : (en grec = souffrance) outil permettant d'évaluer les soins techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées

PMP : PATHOS moyen pondéré

PPI : Plan pluriannuel d'investissement

PV : Procès-verbal

RABC : Risk analysis biocontamination control (= analyse des risques et contrôle de biocontamination)

RC : Responsabilité civile

R de F : Règlement de fonctionnement

RESOPAD : Réseau de soins palliatifs à domicile

RI : Règlement intérieur

SAM : Salle à manger

SDA : Sélection directe à l'arrivée

SSIAP : Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes

VSL : Véhicule sanitaire léger

Préambule

Un projet d'établissement présenté en trois livrets

Depuis le début de sa création, dans les années 90 puis 2000, le Foyer Vert Bocage a par deux fois travaillé sur le projet d'établissement mais il n'a jamais été achevé.

Elaboré par une équipe pluridisciplinaire avec le souhait de produire un outil de pilotage simple et concret, il s'inscrit dans le droit fil de la recommandation « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* » de l'ANESM de mai 2010.

Ce projet d'établissement 2012 2016 est présenté en trois livrets :

- livret I : document projet ;
- livret II : les plans d'actions ;
- livret III : les annexes.

Ce livret I comprend trois parties :

- partie I : présentation de l'établissement et analyse de l'existant ;
- partie II : le projet opérationnel ;
- partie III : le projet stratégique.

Un projet d'établissement dont le « socle » repose sur « une volonté partagée d'écoute et de respect mutuels entre les résidents, les familles et les professionnels.

Le projet d'établissement 2012 2016 de l'EHPAD Vert Bocage s'articule autour du respect de la personne âgée et de ses droits, mais aussi et surtout, il entend s'ancrer, s'étayer sur la reconnaissance de l'altérité et développer le principe du respect de l'« Autre » (résident / famille / professionnel).

C'est ce « fil rouge » qui a guidé les groupes de travail, les responsables et l'équipe de direction, tout au long de la rédaction de ce projet d'établissement et que les membres du CVS, CTE et du CA ont approuvé. Ils tiennent donc à réaffirmer dans ce préambule, l'importance qu'ils attachent à cette philosophie de l'accompagnement de la personne âgée dépendante.

Le respect d'autrui est l'un des premiers principes de la vie en société. L'établissement est une société réduite au sein de la Société. Nous respectons l'autre parce que nous reconnaissons qu'il est un autre nous-même ; un égal, en dépit du fait des accidents de la vie, des incapacités et des pertes d'autonomie dues au vieillissement. Respecter autrui, c'est accepter que l'Autre est sujet de droit. Libre et responsable, l'Autre est le sujet de ses actes et de ses décisions. Même si l'Autre ne peut être reconnu comme pleinement conscient et responsable, le respect de l'Autre doit prévaloir, dans la recherche du respect de la dignité.

Le respect vient de l'esprit seul et se distingue du sentiment lié à l'affection, à la position sociale, ou au statut de résident, famille ou professionnel. Il est inspiré par la dignité morale que « mon esprit » reconnaît à la personne humaine.

"Agis de telle façon que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans celle d'autrui, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen." (Emmanuel KANT)

Cette reconnaissance de l'altérité repose sur des principes éthiques qui seront développés plus loin, mais également sur l'affirmation de l'aspect contractuel de l'accompagnement du résident, avec les

engagements réciproques qui s'en suivent en terme de droits et devoirs réciproques, mais également en terme de respect de la dignité de l'Autre (résident / famille / professionnel).

La traduction concrète de cette reconnaissance de l'altérité suppose :

- le respect des droits fondamentaux de la personne (droit des résidents et des familles) ;
- le droit au respect par le résident et sa famille envers le(s) professionnel(s) ;
- la prise en compte de la parole, des souhaits, mais aussi des limites, des moyens de l'autre comme être humain... et de ceux de l'établissement ;
- la reconnaissance mutuelle entre professionnels (travail, compétences, rôle, missions et responsabilités).

Cette posture permet d'énoncer les fondamentaux suivants qui forment le socle des pratiques bientraitantes de l'établissement:

- l'accompagnement s'enracine dans des principes qui ne relèvent pas uniquement de la pratique professionnelle proprement dite, mais des questionnements éthiques qui habitent et traversent cette pratique ;
- l'accompagnement ne peut se concevoir que dans une constante quête de sens et la culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité ;
- cette reconnaissance de l'Autre repose sur la conviction que quel que soit son rôle dans l'établissement (résident / famille / professionnel), ce dernier est avant tout une personne dont la capacité de développement et la dignité doivent recevoir les moyens de s'épanouir pleinement au sein de l'EHPAD VERT BOCAGE.

Partie I : Présentation de l'établissement et analyse de l'existant

Présentation de l'établissement

Préalable et attributions de l'établissement

L'EHPAD VERT BOCAGE, se veut un lieu de vie¹

- où, dans les limites de l'organisation d'une collectivité et des moyens humains et techniques, les rythmes, les habitudes, les goûts et les choix de chacun sont pris en compte ;
- où chacun peut continuer à s'épanouir en fonction de ses aspirations ;
- où les liens avec la famille, les amis sont préservés ;
- où l'ouverture aux autres et au monde est privilégiée.

L'établissement « Foyer Vert Bocage » a pour mission d'accueillir des personnes âgées dont le niveau de dépendance est compatible avec les moyens humains, techniques dont elle dispose. Les résidents doivent être reconnus aptes à la vie en collectivité dans une structure ouverte. L'établissement aide et oriente les personnes qui n'ont plus cette aptitude, à trouver un autre lieu d'accueil. L'accueil est fonction des possibilités de la structure au moment de la demande et de l'urgence de la situation, sans priorité d'antériorité d'une demande sur une autre.

Missions

L'établissement se donne pour mission de préserver l'autonomie des personnes accueillies. Le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement. Il essaie de prendre toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer aux personnes âgées et de « faire à leur place ». Il contribue au maintien de la vie sociale.

En prenant en compte le désir de la personne, les professionnels recherchent le juste équilibre entre la stimulation, les risques calculés indissociables de la liberté et les pratiques induisant ou produisant la dépendance (maintien au fauteuil, barrières, ceintures...). Le plus souvent, une concertation avec la personne âgée et sa famille est organisée pour déterminer collectivement cet équilibre.

L'établissement veut permettre aux résidents de maintenir ou de reconstruire des liens sociaux à l'intérieur et à l'extérieur de ses murs.

L'établissement reconnaît la place spécifique de la famille pour chaque résident et favorise le maintien et la préservation des liens familiaux.

L'établissement souhaite également se donner pour mission de soigner et accompagner les résidents jusqu'au terme de leur vie, en étant capable de leur apporter les soins que nécessite leur état, dans la limite du cadre réglementaire et des effectifs autorisés, définis dans la convention tripartite signée avec la Direction de la Vie sociale et l'Agence régionale de Santé Auvergne (ex DDASS), mais en accordant une attention particulière aux soins de confort et à la prise en charge de la douleur. Cela se traduit par :

- des soins préventifs ;
- des soins curatifs lorsque c'est possible ;

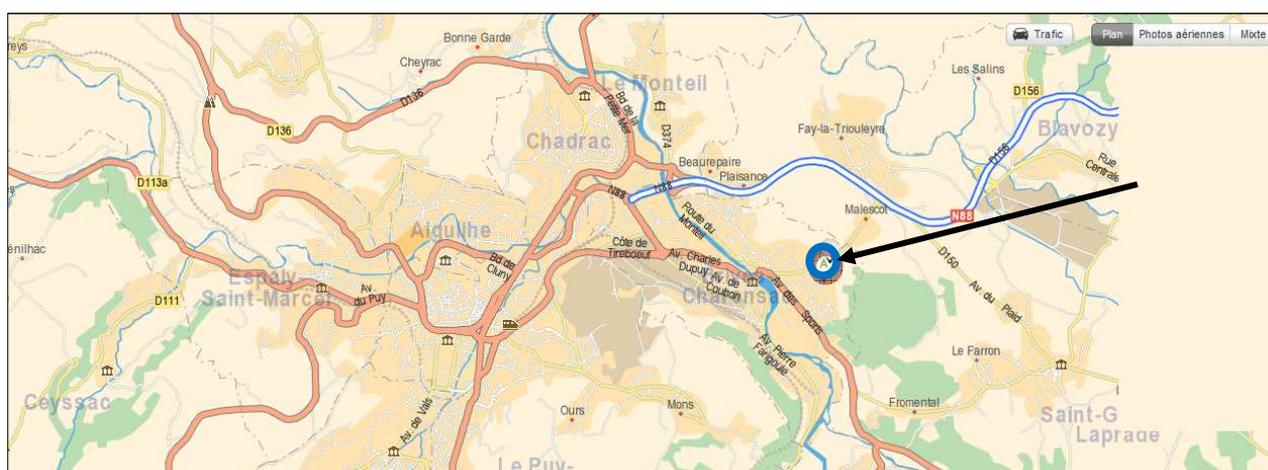
¹ Extrait du Livret d'accueil de l'EHPAD Vert Bocage

- des soins de rééducation afin de préserver les capacités des personnes ;
- des soins palliatifs en mettant plus particulièrement l'accent sur la lutte contre la douleur et les soins de confort selon les prescriptions du médecin traitant. Ces soins doivent être envisagés en évitant les deux écueils d'un éventuel « excès ou abandon » de soin.

Le consentement éclairé de chaque personne est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement, et en veillant à sa compréhension.

Situation géographique

Le Foyer Vert Bocage est situé sur la commune de Brives-Charensac, commune semi-urbaine dans le département de la Haute-Loire comptant 4500 habitants. Il se trouve dans un quartier résidentiel, sur un coteau surplombant la Loire, offrant un beau panorama sur le bassin du Puy-en-Velay. Il est composé de 4 niveaux desservis par deux ascenseurs.



Historique

Un foyer-logement est créé le 16 octobre 1971 par la commune de Brives-Charensac. Soixante-seize studios permettent de répondre à la demande d'une population vieillissante.

En 1984, le projet de médicalisation aboutit à la création d'une section de cure de 25 lits. L'établissement jusque-là géré par le bureau d'aide sociale de la mairie Brives-Charensac devient, en mai 1993, un établissement public autonome. Cette évolution progressive, ainsi que la loi du 24 janvier 1997, donnent au « Foyer Vert Bocage » le statut d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Suite à la loi du 24 janvier 1997, l'établissement signe sa première convention tripartite en 2004 avec le Conseil Général et la DDASS et devient ainsi EHPAD. Une seconde convention est signée en 2010 avec l'option tarif global de soins.

Régime juridique

Le Foyer Vert Bocage est un établissement public autonome, avec une capacité de 87 lits en hébergement permanent. Le conseil d'administration, présidé par le maire de la commune de Brives-Charensac,

comprend douze membres dont deux représentants des résidents. Quant au Conseil à la Vie Sociale, organe consultatif, il associe les résidents et les familles qui émettent des avis sur les décisions concernant le fonctionnement, l'organisation et la vie quotidienne de l'établissement.

La directrice est nommée par le ministère de la santé. Elle est chargée d'exécuter les décisions du conseil d'administration et d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement. Elle est ordonnateur et nomme le personnel qui relève de la fonction publique hospitalière.

Fonctionnement

La maison de retraite se situe sur un site unique appartenant à l'Office Public d'Aménagement et de Construction de la Haute-Loire. Le nombre de chambres doubles s'élève à 11 contre 65 chambres particulières (**soit un taux de chambres doubles de 16,9 %, ce qui est nettement supérieur aux modalités prescrites par le décret d'Avril 1999 mentionnant un taux de 10 % maximum**).

Le nombre de personnels présents au 31 décembre 2011 est de 71 personnes à temps plein et à temps partiel, dont 66 femmes et 5 hommes fonctionnaires hospitaliers ou contractuels pour 53.50 Equivalents Temps Plein inscrits dans la dernière convention tripartite.

Financement

Les tarifs hébergement et dépendance sont fixés annuellement par le Conseil Général de la Haute-Loire. Le Foyer Vert Bocage est habilité à accueillir les bénéficiaires de l'aide sociale. L'établissement relève également du contrôle et de l'autorité du directeur général de l'ARS.

Les fondements du projet

L'éthique et les valeurs

En s'appuyant sur les aspects réglementaires comme la Loi 2002-2, la Charte de la personne âgée, la loi Léonetti, les recommandations de l'ANESM, l'établissement s'est engagé dans une démarche éthique consolidée par des formations qui s'y rattachent (exemples : soins palliatifs, bientraitance, toucher détente).

Lorsque les bonnes pratiques professionnelles, les déontologies professionnelles et les lois atteignent leurs limites pour apporter les réponses adéquates à certaines situations, la tenue d'une réunion éthique comprenant les professionnels concernés et si besoin des acteurs externes est possible et donne lieu systématiquement à la rédaction d'un compte rendu.

Par ailleurs, l'établissement a signé une convention avec Résopad (Réseau de Soins palliatifs d'accompagnement médico-psycho-social à domicile). Le principe repose sur la formation des personnels et la possibilité de recourir aux conseils d'un professionnel du réseau si nécessaire dans l'accompagnement d'un résident en fin de vie ou en soutien à l'équipe. Chaque année, un groupe de professionnels AS – IDE – ASH, de jour et de nuit, est formé à cette approche, centrée sur la personne en fin de vie.

Une IDE, ayant suivi la formation, est référente des soins palliatifs et de la douleur. Elle veille à ce que la prise en charge soit la meilleure possible.

Un consensus pour assurer la qualité de vie et de soins à la personne en fin de vie est recherché entre le résident, la famille, le médecin traitant, le médecin coordonnateur, l'équipe soignante et la psychologue (si le poste est pourvu).

L'exercice des droits et devoirs dans l'établissement pour chaque acteur

Evoquée dans le préambule, la notion de droits impliquant celle de devoirs, l'établissement veille à ce qu'une réciprocité dans ce domaine s'exerce au niveau de l'ensemble des acteurs (personnels, résidents, intervenants externes, bénévoles, familles...).

Les termes « connaissance des droits du résident », « contractualisation de prestations personnalisées », « reconnaissance du travail du personnel » sont complémentaires et indissociables dans le travail d'accompagnement du résident que poursuivent les équipes de l'établissement tant au plan médical, soignant, social, logistique, administratif.

La réalisation du projet d'accompagnement personnalisé repose sur l'exercice plein et entier des droits du résident, élément que le groupe de travail a souhaité rappeler :

Droits et libertés

- *Respecter la dignité et l'intimité de la personne*
- *Respecter le secret professionnel*
- *Offrir la possibilité de personnalisation des locaux privés*
- *Permettre la pratique du culte de son choix*
- *Informers des possibilités d'aides administratives offertes par l'établissement*
- *Informers les résidents des différents moyens de communication (téléphone, courrier...) et adapter leur utilisation*
- *Informers les résidents des possibilités de réclamation,*
- *Favoriser le droit d'expression (CVS, registre de plaintes)*
 - *Garantir pour chacun la liberté de :*
 - *Disposer de ses biens*
 - *Aller et venir*
 - *Exprimer ses choix*
 - *Exercer son droit de vote...*

Lors de l'élaboration du projet d'établissement, la question des valeurs a été abordée et les points suivants sont réaffirmés dans le présent projet :

- le respect de la personne âgée ;
- l'écoute ;
- la tolérance ;
- la sécurité ;
- la liberté ;
- la solidarité ;
- la discrétion.

Ce sont ces valeurs qui guident l'action des professionnels.

Analyse de l'existant

Activité

Les données relatives à l'activité mettent en évidence des évolutions significatives au niveau des durées de séjour, des états de dépendance et de pathologies... Les données essentielles concernant la population accueillie, l'activité et les ressources de l'établissement sont résumées dans les paragraphes suivants et dans l'annexe n° I.

Nombre de journées réalisé

L'établissement a réalisé 31405² journées en 2011 dont les hospitalisations et les vacances. Le nombre de journées prévu étant de 30644, l'établissement a réalisé 761 journées supplémentaires.

Temps moyen de présence

Le tableau suivant concernant la durée moyenne de séjour montre que celle-ci est à peine de 2 ans sur l'année 2011 et tend manifestement à baisser considérablement ; les résidents entrent en établissement, âgés (au 15 novembre 2012, l'âge moyen des résidents entrés en 2012 est de 88 ans), avec des pathologies graves, motifs de l'accueil et n'y séjournent pas longtemps.

Année	2011	2010	2009	2008
Temps de présence exprimé en années	1,95	4,46	4,22	4,23

Sorties 2011

Le nombre de décès est en augmentation, en lien avec l'état pathologique - motif de l'accueil, ce qui induit presque autant d'accompagnement à la fin de vie.

Retour à domicile	4
Autres établissements	6
Décès	18

² Les journées facturées correspondent aux journées de présence, aux réservations et préavis de départ, à un rappel de 100 journées de l'année 2010 facturées en 2011 (décision aide sociale).

Caractéristiques de la population

- Age moyen

Au 15 novembre 2012, 87 résidents présents :

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
50 – 59 ans	0	0	0
60 – 64 ans	2	0	2
65 – 69 ans	2	0	2
70 – 74 ans	1	1	2
75 – 79 ans	5	6	11
80 – 84 ans	6	5	11
85 – 89 ans	4	22	26
90 – 94 ans	5	19	24
95 – 99 ans	1	7	8
100 ans et +	0	2	2
Total	26	61	87
Age moyen	81 ans	89 ans	87 ans

- Nombre entrées / sorties

	2009		2010		2011	
	NBRE ENTREES	NBRE SORTIES	NBRE ENTREES	NBRE SORTIES	NBRE ENTREES	NBRE SORTIES
1ER TRIM	1	3	10	9	15	14
2EME TRIM	9	11	2	3	8	6
3EME TRIM	8	5	13	12	5	5
4EME TRIM	1	3	10	11	2	3
TOTAL	19	22	35	35	30	28

Les flux d'entrée et sortie se sont élevés depuis 2009 (données en lien avec le tableau précédent sur le temps moyen de présence).

- Niveau de dépendance GMP

Le GMP a été évalué à 648,14 validé par l'équipe départementale en octobre 2012.

- Niveau de technicité des soins PMP

Le dernier PMP validé en décembre 2009 est de 171.

Les personnels

L'effectif global autorisé est de 53,50 et le ratio d'encadrement est de : 0,61. Le tableau suivant en donne la répartition (selon convention tripartite) :

Section budgétaire : Hébergement	ETP
Direction - administration	3.50
Cuisine – entretien / maintenance	6.80
Animation – Service social	1.00
ASH – Agent de service affecté au blanchissage, nettoyage et service des repas	13.02
TOTAL HEBERGEMENT	24.32
Section budgétaire : Dépendance	
ASH – Agent de service affecté au blanchissage, nettoyage et service des repas	5.58
Aide-Soignant – AMP	3.96
Psychologue	0.15
TOTAL DEPENDANCE	9.69
Section budgétaire : Soin	
Aide-Soignant – AMP	9.24
Infirmier	8.10
Autres auxiliaires médicaux (psychomotricien) - cadre de santé	1.5
Préparateurs en pharmacie	0,20
Médecin coordonnateur	0.45
TOTAL SOIN	19.49
TOTAL TOUTES SECTIONS	53.50
Ratio d'encadrement pour 87 résidents	0.61

Au niveau des formations, du fait des évolutions mises en relief plus haut, l'accent a été mis (entre autres) sur les soins palliatifs, la bientraitance, le massage relationnel et la qualité des repas et du service à table.

Bilan financier

L'analyse financière³ montre les capacités d'investissement de l'établissement :

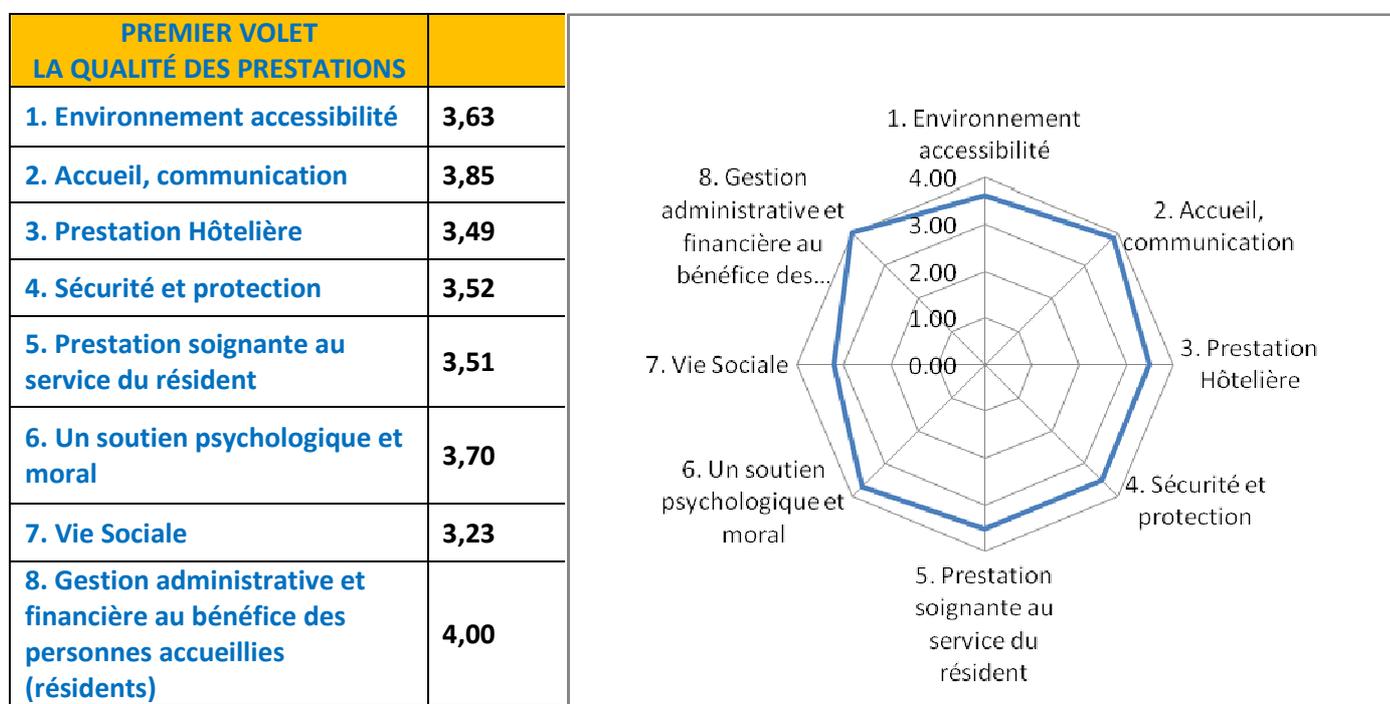
	2010	2011
FRI	143 424 €	201 762 €
FRE	530 634 €	556 247 €
FRN	674 058 €	758 009 €
BFR	63 932 €	36 365 € (Excédent FR)
T	610 126 €	794 374 €

³ ANADES : Bilan financier

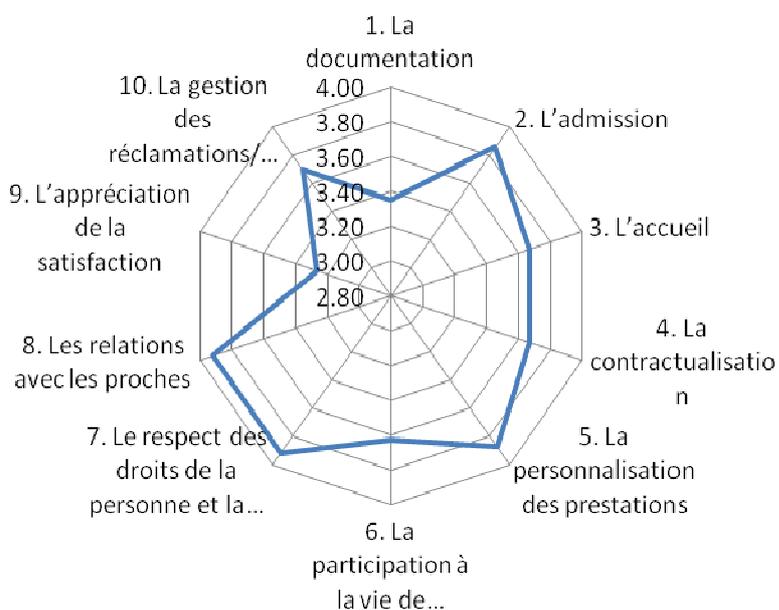
Evaluation interne

L'évaluation interne a été réalisée par un comité de pilotage pluridisciplinaire qui a ensuite élaboré le projet d'établissement.

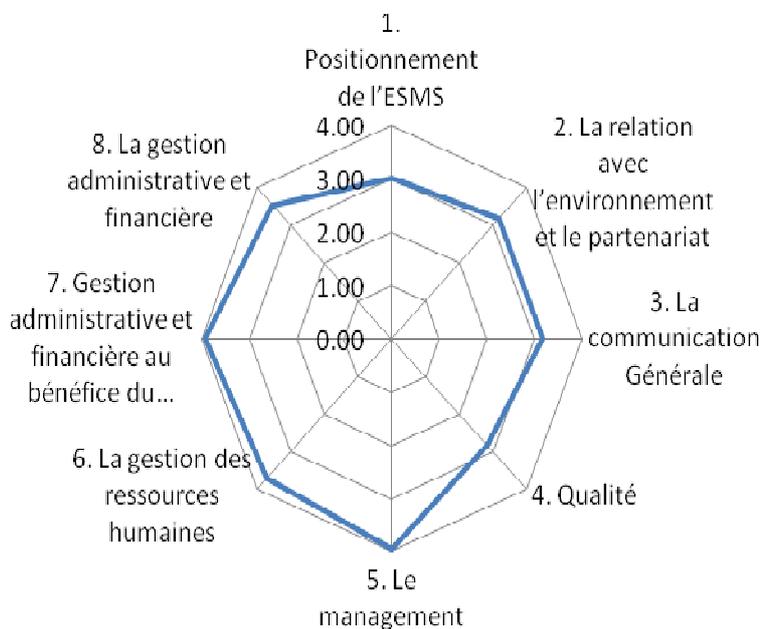
Cette évaluation interne a été réalisée en 2011 ; sa présentation est donc antérieure à celle mentionnée par l'ANESM dans la recommandation « *L'évaluation interne : repères pour les EHPAD* » de février 2012. Le rapport d'évaluation interne de décembre 2011 est présenté en annexe n° VII ; il est fait mention des points forts et points faibles de l'établissement ainsi que des points à améliorer. C'est à partir de ces derniers qu'ont été repérés les axes de progrès et les différents objectifs déclinés sous forme de plans d'actions servant de base à l'élaboration du projet d'établissement. Seules sont présentées ci-dessous les grilles objectivant la cotation des items au niveau des trois volets évalués :



DEUXIÈME VOLET LA QUALITÉ DE LA RELATION CLIENT	
1. La documentation	3,35
2. L'admission	3,86
3. L'accueil	3,67
4. La contractualisation	3,67
5. La personnalisation des prestations	3,88
6. La participation à la vie de l'établissement	3,63
7. Le respect des droits de la personne et la bienveillance	3,92
8. Les relations avec les proches	3,92
9. L'appréciation de la satisfaction	3,27
10. La gestion des réclamations/plaintes	3,70



TROISIÈME VOLET LA QUALITÉ DU PROCESSUS	
1. Positionnement de l'ESMS	3,00
2. La relation avec l'environnement et le partenariat	3,17
3. La communication Générale	3,17
4. Qualité	2,84
5. Le management	3,95
6. La gestion des ressources humaines	3,69
7. Gestion administrative et financière au bénéfice du personnel	3,91
8. La gestion administrative et financière	3,55



Méthode d'élaboration du projet d'établissement

Compte tenu des effectifs et de la taille de l'établissement, il n'a pas été matériellement possible de constituer des groupes de travail, chaque membre du comité de pilotage a été chargé de relayer les informations au niveau de leur secteur ; les documents écrits, les comptes rendus ont été laissés à disposition de l'ensemble des professionnels pour consultation. Le comité de pilotage se compose de :

- D. EYRAUD, Directrice ;
- C. DEDIEU, Administration Qualité ;
- M. FONTAN, cadre de santé ;
- C. GUIGNABERT, ASH ;
- C. PEYRELON, IDE ;
- J. BRUCHET, AS.

Avec les participations ponctuelles de :

- M.C. MALLET, Animatrice ;
- A.C. PIERRET, AS ;
- M.L. ARNAUD, Stagiaire IFROSS ;
- E. WILLEMETZ, Médecin coordonnateur.

Ce comité de pilotage a déterminé à partir des données de l'évaluation interne, les orientations opérationnelles et stratégiques soit 8 axes de progrès, et les a ensuite déclinées en plans d'actions (de décembre 2011 à mars 2012). L'ensemble des plans d'actions est présenté dans le livret II du projet d'établissement.

La rédaction du document « projet d'établissement » a été réalisée de janvier 2012 à novembre 2012 avec :

- présentation pour avis au CVS le 28 11 2012 ;
- présentation au CTE le 04 12 2012 ;
- présentation pour validation par le Conseil d'Administration le 05 12 2012.

Les visées du projet d'établissement

L'analyse des données de l'évaluation interne a, comme cela a été exposé, permis un relevé des actions à mettre en place pour améliorer les prestations. Les axes de progrès ont été répertoriés selon deux caractéristiques :

- opérationnelle : qui concerne plus le registre des prestations délivrées au quotidien par l'établissement ;
- stratégique : qui engage l'établissement sur plusieurs exercices et dont les choix impactent le fonctionnement de ce dernier sur la durée, et / ou avec un fort impact financier.

C'est ainsi qu'ont été retenus les axes de progrès suivants présentés sous forme de projets par le comité de pilotage.

Les axes opérationnels

- Axe 1 : promotion du respect de l'Autre (respect et devoirs réciproques des différents acteurs : résidents / familles / professionnels)
- Axe 2 : amélioration et structuration de la vie sociale et de l'animation
- Axe 3 : prise en charge soignante et prise en charge médicale
- Axe 4 : poursuite de l'amélioration des fonctions logistiques et de la sécurité
- Axe 5 : amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement
- Axe 6 : GRH

Ces axes sont présentés à la partie II de ce livret I « **Projet d'établissement 2012 2016 EHPAD Foyer Vert Bocage** ».

Les axes stratégiques

- Axe 7 : structuration de la prise en charge du résident et développement de la démarche qualité
 - Sous axe 1 : structuration de la prise en charge du résident
 - Sous axe 2 : développement de la démarche qualité
- Axe 8 : adaptation des locaux et équipements

Ces axes sont présentés à la partie III de ce livret I « **Projet d'établissement 2012 2016 EHPAD Foyer Vert Bocage** ».

Déclinaison des axes de progrès en plans d'actions

Chacun de ces axes est décliné en différents plans d'actions en faisant recours à des « grilles » mentionnant les différentes étapes, les objectifs recherchés et les moyens à mobiliser pour les atteindre. Il est également fait mention des acteurs pressentis et en charge de cet objectif, des délais que se donne l'établissement pour atteindre l'objectif (ou l'année au cours de laquelle il mobilisera les actions en ce sens).

Enfin, un indicateur est proposé pour chaque objectif retenu ; c'est cet indicateur qui permettra de témoigner du niveau d'atteinte de l'objectif affiché ; le rapport annuel d'activité se référera directement à ces grilles de plans d'actions.

Exemple de grille de plan d'actions :

Axe n° : (libellé)

Plan d'actions n° 1 : (libellé)

Etape	Objectifs	Acteur(s)	Actions et moyens	Délais	Indicateur(s)	Coût / remarques
1						
2						

La déclinaison en plans d'actions est la suivante :

Axes opérationnels présentés à la partie II de ce livret I « Projet d'établissement 2012 2016 EHPAD Foyer Vert Bocage »

Axe 1 : promotion du respect de l'Autre (respect et devoirs réciproques des différents acteurs : résidents / familles / professionnels)

- Plan d'action n° 1 : développer la connaissance des droits et devoirs réciproques des résidents, des familles et des professionnels
- Plan d'action n° 2 : renforcer la contractualisation de l'accompagnement en s'appuyant sur le PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
- Plan d'action n° 3 : renforcer l'action et le rôle du CVS, impliquer les résidents et les faire participer à la vie de l'établissement

Axe 2 : amélioration et structuration de la vie sociale et de l'animation

- Plan d'action n° 1 : énoncer les principes et la méthode de l'animation
- Plan d'action n° 2 : instaurer une cohérence de l'animation avec les Projets d'Accompagnement Personnalisés (projet de soins inclus)
- Plan d'action n° 3 : structurer la communication autour de l'animation et la rendre active
- Plan d'action n° 4 : évaluer l'animation : mesurer les résultats

Axe 3 : prise en charge soignante et prise en charge médicale

- Plan d'action n° 1 : améliorer le respect des droits du résident, sécuriser la confidentialité des informations relatives à sa prise en charge soignante et médicale
- Plan d'action n° 2 : renforcer l'organisation générale des soins
- Plan d'action n° 3 : structurer la prévention et la gestion des risques
- Plan d'action n° 4 : mettre en adéquation les ressources en personnel avec la qualité de la prise en charge
- Plan d'action n° 5 : formaliser les relations avec les prestataires de services médicaux

Axe 4 : poursuite de l'amélioration des fonctions logistiques et de la sécurité

- Plan d'action n° 1 : restauration
- Plan d'action n° 2 : lingerie buanderie
- Plan d'action n° 3 : sécurité incendie
- Plan d'action n° 4 : hygiène des locaux / sécurité des personnes et des biens (hors incendie) / maintenance

Axe 5 : amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement

- Plan d'action n° 1 : amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement

Axe 6 : GRH

- Plan d'action n° 1 : clarifier les responsabilités, rôles et missions au niveau de l'encadrement
- Plan d'action n° 2 : poursuivre l'amélioration de la GRH

Axes stratégiques présentés à la partie II de ce livret I « Projet d'établissement 2012 2016 EHPAD Foyer Vert Bocage »

Axe 7 : structuration de la prise en charge du résident et développement de la démarche qualité

- **Sous axe 1 : structuration de la prise en charge du résident**
 - Plan d'action n° 1 : formalisation de la demande d'admission à l'intégration du résident
 - Plan d'action n° 2 : formalisation des modes de sortie du résident

- **Sous axe 2 : développement de la démarche qualité**
 - Plan d'action n° 3 : réaliser et structurer la mesure des résultats des prestations
 - Plan d'action n° 4 : instaurer un système documentaire qualité lisible dans l'établissement et prévoir la mesure des résultats de la qualité
 - Plan d'action n° 5 : former le personnel à la qualité et améliorer la communication autour de la démarche qualité

Axe 8 : adaptation des locaux et équipements

- Plan d'action n° 1 : adapter les bâtiments existants
- Plan d'action n° 2 : adapter les équipements existants
- Plan d'action n° 3 : penser les orientations d'avenir pour l'établissement

Partie II : Le projet opérationnel

Axe 1 : promotion du respect de l'Autre (respect et devoirs réciproques des différents acteurs : résidents / familles / professionnels)

Cet axe vise à renforcer et développer la démarche commencée depuis plusieurs années ; l'établissement a mis en place les différents outils relatifs aux droits des résidents (règlement de fonctionnement, contrat de séjour), qui ont vocation à être complétés par le livret d'accueil.

La connaissance des droits du résident

Le respect des droits du résident implique :

- la connaissance de ses droits et devoirs ;
- l'information du personnel sur les droits du résident et ses devoirs ;
- la mise en place d'un recueil et d'un suivi des plaintes ;
- la facilitation des déplacements du résident.

Par ailleurs l'action de l'équipe d'encadrement sera de poursuivre l'engagement d'un positionnement bientraitant.

Les droits du résident impliquent également des devoirs

En contrepartie des droits, le résident et sa famille ont des devoirs envers les autres résidents et les professionnels. Il doit s'engager à :

- respecter le règlement de fonctionnement ;
- respecter les autres résidents dans leur différence ;
- respecter les professionnels.

La personnalisation des prestations

La personnalisation des prestations est un objectif central de l'accompagnement des résidents, gage de qualité et de prise en compte des droits des résidents, tels qu'énoncés plus haut et dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Cette personnalisation repose, d'une part, sur le projet d'accompagnement personnalisé des résidents (PAP) ; et d'autre part sur la vie sociale des résidents, en particulier sur la qualité de l'animation.

Il s'agit, comme cela est développé plus loin, de ne pas fractionner l'accompagnement entre la dimension relationnelle et les aspects médicaux et soignants, mais de placer la qualité de vie et le bien être des résidents réellement au cœur de la démarche.

Le PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) des résidents s'appuie sur deux éléments :

- l'organisation collective : le cadre de vie collectif, les contraintes et exigences de la vie en collectivité (contraintes et données institutionnelles) ;
- le projet personnel de la personne âgée (les données personnelles) :
 - ses besoins et ses désirs exprimés ou implicites (en se référant entre autre au modèle de soin théorique de V. HENDERSON) ;
 - son histoire de vie ;
 - ses capacités et handicaps.

L'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé

Le projet de vie personnalisé s'entend alors comme un « compromis » entre données institutionnelles et données personnelles, compromis qui donne lieu à contractualisation des prestations délivrées (en particulier par la signature d'un avenant annuel au contrat de séjour).

La contractualisation de prestations, les modalités d'actualisation du PAP : l'avenant annuel au Contrat de séjour

Le PAP et son actualisation débouche sur l'avenant annuel au contrat de séjour, à transmettre au résident (ou à son représentant légal), et, sur accord du résident, au référent familial. La contractualisation de l'accompagnement indique clairement les limites de celui-ci, les droits et les devoirs réciproques de chacune des parties, par le biais d'un contrat clair, bien compris et accepté par tous les acteurs (résidents, familles et personnels). La systématisation de la contractualisation du séjour sera constamment recherchée.

Le projet d'accompagnement personnalisé se réalise en plusieurs étapes :

- un agent (soignant ou non soignant) se voit confier le rôle de référent pour chaque nouveau résident. Le recueil de données est effectué par ce dernier sur un document papier ; les IDE, AS, ASH et CDS participent à l'élaboration de ce recueil de données et le complètent. Un temps sur l'organisation du temps de travail des soignants est dédié à ces entretiens. La famille est rencontrée pour apporter des informations complémentaires, soit au moment de la signature du contrat de séjour, soit, si c'est possible, avant, puis les informations sont mises ensuite à la disposition de l'ensemble des professionnels après validation par le cadre de santé ;
- la situation du résident est ensuite travaillée en équipe, sans la présence de la personne concernée. Des propositions sont faites pour en ressortir des objectifs et un programme d'accompagnement et de soins correspondant aux besoins, attentes et capacités du résident et aux possibilités d'offres de l'établissement ;
 - la validation par le cadre de santé et la direction ;
 - le cadre de santé présente ensuite ces propositions et en discute avec le résident afin de le réajuster ;
 - le cadre de santé est garant de la mise en œuvre du projet et de bilans réguliers ;
 - le référent soignant en lien avec le cadre de santé effectue le suivi et veille à la réactualisation de ce projet (discussion ensuite lors de temps spécifiques) ;
 - le PAP dans sa version finale est ensuite signé par le résident et / ou son représentant légal, le référent familial, et la direction ; il sert d'avenant annuel au contrat de séjour.

La trame de PAP est présentée en annexe II.

Le rôle du CVS et l'implication des résidents dans la recherche de l'amélioration continue de la qualité de vie dans l'établissement

Le CVS, et la recherche de son bon fonctionnement, ainsi que le souci d'impliquer les résidents dans la recherche de l'amélioration continue de la qualité de vie dans l'établissement sont également une des préoccupations constantes de l'équipe d'encadrement. Les réunions, si possible tri annuelles, donnent systématiquement lieu à compte rendu avec évaluation des actions d'amélioration mises en place ; elles restent un temps privilégié d'informations et de communication sur la vie de l'établissement.

Ces différents points sont développés dans les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : développer la connaissance des droits et devoirs réciproques des résidents, des familles et des professionnels ;
- plan d'actions n° 2 : renforcer la contractualisation de l'accompagnement en s'appuyant sur le PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) ;
- plan d'actions n° 3 : renforcer l'action et le rôle du CVS, impliquer les résidents et les faire participer à la vie de l'établissement.

Axe 2 : amélioration et structuration de la vie sociale et de l'animation

Brainstorming sur l'animation et la vie dans l'établissement

Le groupe de travail pluridisciplinaire a procédé à une réflexion sous forme de brainstorming ; elle a permis de faire émerger les points suivants.

Définition

L'animation consiste à « insuffler la vie » selon la définition de « anima » ; à l'EHPAD Vert Bocage :

L'animation c'est :	L'animation ce n'est pas :
<ul style="list-style-type: none"> • poursuivre des activités et des liens antérieurs ; • une ouverture sur la vie sociale (liens / partages / rencontres) ; • une part intégrante du projet d'accompagnement et de soins (prise en charge globale de la personne) ; • valoriser l'image de soi ; • accéder à des loisirs / au plaisir pour soi / et faire plaisir ; • une médiation et la recherche d'un bien-être. 	<ul style="list-style-type: none"> • forcément une participation systématique aux activités proposées par l'établissement ; • une activité purement occupationnelle (sans intérêt et sans plaisir) ; • rassembler des résidents dans une pièce pour « se donner bonne conscience ».

Les visées

- Une action ou une participation d'un résident à une activité correspondant à une interrogation, une bonne connaissance partagée du résident par l'équipe (et a fortiori lorsque le résident n'a pas la capacité de s'exprimer).
 - Une volonté d'équité (au sens où tous les résidents ont accès aux animations adaptées).
 - Une participation de tous les professionnels (y compris AS et IDE) allant dans le même sens : et sur des temps dédiés à l'animation et à la relation personnalisée.
 - L'acceptation d'ouvrir une activité ou un atelier seulement à quelques personnes selon les affinités, goûts, capacités..., et aussi la réalisation d'activités en tête à tête.
 - S'appuyer sur les « compétences », « savoir-faire » des professionnels.
 - Sortir du « temps uniforme », mettre du relief sur un temps très répétitif consécutif à l'organisation institutionnelle, sortir de la chronicité, rythmer le temps et par là procurer des repères temporels.

L'existant

Actuellement les activités suivantes sont réalisées :

- sur le plan corporel :
 - promenade ;
 - gym douce ;
 - vélo ;
 - douche relationnelle / massage ;
 - soins du visage et des mains ;
- sur le plan cognitif :
 - remue-méninges ;
 - atelier loto ;
 - lectures ;
 - bibliothèque ;
 - le petit écho (journal interne) ;
- activités de loisirs, relationnel :
 - atelier cuisine ;
 - anniversaires du mois ;
 - repas du jeudi ;
 - cinéma ;
 - jeux divers (de société, loto...) ;
 - arts plastiques ;
 - chant ;
 - présentation de photos, de diapos ;
 - concert ;
 - animaux domestiques ;
 - épicerie, sorties aux courses.

Les moyens à mettre en œuvre

Impulser une culture institutionnelle et transversale d'animation

- Un travail collectif, autrement et pas uniquement axé sur la technique, mais qui laisse la place à la relation humaine et au dialogue.
- Des formations (contenu des plans de formation).

- Une complémentarité des acteurs et des personnalités de chaque intervenant.
- Une professionnalisation (projet à terme de 2 animatrices en poste et des AS).
- Une responsabilité professionnelle de participation à la prise en charge globale et à l'accompagnement de la vie du résident.

Structurer l'organisation

- **Apporter des réponses collectives** : élaboration d'un programme d'activités proposant une palette large pouvant répondre au maximum de besoins et de souhaits.
- **Apporter des réponses individualisées** : propositions d'activités par l'animatrice et d'autres professionnels, pour répondre à des demandes individuelles et ce sur un temps libéré et planifié (donnant lieu ultérieurement à suivi et comptes rendus).
- **Anticiper les activités d'animation par une planification progressive des activités** : appropriation de l'outil existant sur le logiciel de planification et utilisation effective par l'ensemble des professionnels.
- **Structurer le rôle des bénévoles** :
 - équipe d'aumônerie (convention) ;
 - autres intervenants ;
 avec une meilleure définition du rôle et mission des bénévoles, de l'identification (badge) des limites de leur action au sein de l'établissement, du respect du règlement de fonctionnement, des valeurs et éthiques institutionnelles...).
- **Mettre à disposition du matériel avec responsabilité d'utilisation et de rangement, de sécurité.**
- **Utiliser les fiches techniques** précisant pour chaque activité les objectifs, la méthode, le matériel, l'évaluation, le cadre...).
- **Communiquer autour de l'animation** :
 - améliorer l'affichage (panneau dédié, ascenseur, mails...) ;
 - améliorer la communication inter professionnelle (utilisation du logiciel « netsoins ») ;
 - poursuivre la rédaction du journal interne et celle du « press-book » de l'établissement (suite aux mentions dans la presse locale).
- **Assurer la cohérence soins / animation** par un planning adapté prenant en compte les horaires des soins et des animations collectives ou individuelles (avec prise en compte des données contractuelles du PAP).

Evaluer l'animation

- Par une approche qualitative : questionnaires, enquête auprès des résidents et si besoin auprès des familles.
- Par une approche quantitative : relevé de participation.
- Par une analyse et adaptation du programme, des contenus ou des modalités, de la composition des groupes.

Ces différents points sont développés dans les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : énoncer les principes et la méthode de l'animation ;
- plan d'actions n° 2 : instaurer une cohérence de l'animation avec les Projets d'Accompagnement Personnalisés (projet de soins inclus) ;
- Plan d'actions n° 3 : structurer la communication autour de l'animation et la rendre active ;
- Plan d'actions n° 4 : évaluer l'animation : mesurer les résultats.

Axe 3 : Prise en charge soignante et prise en charge médicale

Les valeurs

Les résidents accueillis présentent des niveaux d'autonomie différents et pour la plupart d'entre eux des poly-pathologies. La réponse à cette pluralité de besoins en soins et en accompagnement est donnée par une prise en charge pluri-professionnelle.

Compte tenu de la vulnérabilité ou de la fragilité potentielle des personnes accueillies, cette réponse repose en premier lieu sur des valeurs humaines : respect de la personne, de sa dignité et de son unicité. Les personnels interrogés sur les valeurs de l'établissement citent unanimement ces dernières et les renforcent en ajoutant : la sécurité, le confort et la recherche du bien être pour le résident. L'établissement favorise la qualité de vie dans des locaux lumineux et propres, un accueil chaleureux, des espaces de rencontre (résidents / résidents ; résidents / familles ; résidents / soignants...).

L'établissement s'est donné pour premier objectif de rechercher et maintenir l'autonomie et la préservation du droit ou des droits de la personne. Afin d'atteindre cette fin du meilleur accompagnement possible et de répondre à la pluralité des individualités, l'établissement tente de concilier dimension individuelle et dimension collective.

Droits, déontologie, bonnes pratiques sont régulièrement interrogés et inscrivent l'établissement dans une démarche éthique pour laquelle il s'est doté d'outils.

- Les personnels, chacun à leur niveau de compétence, assurent leurs responsabilités dans un cadre moral et /ou déontologique. Il leur est demandé d'en répondre.
- Les rôles et tâches ou missions sont définis.
- Les organisations de travail sont posées et font l'objet de réactualisation.
- Des soignants référents sont nommés pour chaque résident ; ils veillent à un accompagnement pensé et actualisé.
- Des temps de réflexion sont régulièrement proposés (réunions, relèves) pour allier prise en charge individualisée et contraintes institutionnelles. Cela implique souvent des priorisations.
- Les formations institutionnelles soins palliatifs / douleur, bientraitance, toucher / détente, mise en sécurité, manutention, concourent à une prise en charge humaniste et interrogent les pratiques de chacun.
- Les protocoles, outils de description et d'homogénéisation des pratiques (et non de standardisation) sont aussi un outil de réflexion sur le sens de ces pratiques.
- Le dossier de soin informatisé permet une continuité des soins et aide chaque professionnel à l'assurer.
- La mise en place des PAP est un outil de réflexion et de personnalisation du prendre soin.
- La nomination de référents familiaux, les contrats de séjour, permettent une collaboration avec les familles.
- L'établissement s'est doté en matériel adapté et en quantité.

Une prise en charge globale personnalisée et pluridisciplinaire demande de la part de tous, responsabilité, professionnalisme et solidarité et implique chacun à poursuivre l'engagement d'une qualité de prise en charge dans une volonté d'équité et de rassemblement autour des valeurs de respect de l'Autre et de continuité de la vie.

Philosophie du Soins

Le modèle théorique de soins retenu par l'équipe est celui des 14 besoins fondamentaux de V. HENDERSON.

Les valeurs qui animent et inspirent l'équipe relèvent d'approches telle que l'Humanité et des principes éthiques :

- Le principe d'autonomie ;
- Le principe de bienfaisance ;
- Le principe de non mal-faisance ;
- Le principe de justice et d'équité ;
- la recherche du consentement ;
- la reconnaissance de la Singularité de chaque résident ;
- le respect de sa dignité.

Analyse de l'existant

L'établissement est doté d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au niveau du soin des AS, ASH, IDE, CDS, médecin coordonnateur, psychologue, en lien avec des prestataires externes (médecins, kinésithérapeutes, podologue, laboratoires d'analyse, pharmaciens...).

Il s'est équipé en matériel de soins dont la liste est présentée en annexe III.

Continuité des soins

La présence soignante est 24 h / 24 et des IDE sont présentes quotidiennement de 6h30 à 21h00.

Les outils du soin

Un DPU (Dossier Patient Unique) regroupe le DSI, le DM, le dossier paramédical et le dossier animation.

Le DSI

Le Dossier de Soins Infirmiers est informatisé (logiciel Net Soins). Un dossier papier existe mais sera sensiblement réduit du fait de la généralisation de la scannérisation des données.

Il comprend :

- renseignements administratifs ;
- antécédents ;
- histoire de vie ;
- recueil de données et habitudes ;
- plans de soins ;
- traitements ;
- observations ;
- transmissions narratives et transmissions ciblées ;
- évaluations (douleurs, cognitive, alimentaire...) ;
- messagerie.

La coordination des soins est réalisée par des fiches d'activités de chaque poste IDE et AS ; un cadre de santé assure l'organisation générale des soins et le contrôle des bonnes pratiques professionnelles.

Les protocoles

Les différents protocoles de soins sont formalisés et servent de support aux activités : la liste des différents protocoles est présentée en annexe IV : protocoles servant de support aux activités.

Les fiches de liaisons

- Des fiches d'EI (Evènements Indésirables) sont activées en cas de besoin, elles identifient deux types d'évènements : ceux troublant le fonctionnement et ceux portant atteinte à la sécurité et la santé des résidents et personnels ; des fiches informatisées de chutes, des fiches informatisées d'évaluation de la douleur...
 - Des outils de liaison en cas d'hospitalisation sont produits de façon informatique : le DLU (Dossier de Liaison Urgence).
 - L'évaluation de la dépendance (grille AGGIR) est réalisée à partir du DSI.

Le Dossier Médical

Le Dossier Médical est également informatisé (logiciel NetSoins). Le dossier papier diminue progressivement du fait de la généralisation de la scannérisation des données. Il comprend les observations, les évaluations, le carnet de vaccination, les prescriptions, les résultats d'analyse, les comptes rendus de consultations spécialisées et d'hospitalisation.

La transmission cryptée des résultats des analyses biologiques est mise en œuvre.

L'évaluation de la technicité des soins (grille PATHOS) est réalisée par le médecin coordonnateur à partir du DM.

L'archivage des dossiers est l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement et la montée en charge de l'informatique (scannérisation des données) permet une réduction des documents papier et par suite de meilleures conditions d'archivage et de confidentialité de ce dernier.

La signature numérique des soins

Chaque intervenant (médecins, IDE, aides-soignants, auxiliaires médicaux...) signe la réalisation de l'acte ou du soin. Un soin non fait est également signalé avec explication.

Les relèves

Au cours de relèves d'équipes qui ont lieu trois fois par jour (dont une relève importante d'une demi-heure en début d'après-midi), la continuité des soins est assurée par la reprise et le rappel éventuel des transmissions orales et des transmissions ciblées sur le DSI réalisées après les soins.

Les visées du projet de soins

Elles résultent de l'évaluation interne (décembre 2011) ; elles portent sur :

- l'organisation générale du Soin ;
- les outils du Soin ;
- le personnel de Soin ;
- la prévention et la gestion des risques (liés à la santé et à la vulnérabilité, infectieux et matériovigilance ...).

Un extrait de l'évaluation interne, relatif à la prise en charge soignante, est présenté en annexe V.

La mise en œuvre du projet de soins et de prise en charge médicale repose sur les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : améliorer le respect des droits du résident, sécuriser la confidentialité des informations relatives à sa prise en charge soignante et médicale ;
- plan d'actions n° 2 : renforcer l'organisation générale des soins ;
- plan d'actions n° 3 : structurer la prévention et la gestion des risques ;
- plan d'actions n° 4 : mettre en adéquation les ressources en personnel avec la qualité de la prise en charge ;
- plan d'actions n° 5 : formaliser les relations avec les prestataires de services médicaux.

Axe 4 : poursuite de l'amélioration des fonctions logistiques et de la sécurité

L'amélioration des fonctions concerne la restauration, la lingerie buanderie, la sécurité incendie et l'hygiène des locaux / sécurité des personnes et des biens (hors incendie) ainsi que la maintenance.

Restauration

L'instauration du service des petits déjeuners en chambre suppose la mise en place d'une organisation nouvelle de l'ensemble des services concernés et se fera suite à une réflexion pluridisciplinaire ; elle nécessitera l'acquisition du matériel correspondant.

Un important effort de formation sera réalisé en vue d'améliorer la qualité des textures des aliments servis, de veiller à la bonne installation à table des résidents pour notamment prévenir les risques de fausses routes, de favoriser le bien-manger, d'améliorer la qualité du service à table pour se rapprocher de la restauration, de structurer la construction des menus (3 types d'intervenants : cadre de santé, cuisiniers, diététicienne) en y associant les résidents. Un cahier de liaison « Salle à manger / cuisine » permet de faire remonter aux cuisiniers la satisfaction et / ou les remarques des résidents.

Enfin, le renforcement du suivi des normes HACCP (en complétant le système HACCP existant avec intensification de l'usage des fiches de traçabilité) fera également recours à la formation.

Le dernier contrôle du service « Alimentation et santé publique vétérinaire » en octobre 2012 atteste de bonnes pratiques, de l'hygiène..., malgré une vétusté des locaux, mentionnée plusieurs fois dans ce

rapport, lequel impose des travaux d'agrandissement des locaux de cuisine et de stockage froid dans les meilleurs délais.

La sécurisation des apports d'alimentation par les familles (apport exclusivement de produits non contraindiqués au plan sanitaire et santé) se fera par le biais de l'information orale, mais également par l'adaptation du Règlement de Fonctionnement et du Contrat de Séjour.

Lingerie Buanderie

Il s'agit d'adapter la lingerie aux normes RABC en l'attente des mises aux normes des locaux, ce qui passe par une formation aux normes RABC, une nouvelle organisation et l'acquisition de matériel.

Par ailleurs, le raccourcissement des délais de retour du linge personnel des résidents passe au préalable par une bonne information en direction des usagers et de leurs familles (révision des consignes relatives au linge dans le Règlement de Fonctionnement et le Contrat de Séjour).

Sécurité incendie

L'objectif est d'améliorer la connaissance des agents en matière de sécurité en créant une fiche de signature à l'embauche pour prise de connaissance des consignes, en particulier en cas d'incendie.

Les formations annuelles « lutte contre l'incendie, mise en sécurité des personnes » pourront être réalisées par un organisme externe de formation avec rappels en interne par l'ouvrier d'entretien titulaire du SSIAP 2 et de l'habilitation électrique.

Au plan des équipements, il faudra prévoir le report des alarmes incendie sur les téléphones portables des agents.

Hygiène des locaux / sécurité des personnes et des biens (hors incendie) / maintenance

L'établissement veillera à systématiser l'inventaire du mobilier personnel en vue de répondre aux exigences de l'assurance RC, à mettre l'accent sur la sécurité des locaux (local ménage / infirmerie / DASRI / locaux techniques / salle de bains commune / salle de pause...), en particulier d'adapter la fermeture de ces locaux.

Il sera ensuite nécessaire de procéder à l'identification des produits sur un registre spécifique : fiches techniques, centre anti poison... ; de revoir la chaîne sécuritaire au niveau des produits utilisés en vue d'adapter le marquage des contenants sur les chariots ASH, AS et IDE.

Au plan de la sécurité de l'utilisation des véhicules, il conviendra de formaliser une procédure d'utilisation (révisions, entretien, contrôles techniques, vérification des gilets, trousse de secours, fréquence de nettoyage, présence d'éthylotest..., conditions d'âge du conducteur, durée requise de permis de conduire et validité).

La mise en œuvre de la poursuite de l'amélioration des fonctions logistiques et de la sécurité repose sur les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : restauration ;

- plan d'actions n° 2 : lingerie buanderie ;
- plan d'actions n° 3 : sécurité incendie ;
- plan d'actions n° 4 : hygiène des locaux / sécurité des personnes et des biens (hors incendie) / maintenance.

Axe 5 : Amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement

L'amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement prévoit les trois actions suivantes :

- affiner la politique et les moyens de communication avec l'environnement ; repenser l'appellation "foyer" ; rationaliser les outils de communication (logo systématique, papier à entête) ; améliorer la communication externe (presse et article dans le journal « Le Bulletin municipal de BRIVES ») et interne (journal « Le petit écho de Vert Bocage »). Une restructuration de l'organisation du courrier électronique pour une communication plus efficace avec les familles sera à mettre en place.
- implanter une culture de la recherche d'information et utilisation de l'outil l'informatique à développer en améliorant l'autonomie des acteurs vis-à-vis de cet outil, en créant un réseau de mise en commun inter-établissements de formation (informatique, logiciels de soins...) et en améliorant l'archivage papier et informatique.
- améliorer l'équipement informatique par l'acquisition d'ordinateurs portables, de tablettes tactiles, de scannettes, de vidéo projecteur.

La mise en œuvre de l'amélioration de la communication et du positionnement de l'établissement dans son environnement repose sur un plan d'actions unique de même intitulé.

Axe 6: GRH

L'évaluation interne a montré que l'établissement respectait le statut de la fonction publique, organisait de nombreuses formations (les formations réalisées en 2012 sont présentées à l'annexe VI), que les principes de respect de la personne explicités dans le chapitre sur l'éthique de la prise en charge du résident prévalaient également dans la relation entre la direction, l'équipe d'encadrement et les personnels.

L'établissement a prévu de :

- clarifier les responsabilités rôles et missions au niveau de l'encadrement ;
- poursuivre l'amélioration de la GRH.

Clarifier les responsabilités, rôles et missions au niveau de l'encadrement

Il convient de formaliser la continuité du service en interne en cas d'absence du directeur, notamment d'établir la fiche de poste de cadre de santé avec rôles et missions d'organisation, de formation, de contrôle, de gestion...

Une attention est également portée sur le poste de médecin coordonnateur pour lequel il conviendra d'établir la fiche de poste, avec rappel des rôles et missions d'organisation, de formation, de contrôle, de gestion...

Poursuivre l'amélioration de la GRH

L'objectif est de clarifier les activités et les fonctions de chaque poste (poursuivre la formalisation des fiches d'activité (par tranches horaires) et les fiches de fonctions spécifiques (référents)) ; d'actualiser les données règlementaires, de mettre à jour le registre des personnels.

Par ailleurs, l'établissement veillera à promouvoir une politique d'accueil et d'intégration du nouvel agent ou stagiaire, en actualisant le « Livret d'accueil du stagiaire ou nouvel agent » et en systématisant la remise du livret à son arrivée avec les explications appropriées.

Enfin, au plan de la sécurité, la poursuite de la recherche de sécurité des personnels et l'amélioration des conditions de travail sera constante et se traduira par l'élaboration et l'actualisation du DUPRP et du DARI.

Une attention sera portée sur la nécessité de relayer auprès des organes de contrôle les non-conformités en matière de médecine du travail (non conformités inhérentes aux services de médecine du travail et à la pénurie de médecins du travail) et d'établir un plan de sécurisation du site (livraisons) dans le cadre de l'extension des bâtiments.

L'information et la formation des personnels repose sur :

- la poursuite de l'élaboration annuelle du plan de formation à faire évoluer avec les besoins constatés (habilitation électrique, manutention, techniques de soins, d'hygiène, mise en sécurité des personnes et lutte contre incendie...);
- la mise en place des modalités permettant de "diffuser en interne" le contenu des formations réalisées à l'extérieur ;
- le « toilettage » régulier des panneaux d'affichage (en lien avec la démarche qualité) ;
- l'amélioration de la communication en interne autour du projet d'établissement.

La formation est entendue également comme un temps de « respiration », de ressourcement de soi, de prise de recul et de rencontre avec d'autres professionnels ou horizons.

La dynamique institutionnelle doit pouvoir bénéficier pleinement de la diffusion et du partage en interne de ces nouvelles connaissances (apports théoriques), de l'« enrichissement professionnel et personnel » de l'agent formé (partage, confrontation d'idées...).

La mise en œuvre du projet de GRH repose sur les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : clarifier les responsabilités, rôles et missions au niveau de l'encadrement ;
- plan d'actions n° 2 : poursuivre l'amélioration de la GRH.

Partie III : Le projet stratégique ou les orientations d'avenir

Un projet stratégique correspond à des décisions ayant un impact souvent irréversible (exemple des constructions, ou choix entre traiter en interne et sous-traiter) et engageant l'établissement sur le long terme.

Axe 7 : structuration de la prise en charge du résident et développement de la démarche qualité

L'axe 7 entend poursuivre la formalisation des grandes étapes de l'accompagnement du résident et poursuivre la mise en œuvre de la démarche qualité.

La structuration de la prise en charge du résident

Elle repose sur la formalisation en trois étapes allant de la demande d'admission aux modalités de sortie, en développant l'accueil et l'intégration du résident.

Formaliser la procédure d'admission (pré admission et admission) dans l'établissement devra permettre de :

- unifier les différents documents actuels en une seule procédure ;
- insérer les modalités de réponse aux demandes faites par Internet ;
- prévoir une lettre type en réponse à toute demande d'admission indiquant les modalités d'admission et attestant de l'inscription sur la liste d'attente ;
- tenir à jour un fichier informatique et un classeur papier de classement et de suivi des demandes d'admission ;
- prévoir une rencontre avec le médecin coordonnateur, une fois l'admission envisagée ;
- prévoir la visite de l'établissement par le résident (et pas seulement par la famille) ;
- formaliser la phase de contractualisation (contrat de séjour) prenant en compte les volontés spécifiques (anonymat...) et à défaut mentionner le DIPEC ;
- sensibiliser résidents et familles sur le nécessaire respect des professionnels comme contrepartie du respect par ces derniers, des droits du résident (le respect de l'Autre devant prévaloir, dans la recherche du respect de la dignité de chacun des acteurs ; les documents règlementaires actant ces dispositions réciproques).

Formaliser la procédure d'intégration

L'intégration optimale du résident dépend de différents facteurs :

- la qualité du recueil de données de base à l'entrée pour une prise en charge sécurisée (IDE, AS, ASH...);
- l'annonce faite tant au personnel qu'aux résidents de l'arrivée proche d'un nouveau résident ;
- la définition des modalités d'intégration du résident (visite, présentation à l'entourage...) suite à ces informations.

Il s'agit aussi de prévoir dès l'accueil les modalités de mise en place du PAP qui sera rédigé dans un délai de 2 à 6 mois suivant l'entrée et qui seront ensuite reprises en avenants annuels au CS.

Favoriser l'orientation du résident dans ses déplacements

La préservation et la recherche de l'autonomie reposent sur les explications données pendant les deux premiers mois (accueil par les soignants), sur l'amélioration des repères (en particulier le code « couleur » de l'établissement pour l'ascenseur).

Formalisation de la procédure d'hospitalisation

La procédure différenciera les différents types d'hospitalisation (urgence, programmée...) et en particulier, il sera tenu compte après décision médicale (médecin traitant, médecin coordonnateur, services urgence...) du respect des souhaits du résident quant au choix du lieu. Elle assurera les points cruciaux comme la commande du prestataire approprié (ambulance, VSL...), l'information du résident et de sa famille, la rédaction des documents (courrier d'hospitalisation, DLU, cartes vitale et mutuelle, l'inventaire des vêtements et biens emmenés...) en assurant la confidentialité des informations.

La procédure d'hospitalisation prendra également en compte la décision, les modalités du retour et anticipe les modalités nouvelles de la prise en charge.

Formaliser les procédures des autres modes de sortie du résident

Il s'agit de sécuriser les conditions de sortie de courte durée (weekend, vacances...) ou transfert dans un autre établissement ; par ailleurs, la procédure décès fera l'objet d'une actualisation.

Enfin, il s'agit de former le personnel à la qualité et l'amélioration de la communication autour de la démarche qualité.

Le développement de la démarche qualité

La démarche qualité repose sur :

- la construction de la qualité (dire « comment on procède », ce sont les procédures) ;
- l'assurance de la qualité : attester de la réalité de l'exécution « on fait effectivement ce que l'on a dit » et enregistrer cette signature afin de retrouver le dysfonctionnement éventuel, c'est la traçabilité.

L'établissement est déjà engagé dans une démarche qualité, il a mis en place un certain nombre de procédures et l'évaluation interne a pointé la nécessité de définir la mission du poste de référent qualité et de formaliser sa fiche de poste et les effets attendus.

Cependant cette action doit être poursuivie et précisée par :

- la réalisation et la structuration de la mesure des résultats des prestations (enquête de satisfaction auprès des familles et /ou des résidents, traitement des plaintes et des EI (Evènements Indésirables) ;
- l'instauration d'un système documentaire qualité consultable dans l'établissement et la prévision de la mesure des résultats de la qualité (formalisation de la procédure des procédures, rédaction des manuels qualité, systématisation de la prise de connaissance des procédures par les personnels, amélioration de la connaissance des BPP...) ;
- la formation des personnels à la qualité et l'amélioration de la communication autour de la démarche qualité.

La mise en œuvre du projet de structuration de la prise en charge du résident et de développement de la démarche qualité repose sur les sous axes et plans d'actions suivants :

- sous axe n°1 : structuration de la prise en charge du résident ;
 - plan d'actions n°1 : formalisation de la demande d'admission à l'intégration du résident ;
 - plan d'actions n°2 : formalisation des modes de sortie du résident ;
- sous axe n°2 : développement de la démarche qualité ;

- plan d'actions n°3 : réaliser et structurer la mesure des résultats des prestations ;
- plan d'actions n°4 : instaurer un système documentaire qualité lisible dans l'établissement et prévoir la mesure des résultats de la qualité ;
- plan d'actions n°5 : former le personnel à la qualité et améliorer la communication autour de la démarche qualité.

Axe 8 : adaptation des locaux et équipements

Adapter les bâtiments existants

- Adapter les locaux, mettre aux normes et rendre fonctionnelles et agréables cuisine et salles à manger, c'est-à-dire prévoir, planifier et réaliser les travaux de mise aux normes et d'agrandissement de la cuisine (demande de la DCSPP) ;
 - Améliorer la fonctionnalité des locaux de lingerie buanderie par transformation des locaux de lingerie buanderie en sous-sol avec adaptation des circuits du linge propre / sale ;
 - Mettre aux normes d'accessibilité les espaces extérieurs : parking en nombre de places, de surface et signalétique afférente ;
 - Prévoir, planifier et réaliser les travaux d'agrandissement du parking (en lien avec extension envisagée).

Adapter les équipements existants

- Améliorer l'éclairage et la signalétique externes ;
- Prévoir un éclairage extérieur automatique ;
- Repenser la signalétique externe ;
- Améliorer la signalisation interne (ex. : WC des étages, infirmerie...);
- Prévoir les affiches de type « hôtel » « Merci de patienter / entretien en cours / ne pas déranger » en cas de visiteurs au secrétariat ; idem pour l'infirmerie.

Penser les orientations d'avenir pour l'établissement

- Adapter la salle à manger pour assurer un confort satisfaisant (personne à mobilité réduite, fauteuils roulants en nombre croissant) ;
 - Construire des chambres individuelles afin de supprimer les chambres doubles ;
 - Réfléchir à une stratégie de différenciation de l'établissement ;
 - Questionner l'évaluation de la pertinence d'un accueil orienté vers des pathologies autres que cognitives, spécialisé sur l'hébergement de personnes âgées atteintes de pathologies nécessitant des soins spécialisés.
 - Questionner l'évaluation de la pertinence d'un hébergement temporaire.

La mise en œuvre du projet d'adaptation des locaux et équipements repose sur les plans d'actions suivants :

- plan d'actions n° 1 : adapter les bâtiments ;
- plan d'actions n° 2 : adapter les équipements ;
- plan d'actions n° 3 : les orientations d'avenir pour l'établissement.

Conclusion au projet d'établissement

Ce projet a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire avec un souhait d'opérationnalité et de vision stratégique, il respecte les préconisations de l'ANESM (recommandation « *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* », mai 2010) en vue :

- d'apporter les réponses aux besoins des résidents actuels et des populations du département ;
- d'optimiser les moyens et d'établir les synergies de fonctionnement indispensables dans un contexte de ressources rares ;
- de produire un document clair et synthétique, compréhensible par l'ensemble des acteurs.

Ce projet d'établissement a été présenté :

- aux équipes le mardi 25 septembre 2012 au niveau des grandes orientations et des plans d'actions ;
- au CVS le 28 11 2012 ;
- au CTE le 04 12 2012 ;
- au Conseil d'Administration le 05 12 2012.