



Centre de Soins  
et d'Hébergement de Longue Durée  
Jacques Weinman

# PROJET D'ETABLISSEMENT 2015 – 2020



# SOMMAIRE

## PREAMBULE

<b>I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>p 5</b>
1. Le site et le bâti .....	p 6
2. Les capacités d'accueil .....	p 7
3. La population accueillie.....	p 8
4. L'activité .....	p 13
5. Les effectifs .....	p 19
6. L'organisation des soins .....	p 21
7. Les services supports .....	p 23
8. Les valeurs de l'établissement .....	p 24
<b>II. PROJET 2015/2020</b> .....	<b>p 25</b>
<b>1. PROJET MEDICAL</b> .....	<b>p 26</b>
<b>Thème 1</b> : Prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement.....	p 28
<b>Thème 2</b> : Prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques.....	p 31
<b>Thème 3</b> : Prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique / Dialyse péritonéale .....	p 32
<b>Thème 4</b> : Amélioration des prises en charge .....	p 34
<b>Thème 5</b> : Personnes Handicapées Mentales Vieillissantes prises en charge par l'ADAPEI .....	p 35
<b>Thème 6</b> Démarche éthique.....	p 37
<b>Thème 7</b> : Télémédecine.....	p 38
<b>2. PROJET DE SOINS</b> .....	<b>p 39</b>
<b>Thème 1</b> : Prestation « repas » en services de soins .....	p 41
<b>Thème 2</b> : Hygiène bucco-dentaire .....	p 44
<b>Thème 3</b> : Manger mains .....	p 45
<b>Thème 4</b> : Accompagnement des stagiaires .....	p 47
<b>Thème 5</b> : Promotion de la bientraitance .....	p 49
<b>3. PROJET DE VIE</b> .....	<b>p 51</b>
<b>Thème 1</b> : Projet personnalisé .....	p 53
<b>Thème 2</b> : Vie affective et sexualité chez la personne âgée .....	p 55
<b>Thème 3</b> : Projet du service animation .....	p 57
<b>4. PROJET SOCIAL</b> .....	<b>p 59</b>
<b>Thème 1</b> : Gestion du temps de travail.....	p 61
<b>Thème 2</b> : Prévention des risques professionnels / Risques psycho-sociaux et qualité de vie au travail.....	p 62
<b>Thème 3</b> : Accompagnement social des agents ayant des restrictions d'aptitude ou déclarés inaptes à leur poste .....	p 64
<b>Thème 4</b> : Développement d'une politique d'amélioration et d'évaluation des compétences .....	p 65

<b>5. PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER .....</b>	<b>p 66</b>
<b>Thème 1 : Politique d'informatisation .....</b>	<b>p 68</b>
<b>Thème 2 : Communication interne et externe .....</b>	<b>p 70</b>
<b>Thème 3 : Hôpital Numérique .....</b>	<b>p 71</b>
<b>6. PROJET DU SERVICE QUALITE, RISQUES, PROJETS .....</b>	<b>p 72</b>
<b>Thème 1 : Optimisation de la gestion des risques .....</b>	<b>p 74</b>
<b>Thème 2 : Accompagnement des professionnels à la démarche qualité .....</b>	<b>p 78</b>
<b>Thème 3 : Amélioration de l'évaluation des pratiques professionnelles.....</b>	<b>p 79</b>
<b>ANNEXE : Synthèse du projet d'établissement 2007/2011 .....</b>	<b>p 82</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>p 83</b>
<b>III. FICHES ACTIONS.....</b>	<b>p 85</b>

# Préambule

L'article L.6143-2 du Code de la Santé Publique stipule que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

*Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. ».*

Le précédent projet d'établissement s'est concrétisé par la restructuration des bâtiments dont l'inauguration a eu lieu en juillet 2012. Cette restructuration avec 18000 m<sup>2</sup> de surfaces neuves a considérablement amélioré le cadre de travail et de vie des professionnels et des patients résidents, et a permis la mise en place entre autres d'une balnéothérapie, d'un PASA et d'un Accueil de Jour.

Dans une optique d'amélioration continue de la qualité, ce nouveau projet s'appuie également sur les données recueillies en amont dans le cadre des évaluations externes relatives à la qualité et la sécurité de prise en charge : certification du secteur sanitaire dont la dernière itération date de 2012 et évaluations interne et externe du secteur médico-social de 2013 et 2014. Les constats établis pour l'une et l'autre de ces évaluations l'ont été au cours de réunions de travail associant l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement. Les conclusions des groupes de travail ont alimenté l'état des lieux décrit dans ce document. Les rapports qui se sont dégagés de ces démarches d'évaluations externes ont également nourri la réflexion et permis de retenir des perspectives d'évolution.

Les projets ont aussi été construits sur la base des acquis du précédent projet d'établissement, dont l'évaluation a montré une atteinte des objectifs à 76% (Annexe : synthèse de l'évaluation du projet 2007-2011). Certains thèmes n'ayant pas complètement abouti ont été reconduits car ils restent d'actualité et permettent d'apporter une réponse adaptée au contexte actuel : c'est le cas de l'accueil des personnes souffrant de troubles du comportement ou encore des personnes handicapées mentales vieillissantes.

Ce projet d'établissement se décline autour de 6 grands axes : les prises en charge médicale et paramédicale développées dans le projet médical, projet de soins et projet de vie ; la politique des ressources humaines déclinée dans le projet social ; le SIH thème à part entière intégrant le volet communication, en interne et en externe ; et enfin le projet du service Qualité Risques et Projets, qui met l'accent sur la gestion des risques et la sécurité des soins. Tous ces projets ayant le souci de placer le patient/résident au cœur du système.

Les orientations définies dans les différents projets (amélioration des soins apportés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques, accueil des Personnes Handicapées Mentales Vieillissantes, mise en place de la télémédecine, gestion des risques,...) permettent de positionner le Centre Jacques Weinman dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de l'ARS, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le Schéma Directeur d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS).

Améliorer en continu la qualité et la sécurité de prise en charge des personnes âgées accueillies à l'établissement reste l'objectif de l'ensemble des professionnels du CJW quel que soit leur niveau d'intervention, objectif à maintenir aujourd'hui dans un contexte économique et financier contraint. C'est toute l'ambition de ce nouveau projet d'établissement.

# **PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT**

Le Centre Jacques Weinman est un Etablissement accueillant des personnes âgées autonomes ou dépendantes physiquement et/ou psychiquement.

C'est un Etablissement Public de Santé au sens de l'article L.6111-2 du Code de la Santé Publique. Sa vocation sanitaire est légitimée par l'existence d'une unité de Soins de Longue Durée.

## 1. LE SITE ET LE BATI

L'établissement est situé à l'entrée de la commune d'Avanne, à 6 kilomètres à l'Ouest du centre ville de Besançon.

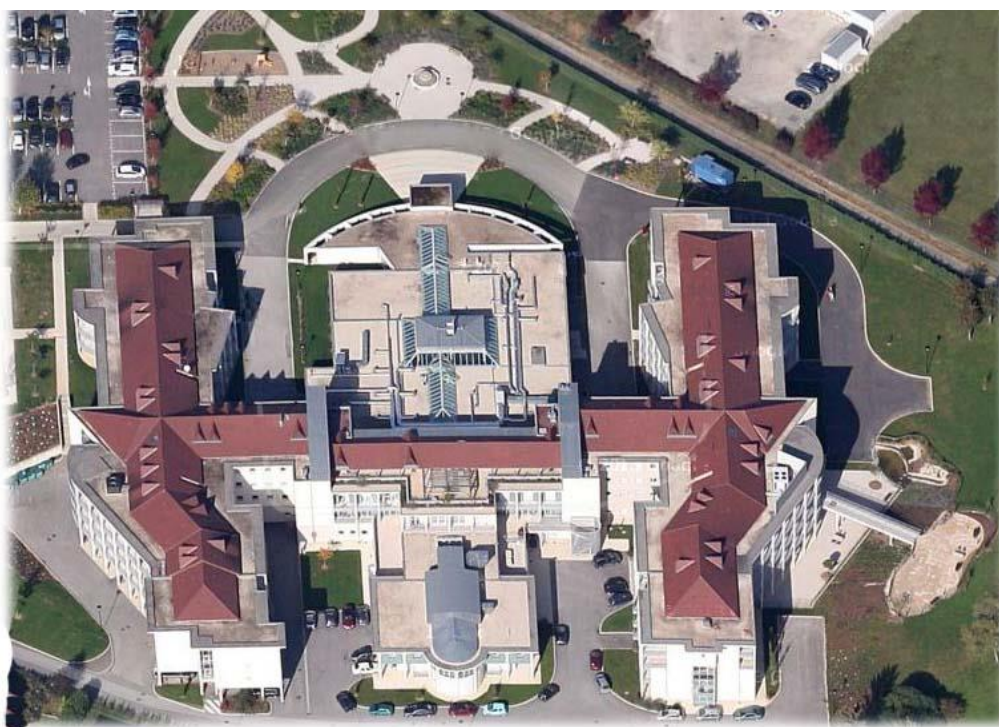
Construit en 1972, il a fait l'objet d'importants travaux de restructuration entre 2007 et 2012.

De configuration initiale pavillonnaire, l'établissement est devenu aujourd'hui une structure résidentielle monobloc. Il a été entièrement reconstruit sur site, seul le bâtiment central a conservé son rôle initial de pôle d'accueil, d'administration et d'animation.

Les nouvelles constructions sont réparties en deux ailes d'hébergement à l'Est et à l'Ouest situées autour du corps central. La surface représente 18 000 m<sup>2</sup> dont 16 000 m<sup>2</sup> de surfaces neuves.

Au Nord, l'extension curviligne marque l'entrée de l'établissement.

Au Sud, le pôle logistique et le plateau technique viennent s'insérer entre les deux ailes d'hébergement.



### L'organisation spatiale

	<b>AILE OUEST – Espace des Couleurs</b>	<b>CENTRE</b>	<b>AILE EST – Espace des Lettres</b>
<b>NIVEAU -1 Rez-de-jardin</b>	Pharmacie à Usage Interne Magasin Locaux déchets	Ateliers, groupe électrogène, chaufferie, blanchisserie Cuisine Service mortuaire	Service HUGO, unité de 36 lits du secteur EHPAD Sécurisé
<b>NIVEAU -0 Rez-de-chaussée</b>	Service COURBET, unité de 40 lits du secteur USLD	Accueil Administration Lieux de vie (salle des loisirs, animation, salon de coiffure) Service rééducation / Plateau technique Balnéothérapie	Service MARMIER, unité de 40 lits du secteur EHPAD Sécurisé
<b>NIVEAU +1</b>	Service FANART, unité de 11 lits du secteur USLD et 29 lits du secteur EHPAD	Salle informatique Cabinet dentaire « Chambre de garde » 4 lits d'EHPAD (rattachés au service Isenbart)	Service NODIER, unité de 40 lits du secteur USLD
<b>NIVEAU +2</b>	Service ISENBART, unité de 40 lits du secteur EHPAD	Terrasse couverte	Service PERGAUD, unité de 40 lits du secteur EHPAD
<b>NIVEAU +3</b>	Combles + chaufferie		Combles
<b>S/TOTAL</b>	<b>120 lits</b>	<b>4 lits</b>	<b>156 lits</b>

## **2. LES CAPACITES D'ACCUEIL**

Le Centre Jacques Weinman a une capacité d'accueil de 290 lits et places. Il compte 254 chambres à 1 lit et 13 chambres à 2 lits.

Il se compose d'un secteur sanitaire avec 91 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), et d'un secteur médico-social (EHPAD) avec 199 lits et places dont :

- 36 lits en unité sécurisée pour les résidents présentant des troubles de type Alzheimer
- 10 lits d'hébergement temporaire
- 10 places en accueil de jour
- 14 places en PASA

L'établissement comporte 3 secteurs de soins répartis en 7 services :

- Secteur EHPAD : « Pergaud » (40 lits), « Isenbart » (44 lits) et « Fanart » (29 lits)
- Secteur EHPAD Sécurisé : « Hugo » (36 lits) et « Marmier » (40 lits)
- Secteur USLD « Nodier » (40 lits), « Courbet » (40 lits) et « Fanart » (11 lits)

L'EHPAD « Pergaud – Isenbart » :

Ces deux services accueillent des personnes âgées autonomes et semi-autonomes, présentant une dépendance physique légère voire modérée. Les troubles du comportement ne doivent pas être majeurs : pas de déambulation, pas de fugue, pas d'agressivité, pas de risque suicidaire. Quant aux troubles psychiatriques, la prise en charge est possible lorsque les troubles sont stabilisés. L'accompagnement est préventif dans le but de préserver ou maintenir leur autonomie.

L'EHPAD « Fanart » :

Les patients résidents peuvent présenter un niveau de dépendance important (aide à la toilette, aide au repas, troubles sphinctériens). Ils peuvent présenter des troubles cognitifs, sans toutefois avoir de troubles du comportement aigus. Quant aux troubles psychiatriques, la prise en charge est possible lorsque les troubles sont stabilisés. L'accompagnement s'inscrit davantage dans les soins de confort tout en préservant au maximum l'autonomie.

L'EHPAD sécurisé « Marmier » :

Le niveau de dépendance physique des patients résidents accueillis doit être modéré. Ils présentent des troubles de type géronto psychiatrique modérés ainsi que des troubles du comportement non stabilisés. Ils requièrent une surveillance et un accompagnement spécifiques tout en préservant, stabilisant, voire même en améliorant leur autonomie.

L'EHPAD fermé « Hugo » :

Le niveau de dépendance physique des patients/résidents doit être modéré. Ils présentent des troubles géronto psychiatrique et des troubles du comportement plus importants : fugue, agitation, agressivité, déambulation. Ils requièrent une surveillance et un accompagnement spécifiques tout en préservant, stabilisant, voire même en améliorant leur autonomie ;

L'USLD « Courbet – Nodier – Fanart »

Ces services accueillent des personnes ayant un niveau de dépendance élevé avec des polyopathologies organiques évolutives. Certains troubles psychiatriques stabilisés ainsi que certains troubles du comportement peuvent être pris en charge. L'accompagnement vise à maintenir l'équilibre précaire entre l'autonomie et l'évolution des pathologies.

### 3. LA POPULATION ACCUEILLIE

Les données présentées dans cette partie sont issues du rapport de gestion de l'établissement pour l'année 2014.

*Répartition par sexe des patients / résidents au 31 décembre 201*

	Hommes (%)	Femmes (%)
USLD	28	72
EHPAD	34	66
CJW	32	68



Origine géographique des patients résidents présents au 31 décembre 2014

	<u>EHPAD</u>	<u>USLD</u>	<u>CJW</u>
<b>Doubs (hors les 6 cantons bisontins)</b>	57	24	81
Besançon Sud	5	4	9
Besançon Ouest	21	14	35
Besançon Nord-Ouest	15	9	24
Besançon Nord-Est	19	15	34
Besançon Est	27	7	34
Besançon Planoise	22	7	29
<b>Total Besançon</b>	<b>109</b>	<b>56</b>	<b>165</b>
<b>Total Doubs</b>	<b>166</b>	<b>80</b>	<b>246</b>
Haute-Saône	5	2	7
Territoire de Belfort	1	0	1
Jura	6	1	7
<b>Franche-Comté</b>	<b>178</b>	<b>83</b>	<b>261</b>
<b>Hors Franche-Comté</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Origine des patients / résidents selon les établissements ou le domicile pour l'hébergement permanent

↳ Sur 31 entrées en USLD

<b>Nom Etablissement / Domicile</b>	<b>Nombre d'entrées</b>	<b>Pourcentage</b>
Centre de soins des Tilleroyes	10	32%
Maison de retraite et logement-foyer	10	32%
Domicile	7	23%
Autres centres de soins de suite et réadaptation	2	6%
CHU	2	6%
Centre hospitalier psychiatrique	0	0%
Autres Centres Hospitaliers non Psychiatriques	0	0%
Unité de soins de longue durée	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>

**Moyenne d'âge de 87 ans à l'entrée**

↪ Sur 48 entrées en EHPAD

Nom Etablissement / Domicile	Nombre d'entrées	Pourcentage
Domicile	19	40%
Maison de retraite et logement-foyer	9	19%
Centre de soins des Tilleroyes	7	15%
Centre hospitalier psychiatrique	7	15%
Autres centres de soins de suite et réadaptation	3	6%
CHU	3	6%
Autres Centres Hospitaliers non Psychiatriques	0	0%
Unité de soins de longue durée	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Moyenne d'âge de 85 ans à l'entrée.

↪ Sur 79 entrées en hébergement permanent au CJW

Nom Etablissement / Domicile	Nombre d'entrées	Pourcentage
Domicile	26	33%
Maison de retraite et logement-foyer	19	24%
Centre de soins des Tilleroyes	17	22%
Centre hospitalier psychiatrique	7	9%
Autres centres de soins de suite et réadaptation	5	6%
CHU	5	6%
Autres Centres Hospitaliers non Psychiatriques	0	0%
Unité de soins de longue durée	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Moyenne d'âge de 86 ans à l'entrée.

*Répartition des patients résidents par tranches d'âge au 31 décembre 2014*

❖ *En USLD*

TRANCHES D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE
Moins de 60 ans	0	1	1	1,2 %
60 à 69	4	6	10	11,8 %
70 à 79	3	10	13	15,3 %
80 à 89	11	20	31	36,5 %
90 à 94	6	17	23	27,1 %
95 à 99	0	5	5	5,9 %
100 et +	0	2	2	2,4 %
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>61</b>	<b>85</b>	<b>100 %</b>
<b>MOYENNE D'AGE</b>	<b>81,7</b>	<b>84,8</b>	<b>83,9</b>	

❖ *En EHPAD*

TRANCHES D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE
Moins de 60 ans	0	0	0	0 %
60 à 69	13	5	18	9,8 %
70 à 79	15	17	32	17,4 %
80 à 89	21	54	75	40,8 %
90 à 94	10	32	42	22,8 %
95 à 99	2	14	16	8,7 %
100 et +	1	0	1	0,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>122</b>	<b>184</b>	<b>100 %</b>
<b>MOYENNE D'AGE</b>	<b>80</b>	<b>86,1</b>	<b>84,1</b>	

❖ *Au CJW*

TRANCHES D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE
Moins de 60 ans	0	1	1	0,4 %
60 à 69	17	11	28	10,4 %
70 à 79	18	27	45	16,7 %
80 à 89	32	74	106	39,4 %
90 à 94	16	49	65	24,2 %
95 à 99	2	19	21	7,8 %
100 et +	1	2	3	1,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>183</b>	<b>269</b>	<b>100 %</b>
<b>MOYENNE D'AGE</b>	<b>80,5</b>	<b>85,7</b>	<b>84</b>	

○ Moyenne d'âge des patients résidents

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
81,36	82,5	81,38	81,9	81,49	83,1	84

Répartition des patients / résidents par GIR

L'évaluation de l'état de dépendance des patients résidents est réalisée périodiquement au sein de chaque service. Ces coupes transversales permettent d'obtenir la photographie du niveau global de la dépendance dans l'établissement mais également d'adapter les effectifs des services à la charge de travail qui doit théoriquement en découler.

Fin 2014, le Gir Moyen Pondéré (GMP) s'établit à 771, pour 913 en USLD et 704 en EHPAD.

Les patients résidents se répartissent de la manière suivante dans les groupes 1 à 6 :

GIR	USLD		EHPAD		Etablissement	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	50	57	35	19	85	31
2	32	36	69	37	101	37
3	4	5	24	13	28	10
4	2	2	45	24	47	17
5	0	0	9	5	9	3
6	0	0	3	2	3	1
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>273</b>	<b>100</b>
<b>GMP</b>	<b>913</b>		<b>704</b>		<b>771</b>	

#### 4. L'ACTIVITE

##### *Evolution de l'activité d'hébergement permanent 2014 – Evolution par GIR*

###### ❖ En USLD

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	- 60 ans	Totaux
Nombre d'entrées directes	8	18	3	1	0	0	1	<b>31</b>
Nombre de patients résidents payants à l'entrée	6	15	3	1	0	0	1	<b>26</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale à l'entrée	2	3	0	0	0	0	0	<b>5</b>
Nombre de départs pour convenance personnelle	0	2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
Nombre de décès (y compris à l'extérieur)	26	15	2	0	0	0	0	<b>43</b>
Nombre de patients résidents payants, présents au 31 décembre 2014	21	25	2	2	0	0	1	<b>51</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale, présents au 31 décembre 2014	18	14	2	0	0	0	0	<b>34</b>

###### ❖ En EHPAD

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	-	Totaux
Nombre d'entrées directes	2	18	9	16	3	0	0	<b>48</b>
Nombre de patients résidents payants à l'entrée	2	14	5	11	3	0	0	<b>35</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale à l'entrée	0	4	4	5	0	0	0	<b>13</b>
Nombre de départs pour convenance Personnelle	1	1	1	1	0	0	0	<b>4</b>
Nombre de décès (y compris à l'extérieur)	17	11	5	4	3	0	0	<b>40</b>
Nombre de patients résidents payants, présents au 31 décembre 2014	14	41	9	34	11	0	0	<b>109</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale, présents au 31 décembre 2014	8	22	20	20	5	0	0	<b>75</b>

❖ Pour l'ensemble de l'établissement en hébergement permanent

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	- 60 ans	Totaux
Nombre d'entrées directes	10	36	12	17	3	0	1	<b>79</b>
Nombre de patients résidents payants à l'entrée	8	29	8	12	3	0	1	<b>61</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale à l'entrée	2	7	4	5	0	0	0	<b>18</b>
Nombre de départs pour convenance Personnelle	1	3	1	1	0	0	0	<b>6</b>
Nombre de décès (y compris à l'extérieur)	43	26	7	4	3	0	0	<b>83</b>
Nombre de journées de présence	25 390	36 896	12 511	16 450	7 163	0	1 130	<b>99 540</b>
Nombre de journées d'hospitalisation	127	315	233	162	47	0	0	<b>884</b>
Nombre de journées d'absence	34	6	16	39	73	0	12	<b>180</b>
Taux d'occupation	99,37%	91,07%	100,81%	115,56%	98,12%	0,00%	154,79%	
Nombre de patients résidents payants présents au 31 décembre 2014	35	66	11	36	11	0	1	<b>160</b>
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale présents au 31 décembre 2014	26	36	22	20	5	0	0	<b>109</b>

○ Comparaison entre 2013 et 2014

	2013	2014
Nombre d'entrées directes	89	79
Nombre de départs pour convenance personnelle	6	6
Nombre de décès (y compris à l'extérieur)	71	83
Nombre de journées de présence	99 903	99 540
Nombre de journées d'hospitalisation	738	884
Nombre de journées d'absence	201	180
Taux d'occupation	97,75 %	97,40 %
Nombre de patients résidents payants	164	160
Nombre de patients résidents pris en charge par l'aide sociale	114	109

Il est à noter que le taux d'hospitalisation est de 0,89 % pour le CJW, à rapprocher du taux de 1,24 % en EHPAD selon un chiffre de la CNSA.

Durée moyenne de séjour (moyenne des durées de séjour des patients résidents sortis en 2014, exprimée en jours)

- ✚ Etablissement : 1 089 jours
- ✚ En USLD : 709 jours
- ✚ En EHPAD : 1 478 jours

Prise en charge de l'hébergement des patients résidents au titre de l'Aide Sociale en 2014

	DOUBS	JURA	HAUTE-SAONE	HORS FRANCHE COMTE *	TOTAL
Montant des titres de recettes émis au titre de l'aide sociale PERSONNES AGEES - EHPAD	1 181 914,01	792,12	10 225,00	76 059,19	1 268 990,32
Montant des titres de recettes émis au titre de l'aide sociale PERSONNES HANDICAPEES - EHPAD	350 861,17	0,00	0,00	0,00	350 861,17
<b>TOTAL DES TITRES EMIS EN SECTEUR EHPAD</b>	<b>1 532 775,18</b>	<b>792,12</b>	<b>10 225,00</b>	<b>76 059,19</b>	<b>1 619 851,49</b>
Montant des titres de recettes émis au titre de l'aide sociale PERSONNES AGEES - USLD	489 322,24	17 660,12	15 684,43	84 548,64	607 215,43
Montant des titres de recettes émis au titre de l'aide sociale PERSONNES HANDICAPEES - USLD	204 581,71	0,00	0,00	0,00	204 581,71
<b>TOTAL DES TITRES EMIS EN SECTEUR USLD</b>	<b>693 903,95</b>	<b>17 660,12</b>	<b>15 684,43</b>	<b>84 548,64</b>	<b>811 797,14</b>
<b>TOTAL DES TITRES EMIS</b>	<b>2 226 679,13</b>	<b>18 452,24</b>	<b>25 909,43</b>	<b>160 607,83</b>	<b>2 431 648,63</b>
Ressources des patients résidents admis à l'aide sociale reversées aux départements	1 014 993,65	2 908,98	6 887,07	67 267,15	1 092 056,85
Ressources des patients résidents admis à l'aide sociale reversées aux départements – Patients résidents moins de 60 ans	17 412,28	0,00	0,00	5 002,26	22 414,54
<b>TOTAL DES REVERSEMENTS A L'AIDE SOCIALE</b>	<b>1 032 405,93</b>	<b>2 908,98</b>	<b>6 887,07</b>	<b>72 269,41</b>	<b>1 114 471,39</b>
<b>SOLDE REGLE PAR LES DEPARTEMENTS</b>	<b>1 194 273,20</b>	<b>15 543,26</b>	<b>19 022,36</b>	<b>88 338,42</b>	<b>1 317 177,24</b>

\* Départements hors FRANCHE-COMTE : Ain - Marne - Meurthe & Moselle - Saône et Loire – Paris – Seine Saint Denis

Versement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie en Etablissement

	TOTAL	Doubs	Haute-Saône	Jura	Territoire de Belfort	Hors F.Comté	Perçu par patients résidents
<b>2010</b>	1 333 478,83	1 172 672,00	9 788,50	5 560,78	0,00	39 557,16	<b>105 900,39</b>
<b>2011</b>	1 463 562,95	1 292 468,49	8 711,95	6 168,50	1 960,40	34 359,39	<b>119 894,22</b>
<b>2012</b>	1 608 614,95	1 351 245,50	14 146,39	12 654,16	3 179,18	27 887,43	<b>170 151,18</b>
<b>2013</b>	1 578 668,87	1 374 405,23	21 038,97	9 557,72	6 437,31	24 609,26	<b>142 620,38</b>
<b>EHPAD 2014</b>	972 639,72	861 997,74	18 786,13	3 428,98	6 532,96	9 993,25	<b>71 900,66</b>
<b>USLD 2014</b>	625 154,97	532 657,59	6 206,70	319,05	3 381,23	19 862,95	<b>62 727,45</b>
<b>TOTAL 2014</b>	<b>1 597 794,69</b>	<b>1 394 655,33</b>	<b>24 992,83</b>	<b>3 748,03</b>	<b>9 914,19</b>	<b>29 856,20</b>	<b>134 628,11</b>

**L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

L'activité d'hébergement temporaire a débuté en 2011. Les dix lits sont répartis sur l'ensemble des services d'EHPAD.

↪ **Sur 5 entrées en hébergement temporaire**

Nom Etablissement / Domicile	Nombre d'entrées	POURCENTAGE
<b>Domicile</b>	<b>4</b>	<b>80</b>
Autres Centres Hospitaliers non Psychiatriques	1	20
Centre de soins des Tilleroyes	0	
Autres centres de soins de suite et réadaptation	0	
CHU	0	
Centre hospitalier psychiatrique	0	
Unité de soins de longue durée	0	
Maison de retraite et logement-foyer	0	
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>



 Activité 2014

	Nombre de journées réalisées en 2012	Taux d'occupation	Nombre de journées réalisées en 2013	Taux d'occupation	Nombre de journées réalisées en 2014	Taux d'occupation
Janvier	65	20,97 %	31	10 %	0	0 %
Février	117	40,34 %	18	6,43 %	0	0 %
Mars	54	17,42 %	0	0 %	26	8,39 %
Avril	64	21,33 %	0	0 %	30	10 %
Mai	64	11,61 %	25	8,06 %	50	16,13 %
Juin	47	15,67 %	6	2 %	59	19,67 %
Juillet	57	18,39 %	20	6,45 %	42	13,55 %
Août	76	24,52 %	42	13,55 %	12	3,87 %
Septembre	0	0 %	30	10 %	30	10 %
Octobre	7	2,26 %	0	0 %	31	10 %
Novembre	21	7 %	22	7,33 %	17	5,67 %
Décembre	12	3,87 %	4	1,29 %	31	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>556</b>	<b>15,19 %</b>	<b>198</b>	<b>5,42 %</b>	<b>328</b>	<b>8,99 %</b>

**Activité par GIR en hébergement temporaire**

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	- 60 ans	Totaux
Nombre d'entrées directes	0	2	1	2	0	0	0	5
Venant du domicile	0	1	1	2	0	0	0	4
Venant d'un établissement	1	0	0	0	0	0	0	1
Nombre de décès (y compris à l'extérieur)	0	0	0	0	0	0	0	0

5 personnes (2 femmes, 3 hommes) ont fréquenté le service pour 1 séjour et étaient âgées de 84 à 97 ans.

TRANCHES D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE
60 à 69	0	0	0	0 %
70 à 79	1	0	1	20 %
80 à 89	0	1	1	20 %
90 à 99	2	1	3	60 %
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>

La moyenne d'âge est de 87 ans.

La durée des séjours est de 5 à 83 jours.

Durée du séjour	Nombre	Pourcentage
Moins de 7 jours	0	
De 7 à 14 jours	0	
De 15 à 21 jours	0	
De 22 à 29 jours	0	
De 30 à 60 jours	3	60%
Plus de 60 jours	2	40%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Il convient de préciser que 17 demandes d'hébergement temporaire n'ont pu aboutir :

- ✓ 13 car les personnes relevaient des USLD
- ✓ 2 pour manque de place disponible
- ✓ 1 pour choix d'un autre établissement par la famille
- ✓ 1 relevait de SSR

Au total donc seulement 22 demandes d'hébergement temporaire.

### L'ACCUEIL DE JOUR

L'accueil de jour a ouvert le 24 septembre 2012.

#### Activité 2014

	Nombre de jours facturés	Taux d'occupation
Janvier	122	39, 35 %
Février	115	40, 17 %
Mars	127	40, 44 %
Avril	113	39, 75 %
Mai	93	55, 34 %
Juin	91	53, 74 %
Juillet	113	53, 38 %
Août	98	52,85 %
Septembre	137	53, 96 %
Octobre	135	54, 48 %
Novembre	110	54, 76 %
Décembre	130	55,94 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 404</b>	

#### La fréquentation

27 personnes ont fréquenté l'accueil de jour en 2014.  
13 sont arrivées en 2014

#### La domiciliation

17 personnes sont originaires de Besançon, les 10 autres du Grand Besançon.

### *Les fins de prise en charge*

1 personne a choisi d'arrêter, 1 est décédée, 7 sont entrées en hébergement permanent (3 au CJW, 4 dans d'autres établissements), 1 personne a choisi un autre accueil de jour.

### *Sexe, âge et dépendance*

15 femmes et 12 hommes ont fréquenté l'accueil de jour.

### *Répartition selon l'âge*

De 60 à 69 ans	1
De 70 à 79 ans	7
De 80 à 89 ans	16
De 90 à 99 ans	3

### *Répartition selon le GIR*

GIR	NOMBRE
GIR 2	3
GIR 3	12
GIR 4	10
GIR 5	1
GIR INCONNU	1

### *Les transports*

Le transport est assuré par le CJW (pour 12 personnes) ou par les familles. Il est également possible de faire appel à la société de bus bisontine.

## 5. LES EFFECTIFS

### a) Le personnel médical

Quatre praticiens hospitaliers gériatres exercent à temps partiel au sein de la structure, à raison de 0.6 ETP chacun. Ils sont assistés par 2 médecins gériatres vacataires, présents chacun 2 demi-journées par semaine.

Un pharmacien est mis à disposition à mi-temps par convention avec le Centre de Soins des Tilleroyes pour gérer la pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Le médecin du travail est également mis à disposition par le Centre de Soins des Tilleroyes.

<u>GRADES ET EMPLOIS</u>	<u>ETP autorisé</u>	<u>Créations</u>	<u>Transformations</u>	<u>Nouvel Effectif</u>
Praticien des hôpitaux à temps partiel	3,00			3,00
Attaché/vacations	0,60			0,60
Pharmacien des hôpitaux	0,50			0,50
<b>TOTAL PERSONNEL MEDICAL</b>	<b>4,10</b>			<b>4,10</b>

**b) Le personnel non médical (2015)**

<b>GRADES ET EMPLOIS</b>	<b>ETP autorisé</b>	<b>Créations</b>	<b>Transformations</b>	<b>Nouvel Effectif</b>
<b>1. PERSONNEL DE DIRECTION ET ADMINISTRATIF</b>	<b>17,00</b>			<b>17,00</b>
Directeur d'hôpital	1,00			1,00
Attaché d'Administration Hospitalière	2,00			2,00
Technicien supérieur (informatique ,qualité/GdR)	2,00			2,00
Adjoint des Cadres Hospitaliers	3,00			3,00
Assistant médico-administratif	1,00			1,00
Adjoint Administratif	8,00			8,00
<b>2. PERSONNEL DES SERVICES MEDICAUX</b>				
<b>DE REEDUCATION ET MEDICO - TECHNIQUES</b>	<b>187,75</b>			<b>187,75</b>
Cadre Supérieur de Santé	1,00			1,00
Cadre de Santé	4,00			4,00
Infirmier en Soins Généraux	26,00			26,00
Infirmier douleur et hygiène	2,00			2,00
Aide-Soignant/Aide médico-psychologique	95,00			95,00
Agent des Services Hospitaliers Qualifié	49,95			49,95
<b><u>SERVICES MEDICAUX</u></b>	<b><u>177,95</u></b>	-	-	<b><u>177,95</u></b>
Ergothérapeute	2,00			2,00
Masseur-Kinésithérapeute	3,00			3,00
Orthophoniste	1,00			1,00
Diététicienne	1,00			1,00
<b><u>REEDUCATION</u></b>	<b><u>7,00</u></b>	-	-	<b><u>7,00</u></b>
-				
Préparateur en pharmacie	2,80			2,80
<b><u>MEDICO-TECHNIQUES</u></b>	<b><u>2,80</u></b>	-	-	<b><u>2,80</u></b>
<b>3. PERSONNEL DES SERVICES OUVRIERS ET INTERIEURS</b>	<b>29,50</b>			<b>29,50</b>
Technicien Supérieur Hospitalier	3,00			3,00
Agent de maîtrise Principal	2,00			2,00
Maître-Ouvrier Principal	2,00			2,00
Maître-Ouvrier	4,00			4,00
Ouvrier Professionnel Qualifié	15,50			15,50
Agent d'Entretien Qualifié	3,00			3,00
<b>4 PERSONNELS SOCIO-EDUCATIFS ET PSYCHOLOGUES</b>	<b>6,00</b>			<b>6,00</b>
Psychologue	2,00			2,00
<b>Assistant de service social</b>	<b>1,00</b>			<b>1,00</b>
<b>Animateur</b>	<b>3,00</b>			<b>3,00</b>
<b>TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL</b>	<b>240,25</b>			<b>240,25</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b><u>244,35</u></b>			<b><u>244,35</u></b>

## **6. L'ORGANISATION DES SOINS**

### **6.1. Au niveau médical**

#### 6.1.1. Activité clinique

L'activité médicale est continue avec une présence de l'ensemble des praticiens chaque matin, du lundi au vendredi, plus une demi-journée effectuée par chacun d'entre eux de façon à couvrir tous les après-midi de la semaine. Un médecin est responsable de la coordination du PASA, un autre de la coordination de l'accueil de jour.

Deux médecins généralistes titulaires d'une capacité de gériatrie assurent chacune deux vacations par semaine.

Chaque praticien hospitalier est référent de deux services, à l'exception du médecin chef qui assure la gestion d'un seul service, du fait de ses fonctions de président de CME et de médecin coordonnateur.

Une d'astreinte de sécurité est assurée la nuit, le weekend et les jours fériés. Le samedi matin, le médecin d'astreinte pour le weekend effectue une visite dans tous les services.

#### 6.1.2. Activité transversale

En plus de leur activité clinique, deux praticiens sont présents une à deux demi-journées par semaine et sont référents pour différentes activités transversales : prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, prévention et prise en charge de la dénutrition. Ces médecins sont titulaires du Diplôme Universitaire de leur spécialité.

L'un des deux médecins généralistes vacataires assure une mission de médecin référent en hygiène.

Le corps médical se réunit en moyenne une fois par semaine pour aborder différentes problématiques médicales.

### **6.2. Au niveau paramédical**

La coordination des soins est assurée par un cadre supérieur de santé et comprend :

- les 7 services de soins
- le service de rééducation, coordonné en collaboration avec le médecin coordonnateur. Ce service est composé de 3 kinésithérapeutes, 2 ergothérapeutes, 1 orthophoniste et 1 diététicienne.
- L'infirmier référent douleur – soins palliatifs qui travaille en collaboration avec le médecin référent douleur- soins palliatifs
- La balnéothérapie
- Le PASA
- L'accueil de jour
- La coiffeuse et l'esthéticienne

Le cadre supérieur de santé coordonnateur des soins est relayé par 4 cadres de santé. Chaque cadre de santé est responsable de deux services. Trois d'entre eux assurent également la gestion d'un troisième secteur : le cadre de santé responsable des deux services de l'EHPAD sécurisé gère également le PASA, celui responsable des services du secteur EHPAD prend en charge l'Accueil de Jour ; le personnel de nuit est sous la responsabilité du cadre de santé manager d'un des services d'USLD.

L'organisation des soins diffère selon le secteur d'hébergement. La population accueillie étant différente en charge en soins, certains secteurs requièrent un effectif plus soutenu.

Les effectifs des weekend et jours fériés sont identiques aux effectifs de la semaine, notamment pour les services de l'EHPAD Sécurisé et de l'USLD.

### 6.2.1. Le service de jour

Il débute à 6 heures 48 pour se terminer à 21 heures 03.

Les personnels travaillent en horaires continus ou coupés pour répondre aux obligations des services

- L'effectif journalier des services de soins

Horaire	IDE		AS			AMP		ASH	
	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Coupé	Matin	Coupé	Matin	Après-midi
USLD	1	1	3	2	2	0	0	1	1
EHPAD Sécurisé	1	1	2	2	1	1	1	1	1
EHPAD	1	1*	2	2	1	0	0	1	1

\* Excepté le week end : 1 IDE pour les 2 services

Compte tenu du rapport AS/ASH en termes d'effectifs, des ASH assurent une fonction d'AS (ASH FF AS). Il s'agit de personnes qui orientent leur projet professionnel vers une fonction d'AS.

- Le service rééducation

Une permanence pour les urgences respiratoires est assurée tous les samedis matins par un kinésithérapeute.

L'activité de la diététicienne s'exerce auprès du service de restauration pour garantir l'équilibre des menus ou des régimes mais également dans les services de soins auprès des résidents, pour lesquels elle établit une nutrition adaptée sur prescription médicale ou par observation directe.

- La coiffeuse

Une coiffeuse salariée à temps plein, ouvrier professionnel, exerce son activité du lundi au vendredi, au salon de coiffure pour les résidents pouvant se déplacer ou dans la chambre pour les moins mobiles d'entre eux. Les patients résidents bénéficient des services d'une esthéticienne, recrutée en contrat aidé.

### 6.2.2. Le service de nuit

L'horaire de nuit 20H45 – 7H00 s'applique à tous les agents, quelle que soit leur fonction.

L'amplitude de 10H15, permet de réaliser les transmissions entre équipes dans de bonnes conditions.

Deux infirmiers de nuit sont présent pour l'ensemble de l'établissement et se répartissent les services comme suit : 1 IDE pour les 3 services de l'Espace des Couleurs, et 1 IDE pour les 4 services de l'Espace des Lettres.

Répartition des AS : 1 par service et 1 par aile

## 6.3. Les interventions externes

Le CJW bénéficie de plusieurs intervenants externes pour la prise en charge sur site des patients résidents

- Equipe spécialisée en psychiatrie : 1 psychiatre et 2 IDE du CHS de Novillars interviennent régulièrement à l'établissement, par convention avec le CH.
- Dentiste : intervention 1 matinée toutes les 3 semaines au sein d'un cabinet dentaire interne à l'établissement
- Pédicure : professionnel libéral, intervient sur prescription médicale à raison de 2 demi-journées mensuelles

## 7. LES SERVICES SUPPORTS

- Le Service Accueil et Relations avec les Usagers (SARU) : il intervient non seulement dans l'accueil des personnes mais aussi dans la gestion des dossiers d'admission, la facturation des séjours. Doté de 2 assistantes sociales à mi-temps chacune, le SARU a également une mission de conseil visant à orienter le patient résident et/ou de sa famille, sur toutes les questions d'ordre social, familial, financier générées par l'entrée dans l'établissement et la vie dans l'institution. Le service participe également aux actions de communication développées par l'établissement : le responsable du SARU est la chargée de communication, et animateur de la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).
- Le service Animation : 7 animateurs, 3 titulaires et 4 en contrats aidés à 80%, composent l'équipe d'animation. Les animateurs travaillent en collaboration avec les médecins, les cadres de santé et les équipes soignantes pour proposer différentes activités d'animation aux patients résidents.
- Les psychologues : deux psychologues sont présentes (1,8 ETP) pour apporter un accompagnement psychologique aux patients résidents et/ou leur famille. Leur champ d'intervention est élargi aux professionnels qui peuvent les solliciter si besoin, suite à des situations difficiles rencontrées dans la prise en charge des patients résidents.
- La pharmacie : l'établissement bénéficie d'une pharmacie à usage interne (PUI) placée sous la responsabilité d'un pharmacien exerçant à mi-temps. Le pharmacien travaille par délégation avec des préparateurs en pharmacie (2,6 ETP) présents à la journée.
- Les services logistiques : l'établissement dispose d'un service de restauration, d'une blanchisserie, et d'un service technique internes, placés sous la responsabilité d'un attaché d'administration hospitalière
- Les ressources humaines : placé également sous la responsabilité d'un attaché d'administration hospitalière, ce service prend en charge, en plus de la gestion du personnel, l'organisation de la formation continue.
- Le service Qualité Risques et Projets (QRP) chargé de la mise en place et du suivi de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Ce service intègre la prévention du risque infectieux. Il assiste également la direction pour l'élaboration des dossiers de projets.

## 8. LES VALEURS DU CJW

Ce sont déjà celles du service public, soit :

✓ L'égalité

Elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie,...) et le devoir de soigner chacun, quel que soit son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.

✓ La neutralité

Elle doit être respectée. Les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades.

✓ La continuité

L'hôpital public se caractérise par ses obligations liées à la permanence des soins. Il doit mettre en place un système de permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assurer l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs.

✓ L'adaptabilité

Les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population. Le patient a droit à un service de qualité et les services rendus doivent être évalués avec rigueur.

✓ La laïcité.

mais également ses propres valeurs :

Le Centre Jacques Weinman accueille des personnes âgées dépendantes, ayant des polypathologies et/ou atteintes de troubles du comportement et d'origine socio-économiques et culturelles différentes. Dans le contexte complexe de la prise en charge des patients résidents, la promotion de la bientraitance reste l'objectif prioritaire de l'établissement, qui se veut défendre les valeurs suivantes :

- Le respect des droits des patients résidents
- La sécurité de la prise en charge du patient
- Le projet personnalisé pour chaque patient résident
- La qualité de vie au travail



# PROJET 2015 - 2020

# PROJET MEDICAL

L'orientation donnée au projet médical a été définie dans un premier temps en fonction de l'atteinte des objectifs du précédent projet. Ainsi la prise en charge quotidienne des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes sont deux thématiques reconduites dans ce nouveau projet.

Les axes d'amélioration ont été également réfléchis au regard de l'évolution des besoins actuels de la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées. L'accueil des personnes atteintes de troubles psychiatriques, les prises en charge telles que la dialyse péritonéale, les personnes âgées porteuses d'une trachéotomie, d'une chambre implantable constituent les nouvelles thématiques inscrites dans les orientations du Centre Jacques Weinman pour les années à venir.

La réflexion éthique et la télémédecine ont également retenu l'attention et contribuent elles aussi à l'évolution de ce projet médical.

Sept thèmes sont par conséquent développés dans cette partie :

- **Thème 1** : Prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement
- **Thème 2** : Prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques
- **Thème 3** : Prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique / Dialyse péritonéale
- **Thème 4** : Amélioration de la prise en charge des personnes trachéotomisées et des personnes porteuses de chambre implantable
- **Thème 5** : Personnes Handicapées Mentales Vieillissantes prises en charge par l'ADAPEI
- **Thème 6** : Démarche éthique
- **Thème 7** : Télémédecine

Les projets développés dans les thèmes 1, 2 et 7 sont également motivés par le travail engagé au sein de la communauté d'établissements depuis avril 2014 et auquel l'établissement participe. Il consiste à relancer la filière gériatrique du Grand Besançon. Si l'offre semble quantitativement satisfaisante, il a néanmoins été fait le constat d'un manque de places en UHR EHPAD et USLD, en places de géronto-psychiatrie en EHPAD. Les membres participants s'accordent également sur le fait que les soignants n'ont pas les qualifications requises pour la prise en charge des populations présentant des troubles du comportement. Le Centre Jacques Weinman, de par sa réflexion sur ces problématiques, vient s'inscrire pleinement dans ce projet régional.

#### Remarque

L'article R. 6144-2 du décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement dans les établissements publics de santé mentionne que « *la commission médicale d'établissement (CME) contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :*

- *la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,*
- *les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,*
- *la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,... »*

Ces différents points sont régulièrement abordés au cours des réunions de la CME de l'établissement. Ils font l'objet d'axes d'amélioration, développés dans le projet qualité / gestion des risques.

## THEME 1 : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le nombre de personnes atteintes de troubles du comportement apparait être en constante augmentation et sa prise en charge constitue un enjeu majeur de santé publique.

La maladie d'Alzheimer représente selon les estimations 70 % des cas de démences (données INSERM).

En France aujourd'hui le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer est estimé à plus de 850 000 selon les données publiées par le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014 - 2019. Toujours selon le PMND, « plus de 3 millions de personnes sont en réalité directement concernées par la maladie d'Alzheimer dans la mesure où l'accompagnement constant nécessaire est assuré essentiellement par les aidants ».

Le PMND s'inscrit dans la continuité du plan national Alzheimer 2008-2012 qui proposait entre autre de généraliser la réalisation d'UHR dans les EHPAD (mesure 16). Le PMND engage la poursuite du déploiement des unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD en renforçant le maillage territorial avec 68 UHR supplémentaires en EHPAD et en inscrivant cette offre au sein des filières de soins et accompagnement « de droit commun ».

La circulaire du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 définit l'UHR comme des unités d'hébergement renforcées pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins. L'UHR propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques.

Au niveau de la région, une des priorités du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) 2012 – 2016 de l'ARS est de « *favoriser l'autonomie des personnes âgées ...et renforcer la qualité de leur prise en charge* ». Développer des dispositifs de prise en charge adaptée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est l'un des objectifs retenus et cités comme prioritaires (priorité 4 – objectif 4-4).

### L'EXISTANT

La restructuration de l'établissement a permis d'organiser un secteur spécifique à l'accueil des personnes atteintes de troubles comportementaux avec une unité sécurisée dont un service fermé. Ce secteur est opérationnel depuis l'année 2011. Un PASA fonctionnel depuis 2012 est ouvert 5 jours sur 7. Environ 35 personnes y sont accueillies chaque année.

Un médecin gériatro-psychiatre (0.6 ETP) et un cadre de santé sont responsables des deux unités du secteur sécurisé et du PASA.

Un projet de service de l'unité sécurisée fermée (service Hugo) a été élaboré dans le but de renforcer la sécurité de la prise en charge des résidents. Plusieurs aménagements ont d'ores et déjà été réalisés : barillettes aux portes, bracelets anti fugues plus performants, porte à l'entrée du service fermée, caméras pour visualiser les parties de couloir non visibles, extincteurs protégés dans des caissons.

Un recensement un jour donné réalisé en mai 2014 a porté à 105 le nombre de résidents présents avec troubles cognitifs : 47 avec comportement perturbateur, 14 avec troubles cognitifs déambulant calme. Ces résidents sont hébergés dans l'ensemble de l'établissement mais plus particulièrement dans les services USLD et EHPAD Sécurisé.

Une convention de coopération a été signée avec le Centre Hospitalier de Novillars (activité psychiatrique). Cette convention a été révisée en juillet 2013. Elle décrit les modalités de transfert et de suivi de patients entre les deux structures.

## LES AXES D'AMELIORATION

Malgré une amélioration des conditions de prise en charge, l'accueil des personnes présentant des troubles comportementaux reste complexe encore aujourd'hui et conduit l'établissement à s'orienter vers la création d'une UHR au sein du secteur de l'EHPAD sécurisé (HUGO).

## LES MOYENS NECESSAIRES

### ① Réaménagement du service HUGO

D'un point de vue architectural, peu de moyens sont nécessaires pour adapter une UHR au sein du service Hugo. En effet, le programme de restructuration a été modifié en cours de restructuration afin que le service « Hugo » soit adapté aux exigences du cahier des charges d'une UHR, défini par la circulaire du 6 juillet 2009. Ce plan avait été soumis à l'architecte de la DGAS et a été validé en mars 2010.

Pour revenir aux 14 places demandées par la réglementation pour l'ouverture d'une UHR, il s'agirait de supprimer 2 chambres individuelles. Il convient de noter qu'il n'y a aucune chambre double dans cette unité.

Exigences du cahier des charges auquel répond le service :

- 1 entrée adaptée avec portes verrouillables par digicodes.
- Espaces privés : 14 chambres individuelles de 22 m<sup>2</sup> comprenant cabinet de toilette avec douche. Toutes les fenêtres sont condamnables en oscillo-battant.
- Espace repas avec office alimentaire donnant sur terrasse close et sécurisée en rez-de-jardin.
- Espace salon
  
- Espace d'activités adaptées } à créer dans les 2 chambres supprimées jouxtant le salon
- Espace bien-être }
  
- 3 WC
- Locaux de soins et de service
  - Salle de soins commune au service « Hugo », communiquant avec le salon
  - Local ménage
  - Local linge sale.

### ② Besoins en personnel

#### ▪ Actuellement

- IDE	1,75	0,5 matin + 0,5 soir
<u>0,38</u>		Nuit
	<b>2,13</b>	
- AS	<b>4,38</b>	1 matin + 1 soir + 0,5 coupé
- AMP	<b>1,75</b>	0,5 matin + 0,5 soir
- ASH	<b>1,75</b>	0,5 matin + 0,5 soir
<b>Total :</b>		<b>10 ETP</b>

- En se basant sur les recommandations de la circulaire du 6 juillet 2009, l'effectif à envisager est le suivant :
  - **ASG : 6 ETP** soit 1 le matin + 1 le soir et 1 coupé et un renfort la nuit pour une surveillance permanente
  - **Ergothérapeute : 0,50**
  - **Médecin : 0.4 ETP**

③ Conventions à prévoir (Cf. Circulaire du 6 juillet 2009 – Annexe II – 6)

- Court séjour gériatrique du CHU
- UCC des Tilleroyes
- Etablissements CLS de Bellevaux – EHPAD de Mamirolle – CRF de Quingey
- Logements Foyers

## **THEME 2 : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

### **L'EXISTANT**

Cette prise en charge est devenue complexe dans les services. Il existe une mixité de la population accueillie : des personnes atteintes de pathologies psychiatriques vivent en permanence avec des personnes atteintes de pathologies organiques, source de difficultés quotidiennes tant au niveau de la prise en charge soignante que de l'activité occupationnelle et de la cohabitation de ces deux populations dont les besoins diffèrent.

Les soins sont à adapter quotidiennement en fonction de l'état psychique du patient résident (ex : toilette). L'administration des médicaments doit faire l'objet d'une attention extrême et doit être individualisée, parfois même ritualisée. Le repas doit faire l'objet d'une disponibilité importante de la part des soignants pour désamorcer sans délai tout début de conflit.

L'activité occupationnelle doit être adaptée aux besoins de cette population psychiatrique et être réalisée soit en petit groupe, voire même individualisée dans un premier temps avant que la personne puisse rejoindre le groupe. La participation de cette population aux grands événements organisés à l'échelle du service, voire de l'établissement reste perfectible.

Des formations spécifiques ont été organisées pour les soignants : 18 personnes ont suivi en 2013/2014 une formation intitulée « personnes âgées venant de psychiatrie ». Trente soignants ont suivi une formation sur les comportements agressifs en EHPAD au cours de l'année 2014. Cette action de formation reste insuffisante. Il est nécessaire aujourd'hui d'envisager de disposer d'autres moyens pour adapter la prise en charge au quotidien ainsi que la qualité de vie au travail du soignant.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

Deux axes d'amélioration sont envisagés :

- Mettre en place d'un pôle d'activité psychiatrique en interne à l'établissement : lieu dédié à l'accueil de cette population psychiatrique, qui sera accueillie une fois par semaine à la journée ou demi-journée en fonction des besoins, permettant au patient résident d'accéder à une prise en charge adaptée à son état.
- Mettre en place une Equipe Mobile Psychiatrique en intra dont le rôle sera d'intervenir au lit du patient résident à la demande du médecin référent du service pour un avis d'expert dans la prise en charge complexe de ces patients résidents dans leur lieu de vie

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Lieu dédié et aménagé : PASA ou Accueil de Jour libre en fin de semaine
- Formation des professionnels
- Effectifs renforcés
  - IDE psychiatrique : 1 ETP
  - Temps médecin : 0.2 ETP
  - 1ETP AS / AMP

## **THEME 3 : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES D'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE : DIALYSE PERITONEALE**

Selon une enquête réalisée en EHPAD dans le cadre du SROS PRS 2012-2016, seuls 5 établissements sur les 40 répondants ont pris ou prennent des patients en Dialyse Péritonéale (DP). Certains se disent intéressés, mais demandent information et formation. La problématique est globale et concerne toute la chaîne de mise en œuvre depuis les formateurs des services de néphrologie jusqu'à la prise en charge des patients.

Les freins peuvent être nombreux : charge de travail jugée trop lourde pour les soignants des EHPAD, peu de recours aux infirmières libérales, surcoût en médicaments, problème de la liste d'attente en moyenne de 3 à 4 mois, ne favorisant pas l'admission des patients en DP (le plus souvent refusés), stockage du matériel,...

Pour la dialyse péritonéale en USLD, le problème est le même qu'en EHPAD, le financement des USLD étant identique (tarification ternaire). Le risque pour les patients/résidents est de rester de nombreux mois en centre hospitalier, avec des conséquences en termes de qualité de vie et économique.

Une des orientations du SROS – PRS est d'améliorer l'accès de proximité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la dialyse. Le Centre Jacques Weinman souhaite s'inscrire dans ce projet et développer l'accès à la dialyse péritonéale dans ses services d'USLD.

### **L'EXISTANT**

L'établissement a réaffirmé sa volonté de s'ouvrir à la DP dans le CPOM USLD 2013-2018. L'une des orientations retenues au terme de la négociation avec l'ARS concerne en effet « le renforcement de la prévention et des soins exposant à un risque de chronicité et l'adaptation de la prise en charge, notamment dans le cadre de l'insuffisance rénale chronique ».

L'accueil de patients/résidents nécessitant une dialyse péritonéale a déjà fait l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement.

De nombreuses questions restent encore en suspens :

- Quel partenariat avec les IDE libérales qui peuvent intervenir mais uniquement pour la pose et la dépose du cathéter ?
- Dans quel lieu stocker le matériel, les consommables... ?
- Quel surcoût engendré par l'élimination des déchets ?
- Quelle organisation mettre en place dans les services, en sachant que la prise en charge d'une personne sous dialyse péritonéale est évaluée à 3h par jour : 20 minutes par changement de poche, surveillance hydrique, prise de constantes,... ?
- Et surtout quelle formation dispenser aux professionnels, médicaux et paramédicaux, les connaissances sur la pratique de la DP étant la première condition pour une prise en charge sécurisée des patients/résidents ?

### **LES AXES D'AMELIORATION**

Organiser une prise en charge sécurisée des patients/résidents nécessitant une dialyse péritonéale par

- la formation et l'information du personnel
- le développement d'un partenariat avec les IDE libérales
- l'organisation du stockage des produits
- l'organisation de l'élimination des déchets



## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Formation des médecins et IDE dont 1 IDE référente
- Information des professionnels
- Convention avec les IDE libérales

## **THEME 4 : AMELIORATION DES PRISES EN CHARGE**

### **L'EXISTANT**

L'établissement est amené à prendre en charge de plus en plus de patients résidents porteurs de trachéotomie et de chambre implantable (CIP).

Compte tenu de cette évolution, il se doit d'améliorer la qualité de la prise en charge de ces patients.

Une formation intitulée « Soins Infirmiers - Utilisation des chambres implantables » a été suivie par un médecin de l'établissement. Cette formation date de 2004 et nécessite par conséquent d'être révisée vu l'évolution des techniques de soins.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Organiser une prise en charge sécurisée des patients résidents porteurs de trachéotomie ou de chambre implantable

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Formation des médecins
- Formation des IDE
- Protocoles de prise en charge

## **THEME 5 : PERSONNES HANDICAPEES MENTALES VIEILLISSANTES PRISES EN CHARGE PAR L'ADAPEI**

L'espérance de vie des personnes handicapées s'est améliorée depuis plusieurs années, nous sommes face aujourd'hui à une nouvelle population de handicapés vieillissants. Il n'existe pas assez de structures relais aux foyers d'hébergement, foyers occupationnels ou foyers de vie dans lesquels ces personnes ont été admises dès leur plus jeune âge. L'ADAPEI de Besançon est confrontée à la difficulté de trouver des structures d'accueil adaptées à cette population et s'inscrivant dans une continuité de leur prise en charge spécifique.

Le pôle Accompagnement et Habitat de l'ADAPEI a réalisé une étude au cours de l'année 2014 sur le devenir des personnes handicapées mentales vieillissantes de plus de 50 ans accueillies dans leurs structures. Il a été noté une dégradation de l'état de santé, et plus généralement une perte d'autonomie de 47 d'entre elles. L'ADAPEI met également en avant un manque de moyens adaptés, notamment en médicalisation. Selon l'étude, il est nécessaire d'envisager la sortie vers un EHPAD de plus de 20 personnes sur ces 10 prochaines années, dont les ¾ dans les cinq ans à venir.

La réorientation des personnes handicapées mentales vieillissantes hébergées par l'ADAPEI devient préoccupante.

### **L'EXISTANT**

Actuellement, quelques patients atteints de handicap sont accueillis à l'établissement. Il s'agit essentiellement de résidents atteints de handicaps « récents » (suite AVC, pathologie neurologique évolutive.....). Aucune collaboration effective avec l'ADAPEI n'a été mise en place.

Jusqu'à ces dernières années, les contraintes architecturales ne permettaient pas l'accueil de personnes déficientes intellectuelles dans de bonnes conditions. La restructuration de l'établissement offre aujourd'hui une possibilité d'accueil optimal de ces personnes. Il est possible de disposer d'une unité de 8 lits au cœur même de l'établissement, rendant l'accès possible à l'ensemble des prestations (activités d'animations,...) et permettant aux personnes accueillies de se retrouver dans une même unité leur offrant ainsi le « cocon » dont ils ont bénéficié jusqu'alors au sein des structures « ADAPEI ». Ce qui permet de s'inscrire ainsi dans une continuité de prise en charge.

De même, les moyens dont l'établissement disposait étaient surtout axés sur le volet médical de l'accompagnement, opposé au volet occupationnel nécessaire pour l'accueil des personnes handicapées mentales. Aujourd'hui, le service animation s'est développé et est composé de 7 personnels (permanents et contrats aidés) tous formés aux méthodes d'animation.

La problématique de la dotation en professionnels formés spécifiquement à la prise en charge des personnes handicapées mentales vieillissantes reste par contre d'actualité. L'établissement ne dispose pas de professionnels formés à la prise en charge du handicap mental (éducateurs spécialisés par exemple).

### **LES AXES D'AMELIORATION**

L'objectif recherché est d'optimiser l'intégration des PHMV au sein de l'établissement.

Plusieurs actions sont à envisager :

- Rendre opérationnelle l'unité spécifique de 8 lits.

- Faciliter les échanges entre professionnels des deux structures CJW et ADAPEI : l'interconnaissance entre acteurs est primordiale. Des temps d'échanges seront à prévoir (échanges sur les pratiques, les problématiques rencontrées, le partage d'expérience)
- Développer des actions de formations communes constituerait un axe favorisant une meilleure interconnaissance
- Faciliter la découverte de l'établissement, des professionnels y travaillant et des résidents par les personnes handicapées. Il pourrait être envisagé de développer des actions à destination des personnes handicapées, de manière progressive autour d'animations communes. Préparer l'éventualité d'accueils expérimentaux, au travers d'accueils de jours ou d'accueil temporaire. -
- Elaborer un projet médical et de vie à l'unité de 8 lits veillant à conserver des liens étroits avec l'ancienne structure. Un partenariat est en effet indispensable avec les structures d'origine pour qu'il n'y ait pas de rupture avec le passé. Il serait souhaitable que ces résidents puissent se rendre de façon régulière à des animations organisées au sein de l'ADAPEI.

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Aménagement de l'unité spécifique de 8 lits au niveau de la passerelle
- Moyens en personnel
- Un médecin gériatre (0,20 ETP) sera chargé d'assurer le suivi des pathologies et l'observance des traitements médicaux.
- Un éducateur spécialisé (1,00 ETP) qui aura un rôle d'encadrement du service.
- Une infirmière « psychiatrique » (0,85 ETP pour assurer un mi-temps quotidien), responsable de cette unité, coordonnera l'ensemble des soins et les différents intervenants.
- Un moniteur éducateur (1,00 ETP) sera chargé de cibler les activités occupationnelles de ces résidents et de les coordonner.
- Des AMP (3,50 ETP) seront chargés du nursing, de l'aide à la toilette, au repas....des résidents de cette unité et de l'animation des différentes activités.
- Une ASH (1,75 ETP) s'occupera de l'entretien et de l'hygiène des locaux.
- Une psychologue interviendra deux demi-journées par semaine (0,20 ETP).
- Un ergothérapeute interviendra une matinée par semaine (0,10 ETP) pour adapter les aides techniques nécessaires à ces résidents.
- Un kinésithérapeute interviendra deux demi-journées par semaine (0,20 ETP) pour la prise en charge de l'autonomie, la kiné respiratoire.....
- Renfort des liens existant avec la commission d'appareillage de même que ceux mis en place avec un médecin rééducateur
- Formation régulière et adaptée à ce profil de pathologie du personnel travaillant dans l'unité, formation en lien avec l'ADAPEI
- Visites des structures et rencontres entre chef de service et professionnels accompagnants, soignants
- Convention

## THEME 6 : DEMARCHE ETHIQUE

De par la spécificité de la population prise en charge au centre Jacques Weinman, une démarche de réflexion éthique est indispensable. Nombre des personnes âgées accueillies, du fait de leurs pathologies ou des conséquences du vieillissement, ne sont plus en capacité de s'exprimer. Malgré la bienveillance dont les équipes font preuve, nous avons le devoir d'amener un raisonnement et une démarche de questionnement éthique au sein de notre contexte professionnel.

### L'EXISTANT

A ce jour, en raison de sa taille, l'établissement n'a pas jugé utile de mettre en place un comité d'éthique. Cependant, les questions éthiques sont prises en compte.

Au niveau médical, lors de réunions hebdomadaires, les médecins abordent les problèmes de prises en charge relevant d'un questionnement éthique. La transmission de ce consensus se fait par le médecin référent du patient résident concerné dans son dossier médical, mais pas de façon systématique.

En parallèle, les situations de soins posant un dilemme d'ordre éthique, font l'objet d'une procédure, dont l'application est à évaluer.

La démarche éthique est un des critères évalués par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification des établissements sanitaires. Les experts visiteurs suite à la visite de mai 2012 avaient conclu dans leur rapport que « *les professionnels ont en grande partie accès à des ressources en matière d'éthique (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentations, formations). Les projets de l'établissement prennent le plus souvent en compte la dimension éthique de la prise en charge. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique. Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées. Un état des lieux des questions éthiques, liées aux activités de l'établissement est en grande partie réalisé* ».

« S'inscrire dans une réflexion éthique » est également un des objectifs retenus au terme de la négociation avec l'ARS pour ce qui concerne le CPOM 2013 – 2018. Quatre actions ont été envisagées :

- favoriser les questionnements éthiques, en identifiant les situations à risque et en organisant des réunions éthiques à périodicité définie,
- inscrire la démarche dans le projet d'établissement,
- identifier et utiliser des ressources extérieures à l'établissement,
- s'inscrire dans le réseau éthique BFC

L'établissement participe aux journées organisées par l'Espace Ethique Bourgogne Franche-Comté

Une procédure relative à la « procédure collégiale en situation d'arrêt ou de limitation de traitement » a été validée lors du CLUD de juin 2014. Cinq ont été mises en place depuis.

### LES AXES D'AMELIORATION

- Structurer la démarche éthique :
  - Réviser la procédure existante
  - Tracer les réflexions menées
  - Effectuer un suivi des actions réalisées

### LES MOYENS NECESSAIRES

Aucun

## THEME 7 : TELEMEDECINE

Dans un contexte démographique tendu en matière de professionnels de santé, la télémédecine peut permettre de pallier les difficultés locales et apporter une expertise de proximité, notamment grâce à la téléconsultation et à la téléexpertise

### L'EXISTANT

L'établissement accueille des personnes âgées qui ne peuvent pas toujours se déplacer ou pour lesquels les déplacements restent difficiles pour se rendre en consultations à l'extérieur (dermatologiques par exemple pour le suivi des plaies chroniques).

Certains patients résidents nécessitent d'être accompagnés pour leurs consultations externes. Cet accompagnement fait appel à des soignants des services de soins, ce qui n'est pas toujours facile à organiser.

L'établissement accueille également des personnes atteintes de troubles psychiatriques (20% des résidents) nécessitant des consultations spécialisées. Une convention établie avec le Centre Hospitalier de Novillars permettait jusqu'à présent de bénéficier de l'expertise régulière d'un médecin psychiatre, dont la disponibilité aujourd'hui est en nette diminution. La présence hebdomadaire de 2 IDE à vocation psychiatrique apporte un soutien aux équipes.

L'établissement souhaite également pouvoir bénéficier de la télémédecine notamment pour la prise en charge des plaies chroniques d'une part et d'autre part, le suivi des patients résidents atteints de troubles psychiatriques.

En effet, accéder à la télémédecine permettrait :

- d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la rapidité du diagnostic, de la décision thérapeutique et de la prise en charge des patients résidents.
- de limiter les complications et événements indésirables inhérents à la prise en charge parfois inadaptée d'une maladie grâce au recours possible à un avis spécialisé
- de limiter les transports, l'inconfort et le temps d'attente du patient résident, qui sont dans certains cas inutiles et coûteux

L'établissement a déjà obtenu l'accord du médecin psychiatre du Centre Hospitalier de Novillars, et des médecins dermatologues et endocrinologues.

Pour ce qui concerne la prise en charge des plaies chroniques, le suivi est effectué dans les services de soins de l'établissement par prises de photos de la part des IDE, photos intégrées au niveau du poste informatique de la salle de soins. Ce travail constitue déjà un pré-requis important pour le suivi par télémédecine.

Cet objectif de télémédecine fait par ailleurs l'objet d'un avenant au CPOM, qui inscrit l'établissement dans les objectifs régionaux de télémédecine.

### LES AXES D'AMELIORATION

- Améliorer la prise en charge des plaies chroniques grâce à la téléconsultation.
- Optimiser la prise en charge des patients résidents présentant des troubles aigus psychiatriques par la téléconsultation et la téléexpertise

### LES MOYENS NECESSAIRES

- Chariot mobile
- Formation des professionnels aux modalités de travail par télémédecine
- Soutien logistique

# PROJET DE SOINS

Les thèmes retenus dans le projet de soins font suite aux initiatives prises par plusieurs professionnels exerçant dans des disciplines différentes. Les constats qu'ils ont pu établir au regard de leurs pratiques quotidiennes les ont amené à proposer les sujets de travail énoncés ci-dessous. Pour les uns, la réflexion est en cours, pour d'autres, des actions ont déjà été mises en place.

Il était important d'institutionnaliser dans le nouveau projet d'établissement les objectifs d'amélioration souhaités par les initiateurs des thèmes ci-dessous.

- **Thème 1** : Prestations "repas" en services de soins
- **Thème 2** : Hygiène bucco-dentaire
- **Thème 3** : Manger Mains
- **Thème 4** : Accompagnement des stagiaires
- **Thème 5** : Promotion de la bientraitance



## THEME 1 : PRESTATION « REPAS » EN SERVICE DE SOINS

Le Programme National pour l'Alimentation (PNA) qui décline les actions concrètes de la politique publique de l'alimentation préconise l'amélioration des moments de prise de repas au sein des structures d'hébergement pour personnes âgées.

La sensation de faim diminue avec l'âge. La dénutrition, la perte d'appétit, l'asthénie et les risques qui en découlent nécessitent une attention particulière de la part de chaque soignant.

Les recommandations de l'ANESM préconisent entre autres, des aménagements de salle à manger, plus proche d'un modèle domestique ou hôtelier, des attentions particulières sur le confort acoustique et lumineux : faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité.

Le guide « recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées » est une référence pour conduire une réflexion collégiale.

En EHPAD « l'alimentation(...) a un rôle tout à fait original parce qu'il est le croisement du soin et de la convivialité... », C'est un moment fort de la journée d'une personne âgée en institution, moment de repère, de plaisir, de partage, bien loin du simple besoin de se nourrir.

Avoir besoin de l'aide de l'autre pour se faire donner son repas peut être source de frustration, de gêne, d'impuissance et peut provoquer un mal être chez le résident.

Donner à manger pour un soignant répond à des obligations professionnelles pas toujours aisées à mettre en place quand la charge de travail est conséquente, mais c'est aussi un axe qui est considéré comme capital par les soignants en général, ce « soin-repas » doit aussi s'intégrer dans un projet à part entière où les pratiques existantes doivent évoluer.

Pour être efficace et avoir du sens, cette démarche doit être collective et collaborative, en mobilisant tous les professionnels qui gravitent autour du patient résident.

### L'EXISTANT

Le moment du repas est un moment privilégié pour les patients/résidents et devrait être un moment de plaisir. Les moyens mis en place autour de l'alimentation sont importants et répondent à des exigences réglementaires mais aussi à des bonnes pratiques professionnelles.

A l'admission d'un résident dans l'établissement, un bilan nutritionnel est réalisé, il permet de réajuster si besoin.

Le CLAN (comité de liaison alimentation nutrition) est en place depuis 2010. Il permet une réflexion autour de l'organisation de l'alimentation et la nutrition dans notre établissement, c'est aussi un comité qui propose un plan d'actions pour améliorer cette prise en charge.

L'établissement dispose d'un secteur de restauration interne, celui-ci répond aux critères de la méthode HACCP qui précise que les règles d'hygiène sont respectées et que les pratiques professionnelles dans ce secteur sont conformes aux bonnes pratiques.

La prestation « repas » est adaptée à chaque patient résident, une évaluation des goûts, des habitudes de chacun et des aversions alimentaires est réalisé à l'admission du patient résident, si besoin par sollicitation de l'entourage familial.

Une diététicienne intervient dans l'élaboration des menus, son rôle est essentiel dans l'équilibre des repas, dans la déclinaison des textures en collaboration avec le chef de production. Elle élabore les régimes alimentaires spécifiques sur prescription médicale.

Les personnels de rééducation : l'orthophoniste, les 2 ergothérapeutes sont présents dans l'établissement, ils interviennent sur demande des personnels médicaux et soignants. Leurs missions consistent à évaluer les besoins spécifiques du patient résident dans la prise en charge alimentaire : troubles de la déglutition et adaptation des matériels d'aide technique pour la prise du repas.

Un groupe « repas » se réunit régulièrement afin d'analyser les remarques, dysfonctionnements en lien avec cette prestation. Ce groupe composé de soignants, de personnel de restauration et de résidents se réunit tous les 2 mois, des actions d'améliorations sont apportées au fil des demandes mais son rôle est d'être réactif sur des problématiques ponctuelles et n'a pas vocation à revoir l'organisation de la prise en charge des repas.

La démarche dont il question dans ce projet de soins en plus transversale, elle implique tous les personnels et elle doit aboutir à des changements de pratiques professionnelles et d'organisation pour faire que ce moment de repas devienne un temps « plaisir ».

Une enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles réalisée en 2014 montre un taux de satisfaction de 80%, cependant des remarques concernent le manque de disponibilité du personnel durant ce temps de repas ainsi que l'amélioration de l'organisation autour du repas.

Un audit mené en 2013 par le CLAN montre la nécessité de mettre en place un plan d'action ciblé sur l'installation des patients dans les secteurs d'USLD.

La dénutrition concerne 15 à 38 % des personnes âgées vivant en institution. Au Centre Jacques Weinman, le taux est de 21% alors que celui-ci est de 63% au moment de l'admission.

Un cadre de santé de l'institution a mené un travail de recherche en 2014 dans le cadre d'un Diplôme Universitaire de Management des Equipes Gériatriques (DUMEG) sur le thème de la prise des repas au sein de l'établissement et plus particulièrement sur les secteurs d'USLD.

Ce travail de recherche, basé sur des entretiens professionnels met en évidence qu'il existe une importante marge de progression pour faire que le repas devienne un moment de plaisir du point de vue des patients résidents mais aussi de celui des soignants. Le manque de temps est le 1<sup>er</sup> facteur ciblé par les professionnels de terrain.

Plusieurs questions, interrogations mais aussi axes de réflexions s'imposent :

- Les P/R ne savent pas toujours ce qu'ils mangent ?
- Le temps d'attente entre l'arrivée en salle à manger et le début du repas est trop long, certains résidents s'endorment,
- Beaucoup trop de circulation et de croisement entre les personnes dépendantes et ceux qui sont autonomes
- Faut-il conduire tous les P/R en salle à manger ?
- Faut-il prévoir 2 temps repas ?
- Comment améliorer l'installation en salle à manger ? La prise en compte des capacités motrices est-elle correctement évaluée ?

## LES AXES D'AMELIORATION

- Légitimer la prise de repas en tant que soin
- Promouvoir les bonnes pratiques autour de l'alimentation : diffuser le guide des bonnes pratiques auprès de chaque soignant et modifier les pratiques inadaptées en adoptant les bons réflexes, les astuces à mettre en place pour optimiser l'aide au repas
- Réfléchir sur des lieux de prise de repas plus adaptés à la convivialité, préférables aux grands espaces type réfectoire, réflexion sur le choix de la vaisselle et de l'environnement en salle de repas.
- Revoir si besoin l'organisation, les horaires des repas, les habitudes des résidents et celles des soignants si besoin
- Gérer au mieux les flux de circulation en favorisant l'accompagnement individualisé par tous les membres du personnel : soignants, rééducateurs et animateurs.....
- Faire intervenir les rééducateurs pour favoriser l'évaluation des besoins spécifiques, l'installation, l'aide technique nécessaire mais surtout la coopération entre professionnels de santé
- Envisager des temps thérapeutiques pendant la prise des repas, où les différents personnels repèrent et identifient les besoins
- Encourager l'accompagnement des familles pour aider leur parent dans des espaces dédiés à la prise du repas
- Faire que ce projet soit non seulement une démarche institutionnelle mais aussi un engagement individuel à la portée de nombreux professionnels.
- Innover dans l'aide à la prise des repas : revêtir des tenues adaptées, colorées, différentes de celles des soins, intervertir les rôles de chacun sur une journée donnée, faire intervenir ponctuellement le service animation pour créer des ambiances ludiques autour du goût, manger mains (cf : thème 3)

## LES MOYENS NECESSAIRES

- Rencontres entre tous les professionnels / cadres de santé , AS, ASH, AMP, personnel de cuisine, personnel de la blanchisserie, animateurs, rééducateurs, un représentant des services économiques et tout professionnel souhaitant participer à cette démarche d'amélioration de la qualité
- Recenser les écrits, procédures, pratiques, conseils.....en lien avec la prise des repas
- Cibler les acteurs volontaires pour conduire des actions du plan d'améliorations
- Réaliser un audit ciblé avant/ après auprès des personnels et des patients résidents
- Solliciter les usagers ou le conseil de vie sociale sur des actions ponctuel

## THEME 2 : L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

L'état de la cavité buccale de la personne âgée est souvent altéré de par le vieillissement physiologique et l'existence fréquente de pathologies associées. Les troubles bucco-dentaires (mauvais état dentaire, appareillage mal adapté, mycoses,...) ont été identifiés par la HAS comme étant des facteurs de risque de dénutrition chez les sujets âgés car ils peuvent altérer le goût, la mastication, la déglutition et l'état respiratoire.

Une prise en charge aussi bien préventive que curative s'impose donc en gériatrie.

### L'EXISTANT

Une EPP conduite par l'Equipe Douleur / Soins Palliatifs (EDSP) a été réalisée en 2014. Cette EPP avait pour objectifs :

- de renseigner sur la perception des pratiques actuelles en matière d'hygiène bucco-dentaire
- d'identifier les besoins en fonction de l'autonomie et des troubles du comportement
- d'améliorer la pratique des soins en hygiène bucco-dentaire en proposant des ressources matérielles adaptées
- intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans une pratique de soins quotidienne en sensibilisant les personnels soignants et les patients résidents.

Les résultats ont mis en évidence une vraie prise de conscience de la part des soignants de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Toutefois une carence dans la pratique des soins au quotidien a été mise en avant. L'hygiène bucco-dentaire dans l'institution reste perfectible.

Le plan d'amélioration proposait les actions suivantes :

- Mise en place d'une dynamique de soins en réhabilitant les soins de base dans la pratique quotidienne, soins à adapter en fonction de l'état de la bouche du patient résident.
- Proposition d'une affiche de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire à placer dans les salles de bains
- Réalisation d'une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire à l'entrée du patient résident, par le médecin et l'IDE, par renseignement d'une fiche recensant les informations sur l'état bucco-dentaire, l'appareillage ou non, les besoins en termes d'aide pour la réalisation des soins (matériel adapté à utiliser, habitudes de la personne en matière d'hygiène bucco-dentaire)
- Réactualisation du protocole sur les soins de bouche non médicamenteux et médicamenteux en collaboration avec l'IDE en hygiène
- Sensibiliser les professionnels à leur rôle préventif par une formation sur l'évaluation de l'état de la bouche, et sur les protocoles en vigueur

L'ensemble des actions prévues est en voie de finalisation. L'intervention régulière d'un dentiste à l'établissement facilite la réalisation d'un bilan dentaire à l'admission du patient résident.

### LES AXES D'AMELIORATION

- Finaliser la mise en place du plan d'actions
- Evaluer l'impact des actions mises en place

### LES MOYENS NECESSAIRES

- Formation des professionnels
- Nouvelle EPP

## THEME 3 : MANGER MAINS

Le « manger mains » est une prise en charge non médicamenteuse visant l'autonomisation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée. L'évolution de la maladie peut avoir comme effet une perte de la faculté de se servir de couverts pour manger. Ne sachant plus se servir de leurs couverts, il arrive que certaines personnes mangent avec leurs doigts des aliments qui ne sont pas faits pour être mangés ainsi.

Les conséquences peuvent être lourdes :

- diminution des ingestas avec perte de poids et risque de dénutrition
- besoin d'une aide humaine pour manger plaçant la personne en situation de dépendance, avec atteinte de l'image de soi, diminution du plaisir du repas, sans oublier une charge de travail plus importante pour les soignants.

Le principe du « manger mains » est de permettre aux personnes dépendantes ayant des difficultés à manier leurs couverts, de retrouver une autonomie en se servant de leurs doigts pour manger : il s'agit de proposer des aliments adaptés à la préhension manuelle, pouvant donc se manger dignement avec les doigts.

Le « manger mains » est actuellement la façon la plus adaptée de proposer à manger aux personnes démentes ; la technique est mise en place avec succès dans de plus en plus d'établissements.

### L'EXISTANT

Une réflexion menée au sein des services Hugo Marmier a conduit le cadre de santé et ses équipes à repenser l'organisation du repas pour les résidents pour lesquels la prise alimentaire demandait une attention particulière. Des « ateliers repas » ont été organisés dans un petit salon au service Marmier et dans une 2<sup>ème</sup> salle à manger au service Hugo. Ils font l'objet d'un accompagnement par un AMP, afin d'atteindre des objectifs personnalisés pour chaque résident. Le temps du repas est plus long, toutes les composantes du repas sont données l'une après l'autre. Cette modalité est aussi instaurée en grande salle à manger pour certains résidents nécessitant une surveillance de prise de repas.

Un test a été réalisé à l'établissement au cours de l'année 2014. Cette expérimentation a donné des résultats encourageants pour les services de l'EHPAD Sécurisé, Hugo et Marmier.

Les conclusions ont mis en évidence un réel impact sur l'amélioration du comportement alimentaire des résidents. Le « manger mains » correspond à un besoin réel, il est tout à fait adapté à certaines personnes. Les équipes soignantes interrogées sur leur ressenti ont exprimé leur satisfaction. Elles ont compris l'intérêt et l'impact potentiel en termes d'amélioration du comportement alimentaire et sont prêtes à mettre en place l'expérience au long cours.

En cuisine, les avis restent partagés : quel sens donner à cette démarche, et ce d'autant qu'elle induit une surcharge de travail.

A l'issue de ce test, le CLAN s'est positionné en faveur de la mise en place du manger mains sur l'établissement, dans le but d'améliorer le comportement des patients résidents souffrant de troubles cognitifs et réduire ainsi les risques de dénutrition. Il a été acté que la mise en œuvre se ferait de façon progressive, en tenant compte des contraintes du service restauration notamment.

Il est à ce jour envisagé une mise en place du projet pour une dizaine de résidents des services Hugo et Marmier.

## **LES AXES D'AMELIORATION**

- Institutionnaliser de façon progressive la pratique du manger mains en proposant une déclinaison de menu « manger mains » chaque midi, avec des aliments adaptés basés sur le menu du jour, pouvant se manger avec les doigts, sous forme de bouchées.

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Formation du personnel de restauration et des soignants des services concernés, par un organisme extérieur
- Réorganisation de la cuisine (recettes, organisation des tâches)
- Organisation des services de soins concernés (Hugo et Marmier)
- Information aux familles
- Création d'un groupe de travail, réunissant le chef de cuisine, un représentant des cuisiniers, le cadre de santé des services concernés, un représentant de soignants, la responsable du projet et la diététicienne. L'intervention de certaines professions transversales (psychologues, orthophoniste) serait également souhaitable.

## THEME 4 : ACCOMPAGNEMENT DES STAGIAIRES

### L'EXISTANT

L'établissement accueille environ 100 stagiaires par an dans les différentes filières de soins, ces stagiaires, étudiants sont pour la majorité élèves dans des instituts de formations ou des établissements scolaires de la région. Pour certains, ils sont pris en charge par des organismes de formations et sont dans leur année de préparation aux différents concours.

Parmi ces stagiaires, 40% sont étudiants en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) soit dans la formation Infirmière soit dans la formation aide-soignante, ils viennent de différents instituts de formation : Besançon, Dole, Vesoul et ces stages s'inscrivent dans leur cursus de formation.

Quelques étudiants sont issus des filières de la rééducation : institut de formation des masseurs kinésithérapeutes de Besançon.

20% des stagiaires sont en préparation concours et sont envoyés par des organismes de formations situés sur Besançon pour la grande majorité.

20% sont des lycéens issus de lycées professionnels, ils sont intéressés par le monde hospitalier ou la filière gériatrique dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées à domicile. Ils se destinent à une formation diplômante à l'issue de leur cursus scolaire. Ils sont à la recherche d'une formation dans le domaine du soin.

Quelques stagiaires de l'Institut de Formation Cadres de Santé (IFCS) viennent approfondir leurs connaissances et découvrir quelques prises en charge très spécifiques autour de la personne âgée.

Pour tous, il est programmé un accueil et un accompagnement plus ou moins adapté et personnalisé au stagiaire, cependant, les stagiaires arrivent le premier jour sans connaître la structure pour la plupart d'entre eux.

Les cadres de santé de l'établissement et les rééducateurs sont formés à l'accompagnement des stagiaires et étudiants, ils n'ont pas reçu de formation spécifique au tutorat et doivent bénéficier de mises à jour en ce qui concernent les cursus de formations et leur ingénierie.

La planification des stages est complexe, les établissements demandeurs sont informés des disponibilités d'accueil pour leur filière et structure, cependant, les noms des stagiaires sont validés qu'au moment de l'envoi de la convention, celle-ci arrive tardivement quelques fois après l'arrivée du stagiaire....

Dans une proportion non négligeable, les stages ne seront pas pourvus car le besoin n'existe plus. Il n'y a plus de demandes, les stages initialement réservés ne seront pas pourvus, ce dysfonctionnement ne permet pas de réattribuer les stages à d'autres organismes demandeurs. L'établissement n'est pas prévenu et le constat est fait la semaine ou quelques jours avant la date du début du stage.

Des améliorations concernant la réservation et les préinscriptions doivent être revues avec les instituts et organismes demandeurs, les conventions de stage doivent être anticipées au moins le mois précédent.

Actuellement, l'accueil est organisé par les maîtres de stages (cadres et rééducateurs), ils ont contact avec les stagiaires quelques jours avant le début de chaque stage. Le stagiaire téléphone et reçoit à ce moment, des informations pratiques : les horaires, les aspects concernant la prise de leur repas, les temps de pause, les

possibilités de vestiaires et entretien de tenues professionnelles. Un échange concernant des objectifs de stage est ciblé, de façon à ce que le stagiaire sache, ce qu'il vient chercher dans l'établissement.

Le jour de l'arrivée en stage, les stagiaires sont pris en charge par les tuteurs de stages, ces derniers encadrent tout au long du stage, ils font partie de la même filière de formation que le stagiaire. Ces tuteurs sont leurs référents au long du stage, ce sont eux qui contribuent à l'évaluation du stagiaire.

Des informations concernant le secret médical, le devoir de réserve et la confidentialité des données médicales sont précisées au début du stage.

Un rappel sur le respect des droits des patients dépendants, sur la notion de bientraitance et sur le respect des résidents sont explicités aux stagiaires.

A ce jour, il n'existe pas de livret d'accueil des stagiaires, un ancien livret non remis à jour depuis la nouvelle restructuration de l'établissement permettrait de donner des renseignements précieux.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Recenser les instituts et organismes demandeurs
- Echanger avec les organismes et instituts par rapport aux changements de fonctionnement
- Définir un nombre de stagiaires par filière, par service, par date
- Identifier des plages vacantes pour des demandes de stages en cours d'année
- Revoir la procédure de réservation, validation et confirmation des stages
- Mettre en place un tableau partagé entre maitres de stage pour consultation
- Former les maitres de stages et tuteurs de stages
- Rédiger un livret d'accompagnement du stagiaire envoyé avec la convention de stage au préalable de l'arrivée en stage présentant l'établissement, chaque secteur, les populations accueillies
- Identifier le maitre de stage dès l'envoi de la convention pour faciliter les contacts avant l'arrivée en stage
- Réserver un local vestiaire pour les stagiaires
- Modifier les inscriptions pour la prise des repas des stagiaires

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Rencontres, réunions avec les cadres et rééducateurs
- Aide infographiste à la conception du livret d'accompagnement
- Possibilité de reprographie des livrets d'accompagnement
- Plan de formation institutionnel pour la formation des maitres et tuteurs de stages.



## THEME 5 : PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

Selon la HAS, la bientraitance est « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Selon l'ANESM, « la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance ».

Ces deux entités ont montré une forte implication sur le sujet depuis plusieurs années.

La HAS a publié en 2009 un rapport sur la maltraitance ordinaire et a intégré la promotion de la bientraitance dans le manuel de la certification V2010. La HAS a également travaillé avec la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP) et a publié un kit d'outils pour aider les établissements de santé et EHPAD à déployer de façon opérationnelle des actions en faveur de la bientraitance.

En 2008, le thème de la bientraitance a figuré au premier plan du programme de travail de l'ANESM, avec l'édition de sa recommandation « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». Cette recommandation a bénéficié du statut particulier de recommandation-cadre au regard des productions de l'Agence, la définition des principes fondamentaux de la bientraitance et de ses applications constituant le fondement de toutes les bonnes pratiques professionnelles que l'ANESM est amenée à valider ou à élaborer. Pour l'ANESM, la recherche de bientraitance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Par essence, elle est sans fin. Elle implique une réflexion et une collaboration incessantes entre tous les acteurs d'un accompagnement, à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié, à un moment donné.

« Promouvoir la bientraitance en institution » constitue par ailleurs un des objectifs inscrits dans le Plan Stratégique Régional de Santé (Priorité 4 « Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge »).

### L'EXISTANT

Au Centre Jacques Weinman, la promotion de la bientraitance a fait l'objet d'une réflexion pluri professionnelle depuis 2011 avec la mise en place d'un groupe de travail spécifique, dans le cadre de la préparation de l'auto-évaluation de la certification HAS. Ce groupe a évolué au cours de l'année 2012 en un comité Bientraitance, représentatif de l'ensemble des paramédicaux (IDE, AS, AMP, rééducateurs,...). Le comité est coordonné par le cadre supérieur de santé, ses objectifs sont les suivants :

- promouvoir la bientraitance de manière collective en instaurant une « culture bientraitance »
- prévenir, identifier et traiter les situations de maltraitance
- inscrire la bientraitance comme fil conducteur de la prise en charge du patient/résident, de la qualité et la sécurité des soins
- déployer la démarche sur l'ensemble de l'établissement, à tous les professionnels toutes catégories confondues

Plusieurs travaux ont été réalisés dans le cadre du comité :

- Réalisation d'une EPP « respect de l'intimité et de la dignité lors de la prise en charge du patient résident. Cette EPP a montré une évolution de l'atteinte des objectifs (72% en 2012 versus 76 en 2013).
- Formalisation de la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance
- Elaboration d'une cartographie des risques à l'aide d'un des outils élaborés par la FORAP, et définition du plan d'actions
- Elaboration d'une charte bientraitance. La réflexion est toutefois à poursuivre pour définir les modalités de diffusion de cette charte

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Poursuivre les travaux en interne sur la promotion de la bientraitance
  - Poursuivre l'EPP « respect de l'intimité et la dignité »
  - Effectuer un bilan de la mise en place du plan d'actions / cartographie des risques
- Communiquer sur le concept bientraitance au CJW

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Réactivation du comité
- Diffusion et application de la charte Bientraitance

# PROJET DE VIE

Le but recherché par l'établissement à travers le projet de vie est de concourir à la qualité de vie de la personne accueillie au sein de la structure.

Selon la recommandation de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD » plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- l'accueil dans l'établissement
- la construction du projet personnalisé
- l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne
- la vie sociale des résidents
- l'état de santé physique et psychologique de la personne

Le projet de vie du Centre Jacques Weinman s'articule autour de trois thèmes :

- **Thème 1** : Projet personnalisé

La réflexion sur ce sujet avait été engagée lors du précédent projet. Depuis, la situation a évolué avec la mise en place de plusieurs projets personnalisés au sein des services de soins. Tous les patients résidents ne bénéficient toutefois pas à ce jour d'un projet individualisé. L'expérience acquise, le retour établi par les équipes amènent l'établissement à se questionner sur l'élaboration de projets individualisés, pour que ceux-ci constituent un réel accompagnement de la personne et optimisent la qualité de son séjour. Véritable pierre angulaire de la qualité de vie dans l'institution, le projet personnalisé doit être basé non seulement sur les besoins de la personne, mais aussi sur ses attentes. D'où parfois une limite floue entre projet de soins et projet de vie.

- **Thème 2** : Vie affective et sexualité chez la personne âgée

L'établissement souhaite poursuivre la réflexion initiée depuis peu sur ce sujet. L'objectif est de changer le regard, faire évoluer les comportements et les mentalités, à la fois des professionnels et des familles.

- **Thème 3** : Projet animation

Il est très important pour une personne entrée en institution de maintenir ses relations sociales, voire d'en créer d'autres, de poursuivre ses activités de loisirs, voire de s'initier à d'autres.

Le service animation, reconnu service à part entière depuis le début de l'année 2015, propose aujourd'hui son propre projet, visant à renforcer l'accompagnement du patient résident dans son projet de vie, et contribuant ainsi à la vie de l'établissement.

## THEME 1 : PROJET PERSONNALISE

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement à toute personne prise en charge par l'établissement.

Ce projet d'accompagnement, appelé « projet personnalisé » au Centre Jacques Weinman, se doit de répondre aux besoins et aux attentes du patient résident.

Selon l'ANESM, « *le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un équilibre ... entre :*

- *Les personnes et leur entourage, qui peuvent avoir des attentes contradictoires ou des analyses différentes*
- *Les personnes/leur entourage et les professionnels, qui ne partagent pas automatiquement la même analyse de la situation, les mêmes objectifs ».*

### L'EXISTANT

Jusqu'en 2013, le projet personnalisé n'était pas complètement formalisé à l'établissement. Toutefois des informations sur les habitudes de vie du résident, son vécu, étaient recueillies à divers moments du séjour, contribuant ainsi à une prise en charge personnalisée du résident. L'ensemble des éléments recueillis était transmis et analysé entre professionnels pluri disciplinaires.

Lors de la visite de pré-admission, le vécu de la personne et ses habitudes de vie sont recueillis par les cadres de santé ainsi que ses besoins et ses attentes de prise en charge. Le recueil de ces différents éléments était par la suite alimenté par les observations de l'équipe soignante lors du premier mois du séjour. Elles étaient consignées dans le dossier de soin informatisé au fur et à mesure.

Le recueil de données avant admission était réalisé selon un document papier utilisé par tous les cadres de santé.

L'organisation mise en place dans les services de soins favorise également chaque fois que possible une prise en charge personnalisée : les soignants s'adaptent aux rythmes de vie de chacun dans la mesure du possible (heure de réveil connue, soin repoussé si le résident est encore endormi, ...). L'organisation des repas est réalisée de telle sorte que les voisins de table présentent le même profil de dépendance, ou peuvent communiquer entre eux.

Les ateliers et animations sont adaptés aux personnes accueillies, sont proposés selon leur envie de participer, ou selon leurs habitudes.

Le projet personnalisé peut également se traduire par la prise en charge au sein du PASA pour certains résidents.

L'élaboration et le suivi des projets personnalisés se sont améliorés grâce à l'important travail réalisé ces deux dernières années. Plusieurs membres de l'encadrement ainsi que des professionnels des services de soins ont suivi pendant 2 jours en 2012 une formation « construction du projet personnalisé ».

Suite à cette formation, un groupe de travail a été constitué. Animé par un cadre de santé, ce groupe réunit les différentes fonctions soignantes et représentatives des services de l'établissement. Installé depuis octobre 2012, il était chargé de définir l'attendu du projet personnalisé au sein de l'établissement, de formaliser des outils de recueil et de rechercher l'adaptation du dossier de soins informatisé pour la traçabilité des actions menées. Ce groupe s'appuie sur les recommandations ANESM et sur la visite d'un EHPAD similaire, ayant l'expérience du projet personnalisé.

Un document « Projet Personnalisé » a été construit pour centraliser les éléments de la vie du patient résident, l'observation de son intégration en service, ses souhaits et la définition d'objectifs.

Il est prévu qu'un binôme IDE et AS ou ASH FF AS ou AMP soit formé pour chaque entrée. Le soignant est chargé de prendre rendez-vous avec le patient résident ou la famille et de saisir les informations sur le document « Projet Personnalisé ». La synthèse est présentée au cours d'une réunion, organisée un mois après l'entrée dans l'institution, auprès de tous les acteurs paramédicaux et transversaux. Les objectifs du projet personnalisé sont définis lors de cette réunion.

Le cadre de santé est en charge de veiller à ce que le projet ne glisse pas systématiquement en projet de soins.

Le projet personnalisé avec ses objectifs est ensuite soumis à la signature du résident ou de sa famille.

Il est prévu que les projets personnalisés établis soient réévalués chaque année.

Le document « Projet Personnalisé » a fait l'objet d'un test en décembre 2013, dans chaque service d'EHPAD, avant validation finale et déploiement pour chaque nouvelle entrée.

Une procédure formalise la démarche afin de définir les règles pour tout l'établissement. Cette procédure a été validée en CSIRMT en décembre 2014.

Un guide pour mener l'entretien avec la famille et le résident sera produit à destination des soignants.

Les évolutions de logiciel ont été demandées afin d'intégrer le projet personnalisé dans le dossier de soin informatisé.

Le cadre de santé responsable de la mise en place du projet a formé ses pairs au développement des projets personnalisés au sein de leurs services respectifs. Fin 2014, 11 projets personnalisés avaient été réalisés à l'établissement.

Le travail doit se poursuivre par l'élaboration et la diffusion d'une brochure d'explication pour l'utilisation du projet personnalisé dans PSI.

Il est également nécessaire de faire un bilan au cours de l'année 2015 sur l'élaboration des projets personnalisés : nombre de projets construits par service, pertinence des projets personnalisés suivant les services, difficultés rencontrées, ressources à envisager,...car l'élaboration d'un projet personnalisé est un travail conséquent pour les équipes de soins. L'objectif est de cibler les situations pour lesquelles le projet personnalisé représentera un véritable accompagnement du patient/résident dans sa vie institutionnelle.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Mettre en place des projets personnalisés pertinents
- Faciliter la mise en œuvre des projets personnalisés

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Réalisation d'un bilan de l'existant
- Evaluation de la faisabilité par secteur de soins
- Formation des professionnels à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé
- Mise à disposition d'un guide de conduite d'entretien
- Mise à disposition d'une brochure explicative d'utilisation du projet personnalisé dans PSI

## THEME 2 : VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Considéré comme sujet tabou pendant longtemps, la vie affective et la sexualité des personnes âgées en EHPAD est une question de plus en plus soulevée par le personnel de ces établissements. Les nombreuses formations qui existent pour sensibiliser les soignants en démontrent l'importance.

Confrontée à cette problématique, les équipes sont parfois désespérées face aux familles, aux enfants des patients / résidents qui ne comprennent pas ou n'acceptent pas que leurs parents puissent avoir des relations intimes.

La vie affective et sexuelle fait partie intégrante de la vie privée. L'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : *« l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :*

*« 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ... »*

Rappelons également l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne âgées dépendante :

*« Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime. Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous ».*

La réflexion autour des questions relatives à la vie affective et sexuelle des patients / résidents doit s'appuyer nécessairement sur une réflexion éthique collective.

### L'EXISTANT

Une formation sur site a été organisée au cours de l'année 2014. Cette formation a concerné 16 agents, cadre de santé, infirmières, aides-soignants, AMP, ASH. Les objectifs étaient les suivants :

- Appréhender les différentes dimensions de la sexualité
- Connaître les caractéristiques de la sexualité des personnes âgées
- Identifier les impacts de certaines pathologies
- Identifier les conséquences d'une sexualité non assouvie
- Intégrer le thème de la sexualité dans le projet d'établissement
- Adopter une démarche pédagogique vis-à-vis des personnes âgées et des familles
- Mettre en place une organisation propice au développement des liens affectifs harmonieux

Cette formation nécessite d'être reconduite afin de répondre aux besoins exprimés par un grand nombre d'agents.

Les psychologues de l'établissement peuvent être sollicitées par les équipes pour échanger sur leur vécu quotidien, sur la question de la sexualité et des tabous qu'elle peut soulever.

Les équipes, notamment le médecin et le cadre de santé du service concerné, peuvent être amenés à intervenir auprès des proches des patients / résidents. Un accompagnement des familles est en effet nécessaire, lorsque le choix de leur parent d'avoir des relations intimes avec un nouveau compagnon/compagne leur est difficile à admettre.

## **LES AXES D'AMELIORATION**

- Poursuivre la sensibilisation des soignants
- Poursuivre l'accompagnement des familles

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Institutionnalisation de la formation « Sexualité chez la personne âgée » en systématique dans le plan annuel de formation
- Echanges pluriprofessionnels
- Echanges avec l'entourage des patients / résidents



### THEME 3 : PROJET DU SERVICE ANIMATION

Ce projet est conçu comme un contrat de confiance entre l'équipe d'animation, les patients résidents, les bénévoles et les différents autres intervenants. Il permet de donner du sens aux manifestations, projets, ateliers ou activités proposées, mis en place dans le respect du public accueilli, de leur rythme de vie, de leurs envies et en lien avec le fonctionnement des différentes équipes pluridisciplinaires.

#### L'EXISTANT

Le Service Animation est un service à part entière, sa mission première est d'amener la vie dans l'établissement à travers son rôle social. Il se compose actuellement d'un ETP animateur sportif, coordonnateur du service, de deux animateurs exerçant à 80% et de 4 animateurs en contrats aidés à 80%.

Chaque animateur est référent d'un service de soins, dans lequel il propose des activités adaptées aux patients résidents qui le souhaitent. En parallèle, il est aussi une personne pilote et ressource pour des projets et manifestations menées à l'échelle de l'établissement.

Les animateurs référents animent des ateliers ou projets, le matin de 10h à 12h et l'après-midi 14h15 à 16h15 dans les différents lieux de l'établissement (salle à manger des services, salle d'animation, salle informatique, terrasse, salle des loisirs).

Le service animation est un service dynamique qui souhaite par ces animations variées donner la possibilité aux patients-résidents d'y participer. Pour garder cette dynamique, l'effectif minimum requis est de trois par jour tout au long de l'année sauf cas exceptionnel.

Les objectifs du service sont :

- créer un lieu de vie et de bien être pour les patients-résidents
- participer à l'accueil des patients résidents afin de faciliter leur intégration
- permettre aux patients résidents de participer à la vie sociale,
- égayer le quotidien et instaurer des moments de plaisir
- maintenir ou valoriser l'estime de soi
- permettre l'échange et la communication
- stimuler les capacités cognitives physiques
- respecter les choix et envies

Le service animation offre aux patients résidents tout un panel d'activités très variées, comme en témoigne la liste ci-dessous :

- Activité intergénérationnelle : rencontre avec les enfants de la crèche par exemple
- Jardin
- Chiens visiteurs
- Jeux d'adresse
- Chorale
- CD audio
- Théâtre
- Marche active
- Informatique
- Voyage

L'équipe d'animation travaille également en étroite collaboration pour l'organisation de manifestations avec l'association des bénévoles de la FARER.

Chaque animateur possède un accès au dossier de soins informatisé, ce qui permet de tracer les activités réalisées. Il est possible d'établir un bilan nominatif listant les activités suivies pour chaque patient résident, ainsi qu'une traçabilité sur le vécu de la personne.

Le service animation est un service transversal, sa mission est d'amener de la vie dans l'établissement et dans les sept services de soins. Les six animateurs référents se coordonnent pour proposer un panel d'activités et une régularité des animations dans leur service de référence. Ils jouent un rôle important au sein de la structure. Ils animent dans les services de soins, salle d'animation ou salle des loisirs en proposant des activités occupationnelles, ateliers ou projets adaptés aux patients-résidents, de façon à les rendre acteurs de leurs journées.

Des constats ont toutefois été établis par les animateurs eux-mêmes :

- L'avis de l'animateur référent n'est pas toujours pris en compte pour le choix des animations à proposer.
- Il n'y a pas de temps d'échange avec le patient résident à l'admission de celui-ci.
- L'animateur est à l'écoute du résident, il essaie de répondre à sa demande dans la mesure du possible mais n'a pas de retour sur la satisfaction de l'utilisateur qui n'a pas été recueillie ces dernières années.
- A l'heure actuelle, les lignes du budget animation ne sont pas clairement définies, entre le service financier de l'établissement, et l'association « Vivre à Avanne ».

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Renforcer la communication et le partage d'informations avec les équipes de soins
- Participer à l'accueil des patients résidents
- Recueillir la satisfaction des usagers et/ou de leur famille sur les activités d'animation
- Etablir un planning annuel des manifestations à organiser

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Présence de l'animateur référent à deux relèves dans la semaine
- Présence de l'animateur référent lors des réunions multi disciplinaires
- Organisation d'un temps d'échange avec le patient résident à l'admission
- Réalisation d'une enquête de satisfaction
- Attribution d'un budget propre au service

# PROJET SOCIAL

Les enjeux des services ressources humaines sont nombreux :

- garantir le respect des obligations légales : gestion des 35 heures, des heures supplémentaires, du temps de repos...
- faire face aux aléas quotidiens : absence non prévue d'un agent, recrudescence de l'absentéisme,...
- gérer le turn over des équipes ....

Les services ressources humaines doivent savoir apporter des réponses adaptées qui permettent de préserver l'équilibre social interne.

Se donnant comme fil conducteur, la « qualité de vie au travail », ce projet social s'articule autour de 4 thèmes :

- **Thème 1** : Gestion du temps de travail
- **Thème 2** : Prévention des Risques Psycho Sociaux et qualité de vie au travail
- **Thème 3** : Accompagnement social des agents ayant des restrictions d'aptitude ou déclarés inaptes à leur poste
- **Thème 4** : Développement d'une politique d'amélioration et d'évaluation des compétences

## **THEME 1 : GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL**

La gestion des temps de travail est devenue un souci quotidien pour les services ressources humaines depuis la mise en place des 35 heures. Respect de la législation, réponses aux besoins quotidiens des équipes, gestion de l'absentéisme, gestion des heures supplémentaires, ... ont amené les directions à utiliser des systèmes informatisés pour les aider à gérer les plannings des différentes équipes.

L'utilisation d'un logiciel gestion du temps de travail, si le projet est mené avec rigueur, facilite le travail quotidien des responsables d'équipes.

### **L'EXISTANT**

La gestion du temps de travail est informatisée mais le logiciel utilisé jusqu'à ce jour ne l'est pas à bon escient. Les primes de l'ensemble des agents sont gérées par ce biais, toutefois les services de soins continuent leur gestion via Excel.

Par ailleurs, ce logiciel utilisé pour les autres services ne donne pas satisfaction.

Les cycles de travail collectifs sont en cours de finalisation dans les services.

Les informations relatives au temps de travail ont fait l'objet d'un référentiel validé aux instances de décembre 2014.

L'établissement a opté pour un nouveau logiciel, qui est en cours de développement pour l'ensemble des services.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Réorganiser la GTT en conformité au référentiel de l'établissement
- Etablir un décompte horaire pour chaque agent
- Mettre en place les cycles de travail collectifs

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Changement de logiciel et paramétrage
- Former le personnel d'encadrement

## **THEME 2 : PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS / RISQUES PSYCHO SOCIAUX ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL**

Indépendamment de leurs effets sur la santé des individus, les risques psycho-sociaux ont un impact sur le fonctionnement des institutions (absentéisme, turn-over, ambiance de travail,...). Il est par conséquent important de mener une politique de prévention de ces risques, qui doivent être pris en compte au même titre que les autres risques professionnels même s'ils restent parfois difficiles à appréhender

La circulaire du 20 mars 2014 fixe les conditions de mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois versants de la fonction publique. Cette circulaire rappelle l'engagement pris par le Gouvernement, à instaurer une démarche globale de modernisation du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique (cf. protocole d'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux signé le 22/10/2013 pour les trois versants de la fonction publique et l'ensemble du territoire).

Chaque employeur public doit réaliser un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux, sur la base d'une démarche participative des agents à chaque étape du processus, diagnostic intégré dans des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP) permettant l'élaboration d'un plan d'action de prévention des risques psychosociaux en 2015.

### **L'EXISTANT**

Les risques professionnels ont fait l'objet d'un recensement via l'élaboration du Document Unique au cours de l'année 2003. Ce document unique a été réactualisé entre 2011 et 2014. Vingt Unités de Travail ont été interviewées par le responsable Ressources Humaines et la qualitiennne pour mettre à jour l'évaluation des risques professionnels et proposer des axes d'amélioration. Les plans d'actions ont fait l'objet de présentations au CHSCT pour validation.

Le CHSCT a exprimé le souhait de compléter le DU en intégrant les risques psycho-sociaux. L'établissement a choisi de se faire accompagner, dans le cadre d'un CLACT cofinancé par l'ARS, par un organisme externe pour réaliser ce travail. La réflexion a été engagée au début de l'année 2015. Un Comité de Pilotage a été spécifiquement créé pour valider la méthodologie de travail proposé par l'organisme externe. Le recueil des risques psycho-sociaux sera réalisé par un groupe technique spécifique composé de professionnels volontaires de l'établissement.

Il est aussi intéressant de noter qu'une assistante sociale de l'établissement est à disposition des professionnels si besoin.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Prévenir les risques psycho-sociaux
  - Recenser les risques psycho-sociaux
  - Intégrer les risques psycho-sociaux dans le DU
  - Etablir les plans d'actions
- Améliorer la qualité de vie au travail
  - Mettre en place les plans d'actions recensés dans le DU
  - Mener la réflexion sur la qualité de vie au travail (QVT)
  - Favoriser le bien-être au travail

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Accompagnement par un organisme externe pour les RPS
- Groupe de travail QVT
- Organisation de journées « bien-être au travail »
- Ouverture de la balnéothérapie aux professionnels

## **THEME 3 : ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES AGENTS AYANT DES RESTRICTIONS D'APTITUDE OU DECLARES INAPTES A LEUR POSTE**

L'état de santé d'un agent peut avoir une incidence sur son maintien au poste de travail. En cas d'inaptitude totale ou partielle constatée, l'employeur est amené à accompagner l'agent et rechercher avec lui des solutions lui permettant de concilier santé et emploi, voire proposer un changement de poste.

L'inaptitude totale ou partielle au travail résulte le plus souvent d'une usure professionnelle sur une longue période et se caractérise principalement par des pathologies du système ostéoarticulaire.

### **L'EXISTANT**

A ce jour au CJW , une quinzaine d'agents présentent des restrictions d'aptitude ou sont déclarés inaptes à leur poste.

On distingue deux situations :

- Les agents qui ne peuvent plus exercer leur fonction, reconnus inaptes de façon totale et définitive à leur fonction, par le comité médical ou la commission de réforme
- Les agents pour lesquels un aménagement de poste est nécessaire

Quelle que soit la situation de ces personnes, il est nécessaire de leur offrir un accompagnement, notamment pour celles qui sont en situation d'arrêt de travail depuis 1 an.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Organiser le reclassement des agents :
  - retour à l'emploi,
  - formation qualifiante en vue d'une reconversion
  - formation de base d'aide à la recherche d'emploi
- Renforcer la prévention en lien avec le CHSCT (moyen : commission de reclassement et/ou d'aménagement de poste)

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Mutualisation inter établissements d'un temps de conseiller action sociale et environnement +/- couplé à un conseiller mobilité carrière
- Recensement des postes pouvant être aménagés en lien avec l'encadrement
- Matériel pour aménager des postes de travail (fonds FIPHFP)
- Accompagnement par les collègues
- Entretiens systématiques à 1 an d'absence



## **THEME 4 : DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE D'AMELIORATION ET D'EVALUATION DES COMPETENCES**

### **L'EXISTANT**

Une charte de formation a été établie en interne en 2014. Cette charte a été validée en décembre 2014 puis diffusée via les bulletins de salaire. Cette charte précise les règles applicables à la formation professionnelle tout au long de la vie pour les agents de l'établissement, afin de :

- favoriser le développement de leurs compétences, faciliter leur accès aux différents niveaux de qualification professionnelle, permettre leur adaptation, contribuer à leur intégration et à leur promotion sociale
- leur permettre d'exercer avec efficacité les fonctions qui leur sont confiées pour satisfaire les besoins des usagers et pour une réalisation optimum des missions du service
- favoriser leur mobilité et la réalisation des aspirations personnelles.

L'établissement précise également, dans le cadre de cette charte, les conditions de mise en œuvre concrète du droit individuel à la formation (DIF) en prenant en compte la diversité des situations professionnelles et personnelles de ses agents.

Un plan annuel de formation est élaboré chaque année, il est construit suite aux conclusions des entretiens annuels de formation.

L'établissement offre aux professionnels la possibilité d'accéder à des études promotionnelles : AS pour les ASH, IDE pour les AS, ...Les souhaits des agents sont recueillis par les responsables des services dans le cadre de l'entretien annuel de formation.

### **LES AXES D'AMELIORATION**

- Amélioration la politique de l'établissement
  - améliorer la communication sur la formation en associant l'encadrement
  - définir les orientations de l'établissement en matière de formation
  - redéfinir les critères de sélection pour les départs en EP et faire le lien avec les besoins de l'établissement en fonction des départs en retraite et autres départs prévisibles
  - mesurer l'impact des formations

### **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Entretiens annuels de formation
- Faire le lien avec les Fiches de postes
- GPMC (outil Gesform GPMC, accompagnement ANFH)

# **PROJET SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER**

Le précédent projet SIH s'était fixé trois grandes orientations visant la communication interne, la communication externe, la sécurité et l'ergonomie du système d'information.

Si la communication en interne comme en externe s'est développée grâce à la mise en place de diverses actions, elle reste perfectible et est reconduite dans ce nouveau projet.

D'autres domaines apparus ces dernières années font l'objet de recommandations dont la mise en place ne peut être que progressive. C'est le cas de « Hôpital numérique » et du « Développement Durable », thèmes nouveaux intégrés à ce projet.

Le développement en continu d'outils informatiques, la sécurisation du partage d'informations entre professionnels contribuent à l'évolution de la politique d'informatisation et constituent en ce sens les axes d'amélioration prioritaires à travailler.

Trois thèmes sont ainsi développés dans cette partie :

- **Thème 1** : Politique d'informatisation
- **Thème 2** : Communication interne et externe
- **Thème 3** : Hôpital Numérique

## THEME 1 : POLITIQUE D'INFORMATISATION

### L'EXISTANT

Les actions mises en place dans le cadre du précédent projet ont permis une avancée de la politique d'informatisation notamment dans le domaine de la sécurité et l'ergonomie du système d'information.

L'accès aux différents logiciels est sécurisé par attribution d'un mot de passe à tout personnel.

L'acquisition de matériels et logiciels (serveurs, pare-feu, système de sauvegarde) a été faite de façon à protéger le réseau d'éventuelles agressions extérieures et internes. Des sauvegardes des données journalières et hebdomadaires sont opérationnelles.

Un cahier des charges est défini systématiquement pour l'acquisition de nouveaux logiciels. La formation des utilisateurs aux nouveaux logiciels est assurée.

Une veille a été instaurée : l'établissement est inscrit à une Newsletter qui l'informe des évolutions des logiciels.

La procédure dégradée en cas de panne informatique du DPIH (PSI) est établie et mise à disposition dans l'ensemble des services de soins. Un contrat de maintenance existe 7/7 jours pour la maintenance informatique du DPIH.

Il existe également un Plan de Continuité des Activités.

Un club utilisateur PSI est en place. Ce club réunit les référents PSI, professionnels de l'établissement représentant l'ensemble des utilisateurs du logiciel. Il possède son propre règlement intérieur. Le club SPI a pour mission de faire évoluer l'outil en regard des projets institutionnels (plan de soins AS, projet personnalisé,...), de réaliser les modes opératoires en fonction des besoins, d'observer les pratiques et mettre en place un plan d'actions suite à des déclarations d'événements indésirables.

Une charte informatique a été rédigée en 2013.

Concernant le DMP, l'autorisation au Centre National de Gestion ASIP Santé a été demandée par le directeur au cours de l'année 2014.

### LES AXES D'AMELIORATION

Deux grands axes d'amélioration sont identifiés :

**Axe 1 : Consolider les outils informatiques et/ou les développer**, ce qui se traduit par :

- Le maintien de la gestion administrative des Ressources Humaines sur CPAGE
- Le maintien du logiciel de gestion administrative (GAM) et gestion économique et financière (GEF) avec une passerelle vers CPAGE pour le service des Ressources Humaines. Le mandatement de la paye est interfacé depuis CPAGE sur la GEF (AGFA)

- L'installation et le développement du logiciel gestion du temps de travail (PLANICIEL) interfaçable avec CPAGE
- Le développement du DPIH :
  - poursuite avec le logiciel PSI actuel et mise en place des nouvelles fonctionnalités
  - S'orienter vers l'acquisition d'un nouveau logiciel en fonction des décisions du GCS Emosist
- Le développement du logiciel GESFORM pour les entretiens annuels de formation et leur suivi
- Le développement de l'informatisation des signalements des événements indésirables ou situations à risques (étude de faisabilité en 2015 – service informatique CJW)
- Le développement des modalités de paiement des frais de séjour par TIPI (Titre Payable par Internet pour paiement sécurisé) et d'autres moyens de paiement (créer un compte sur la DGFP – communiquer envers les familles les modalités de mise en application - début 2015)
- La mise en place des actions pour répondre à l'obligation réglementaire de dématérialiser les pièces comptables et décisions par Protocole d'Echange Standard (PESV2) (31/12/2015)

**Axe 2 : Faciliter et sécuriser le partage d'informations médicales et paramédicales entre les professionnels de l'établissement, à savoir**

- Optimiser la sécurité de l'infrastructure technique en termes de disponibilité, de continuité, d'intégrité, de confidentialité et de traçabilité (rédaction du PCA)
- Diffuser et faire adhérer l'ensemble des professionnels à la charte informatique
- S'assurer du besoin de formation des professionnels à l'utilisation de l'outil informatique
- Créer et alimenter le DMP à toute nouvelle admission d'un patient résident

**LES MOYENS NECESSAIRES**

- Collaboration avec Emosist pour le PCA / Dossier de soins informatisé
- Information des professionnels sur le PCA et la charte informatique
- Evaluation de pratique
- Carte de professionnels de santé

## THEME 2 : COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

### L'EXISTANT

Le Centre Jacques Weinman dispose à ce jour d'un parc informatique de 100 PC, 60 imprimantes, 4 serveurs dont 1 pour la taxation téléphonique et 1 serveur GTC (Gestion Technique Centralisée). Quatre-vingt-trois adresses mail ont été attribuées. L'établissement bénéficie également d'un réseau WIFI avec 30 bornes installées.

Un des objectifs du précédent projet était « d'arriver à un hôpital 'zéro' papier ». Plusieurs actions ont été mises en place dans le domaine de l'informatisation en vue de l'atteinte de cet objectif : informatisation des bons de travaux, dématérialisation de l'annuaire papier, des compte-rendus de réunions et convocations aux réunions, des notes de services/d'information, de la réservation des salles de réunions et de formation. Une boîte e-mail a été attribuée à tous les responsables de services.

Le développement de l'intranet était également inscrit dans les objectifs du projet antérieur. Le travail est en cours et reste à ce jour un objectif à poursuivre.

En terme de communication externe, le site internet est en cours de réactualisation grâce à la mise en place d'un comité spécifique en intra, le « Comin't », chargé de la révision du site.

Des articles sur les différentes manifestations organisées à l'établissement sont publiés dans la presse locale et les bulletins municipaux. Des plaquettes de présentation de l'établissement sont envoyées aux structures pouvant être concernées par l'offre d'hébergement proposé. L'établissement participe également à l'élaboration des annuaires locaux.

### LES AXES D'AMELIORATION

#### **Axe 1 : Renforcer la communication interne**

- Développer les liens interprofessionnels au sein de l'établissement
- Développer l'accès à l'information en interne pour les professionnels mais aussi pour les résidents
- Dématérialiser au maximum la gestion documentaire
- Améliorer la diffusion des informations relatives à la vie de l'établissement

#### **Axe 2 : Communication externe** : valoriser l'image de l'établissement à l'extérieur

- Réviser le site Internet de l'établissement
- Organiser des journées portes ouvertes
- Participer à des journées de rencontres d'établissements (ex : forum maison des Séniors)

### LES MOYENS NECESSAIRES

- Réactivation du Comin't
- Mise à jour du site internet
- Développement de l'intranet
- Réactivation du journal interne

## THEME 3 : HOPITAL NUMERIQUE

La stratégie « Hôpital Numérique » constitue la stratégie nationale des systèmes d'information à 5 ans (2012 – 2016). L'objectif est d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information dans l'ensemble des établissements de santé vers un socle commun, de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins.

La stratégie « Hôpital Numérique » se décline en un programme pragmatique et cohérent, le programme Hôpital Numérique.

### L'EXISTANT

L'annexe 12 du CPOM 2013-2018 concerne le développement de la qualité des systèmes d'information. Il comporte 3 éléments :

- L'autodiagnostic de la situation de l'établissement au regard des priorités régionales et nationales en matière de système d'information
- Le descriptif du plan d'actions de l'établissement en matière de système d'information et leurs modalités d'évaluation
- L'engagement contractuel relatif au financement au titre du programme Hôpital Numérique
- 

Dans ce cadre, un auto-diagnostic réalisé en novembre 2013 a permis à l'établissement de se positionner sur les 3 pré-requis du programme « Hôpital Numérique », à savoir :

- ✓ Identité et mouvement
- ✓ Fiabilité et disponibilité du SI
- ✓ Confidentialité

Les résultats ont montré une atteinte des pré-requis à 75% pour le chapitre « identité/mouvement », 100% pour la partie « Fiabilité et disponibilité du SI » et 60% pour la « Confidentialité ».

### LES AXES D'AMELIORATION

- Finaliser la mise en place des actions demandées dans les pré-requis du programme « Hôpital Numérique »
  - Mettre en place un référentiel unique d'identité des patients gérant l'INS (serveur d'identité)
  - Mettre en œuvre la procédure de mise à jour du référentiel unique de structure de l'établissement
  - Tester, maintenir et réviser le Plan de reprise d'activités du système d'information de l'établissement
  - Définir et formaliser la politique de sécurité des systèmes d'information de l'établissement
  - Conduire une analyse des risques de la sécurité des systèmes d'information au sein de l'établissement
  - Mettre en œuvre la politique de sécurité

### LES MOYENS NECESSAIRES

Aucun

# **PROJET DU SERVICE QUALITE RISQUES PROJETS**



Le Centre de Soins et d'Hébergement de Longue Durée Jacques Weinman s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans la prise en charge des patients / résidents depuis plusieurs années.

La politique d'amélioration continue de la Qualité et de la Gestion des Risques révisée en 2011, est structurée autour de plusieurs axes :

- Promouvoir le bien-être des patients résidents
- S'engager dans une démarche éthique
- Assurer l'accès à l'information
- Garantir l'adaptation de la prise en charge aux besoins de chacun
- Garantir un niveau de sécurité maximale aux patients / résidents et aux professionnels
- Développer une culture positive de l'erreur et de l'évaluation
- Favoriser l'individualisation de la prise en charge
- Contribuer au respect des conditions de travail des agents

La CME s'appuie sur un comité de pilotage pour la mise en place et le suivi de cette politique. Ce comité est composé des responsables de chaque secteur et est managé par le directeur de l'établissement, en collaboration avec le service Qualité Risques Projets (QRP).

Les missions du service QRP ont intégré la gestion du risque infectieux depuis janvier 2015. Ce service est composé de deux personnes à ce jour : un cadre de santé responsable qualité / gestionnaire de risque et une infirmière en hygiène, tous deux formés spécifiquement à ces différents domaines d'expertise, et exerçant à temps plein leurs missions transversales.

Plusieurs autres comités ou commissions interviennent dans la mise en place des actions définies dans le programme Qualité/Gestion des Risques : CLAN, CLIN, CLUD, CSIRMT, CoGer, Comité du médicament, CRUQPC, CVS, CHSCT, CTE.

Les différents axes de la politique Qualité constituent le fil conducteur de chacun des thèmes présentés dans les différents chapitres développés dans ce nouveau projet d'établissement.

Certains d'entre eux nécessitent néanmoins une approche plus approfondie et seront développés dans cette partie :

- le premier volet concerne le développement de la culture sécurité par **l'optimisation de la gestion des risques**. Plusieurs actions ont été mises en place dans le cadre du précédent projet d'établissement ; on citera par exemple le dispositif de recueil des événements indésirables via une fiche de signalement à disposition dans l'ensemble des secteurs, la mise en œuvre des circuits des vigilances ou encore d'autres actions visant la sécurisation du circuit du médicament. La gestion des risques doit toutefois être optimisée, notamment pour tout ce qui concerne le signalement des événements indésirables liés aux soins et des épisodes infectieux graves ou non graves, survenant dans les services.
- le deuxième axe porte sur **l'accompagnement des équipes au quotidien** dans leur démarche qualité
- et enfin, le troisième domaine ayant retenu l'attention du service QRP est **le renforcement de la pratique de l'évaluation**

## THEME 1 : OPTIMISATION DE LA GESTION DES RISQUES

Assurer la sécurité des patients et des professionnels, et dispenser des soins de qualité au moindre risque sont depuis longtemps des préoccupations majeures des établissements de santé. Ces quinze dernières années ont vu ces concepts se renforcer par une importante production de recommandations et/ou textes législatifs invitant les établissements de santé à œuvrer dans ce sens en instaurant en leur sein une politique de « gestion des risques », indispensable au développement de la « culture sécurité ».

Parmi eux :

- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé à travers laquelle l'Etat a réaffirmé sa volonté d'améliorer la sécurité sanitaire. Cette loi mentionne que « *les établissements de santé, publics et privés,...*, participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilances destiné à garantir la sécurité sanitaire,... et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.... Elle fait de la maîtrise des risques et de la sécurité sanitaire un fondement essentiel dans la qualité de la prise en charge d'un patient par un établissement de santé.
- Les recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé publiées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2004. Ces recommandations développent les aspects opérationnels de la gestion des risques et constitue un guide incontournable pour les gestionnaires d'établissement.
- La circulaire du 29 mars 2004 relative à la mise en place d'un programme de gestion des risques invite les établissements de santé à mettre en place une organisation permettant une gestion coordonnée des risques. Les « gestionnaires de risque » font leur apparition comme nouveau métier dans les structures, un de leur rôle étant d'acculturer les équipes de soins et logistiques à la prévention et la maîtrise du risque dans les différents secteurs d'activités et ainsi impulser une dynamique visant la sécurité des personnes.
- La démarche d'accréditation des établissements de santé<sup>4</sup> dans sa version 1, consacre 2 références à la gestion des risques (existence d'un programme de prévention et évaluation de son efficacité).
- Cette notion est reprise dans les démarches de certification qui ont suivi. La deuxième procédure<sup>5</sup> comporte 2 références déclinées en 7 critères spécifiques. La troisième procédure<sup>6</sup> de certification met l'accent sur ce système en inscrivant les critères relatifs à la gestion des risques dans une Pratique Exigible Prioritaire (PEP), qui pour la HAS traitent de sujets fondamentaux pour la qualité et la sécurité des soins.
- La loi HPST par son article L. 6111-2 instaure dans les établissements de santé l'élaboration et la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux soins.
- Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforce non seulement l'obligation de signalement des événements indésirables mais aussi d'analyse des causes de ces événements. Le législateur positionne également la fonction de « coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins » dont le rôle est de veiller à l'application des différentes mesures citées dans le décret.
- Nous citerons pour terminer les dernières exigences de la HAS : la procédure de certification en cours (V2014) reste centrée sur la gestion des risques liée à la prise en charge du patient en évaluant la maturité du système de gestion de risques de l'établissement. Celui-ci doit analyser et hiérarchiser ses risques pour chaque processus de prise en charge du patient.

La « culture sécurité » ne se mesure pas par le seul fait de procéder à des signalements d'EI ou non. Mais le signalement des EI permet d'identifier des dysfonctionnements qui peuvent être révélateurs de risque potentiel. L'analyse des EI signalés permet de déceler les causes ou latentes ou patentées du problème, remontant ainsi de l'organisation de la structure aux professionnels en contact immédiat avec le patient.

Le signalement des événements indésirables participe à la maîtrise du risque à l'intérieur d'un établissement, il représente une démarche, une culture, un état d'esprit à développer au sein de la structure. Identifier les risques, les mesurer, les prévoir, y faire face garantiront la pérennité de l'institution et lui permettront de continuer d'assurer sa mission première qui est de « soigner en protégeant le patient/résident de tout risque », Connaître et utiliser à bon escient le signalement des EI constitue donc une première étape indispensable pour le management des risques et l'implantation d'une culture sécurité dans l'établissement.

Gérer les risques dans un établissement revient à les identifier et les analyser, qu'il s'agisse de risques à priori comme à posteriori, survenant dans différents domaines : les activités de soins, les sécurités sanitaires réglementées, les infections associées aux soins, les risques professionnels, les accidents du travail, pour ne citer que ceux-ci. Sans oublier le recueil des plaintes et réclamations qui peuvent également représenter des sources d'informations importantes.

## **L'EXISTANT**

La démarche d'identification des risques à postériori est structurée depuis 2005, autour de la mise en œuvre d'un dispositif de signalement des événements indésirables (EI). Le système mis en place repose sur le remplissage d'une fiche spécifique de signalement (FEI) renseignant sur l'identité du déclarant, les circonstances de survenue de l'événement, les conséquences et les actions immédiates prises pour gérer l'EI. Cette fiche a été revue plusieurs fois depuis sa création et a intégré dans sa dernière version de 2009 le recueil des signalements relatifs aux vigilances applicables à l'établissement : pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, identitovigilance et cosmétovigilance. La mise en place de cette nouvelle fiche a été accompagnée par la diffusion d'une procédure à destination de l'ensemble des personnels. Un tel dispositif contribue à la connaissance des risques de l'établissement et présente aussi l'intérêt d'assurer un rôle pédagogique et de sensibilisation des équipes.

Parallèlement à cette organisation a été créé le Comité de Gestion des Risques appelé « CoGeR » dont le rôle est d'analyser les événements indésirables signalés, et définir les actions correctrices à mettre en place. Au fil du temps le Comité a évolué vers une coordination globale des risques prenant en compte les différentes sources d'information. De réunions trimestrielles au départ, le CoGeR a modifié son fonctionnement en augmentant la fréquence de ses réunions à 1 fois toutes les 4 à 6 semaines de façon à améliorer la réactivité suite aux événements indésirables notifiés.

Deux cent cinquante à trois cents signalements sont réceptionnés chaque année au service QRP. Or, les analyses des EI signalés montrent que la majorité des signalements effectués concerne le fonctionnement de l'établissement ou la qualité des prestations offertes, peu d'événements sont en lien avec les soins dispensés aux patients/résidents.

Ce constat avait déjà été établi en 2009/2010. Une enquête auprès des professionnels s'en était suivie, en ayant comme objectif de trouver des réponses face au comportement frileux des agents dans la déclaration des EI liés aux soins. Les objectifs retenus pour le plan d'amélioration avaient été les suivants :

- 1) Réviser le contenu de la FEI
- 2) Travailler sur la rétro-information à réaliser après un signalement d'EI

### 3) Informer / Former les professionnels aux modalités de signalement des EI et à l'intérêt du dispositif

L'ensemble de ces actions a été mis en place, avec un effort tout particulier sur la formation des professionnels : 200 agents ont été resensibilisés au signalement des EI par le service Qualité au cours de l'année 2011.

Or, signaler un événement indésirable lié à la prise en soins n'est pas encore systématique aujourd'hui de la part des équipes de soins. Ces événements représentent 5 % des signalements en 2013 et 10 % en 2014. Le constat est identique pour le signalement des épisodes infectieux associés aux soins à transmettre en interne à l'Equipe Opérationnelle en Hygiène (EOH), composée d'un médecin référent en hygiène à temps partiel, et de l'IDE en hygiène temps plein, membre du service QRP.

Des efforts sont donc à poursuivre pour acculturer les équipes à l'intérêt du signalement d'événements indésirables associés aux soins, quel que soit le domaine concerné.

En termes de gestion des risques, il est aussi important de recueillir les risques à priori. Ce travail a été réalisé par un stagiaire de master I «Ingénierie de la santé» accueilli au sein du service qualité au cours de l'année 2014. Le travail conséquent réalisé a conduit à l'élaboration d'une cartographie des risques quasi exhaustive. La mise en œuvre du plan d'actions qui en découle vient alimenter la gestion préventive des risques dans les différents secteurs investigués.

La sécurisation du circuit du médicament entre également dans le cadre de la gestion des risques. Le travail est guidé aujourd'hui par l'arrêté du 06 avril 2011 relatif à la mise en place d'un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Plusieurs actions demandées dans cet arrêté ont été mises en place :

- le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a été nommé
- la formation des professionnels est en cours : 41 personnes (cadres de santé, IDE, préparateurs en pharmacie) ont été formés en interne en 2013 par le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le pharmacien
- Un travail collégial entre médecins, pharmacien, cadres de santé, IDE et service QRP, sur l'identification des médicaments par l'IDE lors de l'administration a été entrepris, et a permis de diminuer le taux de spécialités non identifiables de 30% à 6%.
- Des audits sont régulièrement effectués par le service QRP et le pharmacien (conformité des semainiers à la prescription médicale, identification des médicaments des semainiers)
- les études de risques ont été réalisées dans les services de soins et à la PUI. Les plans d'actions spécifiques sont en cours de mise en place

D'autres actions n'ont par contre pas encore abouti, telle la révision du système documentaire avec entre autres l'élaboration d'un manuel qualité spécifique à la prise en charge médicamenteuse. La déclaration des éventuelles erreurs médicamenteuses faisant partie des EI liés aux soins, reste encore perfectible, même si on note quelques signalements supplémentaires effectués dans ce domaine suite à la formation dispensée en 2013. La pharmacovigilance, dernière étape du circuit du médicament, doit être réactivée.

En cas de besoin, l'établissement bénéficie de l'appui des réseaux régionaux, que ce soit le ReQua pour tout ce qui est lié à la gestion des événements indésirables, ou le RFCLIN pour tout ce qui concerne le risque infectieux.

## **LES AXES D'AMELIORATION**

**Axe 1** : Renforcer le signalement des événements indésirables associés aux soins

- Acculturer l'ensemble des professionnels à l'intérêt du signalement
- Développer l'analyse des EI, associés aux soins ou non
- Réactiver les vigilances sanitaires, notamment la pharmacovigilance
- Communiquer sur les EI

**Axe 2** : Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament

- Finaliser la mise en œuvre des actions demandées par l'arrêté du 06 avril 2011

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Formation des équipes soignantes et autres
- Renforcement de l'information donnée aux professionnels

## THEME 2 : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS A LA DEMARCHE QUALITE

### L'EXISTANT

L'accompagnement des professionnels à la démarche qualité était déjà un des objectifs du précédent projet. La pérennisation du poste de responsable qualité a offert une ressource quotidienne qui a permis d'améliorer la situation mais cette action reste encore très insuffisante.

En termes de formation, les conclusions de la deuxième itération de la certification V2007 avaient mis l'accent sur la formation des professionnels à la qualité. Ce critère, évalué comme non satisfaisant par les experts visiteurs, avait fait l'objet d'une recommandation pour l'établissement. Une formation par un organisme externe a été organisée pour l'ensemble du personnel de l'encadrement en juin 2010. Depuis, mise à part les réunions d'informations ciblées sur les visites d'évaluation externe, le service QRP est peu intervenu auprès des équipes.

Depuis le début de l'année 2015, un des objectifs du service est d'animer des journées de formation « Qualité /Hygiène » à destination des IDE, AS et ASH, à raison d'une journée tous les 2 mois. Ces journées sont démarré au mois de mars. Les premiers échanges avec les participants ont montré que la perception de la qualité par les professionnels, ce qu'ils inscrivent sous ces termes reste un concept flou, vague, voire même obscur pour certains. La démarche qualité reste le plus souvent pour les soignants une démarche assimilée à la préparation des visites de certification du secteur sanitaire et d'évaluation externe du secteur médico-social. De même, les missions du service QRP ne sont pas totalement claires pour bon nombre de soignants. Comment le service QRP peut-il alors être considéré comme un service support et ressources pour le développement de la démarche qualité chez les équipes soignantes si son activité n'est pas connue ?

Force est donc de constater que peu de professionnels, y compris le personnel d'encadrement, font appel au service QRP pour conseils, appui méthodologique de projet de service ou autre, en dehors de ces périodes d'évaluation externe. Le service qualité est intervenu une seule fois en 2014 pour une formation à la gestion de projets dispensée auprès du service animation et un appui méthodologique pour la réalisation de son projet de service.

Un bémol toutefois pour tout ce qui concerne la prévention des infections associées aux soins et l'hygiène hospitalière ou là, l'IDE en hygiène est très sollicitée. L'existence d'un réseau de correspondants en hygiène dans chaque service de soins et secteur d'activité est un plus pour l'IDE en hygiène qui peut s'appuyer sur ces personnes pour faire passer ses messages. Les correspondants sont ses interlocuteurs privilégiés et représentent un maillon important pour la mise en œuvre des mesures de prévention des infections associées aux soins.

Un tel réseau n'existe pas pour le domaine de la qualité.

### LES AXES D'AMELIORATION

L'accompagnement des professionnels à la démarche qualité sera renforcé par

- L'amélioration des connaissances sur le principe et les méthodes de la démarche qualité
- La reconnaissance du service QRP comme service ressource pour l'aide à la mise en place d'actions visant l'amélioration continue de la qualité
- L'existence d'un réseau opérationnel de référents qualité dans chaque service

### LES MOYENS NECESSAIRES

- Formation des équipes soignantes et autres
- Renforcement de la communication avec les professionnels

### THEME 3 : AMELIORATION DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Ce thème s'inscrit dans la continuité du précédent, l'évaluation des pratiques étant une des étapes permettant de boucler la roue de qualité ou roue de DEMING. En effet, le principe de la démarche qualité se définit en 4 étapes :

- la planification d'actions
- la réalisation des actions planifiées
- l'évaluation des actions réalisées
- le réajustement faisant suite aux résultats de l'évaluation.

La compréhension et l'intégration de ce raisonnement par les soignants est un des points phares du thème précédent et constitue un pré-requis incontournable pour améliorer la culture de l'évaluation à l'établissement.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été officialisée par la deuxième procédure de certification des établissements de santé (V2007). Les EPP ont dans un premier temps été rendues obligatoire pour le corps médical.

La troisième procédure (V2010) a renforcé ce concept en intégrant un élément d'appréciation relatif à l'évaluation des actions entreprises, pour chaque critère du manuel d'auto-évaluation, et en élargissant la pratique à tout professionnel.

Aujourd'hui l'évaluation devrait faire partie du quotidien du professionnel, soignant ou autre. S'évaluer pour s'améliorer est indispensable pour tendre vers une prise en charge optimale et sécurisée du patient/résident.

#### L'EXISTANT :

La CME a mis en place une politique EPP en lien avec les valeurs de l'établissement. Cette politique s'est traduite dans un premier temps par la mise en place d'EPP à visée médicale.

Une commission EPP a été mise en place et a pour mission d'assurer le suivi des EPP en cours et de développer d'autres thématiques associant tous les professionnels de l'établissement (services paramédicaux, logistiques).

Cette commission, présidée par un médecin, est missionnée pour :

- définir les modalités de développement et de suivi des EPP sur l'établissement
- organiser et suivre le déploiement des démarches au moyen de plans d'actions et d'indicateurs
- assurer la communication et la coordination EPP dans l'établissement
- assurer l'accompagnement méthodologique des professionnels.

Cette commission a été très active pour la préparation de la visite de certification de mai 2012 avec des réunions mensuelles au cours des 6 mois précédent la visite. Les réunions se sont par la suite espacées et nécessitent aujourd'hui d'être reprises à une fréquence plus régulière.

Plusieurs thématiques ont fait l'objet d'EPP dans le cadre des certifications V2007 et V2010, telles la contention, la dénutrition, la douleur, le médicament, l'hospitalisation des patients/résidents en services de traumatologie. Certaines EPP font l'objet d'un suivi régulier, d'autres sont à réactiver.

Des audits sont aussi régulièrement réalisés : sécurisation du circuit du médicament, tri des déchets, hygiène des mains, respect des précautions complémentaires, ...pour ne citer que ceux-ci.

L'établissement dispose d'un groupe d'auditeurs internes formés à la méthodologie de l'audit (11 personnes), mais ce groupe reste encore trop peu sollicité.

## **LES AXES D'AMELIORATION**

- Renforcer la culture « évaluation »
- Réactiver la pratique des EPP
- Développer le suivi d'indicateurs

## **LES MOYENS NECESSAIRES**

- Formation des équipes soignantes et autres
- Réactivation de la commission EPP
- Participation aux travaux proposés par les réseaux ReQua et RFCLIN





## ANNEXE

### Synthèse de l'évaluation du projet d'établissement 2007/2011

	% Objectifs atteints
<b>PROJET D'ETABLISSEMENT</b>	<b>76%</b>
<b>PROJET MEDICAL</b>	<b>81%</b>
THEME 1 : Prise en charge des personnes atteintes de troubles comportementaux	66%
THEME 2 : Soins palliatifs et prise en charge de la douleur	92%
THEME 3 : Rééducation incluant la balnéothérapie	80%
THEME 4 : Nutrition - Hydratation	77%
THEME 5 : Sécurisation du circuit du médicament	100%
<b>PROJET DE SOINS</b>	<b>81%</b>
THEME 1 : Individualisation de la prise en charge	91%
THEME 2 : Communication autour du résident	72%
<b>PROJET DE VIE</b>	<b>81%</b>
THEME 1 : Pré-admission, Accueil et intégration du résident	88%
THEME 2 : Respect, droits et liberté de la personne âgée,	83%
THEME 3 : Qualité des prestations hôtelières	66%
THEME 4 : Qualité de l'environnement, cadre de vie	100%
THEME 5 : Vie sociale	79%
<b>PROJET SOCIAL</b>	<b>61%</b>
THEME 1 : utiliser les fiches de poste de façon optimale	33%
THEME 2 : optimiser les effets de la formation professionnelle continue	64%
THEME 3 : établir un référentiel gestion du temps de travail	50%
THEME 4 : faire vivre le document unique	100%
THEME 5 : Mettre en œuvre la réglementation applicable à l'emploi des travailleurs handicapés	75%
THEME 6 : Repenser les horaires pour améliorer l'adéquation entre la présence du personnel et les besoins des résidents	100%
THEME 7 : Améliorer les conditions de travail	63%
THEME 8 : Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants (personnels permanents et temporaires, stagiaires)	66%
THEME 9 : Arrêter l'organisation de l'expression directe et collective des personnels	50%
<b>PROJET SIH</b>	<b>77%</b>
THEME 1 : Communication interne	83%
THEME 2 : Sécurité et ergonomie du SIH	79%
THEME 3 : Communication externe	66%
<b>PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES</b>	<b>78%</b>
THEME 1 : GESTION DES RISQUES - Définir les responsabilités	80%
THEME 2 : GESTION DES RISQUES - Mettre en place toutes les vigilances	100%
THEME 3 : SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT - Améliorer la prévention des risques infectieux	66%
THEME 4 : SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT - Améliorer l'entretien et l'hygiène des locaux	100%
THEME 5 : SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT - Organiser la sécurité des biens et des personnes	66%
THEME 6 : SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT - Mettre en place une maintenance préventive des dispositifs médicaux	100%
THEME 7 : GESTION DE LA QUALITE - Mettre en place l'écoute active des résidents, des familles et des partenaires extérieurs.	75%
THEME 8 : GESTION DE LA QUALITE - Former et accompagner les agents à la qualité	50%
THEME 9 : GESTION DE LA QUALITE - Améliorer la gestion documentaire	100%
THEME 10 : GESTION DE LA QUALITE - Mettre en œuvre et pérenniser l'évaluation des pratiques, des protocoles et des projets	83%
THEME 11 : GESTION DE LA QUALITE - Améliorer la gestion des plaintes et des réclamations	50%
<b>PROJET IMMOBILIER</b>	<b>100%</b>

# GLOSSAIRE

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AS** : Aide-Soignant

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

**CLACT** : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

**CLAN** : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CoGer** : Comité de Gestion des Risques

**Comin't** : Comité internet

**CRUQPC** : Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**DGAS** : Direction Générale Adjointe des Solidarités

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EI** : Evénement Indésirable

**EOH** : Equipe Opérationnelle en Hygiène

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FARER** : Fédération des Amis des Résidents en Etablissements de Retraite

**FEI** : Fiche d'Evénement Indésirable

**FORAP** : Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé

**GIR** : Groupes Iso-Ressources

**HACCP** : Hazard Analysis Critical Control Point (Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise)

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**PASA** : Pôle d'Activités de Soins Adaptés

**PCA** : Plan de Continuité d'Activité

**PMND** : Plan Maladies Neuro- Dégénératives

**PNA** : Programme National pour l'Alimentation

**PRS** : Projet Régional de Santé

**PSRS** : Plan Stratégique Régional de Santé

**QRP** : Qualité, Risques, Projets

**ReQua** : Réseau Qualité des établissements de Franche-Comté

**RFCLIN** : Réseau Franc-Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**SDOSMS** : Schéma Directeur d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins

**USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

# FICHES ACTIONS