



EHPAD | ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX
PUBLICS DU HAUT-VAR
LA SOURCE • SALERNES

PROJET D'ETABLISSEMENT

2017 - 2021



Sommaire

Introduction : L'Etablissement dans son environnement

- Présentation générale,
 - o L'émergence et le développement d'un « hospice – aérium »,
 - o Un bâtiment qui s'est agrandi au fil des ans.
 - o Un projet de reconstruction qui date de plusieurs années.
- Une démarche de territoire qui passe par une Direction commune,
 - o Les premiers pas,
 - o 2015 / 2016 : une nouvelle étape avec l'émergence des Etablissements Publics médico-sociaux du haut Var,
- Les valeurs de l'Etablissement,
- L'organisation de l'Etablissement et la démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement,
 - o Les instances,
 - o La démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement.
- Le bilan.

Chapitre 1 : La stratégie de l'établissement

- 1.1 – Le contexte des Etablissements :
 - Le contexte territorial,
 - Le contexte législatif et réglementaire.
- 1.2 – les orientations stratégiques.

Chapitre 2 : Le projet d'accompagnement et de prise en charge

- 2.1 - Le projet de soins de l'EHPAD,
 - Les fondements du projet de soins de l'EHPAD,
 - Méthodologie,
 - Les objectifs opérationnels du projet de soins de l'EHPAD.
- 2.2 - Le projet de vie et d'animation :
 - Les fondements du projet de vie,
 - Méthodologie,
 - Les objectifs opérationnels du projet de vie.

Chapitre 3 : La qualité de la prise en charge et la Gestion des Risques

- 3.1 – Les exigences règlementaires,
- 3.2 – Les objectifs,
- 3.3 - l'état des lieux de la qualité et de la gestion des risques au sein de la structure,
- 3.4 L'engagement de la Direction,

3.5 La politique qualité et gestion des risques,

3.6 Les évaluations,

3.7 Les outils,

3.8 Les contraintes.

Chapitre 4 : Les fonctions support

4.1 - La gestion des ressources humaines,

4.2 - Les prestations logistiques,

4.3 - La communication :

- La communication interne,
- La communication externe.

ANNEXES

Annexe 1 : Schéma de réalisation du Projet d'Etablissement,

Annexe 2 : Bilan (points positifs et points d'amélioration) de l'Etablissement,

Annexe 3 : Les plans d'action du projet d'établissement.

Introduction : l'établissement dans son environnement

Présentation générale

« La Maison de Retraite Publique de Salernes, proche du centre-ville, est implantée dans un cadre calme et arboré. Depuis sa construction en 1938, l'Etablissement a été régulièrement agrandi ou rénové. Des restructurations importantes se sont effectuées en trois étapes : 1980, 1992 et 1994, qui ont chaque fois permis une plus grande capacité de prestation auprès du résident, et qui ont régulièrement impulsé un réinvestissement du personnel dans ses missions... » (extrait de l'introduction au rapport de présentation préalable à la convention tripartite signée le 19 décembre 2001 transformant, pour le coup, la « Maison de Retraite » en EHPAD).

Identifié aujourd'hui comme Etablissement médico-social au sens de l'article 15 de la loi du 2 janvier 2002 (article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles), l'Etablissement s'inscrit dans le champ de la prise en charge des personnes âgées. C'est un Etablissement Public autonome sous statut de la fonction publique hospitalière. Madame la première adjointe de la commune de Salernes est Présidente d'un Conseil d'Administration de 12 membres comprenant trois représentants de la Mairie de Salernes, trois représentants du département du Var, deux membres du Conseil de la Vie Sociale, deux représentants du Personnel et deux personnes qualifiées (article R315-6 du code de l'action sociale et des familles). L'Etablissement est en direction commune avec d'autres Etablissements publics médico-sociaux du haut Var (EHPAD d'Aups et de Salernes, IME et ESAT de Salernes).

La mission première de l'Etablissement consiste à accueillir et accompagner un public fragilisé par la perte d'autonomie, la coupure avec le domicile ou la rupture du lien familial ou social.

Son rôle est d'offrir aux personnes âgées des réponses adaptées à leurs besoins et proposant une palette de services adaptés et diversifiés et de plus en plus médicalisés.

- **L'émergence et le développement d'un « hospice – aérium »**

C'est au début du siècle dernier, vers 1913/1915 que voit le jour à Salernes un Etablissement hospitalier au quartier du « pin Bernard ». Cet Etablissement se développe au point de voir émerger deux services : un service « aérium » (sur le site actuel de l'IME de Salernes) et un service « personnes âgées » (construit en 1938 sur le site actuel de l'EHPAD). Dénommé « hospice-aérium », la Direction de l'Etablissement est regrouper dans les locaux du service aérium au quartier pin Bernard.

Par délibération du 27 juin 1966, la commission administrative de l'hospice – aérium décide la reconversion de l'aérium en Institut-Médico-Pédagogique (qui plus tard, deviendra l'IME de Salernes), juridiquement dissocié de l'hospice de Salernes. Ce n'est pourtant qu'en 1995 que sont séparées, sur le plan financier, les sections d'investissement de l'IME et de la Maison de Retraite.

L'hospice de Salernes poursuit donc sa route de manière autonome dans ses locaux actuels et se transforme en Maison de Retraite par arrêté du Ministre de la Solidarité Nationale en date du 15 juin 1982.

Sa capacité passe de 99 lits à 102 lits par arrêté préfectoral du 8 septembre 2000. Tous ces lits sont habilités à l'aide sociale.

Par ailleurs, un SSIAD de 20 places voit le jour le 9 décembre 1993 par arrêté préfectoral. Ce SSIAD est étendu à 25 places en 2000.

- **Un bâtiment qui s'est agrandi au fil des ans**

Le bâtiment est composé de trois ailes :

- Le bâtiment « patio » datant de 1938 (1544m² + 366 m² de cave),
- Le bâtiment « jardin » datant de 1980 (1465m²) : ce bâtiment construit avec l'aide de l'Office HLM du Var s'inscrit dans une première phase d'humanisation,
- Le bâtiment « porche » datant de 1994 (951m²) : également avec l'aide de l'Office HLM du Var. La création de ce bâtiment achève la phase d'humanisation de l'Etablissement.

Les baux emphytéotiques signés avec l'Office HLM du Var ont été rachetés au début des années 2000.

- **Un projet de reconstruction qui date de plusieurs années.**

Malgré d'importants travaux de sécurité réalisés en 2009 (540 000 euros), il est devenu nécessaire de déplacer l'Etablissement dans des locaux plus modernes, plus adaptés et plus accueillants pour les résidents. Dès 2007, un bilan faisait état de contraintes d'exploitation :

- La largeur des couloirs est insuffisante et pénalise la circulation des résidents (deux fauteuils roulants ne peuvent pas se croiser par exemple),
- La configuration des locaux ne facilite pas le repérage des accès pour les visiteurs,
- Les chambres à deux lits sont nombreuses (32) entraînant promiscuité et difficulté de gestion des admissions,
- La surveillance est difficile, notamment la nuit. Les pertes de temps en déplacements des agents sont importantes,
- Les parkings sont insuffisants...

Face à des bâtiments difficiles à réhabiliter, le principe de la reconstruction de l'Etablissement sur un autre site date de 2007.

Après la recherche de terrains adaptés au projet, le choix se porte sur un terrain à Salernes au lieu-dit « le Parouvier » au prix de 540 000 euros acquis en 2011.

L'Etablissement se lance dans la recherche de financements pour concrétiser ce projet dont le montant approche les 12 millions d'euros :

- Subvention département du Var (commission permanente du 7 avril 2014) : 2 040 000 euros,
- Subvention CNSA pour la construction d'un PASA (décision du 10 août 2012) : 210 000 euros,
- Subvention CNSA pour la construction de l'EHPAD (décision du 23 juillet 2013) : 867 930 euros,
- Subvention de la Région PACA (arrêté attributif du 9 janvier 2013) : 195 000 euros.

La réalisation de l'opération passe également par la vente des bâtiments actuels (évalués à 2 800 000 euros en novembre 2015 par le service des domaines). Les propositions faites jusqu'à maintenant n'ont, pour l'heure, pas encore été concrétisées.

Un emprunt achèvera de financer le dispositif.

Les résidents devront, dans ces futurs bâtiments neufs bénéficier d'un prix de journée qui n'aura progressé que modestement.

Une démarche de territoire qui passe par une direction commune

- Les premiers pas

Depuis le 4 avril 2006, l'EHPAD « la source » est en direction commune avec l'EHPAD voisin d'Aups (10 km) d'une capacité de 70 lits sur la base d'une convention de gestion. Cette convention de gestion, adoptée en Conseil d'Administration, avait pour objectif :

- Une gestion administrative harmonisée,
- Un travail de complémentarité et de partage de compétences particulièrement dans le domaine administratif et technique.
- Des liens privilégiés conduisant à un renforcement du travail en réseau et à une culture du partage et de la communication,
- Des économies de gestion.

La mutualisation de la gestion des personnels administratifs est intervenue dès avril 2006. En février 2012 a été mis en place des astreintes administratives et techniques communes.

Outre la mise en commun de moyens, cette convention de gestion commune a permis, notamment, de réaliser des formations communes, de bénéficier des mêmes outils, de partager des protocoles et des procédures, de fonctionner en complémentarité dans un certain nombre de domaines (accueil...).

- **2015 / 2016 : une nouvelle étape avec l'émergence des Etablissements Publics médico-sociaux du haut Var**

A l'occasion d'un changement de Direction et après une période de transition complexe, l'Agence Régionale de Santé a demandé le 15 octobre 2015 à l'Etablissement de s'inscrire dans une organisation territoriale novatrice à travers une convention de Direction commune regroupant :

- L'IME de Salernes,
- L'ESAT de Salernes,
- L'EHPAD d'Aups,
- L'EHPAD de Salernes.

Deux de ces Etablissements relèvent du champ du handicap (l'IME et l'ESAT de Salernes), les deux autres du champ des personnes âgées.

Le Conseil d'Administration dans sa séance du 15 janvier 2016 a validé cette convention de direction commune.

Cette organisation novatrice s'appuie sur le SROSM PACA 2012 – 2016 qui propose dans l'axe 2.8.2 de « *promouvoir un modèle organisationnel performant* » avec pour objectif « *d'optimiser l'organisation des établissements et services* ». Pour le SROSM, cela passe par :

- *Promouvoir et développer les logiques de mutualisations, coopérations,*
- *Redéfinir les zones de desserte des services,*
- *Requalification, redéploiement de places dans le cadre de la recomposition de l'offre,*
- *Recherche de projets innovants ou expérimentaux.*

Par ailleurs, le schéma des solidarités départementales du Var 2014 – 2018 indique notamment dans ses principes qu'il convient de « *diversifier les réponses par rapport aux besoins en veillant notamment à l'adaptation des structures et des services, en soutenant les actions innovantes et en construisant des réponses autour de l'utilisateur...* ».

Le schéma de l'Autonomie (composante du schéma des solidarités départementales) propose de « *diversifier les solutions existantes pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap. Les besoins des publics en perte d'autonomie appellent davantage de souplesse et des solutions innovantes afin de répondre à leurs besoins de manière globale...* ». Améliorer la qualité des réponses pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap passe aussi par la présence sur le territoire de structures en capacité de proposer des accompagnements adaptés. Il s'agira, selon le schéma de l'autonomie de faire évoluer l'offre d'Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) en « *menant des expérimentations de mutualisation de plateaux techniques d'établissements, y compris entre établissements Médico-Sociaux des secteurs personnes âgées et personnes handicapées* ».

C'est dans ce contexte qu'est élaboré le premier Projet d'Etablissement de l'EHPAD, dans le cadre d'une démarche participative, et à la demande pressante et conjointe de l'ARS et du Conseil départemental du Var.

Les valeurs de l'EHPAD « la source »

Les axes fondamentaux de l'Etablissement sont :

- Adapter la prise en charge aux besoins particuliers résidents accueillis en situation de dépendance,
- Répondre à une mission de Service Public à travers les principes d'adaptabilité, de continuité et d'égalité d'accès, satisfaire à une mission territoriale,
- Associer les familles et les usagers aux projets de prise en charge tout au long de leur parcours institutionnel,
- Promouvoir l'ouverture de la structure sur l'extérieur,
- Favoriser l'intégration de l'établissement dans la cité,
- S'inscrire dans une démarche de bienveillance,
- Individualiser l'accompagnement et la prise en charge.

L'organisation de l'Etablissement et la démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement

- Les instances

L'Etablissement dispose d'un **Conseil d'Administration** de 12 membres. Il est présidé par la première adjointe au maire de la commune et se réunit quatre fois par an à minima.

Le **Conseil de la Vie Sociale** (CVS) accueille des représentants des usagers et des familles. Cette instance est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions touchant au fonctionnement de l'établissement. L'objectif de cette instance est de favoriser la participation des usagers à la vie de

l'EHPAD. Les élections des représentants des usagers et des représentants des familles ont eu lieu en avril 2016. L'instance s'est réunie à deux reprises depuis cette date.

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sont pour leur part composés de représentants du personnel de l'EHPAD. Ces instances sont notamment consultées sur les matières relatives à l'organisation du travail et à la prévention des risques professionnels. Les membres du CHSCT ont reçu en début d'année une formation afin de les éclairer sur leur rôle et leur mission.

- La démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement

Pour élaborer ce Projet d'Etablissement 2017-2021, l'Etablissement a d'abord engagé une démarche d'information en direction du personnel. Cette information est passée, notamment, par un « schéma de réalisation du Projet d'Etablissement » (annexe 1). A l'issue de cette démarche d'explication, un Comité de pilotage (COFIL) a été créé. Composé de professionnels de divers services de l'Etablissement, il s'est appuyé sur différents documents :

- Les rapports d'évaluation interne (décembre 2013) et externe (décembre 2014) : les préconisations de l'évaluateur externe ont été reprises notamment en ce qui concerne l'élaboration du bilan de l'Etablissement (points forts, points d'amélioration).
- Les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) relatif à l'élaboration du projet de service ou d'établissement : recueil de l'avis des familles, d'un maximum de professionnels, des autorités de tarification...
- Le schéma des solidarités départementales du département du Var 2014 – 2018,
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-social (SROMS) 2012 – 2016,
- Deux questionnaires élaborés au préalable afin de disposer d'appréciations et de propositions des pistes d'amélioration :
 - o L'un à l'attention des résidents et des familles rempli à hauteur de 40,59%,
 - o L'autre à l'attention du personnel rempli à hauteur de 41,46%.

Le bilan de l'Etablissement

Les documents étudiés par le COFIL comme les résultats des questionnaires font apparaître différents points forts et points d'amélioration abordés par les groupes de travail tout au long de la phase d'élaboration du Projet d'Etablissement.

Les points forts :

- Toutes les instances se réunissent régulièrement avec des comptes rendus formalisés. A l'attention des résidents, notamment, le CVS, élu, se réunit fréquemment,
- Les habitudes de vie sont prises en compte tout comme la vie affective et l'intimité des résidents Tout est fait pour développer les affinités entre résidents et pour maintenir les relations avec les proches,
- Le projet personnalisé est élaboré par les différents professionnels et mis en œuvre,
- Le dossier résident est informatisé et sécurisé,
- Le service animation met en œuvre un programme hebdomadaire d'activités donnant lieu à des situations de partage et de convivialité.
- Le questionnaire de satisfaction fait état de la bonne qualité de vie exprimée par les résidents et les familles.

Les points d'amélioration

- Un organigramme qui répond plus à un modèle d'organisation hospitalo-centré (verticalité par services) qui ne met pas suffisamment « le résident au cœur du dispositif ».
- Une démarche qualité insuffisamment formalisée avec pour conséquence la nécessité de formaliser certaines procédures (droits des résidents, risque « escarres », risque de chutes...) de former le personnel dans certains domaines (douleur, absence de référent pansement...) et de réactualiser certains documents (livret d'accueil...),
- La nécessité de compléter la politique de Ressources Humaines avec la mise en œuvre de la GPEC, l'élaboration de certains documents tels que le DUERP, la nécessité d'améliorer l'accueil des nouveaux agents...
- La signalétique intérieure est inexistante,
- La configuration des locaux pose des problèmes importants (marche en avant de la blanchisserie, chambres doubles nombreuses, mixité de certaines toilettes, parking saturé...).

Après validation de la direction, le document final a été présenté pour avis au CVS et au CTE en réunion commune le 20 octobre 2016 puis approuvé en Conseil d'administration le 21 octobre 2016.

Chapitre 1 : la stratégie de l'Établissement

Les deux EHPAD « l'Oustaou de zaou » à Aups et « la source » à Salernes sont en convention de direction commune depuis le 4 avril 2006. Ce rapprochement entre Etablissements fait partie des orientations encouragées par les pouvoirs publics sur le terrain et à travers les textes, notamment le décret du 6 février 2006 qui clarifie le rôle des Groupements de Coopération Social et Médico-social (GCSMS).

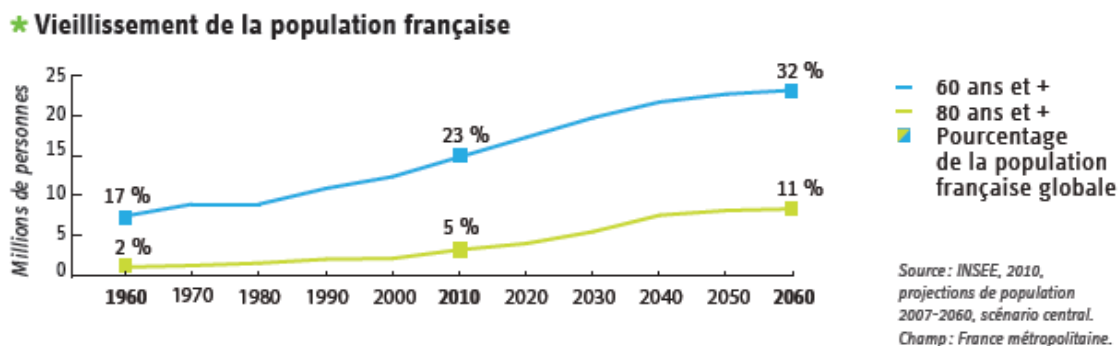
Compte tenu des problématiques et compte tenu du lien et de l'interdépendance existants entre les deux EHPAD d'une part, mais aussi entre les quatre Etablissements Publics médico-sociaux du haut Var, il apparaît nécessaire que ce volet « stratégie » du Projet d'Établissement soit commun aux deux EHPAD d'Aups et Salernes.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, les objectifs stratégiques élaborés ont été formalisés par un groupe de travail regroupant le CODIR des EHPAD et des représentants des Conseils d'Administration des deux Etablissements.

1.1 LE CONTEXTE DES ETABLISSEMENTS

1. Le contexte territorial

De 2010 à 2060, la population française augmenterait de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions d'habitants. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions de personnes, soit plus de 11 % de l'ensemble de la population contre 5 % aujourd'hui... (rapport d'activité 2015 de la CNSA).



Le département du Var n'est pas en reste dans cette France (qui comme l'Europe) « prend un coup de vieux » (Alternatives Economiques). Le tableau suivant montre l'évolution de la population du Var à l'horizon 2040.

	2020	2030	2040
population totale	1 098 000	1 162 000	1 212 000
60-74 ans	196 542	218 456	237 552
75 ans et plus	150 426	187 082	223 008
Total plus de 60 ans	346 968	405 538	460 560

Source INSEE

Dans le même temps, encore plus près de nous, la population de notre haut Var progresse également, et avec elle le pourcentage de nos anciens comme le montre le tableau suivant avec une offre d'EHPAD constante de 530 places (publics, associatifs et privés).

Commune	Totale	60 à 74 ans	+ 75 ans
Aups	2122	444	334
Salernes	3808	790	515
Sillans la Cascade	715	175	61
Régusse	2306	662	239
Montmeyan	590	152	77
Moissac-Bellevue	304	103	35
Fox Amphoux	496	115	58
Cotignac	2292	630	325
Tavernes	1329	331	112
Varages	1145	264	123
Barjols	3060	653	405
Artignosc	319	94	37
La Verdière	1667	365	121
Tourtour	591	133	74
Entrecaux	1080	251	110
TOTAL	21 824	5 162	2 626
TOTAL GENERAL		7 788	

A Salernes, en 2015, sur 137 résidents accueillis dans l'année, 39 sont originaires de Salernes et 74 d'autres communes du Var.

On sait que nos anciens restent plus tard à leur domicile et font face seuls, ou avec l'aide d'une aide à domicile, aux premiers tracés du vieillissement. Cependant, la population âgée étant plus nombreuse, les personnes confrontées à une perte d'autonomie ou à une dégradation des fonctions cognitives sont aussi en plus grand nombre...

La prise en charge si elle est plus tardive est également plus importante et plus lourde... en un mot elle est différente.

2. Le contexte législatif et réglementaire

Plusieurs textes présentent l'environnement juridique de nos EHPAD.

Le socle juridique relatif aux institutions sociales et médico-sociales date de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qui a octroyé aux publics concernés par l'action sociale une prise en charge spécifique et dissociée de l'action sanitaire.

Il a fallu ensuite attendre la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pour connaître une rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Ce texte a permis une rénovation du régime des autorisations et un renforcement des contrôles et des évaluations, a institué une véritable planification médico-sociale, et a développé les possibilités de coordinations et de coopérations entre acteurs.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a encore modifié le droit du secteur social et médico-social en poursuivant les réformes entreprises auparavant. Elle crée des Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont chargées de réguler, soit seules, soit conjointement avec les présidents de Conseils Départementaux, les établissements et services médico-sociaux.

Enfin, adoptée définitivement le 14 décembre dernier, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a été publiée au Journal Officiel du 29 décembre 2015. Notamment, elle impose aux EHPAD de conclure un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) pour une durée de 5 ans, avec le Président du Conseil Départemental et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Cette réforme entre en application le 1^{er} janvier 2017.

On soulignera que lorsqu'un organisme gère plusieurs EHPAD sur un département, le CPOM sera conclu pour l'ensemble de ces établissements. Avec l'accord des autorités de tarification, le contrat pourra également inclure dans son périmètre tous les EHPAD du gestionnaire relevant du même ressort régional et être étendus à ses autres établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés par le Conseil Départemental et l'ARS.

1.2 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La stratégie de l'Etablissement pour les cinq années à venir devra, bien évidemment s'élaborer en fonction des contextes territoriaux et juridiques tout en ayant en mémoire les orientations départementales du schéma des solidarités départementales du Var décrites plus haut.

1. Trouver sur Salernes les financements nécessaires à la reconstruction de l'Etablissement

Depuis plusieurs années, le constat a été fait de l'inadaptation de l'EHPAD de Salernes pour l'accueil des résidents. Si des aménagements sont effectués pour optimiser le confort des résidents et offrir les meilleures conditions de travail au personnel, les couloirs restent trop étroits empêchant deux fauteuils roulants de se croiser, le bâtiment est trop vaste et peu propice aux résidents désorientés et la construction « en dur » est difficilement aménageable.

Il avait été acté que la seule solution viable était un déménagement de l'EHPAD du site actuel vers un terrain acquis par l'EHPAD dans un autre quartier de Salernes.

Des recherches de financement ont été engagées (et obtenues) en même temps que des études intellectuelles et techniques réalisées. Un AMO a été nommé et des appels d'offre lancés.

Malheureusement, la réalisation de cette construction nécessite un complément de financement qui passe par la vente de l'actuel bâtiment difficile à mettre en œuvre et sans solution concrète aujourd'hui.

Ainsi, la réalisation de ce projet ayant un caractère prioritaire, il est proposé d'explorer toutes les solutions possibles afin de faire aboutir ce projet de reconstruction. Parmi ces solutions, l'ARS préconise de réduire de 10 à 15 lits le futur EHPAD de Salernes (afin que celui-ci atteigne la taille critique comprise entre 80 et 90 lits) et de transférer ces lits sur Aups (qui du même coup atteindrait la taille critique de 80 / 85 lits. La faisabilité de cette solution devra être étudiée.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Faire émerger le projet de construction de l'EHPAD de Salernes dans des conditions financières acceptables pour le résident accueilli.	Poursuivre la recherche d'un acquéreur pour le bâtiment de l'actuel EHPAD au prix prévu dans le plan de financement,
	Elaborer un plan de financement en concordance avec les besoins en étudiant notamment la proposition de l'ARS de transférer de 10 à 15 lits sur Aups.
	Travailler avec l'AMO et le Maître d'œuvre pour adapter, sans surcoût, le projet de nouvel EHPAD aux besoins des résidents.

2. Intégrer la future évolution de la prise en charge des résidents de l'EHPAD d'Aups souffrant de troubles du comportement

L'EHPAD « Oustaou de zaou » d'Aups, avec qui l'EHPAD de Salernes est en direction commune dispose d'une unité de vie de 12 places qui accueille des résidents présentant des troubles du comportement sévères. Ces résidents sont tous évalués en GIR 2. Cette unité de vie assure pour les résidents de l'hébergement, des soins, des activités sociales et thérapeutiques.

Malgré l'absence de labellisation, la prise en charge effectuée au sein de cette unité de vie relève d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), mesure 16 du « plan Alzheimer » 2008-2012. Le Projet d'Etablissement de l'EHPAD « Oustaou de zaou », fait donc apparaître tout naturellement les objectifs suivants :

- *Faire labelliser l'unité de vie sous forme d'UHR afin de mettre en conformité le travail réalisé et les résidents accueillis, optimiser la prise en charge et s'adapter aux besoins du territoire.*
- *Compléter la prise en charge des résidents de l'EHPAD présentant des troubles du comportement modérés par un PASA et un accueil de jour labellisé.*

La mise en œuvre de ces objectifs est à mettre en adéquation avec les propres objectifs de l'EHPAD de Salernes afin de disposer d'une cohérence de prise en charge sur le territoire relativement aux personnes âgées souffrant de troubles du comportement. Ainsi, il conviendra :

- A l'issue de l'ouverture du nouvel EHPAD, de créer les conditions pour transférer dans de bonnes conditions 3 places d'accueil de jour de l'EHPAD d'Aups sur Salernes. Ces places avaient été confiées à Aups en attente de la construction du nouvel Etablissement sur Salernes.
- L'opération de reconstruction de l'EHPAD de Salernes prévoit l'implantation d'un PASA. Cette implantation doit permettre un travail de mise en commun de moyens (humains...), des pratiques communes (procédures...) afin d'optimiser les prises en charge.
- De fluidifier le parcours de prise en charge des résidents dont la désorientation et les fonctions cognitives de dégradent et qui relèvent d'un « lieu de vie identifié dans l'EHPAD qui fonctionne nuit et jour, qui propose aux résidents de l'EHPAD ou venant du domicile (diagnostiqués Alzheimer présentant des troubles du comportement sévères) sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques », c'est-à-dire d'une UHR.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Prendre en compte la future évolution de la prise en charge des résidents d'Aups souffrant de troubles du comportement.	Ouvrir dans de bonnes conditions les trois places d'accueil de jour à transférer d'Aups vers Salernes.
	Fluidifier la prise en charge des résidents désorientés relevant d'une UHR.
Harmoniser les prise en charge des futurs PASA d'Aups et de Salernes.	Recruter le Personnel spécialisé chargé de la prise en charge des résidents de l'EHPAD accueillis en PASA en lien avec l'EHPAD d'Aups.
	Mettre en place des procédures communes aux deux PASA (Aups et Salernes).

3. Optimiser les ressources financières des Etablissements par la signature d'un CPOM

On l'a vu plus haut, la loi ASV a instauré pour les EHPAD une réforme tarifaire qui entre en vigueur en janvier 2017 ainsi que la signature de « CPOM » en lieu et place des conventions tripartites en place jusqu'à maintenant. Ces CPOM seront signés entre janvier 2017 et décembre 2020.

Les CPOM sont signés pour cinq ans entre l'EHPAD, le département et l'ARS et permettent de formaliser les objectifs fixés sur cinq ans et les éléments pluriannuels du budget. Ils reposent sur deux nouveaux principes :

- Le principe de pluri-annualité,
- La possibilité de signer un CPOM pour plusieurs structures dépendant d'un même gestionnaire.

La réforme tarifaire doit se concrétiser avec la publication d'un décret budgétaire actuellement en attente, mais qui s'appliquera à tous les EHPAD dès janvier 2017. On sait cependant qu'elle repose avant tout sur un renversement de logique. Jusque-là, l'EHPAD évaluait ses dépenses prévisionnelles pour élaborer son budget prévisionnel qu'il négociait avec les autorités de tarification jusqu'à fixation des dotations et tarifs par arrêté. Ce sont donc les dépenses qui définissaient les recettes. A compter de 2017, la logique est renversée en rendant dépendantes les dépenses des recettes à réaliser. Ainsi, des nouveaux documents budgétaires vont faire leur apparition tels que les EPRD (Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses) utilisés actuellement dans le secteur sanitaire.

Sans entrer dans le détail de la réforme tarifaire, il est cependant nécessaire de savoir que la fongibilité entre sections tarifaires dans l'affectation des résultats est désormais possible et qu'elle peut aussi s'appliquer entre Etablissements relevant d'un même CPOM... De même, les excédents (comme les déficits) ne seront plus repris par l'ARS et le Conseil Départemental.

Ainsi, notamment sur la base de ce renversement de logique et de la pluri-annualité nouvelle, il y a lieu d'optimiser les finances des EHPAD.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Optimiser les ressources des EHPAD dans le cadre de la nouvelle tarification et des CPOM.	Signer un CPOM commun aux quatre Etablissements en direction commune qui offre les moyens de nos ambitions.

4. Trouver dans le nouveau contexte législatif des solutions de mutualisation et de stratégie commune

On l'a vu, l'année 2016 a permis la formalisation d'une direction commune entre quatre entités juridiques publiques qui assurent déjà sur un même territoire une prise en charge médico-sociale. Deux interviennent dans le champ du handicap, l'IME et l'ESAT de Salernes, deux interviennent dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, les EHPAD d'Aups et de Salernes.

Pour poursuivre dans la cohérence de ces rapprochements, il convient de s'interroger sur la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) conformément aux préconisations du SROSS PACA et du schéma des solidarités départementales du Var.

« Le GCSMS est en effet un outil qui offre de nombreuses possibilités. Outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...), il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social. » (extrait des fiches pratiques de l'UNIOPSS)

Pour les Etablissements publics sociaux et médico-sociaux du haut Var, ce GCSMS pourrait offrir de la souplesse au fonctionnement général des Etablissements, faciliter le montage de projets communs ou assurer en direct certaines missions telles que la création d'un groupement de commandes publiques, la gestion d'un ou plusieurs services...).

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Poursuivre l'inscription des Etablissements dans une coopération vertueuse et génératrice de projets et d'optimisation financière.	Créer un GCSMS avec l'accord des Conseils d'Administration.
	Etudier les moyens et compétences à mettre en commun.
	Saisir les opportunités.
	Etudier la possibilité de construire une cuisine centrale gérée par nos soins à l'attention des Etablissements et services adhérents au projet pouvant faire appel aux filières courtes, bio...

5. Inscrire la résidence autonomie dans une filière gériatrique

La résidence autonomie « le naï » de Salernes est depuis le 1^{er} septembre 2016 en convention de gestion avec l'IME de Salernes. Ce rapprochement, de fait, avec les Etablissements publics du haut Var nous permet de réfléchir, sur le territoire, à une fluidification du parcours de prise en charge, les

résidents de ces résidences autonomie (nouveau nom des foyers logement depuis la loi ASV) ayant vocation, après dégradation de leur état de santé à être accueillis en EHPAD.

La gestion d'une telle structure trouve donc toute sa cohérence.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Intégrer pleinement tout au long de la durée de la convention de gestion, la résidence autonomie dans les projets des Etablissements.	Harmoniser les outils de la prise en charge et de l'accompagnement.
	Associer le personnel.
	Mettre en place des procédures communes.
	Optimiser la gestion et le fonctionnement.

6. Expérimenter sur le territoire l'opportunité de disposer d'astreintes d'infirmières de nuit

L'ARS PACA envisage d'expérimenter sur certains territoires des astreintes de nuit d'infirmières. Le dispositif doit permettre notamment de renforcer :

- La gestion des urgences,
- La sécurité des nuits,
- Le maintien des Etablissements et d'éviter les hospitalisations ou d'en réduire la durée,
- Les coopérations avec l'hôpital.

Ce dispositif permettra également de mutualiser :

- Les dossiers des résidents,
- Les procédures,
- Les moyens humains et matériels.

La durée de l'expérimentation est fixée à deux années financées par l'ARS pour 40 000 euros par an et il est proposé de prendre cette mutualisation sur les cinq Etablissements Sociaux et Médicaux sociaux en gestion commune.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Renforcer la sécurité des résidents par la mise en place d'une astreinte IDE de nuit.	Inscrire les Etablissements dans l'expérimentation proposée par l'ARS.
	Envisager l'intervention des IDE sur tous les Etablissements Publics Sociaux et Médico-sociaux du haut Var afin de renforcer la collaboration entre secteurs.

7. Répondre aux besoins de formation professionnelle dans le domaine médico-social sur le territoire

Les deux EHPAD d'Aups et de Salernes sont des acteurs centraux au sein du haut Var dans le domaine médico-social, au même titre que l'IME et l'ESAT de Salernes. D'autres acteurs existent tels

que les associations de maintien à domicile... Ces Etablissements ont besoin de disposer d'un personnel fidélisé, formé, compétent.

Les seuls établissements médico-sociaux représentent un potentiel de 240 emplois. Ils rencontrent aujourd'hui des difficultés pour recruter du personnel soignant (IDE, AS, AMP, éducateurs). On retrouve cette problématique chez tous nos collègues du médico-social.

L'expérience récente montre tout le potentiel humain du territoire. Ces dernières années de nombreux emplois aidés et notamment les emplois d'avenir ont été recrutés et formés et intègrent aujourd'hui grâce à leurs compétences nos établissements en qualité de titulaire.

Actuellement, au sein des EHPAD, les habitants du canton en recherche d'emploi se présentent et sont parfois recrutés sans formation pour des petits remplacements, puis, en fonction des postes vacants entrent de plein pied au sein de l'Etablissement.

Il est opportun d'envisager :

- De mettre en valeur nos compétences internes (cadre de santé, psychologue, IDE, AS...),
- D'assurer un potentiel de compétences dans le cadre des recrutements futurs,
- De mettre en œuvre un véritable parcours de formation sur le territoire,
- D'améliorer au quotidien les compétences en interne (travail sur les bonnes pratiques),
- D'optimiser les opportunités de stages, contrats d'avenir...
- De lutter contre le chômage sur le territoire.

Ainsi, il est proposé de créer au sein des Etablissements sociaux et médico-sociaux publics du haut Var un centre de formation professionnelle et de se positionner auprès du Conseil Régional qui dispose de la compétence relative à la formation professionnelle.

Notamment, ce centre de formation professionnelle permettrait de former au nouveau diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social (DEAES) depuis l'arrêté du 31 janvier 2016.

Cette formation très généraliste développe des compétences sur le secteur Personnes âgées et sur le secteur du handicap.

Objectifs stratégiques	Actions programmées
Répondre aux besoins de formation professionnelle dans le domaine médico-social pour les Etablissements publics sociaux et médico-sociaux du haut Var.	Se positionner pour créer sur le territoire un Centre de Formation Professionnelle permettant de former les personnels aux diplômes de DEAES

Chapitre 2 : le projet d'accompagnement et de prise en charge

2.1 LE PROJET DE SOINS DE L'EHPAD

1. Les fondements du projet de soins en EHPAD

L'EHPAD « la source » est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie des résidents. Le Projet d'Etablissement démontre cette volonté. Le projet de soins définit les objectifs généraux en matière d'organisation et d'évaluation des soins, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il fait partie intégrante du Projet d'Etablissement. C'est un instrument fédérateur qui concerne tous les professionnels.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et les décrets associés ont permis d'ancrer les EHPAD dans le milieu médico-social et de les valider comme lieux de vie. La place du soin s'en trouve modifiée, les professionnels doivent privilégier le « prendre soin » et l'accompagnement. Le résident devient alors acteur de sa vie et non pas un objet de soin.

Les objectifs de l'équipe médicale et soignante sont dès lors :

- Connaître la personne dans sa globalité et lui proposer un Projet en accord avec ses besoins et attentes,
- Préserver l'autonomie ou la restaurer,
- Maintenir les liens avec sa famille et l'extérieur,
- Garantir et améliorer la qualité et la continuité des soins,
- Développer les soins relevant du rôle propre de chaque professionnel,
- Renforcer le niveau de compétence et d'information des intervenants,
- Favoriser la communication.

En plus de l'assurance d'une prise en charge médicale et soignante adaptée (compétence, équipement, organisation), ce projet de soins s'appuie sur un principe : la singularité de chaque Personne âgée afin de permettre la personnalisation du soin, qui offre la reconnaissance de l'identité et de l'autonomie du résident.

2. Méthodologie

Sur la base des évaluations internes et externes réalisées en 2013 et 2014 et des questionnaires de satisfaction à l'attention des résidents, des familles et du personnel, un bilan a été élaboré faisant état de point forts et de points d'amélioration.

Dans le cadre de l'élaboration de ce Projet d'Etablissement, un groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises et a fait émerger les axes de travail suivants :

- Affirmer la place du Médecin coordonnateur au sein du système de soins,
- Améliorer la démarche d'accueil dans toutes ses phases et avec tous les services concernés (décliné au sein du Projet de vie / projet d'animation),
- Développer la notion et les pratiques de Bienveillance,
- Améliorer la prise en charge alimentaire,
- Améliorer la prise en charge de l'état bucco-dentaire,
- Adapter la prise en charge de la douleur à la population accueillie,
- Coordonner l'action des intervenants paramédicaux avec le médecin coordonnateur,

- Améliorer la prise en charge soignante des plaies,
- Développer la prise en charge de l'urgence afin de diminuer les hospitalisations,
- Améliorer la transmission des informations relatives à la prise en charge soignante des résidents,
- Prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse,
- Améliorer la prise en charge de fin de vie.

Les objectifs opérationnels et des actions ont été déclinés de ces axes de travail.

3. Les objectifs opérationnels du projet de soins de l'EHPAD

I. Affirmer la place centrale du médecin coordonnateur au cœur du système de soins

Véritable chef d'orchestre au sein de l'équipe soignante, le médecin coordonnateur en EHPAD répond à un objectif de santé publique en garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé.

Les textes confient au médecin coordonnateur 13 missions et notamment :

- Elaborer le projet de soins de l'Etablissement en collaboration avec le personnel soignant,
- Donner un avis sur l'admission des nouveaux résidents, évaluer la perte d'autonomie des résidents et fixer leur GIR,
- Coordonner le travail des équipes soignantes et des intervenants libéraux,
- Mettre en œuvre des formations continues pour le personnel de l'Etablissement,
- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques et participer à l'évaluation de la qualité des soins.
- Elaborer le projet de soins individualisé du résident...

Il est un des principaux collaborateurs de l'équipe de direction, son conseiller gériatrique au sein de l'Etablissement.

C'est donc ce rôle central du médecin coordonnateur qu'il faut réaffirmer au sein de l'Etablissement.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Définir au sein de l'Etablissement le rôle et les missions du médecin coordonnateur.	Traduire, au regard des textes, les interventions du médecin coordonnateur au sein de l'Etablissement.
Rationaliser et optimiser l'intervention du médecin coordonnateur.	Organiser son intervention, planifier les réunions.
	Elaborer un planning sur la base de ses 8h45 de présence par semaine (1/4 temps).
	Saisir les opportunités pour faire progresser le temps de travail du médecin coordonnateur.

II. Coordonner l'action des intervenants paramédicaux avec le médecin coordonnateur

Dans le chapitre relatif aux soins médicaux et au fonctionnement médical, l'évaluation externe de 2014 soulignait « l'absence de réunion annuelle des médecins intervenant sur le site » et « le manque de contact régulier entre Médecin coordonnateur et médecins libéraux ».

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Développer la communication entre intervenants médicaux et paramédicaux.	Optimiser l'utilisation du dossier de soins informatisé via les professions libérales.
	Organiser des réunions thématiques régulières.
	Communiquer avec les intervenants libéraux autour de réunions de staffs, synthèses médicales et paramédicales.

III. Développer la notion et les pratiques de Bienveillance

La promotion de la bienveillance et son corollaire la prévention de la maltraitance sont des enjeux majeurs pour le système de santé aujourd'hui.

Promouvoir la bienveillance, c'est renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs besoins, leurs attentes, leurs préférences. C'est favoriser l'implication des usagers dans leurs soins en les resituant dans le processus de décision les concernant.

Il est à noter également que la notion de bienveillance puise ses fondements dans les textes relatifs aux droits de l'homme, repris plus récemment dans la loi du 2 janvier 2002 pour le secteur médico-social et la loi du 4 mars 2002 pour le secteur sanitaire. L'une et l'autre rappellent ainsi le droit au respect de la dignité, de la confidentialité, de sa vie privée, la non-discrimination, l'accompagnement à l'autonomie, autant d'éléments sous-tendus par la bienveillance (guide de déploiement de la Bienveillance de l'HAS).

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Renforcer le dispositif de déploiement de la Bienveillance.	Formations,
	Mise en place d'un Référent Bienveillance,
	Protocoles diffusés et appropriés par chaque professionnel,
	Implication des membres du CVS.

IV. Améliorer la prise en charge alimentaire

La nutrition en EHPAD ne peut plus être considérée aujourd'hui comme une prestation de service strictement « hôtelière ». Au regard de l'importance de la dénutrition chez la personne âgée dépendante, au regard des bénéfices attendus d'une « qualité de l'offre nutritionnelle » au sein de l'Etablissement, le projet nutritionnel doit faire partie intégrante du Projet d'Etablissement et à ce titre, doit appartenir au projet de soins. Notre objectif est donc de développer une politique d'amélioration de la qualité nutritionnelle dans l'Etablissement.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Mettre en œuvre une démarche visant à diagnostiquer, prendre en charge et suivre les troubles alimentaires (dénutrition, obésité, troubles du comportement, fin de vie...)	Recentrer la commission alimentation sur ses missions,
	Adapter l'organisation pour diminuer la durée du jeûne nocturne
	Formation,
	Bilan d'entrée établi par la diététicienne à l'aide d'outils spécifiques,
	Evaluer les régimes et les textures avec la satisfaction des résidents.

V. Améliorer la prise en charge de l'état bucco-dentaire

Les études relatives aux personnes âgées, en particulier dépendantes, notamment l'étude « santé bucco-dentaire en EHPAD » de 2013 témoignent d'un état de santé bucco-dentaire très détérioré. Près de 50 % des résidents accueillis en EHPAD souffrent de pathologies bucco-dentaires. Elles sont étroitement liées à certaines maladies systémiques (diabète...).

Certaines pathologies générales comme les pathologies cardiaques, les affections dermatologiques, les pneumopathies, les rhumatismes peuvent aussi être d'origine buccodentaire ou aggravées par des infections dentaires. Enfin, une mauvaise santé bucco-dentaire augmente également le risque de dénutrition, d'ostéoporose et, indirectement, la perte d'autonomie.

C'est pourquoi, pour l'Etablissement, améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie est incontestablement un enjeu de santé publique, gage de bienveillance.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Améliorer l'accès aux soins dentaires.	Développer un partenariat avec un dentiste sensibilisé aux problématiques rencontrées en EHPAD.
	Développer la communication externe.
	Organiser l'accompagnement des résidents isolés (familles, amis...),
Organiser un suivi de l'état bucco-dentaire	Mettre en place un bilan de l'état bucco-dentaire à l'entrée du résident.
	Créer les procédures relatives à la prise en charge bucco-dentaire : <ul style="list-style-type: none"> - En interne → équipe de soins - En externe → famille, dentiste...

VI. Adapter la prise en charge de la douleur à la population accueillie

Depuis presque 20 ans, la lutte contre la douleur constitue une priorité de santé publique et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de la douleur. En 2001 apparaissent les premières recommandations nationales relatives à la personne âgée qui soulignent la nécessité de repérer et d'évaluer la douleur chez la personne âgée en mettant l'accent sur l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation. Depuis, de nombreuses circulaires et plans se sont succédés à ce sujet le rendant central dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

Au sein de l'EHPAD « la source », cette prise en charge est déclinée de la manière suivante :

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Protocoliser la prise en charge de la douleur.	Mettre en place des échelles d'évaluation.
	Formation des équipes soignantes.
	Evaluer cette prise en charge.
S'assurer d'une réponse systématique à la problématique de la douleur.	Organiser la prise en charge de la douleur en dehors de la présence du médecin, de l'IDE.

VII. Améliorer la prise en charge soignante des plaies

Récurrentes, les plaies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont une problématique du quotidien. La prévention des récives et une prise en charge pluridisciplinaire s'avèrent donc essentielles, de même que, parfois, l'avis d'experts. Dans ce cadre, nos Etablissements ont besoin de trouver des solutions à cette problématique.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Favoriser l'intervention sur l'EHPAD d'une IDE formée à la prise en charge des plaies.	Organiser l'intervention d'une IDE formée pour des missions de conseils et de suivi
	Créer les conditions pour que l'IDE formé intervienne sur les 2 Etablissements.
Développer une organisation soignante favorisant la prise en charge individuelle et spécifique des différents types de plaies dans la structure.	Protocoliser la prise en charge des plaies.
	Intégration et prise en compte de tous les facteurs aggravants, déclenchants et facilitants de la formation des plaies.
	Développer la transmission des données médecins spécialistes/dermatologues/médecin traitant par des outils spécifiques (photo...).
Diminuer le nombre de plaies de type dermabrasion.	Formation manutention.
	Mise à disposition de matériel adapté.
	Favoriser la déclaration de ce type d'évènement au travers des FEI.

VIII. Développer la prise en charge de l'urgence afin de diminuer les hospitalisations

Les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD sont fréquentes. Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités et d'autres peuvent être considérées comme inappropriées.

Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif.

Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Etablissement, de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Donner à l'Etablissement les moyens en formation et en matériel pour pallier aux situations médicales urgentes, tout public confondu (résidents, visiteurs, personnel).	Révision des protocoles.
	Formation aux gestes de 1 ^{er} secours.
	Se doter en matériel spécifique.
Améliorer la pertinence des hospitalisations	Mise en jour et évaluation en lien avec les structures concernées du Dossier de liaison d'urgence.
	Protocoliser les hospitalisations de nuit, les possibilités de distribution de traitement la nuit...
	Se doter des moyens nécessaires pour la mise en place d'une IDE d'astreinte la nuit.
	Contractualiser avec les acteurs du territoire dans le domaine de l'urgence (SMUR, SAMU, équipe de soins palliatifs...)

IX. Améliorer et harmoniser la transmission des informations relatives à la prise en charge soignante des résidents

La communication interne ou externe est aujourd'hui dans la vie d'un EHPAD un axe majeur de travail. Elle est un axe de travail relatif aux « fonctions supports » (chapitre 4 de ce Projet d'Etablissement).

Cependant, pour le personnel soignant, l'importance de la transmission des informations est cruciale et nécessite un travail spécifique au sein du projet de soins.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Limiter la perte d'information.	Centralisation des informations recueillies. Mettre en place des outils spécifiques (Messagerie performante utilisée par tous les agents, affichage, réunions, entretiens...).
Diminuer les informations non vérifiables sources d'interrogation et générateur de conflits.	
Faciliter la communication ascendante et descendante.	Déterminer les circuits d'information.
	Harmoniser au sein des Etablissements le projet individuel.
Développer les transmissions ciblées.	Formation.

X. Prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse

La population en EHPAD est particulièrement exposée au risque d'iatrogénie médicamenteuse. Se rajoute la complexité du circuit du médicament dans la structure avec l'intervention d'un grand nombre de professionnels (médecins libéraux, médecin coordonnateur, pharmacien, infirmiers, aides-soignants et tout autre personnel chargé de l'aide aux actes de la vie courante (art.L.313-26 du CASF).

La iatrogénie médicamenteuse regroupe notamment :

- Les évènements non évitables associés au produit et/ou au résident, ce que l'on nommera les vigilances ;
- Les évènements évitables qui sont le résultat de dysfonctionnements que l'on appellera les erreurs médicamenteuses.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Disposer de documents spécifiques intégrant les attendus règlementaires, et décrivant les principales étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation, préparation, administration).	Formaliser en équipe de soins (IDE, cadre de santé, médecin coordonnateur) les procédures et autres documents d'enregistrements écrits, qui décrivent le circuit du médicament (ce qui doit être fait, par qui, quand et comment). S'assurer et tracer leur diffusion.
Autoévaluer la dynamique d'amélioration continue liée au circuit du médicament.	Evaluer l'application des procédures et mettre en place les actions correctives avec, en : <ul style="list-style-type: none"> - A priori, une grille d'autoévaluation annuelle - A posteriori, l'analyse et le traitement des fiches d'évènements indésirables.
	Evaluer le dispositif de plaquettes « Medissimo », l'analyser et prévoir les actions d'amélioration

XI. Améliorer la prise en charge de fin de vie

Quand une personne âgée institutionnalisée en EHPAD est dans une phase de santé critique risquant d'aboutir à son décès, il est souhaitable (pour elle avant tout, mais aussi pour ses proches et pour les professionnels qui s'en occupent) de déterminer sur quels éléments les soins peuvent être correctement assurés dans l'Etablissement ou bien s'il est préférable de la transférer à l'hôpital et, dans ce cas, avec quelles précautions et à quelles conditions.

- Faut-il hospitaliser ou non, et sur quels éléments prendre la décision ?
- En cas d'hospitalisation, quelles informations transmettre et comment garantir la prise en charge la plus adaptée ?
- Si le résident reste au sein de l'Etablissement, que mettre en place et comment ?

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Coordonner et développer la prise en charge de la fin de vie avec les acteurs internes et externes à la structure (résidents, familles, soignants, médecins, HAD, hôpitaux...). Savoir orienter le questionnement des soins palliatifs.	Préciser de façon individuelle en collaboration avec le résident, sa famille et l'équipe soignante la notion de non acharnement thérapeutique.
	Former le Personnel en intégrant la psychologue.
	Formaliser les documents, former et intégrer dans la culture soignante la notion de directives anticipées, de personne de confiance.
Organiser l'accompagnement des familles (lieu dédié, empathie...).	Optimiser la notion de bien-être et de confort.
Mise en place formalisée de séances d'aromathérapie.	

2.2 LE PROJET DE VIE ET D'ANIMATION

1. Les fondements du projet de vie

Aujourd'hui, au sein des institutions médico-sociales, la qualité de vie a pris une place centrale. La personne résidente en EHPAD attend de l'institution un lieu de vie... où l'on soigne si nécessaire, où l'on prend en compte ses besoins et ses désirs, où on la respecte en tant qu'individu à part entière et non qu'on la traite uniquement comme un objet de soins.

Ce projet se veut donc centré sur le résident, sur sa vie dans la structure. Il est focalisé sur la personne hébergée et ses relations avec les acteurs de son environnement. Il tient compte du « vieillissement des rôles sociaux » (recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM relative à la qualité de vie en EHPAD), de la découverte (ou redécouverte) de la vie en collectivité et de la grande diversité d'histoires et de vécus sociaux.

Cette démarche doit favoriser l'implication et la participation de tous les acteurs de l'institution. Elaborer ensemble et progressivement, ce projet doit permettre à moyen terme l'amélioration de la qualité de vie de l'institution en s'appuyant sur les autres versants de ce Projet d'Etablissement.

Ainsi le projet de vie est une recherche de sens et de cohérence dans le travail en vue de la meilleure adaptation aux attentes du résident et une démarche qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs vivant et travaillant en Etablissement.

2. Méthodologie

Dans le cadre de la mise en place de ce projet, L'EHPAD « la source » s'est engagé à mettre en place des actions d'amélioration dans ce domaine en tenant compte des besoins ciblés de la population accueillie au sein de l'Etablissement.

Ainsi les questionnaires de satisfaction élaborés à l'occasion de la préparation de ce Projet d'Etablissement, les évaluations internes et externes de 2013 et 2014, mais aussi les échanges avec les équipes et lors des réunions de travail ont permis de mettre en avant des points d'amélioration dans l'Etablissement qui devront devenir thèmes d'amélioration autour des six axes suivants :

- L'architecture et l'utilisation des espaces verts,
- L'animation,
- Le temps repas,
- Le droit des usagers et la bienveillance,
- L'accueil des résidents,
- Le Projet de vie.

Par la suite un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni régulièrement afin d'élaborer collectivement et de manière participative, les objectifs opérationnels essentiels à mettre en œuvre dans ce projet de vie, sur la base des valeurs véhiculées par l'Etablissement.

De cette réflexion collective émerge ce projet de vie institutionnel dont l'ambition est de répondre aux attentes et aux besoins du résident sur le terrain.

3. Les objectifs opérationnels du projet de vie

I) Architecture / Espaces verts : Optimiser la convivialité et l'adaptabilité du lieu de vie

Au sein de l'EHPAD « la source », on sait que l'objectif stratégique prioritaire est de mener à bien le projet de reconstruction de l'Etablissement sur un autre site (voir le chapitre I – la stratégie de l'Etablissement). Cependant, les résidents présents aujourd'hui ont le droit de bénéficier d'une part

d'un environnement agréable et vivant, leur permettant de se sentir chez eux, et d'autre part d'un environnement adapté facilitant l'accessibilité et le repérage.

C'est pour cela que nous nous sommes engagés, même dans une perspective de départ prochain, à apporter dès aujourd'hui améliorations et aménagements pour faire progresser le confort des résidents. En effet, l'Etablissement accueille aujourd'hui des résidents plus lourds, plus dépendants. Par exemple, un repérage rapide des lieux avec une signalétique adaptée est indispensable, de même que nous devons travailler de manière permanente à faire de notre EHPAD un lieu de vie. Enfin, toujours dans le domaine de l'aménagement des locaux, la personnalisation des espaces privatifs doit être privilégiée.

Tout cela passe par deux objectifs :

- Faire de l'Etablissement un lieu de vie convivial,
- Faire de l'Etablissement un lieu de vie adapté.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Faire de l'Etablissement un lieu de vie convivial.	Faire aboutir le projet de « place de village » au sein de la salle animation.
	Repérer les couloirs et les étages (noms de rue...)
Faire de l'Etablissement un lieu de vie adapté.	Permettre un repérage rapide des lieux par une signalétique au sein de l'Etablissement.
	Personnaliser les portes des résidents, à adapter à la taille et à la vue des résidents.
	Installer au fil du temps des glaces de pied dans les chambres.

II) Animation

Le dictionnaire Larousse définit l'animation comme « un ensemble de moyens et méthodes mis en œuvre pour faire participer activement les membres d'une collectivité à la vie de groupe ».

Dans un contexte de prise en charge de personnes âgées dépendantes, en perte d'autonomie et en questionnement sur leur place dans la société, le guide des bonnes pratiques de l'ANESM estime que le premier rôle de l'animation est de « contenir ou d'infirmier le vieillissement des rôles sociaux ». Ce vieillissement est naturel et inhérent à tout individu vivant en société, mais le plus souvent très mal vécu par les résidents d'EHPAD.

Trois grands objectifs vers lesquels doivent tendre les programmes d'animation peuvent donc être proposés :

- le maintien de l'exercice des rôles traditionnels,
- la découverte de rôles nouveaux (par le biais d'activités créatrices) favorisant de nouveaux contacts et émotions,
- la transmission de la culture, redonnant une valeur à l'individu et au sens de son histoire.

Au sein de l'EHPAD « la source », la vocation de l'animation est de permettre aux résidents de retrouver du plaisir dans la vie quotidienne et dans la vie en général. « *L'animation est centrale pour restaurer, suivant les grands principes d'un projet de vie institutionnel, l'envie de mener son élan jusqu'au bout et de ne pas céder au fatalisme défaitiste de la mort annoncée* ».

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Poursuivre et faire connaître les animations existantes, adaptées aux résidents, en fonction de leurs souhaits et de leurs besoins.	Prévoir un entretien entre l'animation et les nouveaux résidents dans la procédure d'accueil,
	Faire du journal des résidents le fruit d'une animation avec les résidents,
	Poursuivre les évènements ponctuels et conviviaux de l'été (barbecue...),
	Formaliser le projet d'animation
Ouvrir l'animation sur l'extérieur.	Développer les animations inter EHPAD et entre EHPAD du secteur géographique,
	Développer les liens avec le village, notamment à travers les associations (clubs du 3 ^{ème} âge...),
	Encourager les rencontres intergénérationnelles (gouters, visites des écoles...),
	Développer le bénévolat,
	Ouvrir les EHPAD aux activités culturelles extérieures (Théâtre, art,...),
	Rechercher des soutiens financiers,
Faire reculer la perte d'autonomie des résidents.	Créer un parcours de santé pour les résidents,
	Identifier les essences végétales dans le parc en s'appuyant sur les résidents ruraux,
	Aider les résidents, par des animations adaptées à jouer le rôle de « passeurs de mémoire » dans le cadre de la transmission.

III) Temps de repas

Manger ne peut se réduire à l'unique satisfaction d'un besoin primaire et physiologique. En EHPAD, « l'alimentation (...) a un rôle tout à fait original parce qu'il est au croisement du soin et de la convivialité mais également parce qu'il peut permettre à la personne d'être en lien avec l'extérieur durant un moment difficile dans un univers qui ne lui est pas entièrement dévolu » (AMYOT J.-J., VILLEZ A., *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*).

Le rapport d'évaluation externe soulignait en 2014 au sujet de la prise des repas dans l'Etablissement :

« Trois espaces différents sont dédiés aux repas dans l'établissement, dont l'affectation est associée au niveau d'autonomie des résidents et donc à l'aide qu'il est nécessaire de leur apporter :

- Les personnes autonomes, qui se déplacent seules et peuvent se servir : elles prennent leur repas dans une grande salle séparée du salon de jour par un paysager ; la pièce est très lumineuse, près des baies vitrées, son hygiène est irréprochable et le climat y est respectueux.

Il est convivial à certaines tables. Les interactions entre les convives y sont peu nombreuses néanmoins. Cette pièce est toute proche des cuisines dont elle est séparée par le salon de jour.

- *Les personnes à mobilité réduite qui peuvent avoir besoin qu'on les aide (elles peuvent s'alimenter elles-mêmes). Dans cette seconde salle à manger le climat est moins agréable, l'agencement est fonctionnel, permettant par exemple de faciliter la circulation des fauteuils au moment de l'installation, des dessertes au moment du service, et les allées et venues du personnel pendant le repas lorsqu'il faut aider une personne. L'hygiène y est irréprochable. La luminosité est moindre mais conforme.*
- *Des personnes qui ne peuvent manger sans l'aide d'un tiers : elles sont installées dans deux autres salles plus petites, compte tenu du nombre de personnes. Là encore, c'est un aménagement de l'espace fonctionnel qui domine. Les espaces et les équipements sont très propres et de qualité. Pendant le repas, chaque personne est accompagnée d'un à deux agents qui vont l'aider à s'alimenter, et veiller à ce que tout se déroule dans les meilleures conditions »*

Fort de ces atouts, il s'agira pour l'Etablissement que :

- Le repas soit un moment de plaisir, résonnant avec les habitudes antérieures du résident,
- Le repas soit un moment de rencontres avec les autres,
- Le repas participe au maintien et à l'éveil des sens,
- Le résident puisse réellement s'approprier sa place à la salle à manger/restaurant.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Faire du temps repas un moment de détente et de convivialité.	Changer les nappes de la salle à manger et décorer la salle à manger.
	Retravailler l'ambiance générale autour du repas.
	Adapter un espace intime famille / résident.
Améliorer la qualité des repas servis aux résidents.	Diversifier les petits déjeuners et les repas des résidents désorientés.
	Diversifier les menus.
	Donner envie aux résidents de manger en améliorant l'esthétique des assiettes.
	Favoriser les filières courtes lors de la fourniture des denrées.
	Offrir le choix aux résidents pour les desserts.
Utiliser le temps repas comme vecteur d'animation.	Encourager les repas thérapeutiques en direction des résidents.
	Mettre en place régulièrement des repas à thèmes.
	Introduire 1 fois par mois les recettes des résidents (créer un livre de recettes des résidents).
	Respecter les repas en fonction des saisons.

IV Le droit des usagers et la bientraitance : Développer une véritable culture de la bientraitance

Le guide des bonnes pratiques de l'ANESM relatif à la bientraitance souligne que « *la démarche de bientraitance est une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels d'un établissement (ou service) selon leurs modalités propres* ».

Quatre axes permettent cependant de décliner cette dynamique :

- Des actions permettant de concrétiser le fait que l'utilisateur soit co-auteur de son parcours (projet de vie),
- Des mesures garantissant un lien de qualité entre professionnels et usagers (projet qualité),
- Des initiatives permettant à la structure de s'enrichir de toutes les contributions internes et externes pertinentes (création d'un comité éthique),
- Une organisation et un encadrement réfléchis dans la perspective de continuité entre la bientraitance des usagers et de leurs proches et le soutien apporté aux professionnels dans l'exercice de leur mission.

Complémentaires et inséparables, l'Etablissement s'inscrit dans ces quatre dimensions. Au sein du projet de vie/projet d'animation, notre action passera par la mise en valeur des droits des usagers qui passe d'abord par une réactualisation des différents outils de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, mais aussi par des actions novatrices comme la création d'un comité éthique.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Organisation de la communication et affichage des chartes.	Afficher les documents officiels (chartes...) de manière visible, dans les endroits stratégiques et communiquer à ce sujet.
	Communiquer les chartes aux résidents et au Personnel.
Faire vivre la citoyenneté.	Par la démocratie représentative en réunissant régulièrement le CVS avec un ordre du jour adapté au résident.
	En inscrivant l'Etablissement dans une démarche d'évaluation et de qualité avec un questionnaire généraliste et un questionnaire spécialiste par an.
	En encourageant la liberté d'expression individuelle et collective.
Revisiter et diffuser la procédure réclamation.	Un registre accessible à tous.
	Informers les instances des plaintes et de leur suivi dans un rapport d'activités.
Développer une culture de la bientraitance.	Offrir aux résidents le droit aux différents cultes et respecter leur souhait.
	Créer un Comité d'éthique qui se réunirait régulièrement sur un thème spécifique et ponctuellement sur une situation d'urgence.

V. L'accueil des résidents : améliorer l'accueil et l'entrée des personnes en Etablissement

L'accueil constitue souvent le premier contact réel de la personne hébergée avec son nouvel environnement humain et architectural. C'est le premier regard porté sur ce qui va devenir pour la personne son nouvel univers. C'est « l'étrange voyage » (LE DOUJET : « entrer en maison de retraite »).

Ce moment peut être angoissant tant il est chargé d'inconnu et de ruptures. Cette rencontre doit être préparée de part et d'autre afin qu'elle ne se fasse pas dans l'indifférence ou la précipitation. De ce moment, le résident conservera un sentiment rassurant ou non. L'équipe doit avoir conscience de l'importance de ce moment afin qu'il soit porteur de sens pour chacun. C'est une personne avec son histoire qui vient chercher dans l'institution la possibilité de continuer à vivre sa vie. Il s'agit donc de s'adapter à chaque personne accueillie en dégageant du temps pour cet accueil.

Conscient de cette problématique, l'Etablissement s'est déjà attelé à réactualiser sa procédure d'accueil. Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni et doit finaliser son travail dans les prochaines semaines. Une réactualisation de la documentation (livret d'accueil, règlement de fonctionnement...) prolongera cette première étape.

La « culture de la bienveillance » devra accompagner l'accueil de tout nouveau résident en institution, notamment à travers des actes de « bienvenue » (cadeau d'accueil, intégration...).

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Actualiser la procédure d'accueil.	Personnaliser l'accueil et l'adapter en fonction des résidents.
	Mettre en place un livret d'accueil conforme à la réglementation.
	Revisiter le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.
	Réaliser un protocole commun entre les deux Etablissements d'Aups et de Salernes.
Organiser l'arrivée du résident de manière pluridisciplinaire.	Réviser la procédure d'accueil de manière pluridisciplinaire.
	Intégrer un temps d'accueil pour l'animation.
	Mettre en place un système de parrainage entre résidents pour tout nouvel arrivé.
	Mise en place d'une commission admission
Souhaiter la bienvenue aux nouveaux résidents accueillis.	Répondre aux besoins et attentes par la création d'un document de recueil des besoins et attentes
	Bouquet de fleurs dans la chambre.
	Apéritif, gouter...

VI. Le projet de vie : permettre une meilleure qualité de vie du résident

Parmi les objectifs opérationnels, la mise en place du projet de vie individualisé doit permettre une recherche de sens et de cohérence dans le travail de chacun. L'accompagnement et le maintien ou le développement de l'autonomie doivent être privilégiés. La place du résident et de sa famille est primordiale pour la mise en place du projet de vie pour la personne âgée. Pour cela le projet doit être construit avec elle et avec sa famille.

Le projet de vie est un moyen pour les professionnels de mettre les différentes logiques soignantes en décloisonnant les circuits d'organisation.

La participation de tous les acteurs dans l'élaboration du projet, l'échange et la communication dans les réunions soignantes sont nécessaires pour développer une prise en charge globale auprès du résident. L'équipe pluridisciplinaire doit développer un travail interdisciplinaire pour un travail de sens.

Respecter les rythmes et les besoins des personnes hébergées, prévenir la dépendance et favoriser l'autonomie des résidents passeront donc par l'organisation de ces temps de rencontre spécifiques entre professionnels avec le résident et sa famille.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Redonner sa place au PVI.	Instaurer des référents aux coordonnateurs de projet.
	Optimiser le recueil d'information et faire fonctionner le logiciel correspondant de manière identique entre les différents acteurs.
	Encourager la préparation en amont du PVI.
	Structurer la réunion du PVI en protocolisant si nécessaire les prises de parole entre chaque domaine de compétences.
Redéfinir la relation soignant / soigné en étant attentif qu'elle ne soit pas une relation dominant / dominé.	Formation du personnel.
	Protocoles et démarche qualité.
	Créer un comité d'éthique qui se réunirait régulièrement sur un thème spécifique et ponctuellement sur une situation d'urgence.
Optimiser la prise en charge du résident.	Faire des familles du résident de véritables partenaires dans la prise en charge.
	Adapter la communication envers le résident en tenant compte de la mixité sociale.
	Favoriser l'autonomie du résident.

Chapitre 3 : la qualité de la prise en charge et la gestion des risques

La politique qualité et gestion des risques de l'EHPAD a pour vocation de fournir un axe d'orientation à la structure.

Elle détermine les résultats qualités attendus et accompagne l'Etablissement dans la mise en œuvre des ressources permettant d'atteindre des résultats mesurables.

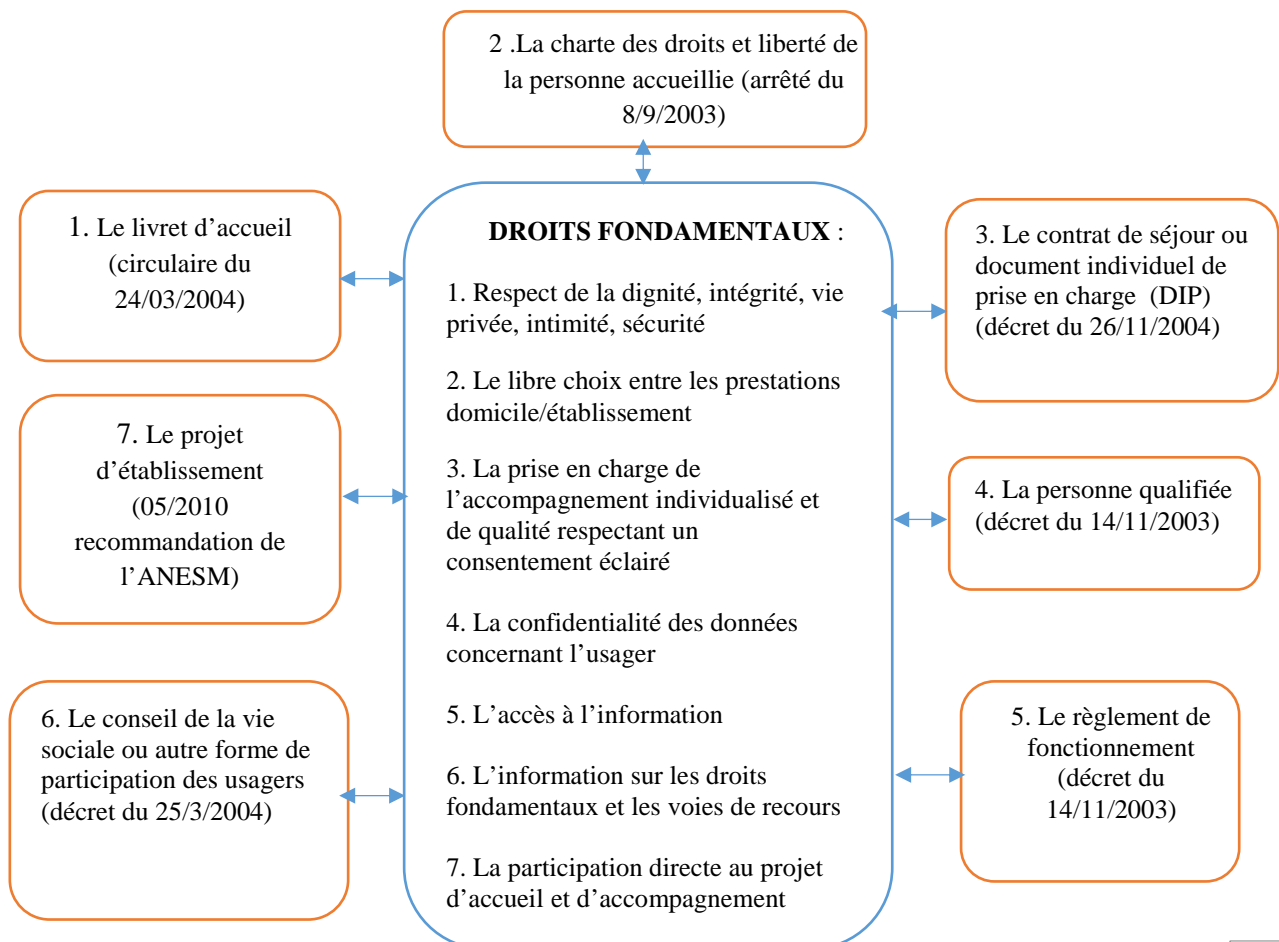
La réalisation des objectifs a un impact sur la qualité du service rendu, l'efficacité des pratiques professionnelles, en adéquation avec le contexte financier et donc sur la satisfaction et la confiance de toutes les parties prenantes.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité implique un engagement de la structure sur le long terme et requiert une implication de tous les professionnels participant à la prise en charge du résident.

1°/ Les exigences règlementaires

LA LOI DU 2 JANVIER 2002 : C'est, à ce jour, un texte de référence pour les EHPAD. Il met l'accent sur :

- 7 principaux **droits fondamentaux** que l'on retrouve à l'article L 311-3 du CASF,
- Et a mis en place **7 outils** dans le cadre de la première orientation en Etablissement.



Le Code de l'Action Social et des Familles

- **art. L.311-8** : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».
- **article L 312-8** : Crée l'obligation pour les établissements et services de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, notamment au regard de recommandations de bonnes pratiques validées par l'ANESM.

2°/ Objectif

L'objectif global sera de trouver, dans un cadre éthique, un équilibre entre le respect des normes réglementaires, la sécurité, et le risque de surprotection du résident, ce qui limiterait leur liberté, leur autonomie et donc leur qualité de vie.

On retrouvera dans cet objectif ainsi que dans les actions à mettre en œuvre l'application d'une méthodologie propre à la démarche qualité, en référence au PDCA, et qui sera déclinée dans les chapitres suivants.

3°/ l'Etat des lieux de la qualité et de la gestion des risques au sein de la structure

Celui-ci fait référence aux :

- rapport d'évaluation interne de 2013,
- rapport d'évaluation externe de 2014,
- questionnaires de satisfaction (résidents et professionnels) de 2016.

Les évaluations internes et externes ont donné lieu à des plans d'action qui n'ont pas bénéficié d'une démarche de suivi et d'évaluation des actions mises ou à mettre en place.

Les questionnaires de satisfaction affichent en globalité une perception positive, des pistes d'amélioration sont également esquissées.

La démarche qualité et gestion des risques a été initiée dans l'Etablissement sous la forme de :

- La rédaction de protocoles aujourd'hui à réviser et que doit s'approprier l'ensemble des personnels,
- La diffusion d'une fiche d'évènements indésirables aujourd'hui encore trop peu utilisée,
- La rédaction d'un processus d'accueil, également à réviser,
- Le recueil des plaintes et réclamations, qui ne bénéficie pas aujourd'hui d'un modus operandi qui détermine le « Qui fait quoi, quand et comment ».

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Effectuer le bilan de l'existant à périodicité définie.	Enquêtes de satisfaction (résidents, familles, personnels).
	Utilisation des indicateurs proposés par l'ANESM (« l'évaluation interne : repères pour les EHPAD »).

4°/ l'engagement de la Direction

L'établissement s'inscrit dans la mise en place d'un management qualité de tous les services (concerne l'ensemble des processus de l'Etablissement) dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques.

Cet engagement s'intégrera selon 4 dimensions :

- UNE DIMENSION STRATEGIQUE :
 - o La politique qualité et gestion des risques sera formalisée et lisible par tous,
 - o L'implication de la direction se développera autour d'une posture du management et de l'encadrement via les acteurs et en référence aux processus clés –Annexe 1-

- UNE DIMENSION CULTURELLE :

La politique Qualité et Gestion des risques visera le développement d'une culture de Bonnes pratiques de sécurité et passera par une 1er phase auprès des acteurs :

 - o Faciliter la compréhension du sens, des enjeux et des objectifs de la démarche qualité,
 - o Apporter un appui et des conseils pratiques et opérationnels aux professionnels de la structure de santé,
 - o Créer des conditions d'efficacité pour se l'approprier au quotidien.

Deux points déterminants participeront à ce développement :

- o La communication,
- o Les formations adaptées.

Ces deux points ont d'ailleurs été notés en besoin d'amélioration dans les questionnaires de satisfaction.

- UNE DIMENSION STRUCTURELLE :
 - o En développant une organisation qui déterminera les structures de pilotage, de coordination, de mise en œuvre,
 - o En s'engageant sur les ressources allouées.

- UNE DIMENSION TECHNIQUE :
 - o Selon des méthodes validées de :
 - Hiérarchisation des risques,
 - Conduite de Projet,
 - Résolution de problème.
 - o A l'aide d'outils :
 - Du système d'information,
 - De mise en œuvre des solutions,
 - De mesure et d'évaluations,
 - De pérennisations des résultats.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
<p>Définir les structures de pilotage, de coordination et de traitement des risques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des acteurs responsables de la mise en œuvre et du suivi en fonction d'un organigramme déterminé. - Mise en place d'une instance dédiée assurant le pilotage de la qualité et la gestion des risques : le « COQUAL » se dotant de professionnels des EHPAD (IDE, AS, cadre de santé, directeur), se réunissant mensuellement pour des missions et des attendus qui seront énoncés dans un règlement de fonctionnement de cette instance. - Mise en place de formations en interne à la méthodologie Qualité et gestion des risques, des membres du COQUAL. Elle sera assurée, si besoin, par le cadre de santé (formée à la qualité et à la gestion des risques). La formation de l'ensemble des personnels sera assurée par les membres du COQUAL.
<p>Favoriser une démarche concertée entre EHPAD.</p>	<p>Réunir des professionnels des deux EHPAD pour constituer l'instance qualité. Sur les thématiques communes du Projet d'Etablissement, favoriser les groupes de travail inter EHPAD.</p>

5°/ la politique qualité et gestion des risques

La qualité est l'aptitude à satisfaire l'ensemble des parties prenantes qui sont identifiées comme :

- Les résidents,
- Les professionnels de l'établissement,
- Les fournisseurs,
- L'environnement,
- Les partenaires financiers.

La qualité de vie au travail des professionnels œuvre ainsi pour la qualité de la prise en charge des résidents que l'on accompagne. Cette position est en parfaite concordance avec les valeurs fondamentales de l'EHPAD.

La politique qualité vise une adaptation constante aux besoins des usagers, un aller-retour permanent entre réflexion et action, dans le cadre d'une mise en place de pratiques professionnelles axées sur la bienveillance.

Cette politique est mise en œuvre au regard des obligations réglementaires ; elle obéit à un certains nombres de contrôles et met en place au sein des structures des évaluations propres à déterminer et à suivre l'amélioration continue de la qualité.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
<p>Développer une culture qualité, sécurité et gestion des risques ainsi que les pratiques de management associées.</p>	<p>Selon 2 approches distinctes :</p> <p>Une approche « à priori » dans le cadre d'une démarche préventive dans lequel on retrouvera notamment le programme annuel Qualité et GDR. Cette approche nécessitera d'analyser les processus clés de la structure, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La définition des processus, - L'identification, évaluation et hiérarchisation des risques. La hiérarchisation des risques se construira en fonction des processus et sous-processus de prise en charge du résident dans l'EHPAD, de la cartographie des processus-clés –voir annexe 1- - la définition et le suivi des plans d'actions. <p>Une approche « à posteriori » par une gestion adaptée, formalisée des Fiches d'Evènement Indésirable, avec la mise en place de comité de retour d'expérience.</p> <p>Vérifier, modifier si besoin en fonction des évaluations les protocoles existants (procédure accueil du résident...), Formaliser les protocoles en création, Appropriation des protocoles par l'ensemble des personnels par la diffusion, l'information et la formation liées à ces protocoles.</p> <p>Favoriser le développement de l'utilisation des fiches d'évènements indésirables (FEI). Formaliser, diffuser et former à la procédure de gestion des FEI. Les analyser en COQUAL qui propose des actions d'amélioration, les hiérarchisent ; actions qui seront validées par la Direction. Les résultats de l'analyse ainsi que les actions d'amélioration feront l'objet d'une communication interne.</p>
<p>Réviser, développer, créer les outils nécessaire à la mise en œuvre de la Démarche Qualité.</p>	<p>Les outils : Cf. chapitre 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion documentaire, - Les fiches d'évènement indésirable, - Le registre des plaintes et des réclamations, - Le Plan d'action qualité et Gestion des risques, - Le DUERPS, - Les organigrammes, - Les fiches de postes, - Les réunions institutionnelles, - La communication, - La formation.

6°/ Les évaluations

Le développement des démarches qualité marque le passage progressif du service public d'une logique de moyens à une logique de résultat.

- **En interne :**

- L'évaluation interne tous les 5 ans en respectant les 4 grands domaines, déterminés par l'ANESM :
 - La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale,
 - La personnalisation de l'accompagnement,
 - La garantie des droits et la participation des usagers,
 - La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers,
- Les indicateurs,
- Les enquêtes de satisfaction,
- Bilan annuel du Projet d'Établissement,
- Les Evaluations de Pratiques Professionnelles, les audits,
- La gestion des Fiches d'évènement indésirable.

- **En externe :**

- L'Évaluation externe tous les 7 ans qui portera notamment une appréciation globale sur l'adéquation des objectifs du projet d'établissement par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties,
- Participation aux diverses enquêtes (CCLIN, ARS...),
- Contrôle ARS, Conseil Départemental, hygiène...

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Suivre la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la Qualité au travers des divers programmes et plans d'action (Projet d'établissement, DUERPS...).	Avoir un système d'information efficace permettant le recueil, la traçabilité et la transmission des documents Qualité.
	Retracer chaque année dans leur rapport d'activité l'état d'avancement des améliorations prévues.
	Suivi périodique des indicateurs Qualité.

7°/ Les outils

	LES OUTILS	A réviser	A développer	A créer
1	LA GESTION DOCUMENTAIRE :			
	Papier			
	Informatique : nécessité d'un système d'information utilisable par tous			
2	LA GESTION DES FEI			
	Création de la fiche d'évènement indésirable			
	Mise en place des actions correctives			
	Suivi des actions			
	Traçabilité informatique			
3	Le Registre des plaintes et réclamations			
4	Le Plan d'Action Qualité, Gestion des risques			
5	Le DURPS			
6	Un organigramme fonctionnel déterminant l'instance dédiée			
7	Les fiches de poste			
8	Les réunions institutionnelles			
9	LA COMMUNICATION			
	Interne			
	Externe			
10	LA FORMATION			

8°/ Les contraintes

La mise en œuvre et le suivi de la démarche qualité suppose des modifications importantes dans la structure, elle génèrera des résistances aux changements. Pour y pallier, il est nécessaire que cette culture soit impulsée par les leaders de la structure en guidant une démarche interne.

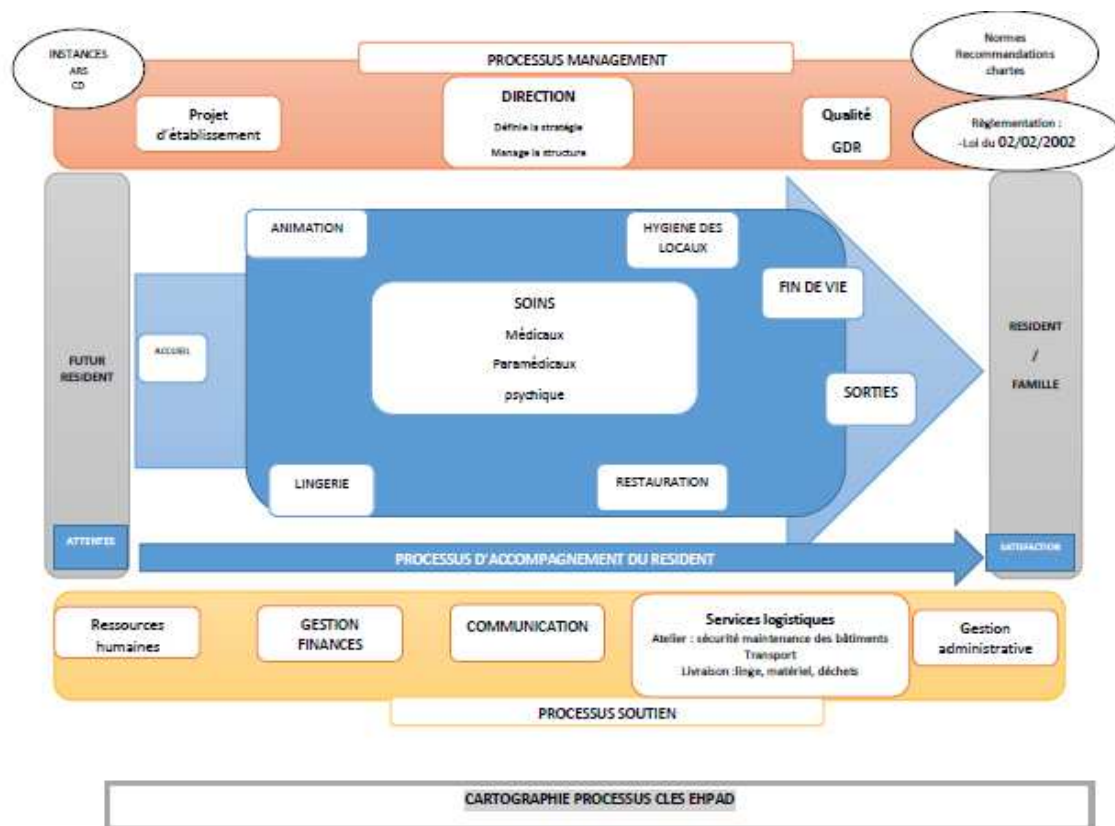
Pour accompagner ces changements, les dirigeants auront recours à un certain nombre de leviers, qui permettent de rendre le chemin à parcourir plus concret tout en orientant le développement. Les systèmes de reconnaissance externe de la qualité constituent les leviers les plus couramment utilisés,

l'évaluation externe en faisant partie. L'EHPAD peut avoir recours à une démarche organisée autour d'objectifs externes comme l'intégration de réseau, la participation à des groupements de coopération...

Une autre contrainte, facilement repérable, se situe également dans la maîtrise des dépenses que génère la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Pour améliorer l'efficacité et réduire les dépenses, il est nécessaire, de s'affranchir de l'idée simplificatrice « moyens égaux résultats », de s'interroger aux résultats des actions mises en place et donc de chercher à les identifier, à les mesurer et à les améliorer. C'est donc par les évaluations diverses inscrites ci-dessus, la mise en œuvre de plans d'action, la réalisation de leur suivi et l'importance que l'on accordera à sa diffusion, en termes de communication avec les professionnels de la structure, que cette contrainte sera diminuée. Cela passera par la déclinaison des principes du management de la qualité.

Ces contraintes repérées et celles à venir permettent d'orienter le management de la qualité de l'EHPAD vers une culture de la qualité et gestion des risques, commune à tous les établissements sociaux et médicaux-sociaux.

Annexe 1- CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS CLES



Chapitre 4 : les fonctions « support »

4.1 LE PROJET SOCIAL DU PERSONNEL

1. Les fondements du projet social

Le projet social de l'EHPAD se donne pour ambition de reconnaître et de mobiliser les ressources humaines disponibles au service de la prise en charge des résidents, dans un souci constant de prise en compte de la dimension humaine essentielle à la vie de nos structures. Il se veut être fondateur d'un véritable dialogue social permettant de développer et de promouvoir une réflexion collective sur les différentes composantes de la vie au travail en vue de répondre aux attentes des personnels et de l'Etablissement, gage d'amélioration de la qualité.

La réflexion autour du projet social s'attache à mettre en exergue :

- L'équité des traitements de personnel, l'éthique professionnelle, et la promotion de la culture du partage et de l'échange,
- Le développement de chacun et la contribution solidaire aux Projets d'Etablissement,
- Le respect de la personne, le service de l'intérêt collectif,
- La garantie d'un réel service public hospitalier.

2. Méthodologie

La gestion des ressources humaines est une démarche globale, prévisionnelle et préventive, elle nécessite des établissements une réflexion ouverte visant à définir les nouveaux axes du projet social.

Un groupe de travail commun aux EHPAD d'Aups et de Salernes s'est réuni avec notamment des représentants du personnel, des membres du CODIR, les personnes en charge des Ressources Humaines sur les deux Etablissements. Quatre axes de travail ont émergé :

- Améliorer les conditions et la qualité de vie au travail,
- Construire le dialogue social et améliorer la communication,
- Organiser la procédure d'accueil du Personnel des Etablissements,
- S'appuyer sur la direction commune pour optimiser le fonctionnement des Etablissements.

C'est à partir de ces axes de travail qu'ont été déclinés les objectifs opérationnels.

3. Les objectifs opérationnels du projet social

I. Améliorer les conditions et la qualité de vie au travail

L'amélioration du cadre de travail constitue une préoccupation permanente et constante pour l'Etablissement. Le renouvellement du matériel, l'acquisition de nouveaux investissements, l'aménagement de nouveaux équipements ainsi que l'amélioration des conditions psychologiques sont parmi nos priorités, tout comme la nécessité d'aménager des espaces de détente.

L'Etablissement souffre d'un absentéisme qu'il convient d'endiguer, même si les choses semblent s'améliorer. Ainsi, des actions menées depuis un an ont conduit à améliorer la situation mais des efforts importants restent à faire.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Agir sur les conditions de travail du Personnel.	Acquérir le matériel et aménager les espaces privatifs afin d'améliorer les conditions de travail du personnel (rails, chariots de douche...),
	Elaborer les DUERP en étroite collaboration avec les CHSCT et décliner annuellement des plans d'actions adaptés aux Etablissements,
	Mettre en place de façon régulière et chaque fois que de besoin des réunions d'analyse des pratiques professionnelles.
Faire reculer l'absentéisme.	Constituer un « pool de remplacement » inter-établissements,
	Offrir la possibilité à chaque agent de consulter son planning en ligne,
	Dans le cadre de la légalité, rendre la prime de service directement dépendant de l'avancement de carrière et l'absentéisme.

II. Construire le dialogue social

La question du dialogue social est considérée comme structurante du projet social et vise à faciliter la gestion quotidienne des Etablissements. Des actions doivent être engagées en faveur de la formation des personnels, considérée comme point d'amélioration dans le questionnaire de satisfaction du Personnel.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Construire le dialogue social à travers les besoins de formation.	Elaborer une procédure de recueil des besoins de formation,
	Faire passer le plan de formation aux instances,
	Optimiser la formation professionnelle en s'interrogeant sur l'adhésion au fonds mutualisé « mut 50 »,
	Construire le plan de formation sous forme inter-établissements.

III. Organiser la procédure d'accueil du personnel des Etablissements

L'accueil des nouveaux agents est à améliorer au sein de l'Etablissement. Qu'il s'agisse des soins, de l'unité hôtelière ou de tout autre service, il est indispensable que chaque nouveau venu puisse immédiatement apprécier et appréhender les valeurs de l'Etablissement, comprendre le sens du Service

Public et de la Fonction Publique, disposer de l'empathie et de l'écoute nécessaire auprès des résidents et adhérer au projet. La réussite du recrutement est à ce prix.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Formaliser cet accueil.	Livret d'accueil rappelant notamment les droits et devoirs des agents (en format papier),
	Elaborer un « kit formation »,
	Elaborer une procédure de recrutement,
	Formaliser l'accueil des stagiaires,
Mettre en place, sur le terrain, un agent « référent » pour le nouveau personnel.	

IV. S'appuyer sur la direction commune pour optimiser le fonctionnement des Etablissements

En direction commune aujourd'hui et demain peut-être adhérent à un Groupement de coopération médico-social, l'Etablissement dispose d'opportunités en termes d'organisation, de compétences et de qualité de prise en charge. Il devient en effet nécessaire d'anticiper les changements tout en maîtrisant la réalité du terrain.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Optimiser l'organisation du travail.	Finaliser un organigramme fonctionnel transversal et le communiquer à tous les agents.
	Recentrer les adjoints des cadres sur leurs rôles et spécialiser leurs fonctions.
	Elaborer un plan de formation commun.
	Réunir des groupes de travail communs en fonction des problématiques étudiées.
	Mener un travail commun sur des fonctions telles que la qualité, la gestion des risques, le comité éthique...
Mener une réflexion commune sur certains chantiers.	Harmonisation des logiciels « Berger Levrault » et « Planiciel ».
	Mettre en place la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences : <ul style="list-style-type: none"> - Limiter la précarisation des emplois, - Anticiper les mouvements du Personnel.

4.2 LE PROJET LOGISTIQUE

1. Les enjeux du projet logistique

Un EHPAD est avant tout un lieu de vie, en tant que tel il dispense des prestations d'hôtellerie et de maintenance qui interagissent avec les autres fonctions de la structure. Ces fonctions sont stratégiques à plus d'un titre : Elles sont fondamentales pour les résidents qui jugent de la qualité des prestations particulièrement par le prisme des fonctions logistiques. Elles sont également très importantes pour l'Etablissement. Elle lui façonne une âme. Un établissement avec sa propre blanchisserie et sa propre cuisine pourra avoir la sensation de proposer un accompagnement complet du résident.

Les enjeux des fonctions logistiques sont divers :

- Reflet de la qualité de la prise en charge,
- Recherche de la performance économique,
- Recherche de l'efficacité organisationnelle,
- Autonomie de l'Etablissement.

2. Les objectifs opérationnels du projet logistique

- La cuisine

En complément du projet de vie / projet animation relatif au « temps de repas » (III), il est nécessaire d'améliorer l'organisation logistique autour des repas servis aux résidents, notamment éclaircir le rôle des cuisiniers et de la diététicienne, redéfinir le rôle et la fonction de la commission des menus en fonction de notre volonté de faire participer les résidents à leur vie quotidienne.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Améliorer l'organisation autour du repas des résidents.	Mettre en place des rencontres régulières entre résidents et cuisiniers.
	Redéfinir le rôle du cuisinier par rapport à la diététicienne.
	Renforcer la continuité du service sur une base inter-EHPAD.
	Redéfinir la fonction et le rôle de la commission des menus.

- Les prestations hôtelières et la lingerie

Le local « lingerie » est aujourd'hui inadapté. Notamment, les règles RABC sont insuffisamment respectées. Il serait donc nécessaire de réorganiser complètement cette lingerie s'il n'était pas envisagé de construire un nouvel Etablissement (cf partie stratégique).

Par ailleurs, malgré la vétusté des locaux, il est nécessaire d'optimiser les prestations hôtelières et offrir la meilleure qualité pour les résidents.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Améliorer la prestation « lingerie ».	Bien définir les règles d'hygiène,
	Améliorer, malgré le prochain départ, le circuit du linge afin de respecter au mieux les règles RABC,
	Mettre en place une gestion de stocks,
	Redéfinir les protocoles de traitement du linge.
Améliorer les prestations hôtelières.	Elaborer les fiches de poste du personnel,
	Organiser des formations d'hygiène pour le personnel
	Renouveler le linge de maison,
	Organiser différemment la salle à manger afin d'optimiser sa fonction.

- Les services techniques

Les pistes de réflexion pour optimiser le travail de l'équipe technique ne manquent pas. Face à des bâtiments vétustes, il est nécessaire d'une part d'anticiper l'organisation du travail dans les futurs bâtiments neufs et d'autre part d'envisager la meilleure organisation du travail pour l'équipe technique.

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Assurer l'entretien, la maintenance et la sécurité du l'Etablissement malgré la vétusté du bâtiment.	Formaliser le suivi de la maintenance et des petits travaux (fiches de travaux, réalisation d'un planning...).
	Optimiser les contrats d'entretien par une gestion inter-établissements.
	Installer des portes coulissantes dans les chambres à deux lits.
	Assurer une couverture complète de l'Etablissement dans le domaine de la sécurité.
	Planifier la réfection de toutes les chambres.
Mettre en place une Gestion Pluriannuelle des Emplois et des Compétences.	Optimiser l'organisation de l'équipe technique dans un esprit collectif, en fonction des besoins des résidents des Etablissements.
	Inscrire la maintenance et les travaux dans la perspective de la prochaine construction conformément aux orientations stratégiques).
Optimiser les contraintes techniques de l'Etablissement.	Eclairer l'orga. et la qualité des contraintes techniques.
	Evaluer l'efficacité des contraintes en établissant un rapport qualité/prix,

4.3 LA COMMUNICATION

L'Etablissement doit, dans ce domaine, effectuer des progrès... le retour des questionnaires de satisfaction fait état de marges de progression qu'il convient d'intégrer dans le Projet d'Etablissement.

Les objectifs et actions à mettre en place seront de deux ordres :

- La communication interne,
- La communication externe.

Par ailleurs, aucun groupe « communication » en tant que tel s'est réuni à l'occasion du Projet d'Etablissement. Les objectifs et actions ont été puisés dans les différents groupes de travail (projet de soins, projet de vie et d'animation, projet social...) et regroupés dans ce chapitre.

1. La communication interne

La communication interne fait référence à la fois à la circulation des informations qu'elles soient descendantes, ascendantes ou transversales et à la qualité des relations de travail. De la qualité de la communication interne découle la qualité de la relation, de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents ainsi que la qualité des relations avec les familles.

Les objectifs et actions suivantes peuvent être retenus :

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Améliorer la communication en direction du personnel au sein de l'Etablissement.	Identifier le bon (les bons) supports de communication, (internet, papier, affichage...),
	Identifier au sein de chaque Etablissement une personne référente, responsable de la diffusion de l'information.
	Communiquer les chartes au personnel.
	Mettre en place un annuaire des personnes à contacter (en interne).
Améliorer la communication en direction des résidents et des familles au sein de l'Etablissement.	Afficher les documents officiels (chartes...) de manière visible, dans les endroits stratégiques et communiquer à ce sujet.

2. La communication externe

L'EHPAD bénéficie d'une bonne image au sein de l'environnement de proximité. Cependant, notre politique de communication externe doit être précisée et formalisée. Cette communication externe passe par :

- Un livret d'accueil moderne et convivial,
- Un site internet complet et présentant l'exhaustivité de nos services, de nos procédures, de notre documentation...

- Une charte graphique en référence à Etablissements Publics Sociaux et médico-sociaux du haut Var ;

Objectifs opérationnels	Actions programmées
Se doter d'une communication externe adaptée à nos besoins.	Revisiter, dans la procédure « accueil » le livret d'accueil et faire que sa présentation reflète le professionnalisme et la qualité de l'Etablissement.
	Mettre en place un site internet convivial et régulièrement visité.
	Mettre en place une charte graphique en liaison avec les autres Etablissements.
	Mettre en place l'annuaire des personnes à contacter (en externe).

