



# CENTRE MUTUALISTE MICHEL PHILIBERT



## Projet d'établissement

2018-2023







CENTRE  
*Michel Philibert*

## Table des matières

I.	Fiche d'identité de l'établissement .....	2
II.	Préambule – Introduction .....	3
III.	Histoire et Présentation de la Mutualité Française et de l'établissement.....	4
3.1	Fédération Nationale de la Mutualité Française.....	4
3.2	Mutualité Française Isère - SSAM (MFI-SSAM) .....	5
3.3	Le pôle gérontologique de la MFI-SSAM .....	7
3.4	Historique et évolution de l'activité de l'établissement .....	9
IV.	Les missions de l'établissement .....	10
4.1	Schéma Régional de Santé .....	10
4.2	Place du Centre Mutualiste Michel Philibert dans la filière - Le public accueilli et son environnement.....	12
V.	Évaluation du précédent projet d'établissement.....	19
VI.	Les principes d'intervention .....	21
6.1	SOLIDARITE .....	21
6.2	LIBERTE .....	22
6.3	CITOYENNETE .....	25
6.4	Politique de Respect des droits du résident.....	27
VII.	L'offre de service .....	31
7.1	L'offre de soins .....	31
7.2	L'offre d'accompagnement et de soutien à la vie sociale .....	33
VIII.	Organisation de l'offre de service .....	35
8.1	Parcours du résident .....	35
8.2	Le Projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques .....	39
8.3	Le Projet Hôtelier et Technique .....	58
8.4	Le Projet du système d'information .....	66
IX.	Le projet social – les ressources humaines.....	75
9.1	Politique du projet social.....	75
9.2	Orientations stratégiques du projet social.....	76
X.	Le Projet Economique.....	83
10.1	L'élaboration du projet économique .....	83
10.2	La mise en œuvre du projet économique .....	83
10.3	Les axes stratégiques du projet économique.....	83
10.4	Les orientations stratégiques du projet économique .....	84
XI.	Conclusion .....	87



CENTRE  
*Michel Philibert*

## **I. Fiche d'identité de l'établissement**

Le Centre Mutualiste Michel Philibert se situe au cœur de l'agglomération grenobloise.

Notre établissement dispose de 2 spécialités : une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 45 lits, appartenant au secteur sanitaire; un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de 35 lits appartenant au secteur médico-social.

Ces prochaines années, il conviendra de se saisir de toutes les opportunités pour faire basculer la totalité de l'établissement dans l'un ou l'autre des secteurs, la complexité administrative engendrée pour un établissement de petite taille n'est pas justifiable.

L'établissement appartient au groupe de la Mutualité Française de l'Isère – Service des Soins et Accompagnement aux Malades, acteur majeur sur le territoire départemental.

Représentants de la Société :

Monsieur Christian Jarry, agissant en qualité de Président de la MFI-SSAM et Monsieur Nicolas LAIDET, agissant en qualité de Directeur d'Établissement.

Forme de gestion :

Le centre est exploité par une association à but non lucratif.

Numéro FINESS USLD : 380 802 512

Numéro FINESS EHPAD : 380 011 049

Numéro SIRET : 775 595 846 001 11

Code d'activité APE / NAF : 8610Z

Adresse du siège social de la MFI SSAM :

76 avenue Léon Blum – 38030 Grenoble Cedex 02



CENTRE  
*Michel Philibert*

## II. *Préambule – Introduction*

Le projet d'établissement du Centre Mutualiste Michel Philibert est établi pour la durée du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à venir. Il se déroulera normalement de 2020 à 2025. Pour autant notre précédent projet s'arrête en 2018, et nos orientations stratégiques ont été refondées en 2016, à l'arrivée du nouveau Directeur.

Ce document vise à faire le point, en 2018, sur l'accompagnement que nous proposons et sur les projets que nous souhaitons mener ces prochaines années.

Organisation de la démarche

L'élaboration de notre projet d'établissement s'est déroulée de la façon suivante :

- Analyse de l'existant à l'aide notamment du projet d'établissement précédent, d'une analyse SWOT, des orientations stratégiques, de l'autoévaluation dans le cadre des démarches Qualité et Gestion des Risques, des bilans et programmes des instances et de celui de l'établissement.
- Analyse des textes régissant l'activité, et notamment du Schéma Régional de Santé, les recommandations de bonnes pratiques
- Analyse des besoins à l'aide des données statistiques et indicateurs de l'établissement,
- Définition de politiques d'amélioration et de leurs axes,
- Rencontre avec les professionnels et les responsables pour définir des objectifs
- Travail collaboratif pour incarner les valeurs de l'établissement à travers des principes d'interventions
- Consultation des instances de l'établissement pour une validation en Comité de Pilotage.

Chaque membre du personnel, chaque instance, chaque usager est invité à apporter sa contribution à ce projet. Ce projet est évolutif, il définit des axes, tels des caps à atteindre, mais il tiendra compte des inévitables évolutions à venir. C'est pour cette raison qu'il est pragmatique et réaliste.

Ce projet n'est pas une description exhaustive des moyens existants. Il est tourné vers l'avenir. Il définit les axes stratégiques sur lesquelles s'implémenteront les objectifs d'aujourd'hui et de demain.



### III. Histoire et Présentation de la Mutualité Française et de l'établissement

#### 3.1 Fédération Nationale de la Mutualité Française

<http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise>

Depuis 1945, la Mutualité Française s'est constituée sur la solidarité. Elle bénéficie d'une forte légitimité et d'une notoriété reconnue dans les secteurs sanitaire et médico-social. Elle s'appuie notamment sur l'expérience des mutuelles de complémentaire santé et fédère les gestionnaires d'un réseau de soins et d'accompagnement à but non lucratif. Ce réseau de 2 500 établissements et services offre à tous le meilleur accès possible à des soins de qualité notamment dans les zones où l'accès aux soins est plus difficile.

Dans son secteur, la Mutualité Française est le premier financeur de la santé après la Sécurité Sociale. <sup>1</sup>

##### 3.1.1 Généralités Mutualistes

<http://www.generationsmutualistes.fr/>

Généralités Mutualistes s'inscrit dans le réseau de services de soins et d'accompagnement mutualiste qui réunit plus de 750 établissements et services dévolus à la petite enfance, aux personnes en situation de handicap, aux personnes âgées et aux initiatives sociales.

Ce réseau s'est structuré autour de valeurs mutualistes fortes :

- **La solidarité** : les établissements sont ouverts à tous, sans discrimination.
- **La non-lucrativité** : les structures n'ont pas vocation à générer du profit et les excédents sont investis au service des personnes accueillies.
- **La responsabilité** : chacun doit pouvoir être acteur de sa santé, grâce à la prévention et à l'éducation.
- **Le progrès** : indépendant de tout cercle d'influence politique, financier ou syndical, Généralités Mutualistes fait avancer le bien-être social.

Trois valeurs se détachent pour leur pertinence dans les missions qui incombent au réseau Généralités Mutualistes :

- Préserver **la dignité** des plus fragiles en toute circonstance en les accueillant et les respectant.
- Préserver **la liberté** de choix des personnes en difficulté et maintenir leur autonomie.
- Inscrire notre action dans une logique de **citoyenneté**, ouverte sur le monde et visant à une meilleure qualité de la vie sociale.

Trois grands domaines sont couverts : la prévention, l'accompagnement de la personne et le soutien de son entourage de la petite enfance au très grand âge.

---

<sup>1</sup> [http://www.mutualite.fr/content/download/9117/121327/file/Mutualite\\_chiffres\\_2014.pdf](http://www.mutualite.fr/content/download/9117/121327/file/Mutualite_chiffres_2014.pdf)



CENTRE  
*André Philibert*

La qualité est une démarche prioritaire pour Générations Mutualistes. Les établissements et services mutualistes sont ainsi engagés dans des démarches qualité fondées sur des certifications AFNOR et ISO mais aussi sur un dispositif de labellisation interne.

Le développement des projets répondent aux nouveaux besoins des familles s'orientant vers : la promotion de l'intergénérationnel, la proposition de nouveaux modes de garde, la préservation de l'autonomie, et une politique en faveur de l'inclusion.

### 3.2 Mutualité Française Isère - SSAM (MFI-SSAM)

<http://www.mutualiteisere.org/>

La MFI-SSAM est une Union Territoriale de la Mutualité Française (livre III du code de la mutualité). Son Conseil d'Administration est composé des représentants des mutuelles complémentaires santé présentes sur le département.

L'objet de la MFI-SSAM est défini à l'article 3 de ses statuts :

- Mettre en œuvre des actions médico-sociales.
- Créer, développer et gérer des services de soins et d'accompagnements mutualistes, offrir des services avec des restes à charge maîtrisés.
- Développer et participer à toute activité permettant le développement de l'action sociale, sanitaire, médico-sociale, prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique.

Sa stratégie se fonde sur un partenariat constructif avec les associations et les collectivités territoriales, en faveur de la prévention de la santé et de l'autonomie, de la qualité des services d'accompagnement et de la dynamisation des politiques sociales. Reconnue comme acteur de santé publique, la MFI-SSAM est délégataire des pouvoirs publics et des collectivités territoriales.

L'objectif premier est de garantir à tout être humain une égalité de chances en matière de santé, d'autonomie, de handicap et de protection sociale.

La déontologie de la Mutualité Française Isère-SSAM s'appuie sur les droits fondamentaux de la personne humaine exposés dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la charte des droits et libertés de la personne accueillie (2002) et la charte des bonnes pratiques dans les relations entre l'entourage des personnes accompagnées et les établissements ou services de la MFI-SSAM (2018).

Les établissements et services de la MFI-SSAM défendent et reconnaissent le droit au risque et le droit au choix des personnes. Ils ne mettent en place les mesures appropriées à la sécurité des personnes qu'après une phase de concertation et d'information auprès de l'utilisateur, de sa famille, de manière à ce que puisse être obtenu un consentement éclairé.

La MFI-SSAM engage les établissements et services dans une dynamique d'amélioration constante des prestations, par le biais des pratiques d'évaluations interne et externe mises en œuvre dans le cadre de la démarche qualité.

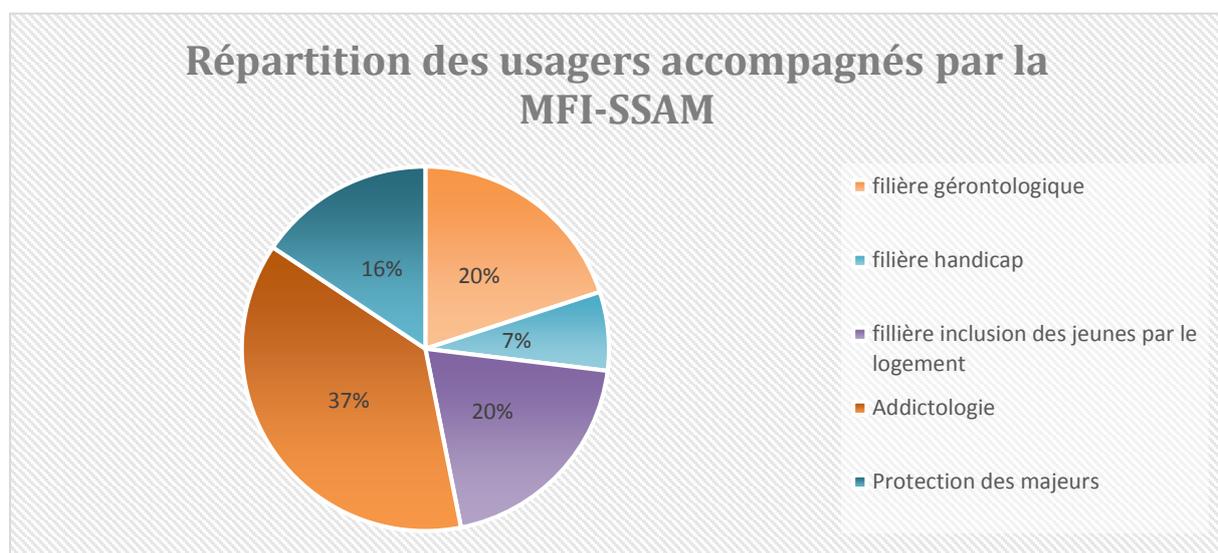
La MFI-SSAM est l'un des réseaux ayant connu la plus forte croissance en ouverture d'établissements de ces dernières années dans le département, **elle gère directement 34 établissements et services médico-**

**sociaux** dans les secteurs des personnes âgées et du handicap ainsi que de la protection des personnes vulnérables et l'inclusion des jeunes par le logement.

Ces différents secteurs d'intervention de la MFI-SSAM s'articulent et s'organisent en cinq filières :

- La gérontologie (EHPAD...).
- Le handicap (IMP, IME, SESSAD, ITEP, établissements et services qui accompagnent des enfants et jeunes adultes présentant un autisme, un polyhandicap, une déficience intellectuelle ou des troubles du comportement et de la personnalité).
- L'inclusion des jeunes par le logement (FJT, réseau du pôle habitat...).
- L'addictologie (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).
- Protection des majeurs (un Service Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs, 3 A).

Le réseau compte pas moins de 11 résidences pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accompagnant près d'un millier de résidents. Dans le secteur du handicap, ce sont 10 établissements et services qui accueillent près 350 jeunes bénéficiant du savoir-faire des établissements de la MFI-SSAM. Les 2 services du secteur des personnes vulnérables accompagnent 1 000 usagers. Le Pôle Habitat Insertion Jeunes (PHIJ) accueille et héberge dans 8 établissements 900 jeunes sur le département ; 3 services accompagnent plus de 1 000 jeunes dans leurs projets d'inclusion par le logement.



Les établissements et services bénéficient d'un lien direct avec les services de la direction générale qui exercent une fonction d'aide, de conseil et de contrôle. Cette centralisation apporte cohérence et efficacité au fonctionnement général.

La Direction Générale est chargée de la mise en œuvre de la politique générale, du management stratégique, des ressources humaines et des politiques de gestion et d'administration, avec le concours des directions fonctionnelles en lien avec les directeurs des établissements et services (CODIR). Les 5

directions fonctionnelles (Direction Administrative et Financière, Direction des Ressources Humaines, Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques, Direction Médicale et Direction des Pratiques Médico-sociales agissent au sein de la Direction Générale pour soutenir le développement des missions et des compétences des établissements.

La MFI-SSAM anime et promeut la coopération et la mutualisation, l'entraide et la solidarité au service de ses missions. Elle reconnaît chaque acteur dans sa complémentarité dans le respect des responsabilités et des délégations. Pour ce faire, elle organise une communication transversale qui complète l'organisation hiérarchique. Elle invite tous ses acteurs internes à entretenir la mutualisation et le partage ; elle proscrit tout cloisonnement préjudiciable à l'innovation et à la qualité.

De plus, la MFI-SSAM est l'un des premiers réseaux médico-sociaux à avoir systématisé l'usage d'un système d'information commun à ses établissements. Ces outils informatiques, identiques dans tous les établissements, permettent non seulement un meilleur suivi des personnes accompagnées, une meilleure communication avec les institutions, les professionnels de santé et les familles, mais aussi ouvrent la possibilité d'une évaluation des pratiques et de la performance des établissements.

L'esprit d'innovation est aussi au cœur de la réflexion de la MFI-SSAM autour de la gouvernance des établissements médico-sociaux afin que celle-ci offre la meilleure qualité de service aux résidents et à leur famille.

### 3.3 Le pôle gérontologique de la MFI-SSAM

Ce pôle d'activité regroupe 11 résidences mutualistes dans le département de l'Isère.

6 EHPAD et 1 unité de soins de longue durée implantés dans l'agglomération grenobloise :





CENTRE  
*Michel Philibert*

La MFI-SSAM fait figure de pionnière en gérontologie avec l'ouverture d'un premier établissement d'hébergement pour personnes âgées en 1967, au FONTANIL à une époque où cette thématique ne bénéficiait pas encore de l'attention actuelle. Le pôle gérontologique de la MFI-SSAM a connu ces dix dernières années une forte croissance en ouverture d'EHPAD (6). Depuis, ce sont plus d'une dizaine d'établissements pour personnes âgées que le pôle gérontologique de la MFI-SSAM gère directement (10 EHPAD, 1 USLD).

La MFI-SSAM travaille en partenariat auprès des collectivités locales et des associations telles que l'U.N.A. Isère (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domicile) et l'ADPA (Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées) dont elle est membre du Conseil d'administration, ainsi qu'avec les acteurs sanitaires et sociaux du département. La MFI-SSAM est engagée dans le développement et la mise en place des inter-filières gérontologiques visant à améliorer le parcours de soins des personnes âgées. La MFI-SSAM a notamment noué des liens étroits avec le CHU de GRENOBLE, encadré par une convention de coopération signée le 17 décembre 2017 mais aussi avec le Groupement Hospitalier Mutualiste de Grenoble, notre partenaire mutualiste.

Sur le plan technologique, la MFI-SSAM a équipé certains de ses EHPAD de salles de télémédecine afin de permettre aux résidents de recourir à un avis médical spécialisé sans encourir les contraintes liées au déplacement. Elle est à ce titre partenaire du CHU de GRENOBLE dans le cadre d'un projet de développement de la télémédecine gériatrique en Rhône-Alpes.

Le pôle gérontologique de la MFI-SSAM se structurera en 2019 en CPOM. Ce nouveau périmètre est le contenant nécessaire pour structurer une offre d'accompagnement diversifiée qui s'adapte à la personne âgée, à ses proches et à sa famille.

La complexité des problèmes médico-sociaux suppose d'inscrire les actions dans une dynamique territoriale de proximité favorisant les partenariats et évitant les segmentations voire les superpositions d'action. L'évolution de la population accueillie appelle des réponses à la fois complexes et coordonnées. Tous les secteurs se doivent de travailler ensemble autour du projet de vie de la personne âgée et de ses aidants : ces connexions entre les secteurs sanitaire et médico-social sont importantes, entre le domicile et l'EHPAD pour définir une nouvelle offre de répit.

### Objectifs :

**2019** : Participer à la définition du projet d'entreprise de la MFI SSAM

**2019** : Etablir un réseau avec les collègues infirmières coordinatrices

**2019** : Faire intervenir les membres du siège sur l'établissement pour échanger

**2020** : Etablir un réseau avec les équipes sur la base de projet commun



CENTRE  
*Michel Philibert*

### 3.4 Historique et évolution de l'activité de l'établissement

Le Centre Mutualiste Michel Philibert est sorti de terre en 1992 à l'initiative du syndicat intercommunal rassemblant 9 des communes avoisinantes de Saint Martin d'Hères. Ces communes ont financé le foncier permettant la construction du Centre Philibert. Ce syndicat a trouvé comme co-financeurs, une trentaine de caisses de retraite. Les caisses de retraite ont fondé l'Association pour la réalisation des M.A.P.A. dans l'Isère.

Cette association a effectué des travaux conséquents de rénovation, isolation et mise aux normes de sécurité en 2010.

Depuis 25 ans notre établissement a comme vocation d'accueillir et prendre en soins les personnes les plus dépendantes du territoire et de les accompagner avec leurs proches.

Il dispose de 80 places d'hébergement permanent pour des personnes nécessitant un accompagnement, des soins et de la sécurité. Nous accueillons par exemple les patients atteints de cancer en phase terminale et en particulier de glioblastome, ceux nécessitant des pompes d'alimentation, qui ont des SLA ou des trachéotomies, les entrées de résidents GIR1. Peu de structures en sont capables sur le territoire.

En 2006, la réforme des USLD a conduit le centre à convertir 35 lits en EHPAD, moins médicalisés. Pour autant, il a continué à accueillir exclusivement des GIR 1 et 2 jusqu'en 2017.

Le début des années 2010 a vu les déficits s'accroître, avec un paroxysme en 2016. Aucun financement complémentaire n'étant prévu, face à l'accroissement de ses charges, le Centre a opéré un virage dans son recrutement de résidents, pour se rapprocher d'un EHPAD classique. Un plan de maîtrise des charges, notamment salariales, a été mis en place. L'établissement est revenu à une situation saine à la fin 2017.

Le management de l'établissement est structuré autour d'un Directeur, d'un médecin gériatre salarié et de deux infirmières coordinatrices. Seulement 3 Directeurs se sont succédés en 25 ans sur l'établissement.

Le Centre travaille actuellement sous le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) négocié entre l'établissement et l'ARS Rhône Alpes en 2013 pour l'USLD ; et sous convention tripartite pour l'EHPAD et l'USLD conclue en 2008.

Deux prochains CPOM pour chacun des secteurs devraient être conclus dans les 2 prochaines années.

L'établissement a été structuré très tôt par les certifications conduites par la Haute Autorité de Santé. La dernière en date a eu lieu en 2014.



## IV. Les missions de l'établissement

### 4.1 Schéma Régional de Santé

Le Centre Mutualiste Michel Philibert est situé dans l'agglomération de Grenoble sur la ville de Saint Martin d'Hères. Il fait partie de la filière gériatologique bassin sud Isère.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) dans son annexe médico sociale note que ce « territoire, qui bénéficie de multiples ressources, notamment dans Grenoble et son agglomération, est très déficitaire en EHPAD et en dessous de la moyenne régionale pour les places d'USLD. »

Le SRS fixe un certain nombre d'objectifs pour les 5 prochaines années. Nous reprenons ici les principaux pour les décliner dans ce projet d'établissement.

D'une façon générale, le SRS invite l'ensemble des gestionnaires à « développer leurs interactions avec les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées de leur territoire de parcours afin de garantir accessibilité et qualité. ».

#### Objectifs

**2018** : Participer à la filière gériatologique

**2020** : Réaliser les admissions à l'aide de l'outil ViaTrajectoire à 99%

#### 4.1.1 Objectifs fixés sur le projet hôtelier et technique par le SRS

- Accompagner les initiatives sur la modernisation du bâti des EHPAD.
- Se doter de méthodes d'évaluation de l'état du patrimoine des sites assurant l'hébergement des résidents en situation de forte dépendance et les soins de longue durée.
- Hiérarchiser les besoins et définir, pour les sites prioritaires, les modalités partenariales permettant d'aboutir à la rénovation attendue.
- Soutenir les démarches de mesure d'impact sur l'amélioration des conditions d'exercice ainsi que sur les risques.
- Déployer une approche spécifique pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), tirant le bilan des implantations existantes et des nécessaires interactions de ces unités avec les autres activités sanitaires et médico-sociales.

#### Objectifs

**2019** : Proposer un projet de rénovation des chambres, des espaces de travail, des énergies et de la cuisine pour améliorer les conditions d'exercice (manutention), les risques (chute, dénutrition), et les conditions d'accueil hôtelier en incluant les nouvelles technologies au projet.

#### **4.1.2** Objectifs fixés sur l'offre de service par le SRS

##### *4.1.2.1 Autonomie*

- Promouvoir une approche individualisée des risques de perte d'autonomie par la qualité de prise en charge des résidents (ex : suivi des mesures de poids dans les EHPAD)

##### *4.1.2.2 Bucco dentaires*

- Assurer la prévention et la prise en charge des pathologies bucco-dentaires des personnes âgées.

#### **Objectifs**

**2020** : Participer au projet de la MFI-SSAM sur la prévention et la prise en charge des pathologies bucco-dentaires des personnes âgées.

##### *4.1.2.3 Prise en charge médicamenteuse*

- Accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans une démarche d'amélioration et de sécurisation de leur circuit du médicament par la poursuite du programme pluriannuel d'inspections.
- Déployer l'expérimentation d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées initiée en 2012 au sein d'une filière gériatrique de la région.
- Développer des dispositifs hospitaliers de sevrage médicamenteux (psychotropes, antalgiques majeurs) afin de lutter contre les addictions.

#### **Objectifs**

**2018** : Conduire annuellement un audit de la prise en charge médicamenteuse dans l'établissement en tirant un programme d'actions annuel

**2019** : Mettre en place des référents de la prise en charge médicamenteuse et définir leur rôle auprès des collègues et des résidents

**2020** : Evaluer l'intérêt pour nos résidents d'entrer dans des dispositifs de sevrage médicamenteux

##### *4.1.2.4 Risque infectieux*

- Améliorer de manière sensible le taux de couverture de la vaccination antigrippale, notamment par l'expérimentation de la vaccination à l'officine.
- Poursuivre la prévention du risque légionnelle en EHPAD.
- Étendre l'intervention des équipes mobiles d'hygiène à tout le territoire régional.

#### **Objectifs**

**2022** : Réaliser une mise à jour complète du carnet sanitaire suite aux travaux

**2018** : Poursuivre un objectif d'amélioration du taux de couverture de la vaccination antigrippale en déployant une campagne annuelle

#### 4.1.2.5 Unité de soins de longue durée

- Reconnaître aux unités de soins de longue durée un rôle structurant dans la prise en charge des soins palliatifs.

#### Objectifs

2019 : Faire valoir notre rôle dans la prise en charge des soins palliatifs en USLD

#### 4.1.2.6 Risque suicidaire

- Réduire le risque suicidaire dans les établissements de santé et médico-sociaux en inscrivant systématiquement la prévention du suicide dans les projets d'établissement et en déclinant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) une fiche-action spécifique prioritaire

#### Objectifs

2020 : Développer la prise en charge du risque suicidaire en s'appuyant sur la fiche action du CPOM

## 4.2 Place du Centre Mutualiste Michel Philibert dans la filière - Le public accueilli et son environnement

### 4.2.1 Autorisations

La dernière date d'autorisation pour l'USLD a été arrêtée le 2 août 2016 pour 5 ans.

La dernière date d'autorisation pour l'EHPAD a été arrêtée le 2 janvier 2008 pour 15 ans.

### 4.2.2 Origine des résidents

Le Centre s'inscrit pleinement dans le territoire de santé auquel il appartient. Un recrutement de proximité est privilégié avec 94 % de résidents en provenance de l'agglomération grenobloise où est situé l'établissement.

Pour les communes du SYMAGE (**en vert**), nous avons accueilli 25 % de résidents provenant des communes adhérentes.

Commune d'origine du résident		2016	2017
Autres		6	2
Rhône Alpes		126	142
DONT	<b>Isère</b>	123	135
DONT	CHAMP SUR DRAC	2	
	<b>DOMENE</b>	2	4
	ECHIROLLES	8	9
	<b>EYBENS</b>	2	3
	FONTAINE	3	6
	<b>GIERES</b>	4	4
	GRENOBLE	37	36
	HERBEYS	1	
	JARRIE	2	

Commune d'origine du résident	2016	2017
LA TRONCHE	1	2
LA MURE		3
MEYLAN	2	7
MONTBONNOT SAINT MARTIN		3
<b>POISAT</b>	2	3
PONT DE CLAIX	2	
SEYSSINET	2	
SEYSSINS	1	
ST EGREVE	5	2
ST ISMIER	2	3
<b>ST MARTIN D HERES</b>	21	21
<b>ST MARTIN D URIAGE</b>	1	1
ST MARTIN LE VINOUX	2	
URIAGE	1	
VARCES ALLIERES ET RISSET	1	2
VAULNAVEYS-LE-BAS	1	
<b>VAULNAVEYS-LE-HAUT</b>	2	1
VILLARD BONNOT	2	
VIZILLE	1	
Autres isolés	11	25

#### 4.2.3 Temps d'attente

Les temps d'attente à l'admission calculés en 2017 sont inférieurs à 20 jours. Les multiples adaptations de notre procédure d'entrée, pour adhérer à un système centralisé au sein du groupe (CédiRésa), mais aussi pour tenir compte de l'outil Viatrajectoire, rendent peu fiable cette donnée.

Nous aurions traité 356 dossiers en 2017 (chiffre CédiRésa), dont 291 ont été reçus en première intention par un autre établissement du groupe :

- 95 avis favorables ont abouti à une entrée ou à la liste d'attente actuelle
- 177 ont été annulés par les demandeurs à différentes étapes du parcours
- 14 dossiers refusés
- 70 sont en attente de renseignements complémentaires ou ont été transformés en dossier de précaution.

Dans le même temps, nous avons reçu par l'outil Viatrajectoire 330 demandes dont 201 annulées, contre 26 dossiers reçus en 2016.

Combiné à notre taux de rotation en USLD, nous sommes face à un défi, qui nécessite de repenser notre pratique. Les commissions d'admissions ont été suspendues puis supprimées en fin d'année, au profit d'une étude hebdomadaire des dossiers.

#### 4.2.4 Provenance

Nous avons pris l'orientation de nous mettre majoritairement en filière pour nos admissions d'USLD, en aval des courts et moyens séjours. Cette évolution est contenue dans les différentes lois santé pour créer des parcours patients.

Pour les nouveaux entrants en USLD, ce sont 66% des résidents qui proviennent d'une filière sanitaire dans laquelle est désormais inscrit notre établissement. Dans cette filière quelques résidents (25%) ont du faire un détour inférieur à un mois par leur domicile par manque de place disponible au moment de leur sortie<sup>1</sup>. Pour l'EHPAD ce taux de filiarisation est de 30% cette année.

Nb de jours depuis la dernière hospitalisation	Nb de résidents arrivant du domicile
<7 jours	0
<15 jours	3
>30 jours	9

Secteur	Etablissement	2017			2016		
		EHPAD	USLD	TOTAL	EHPAD	USLD	TOTAL
Sanitaire	CHU Grenoble	19%	28%	25%	15%	29%	23%
	GHM		13%	9%		13%	8%
	Clinique les cèdres	2%	1%	1%		3%	2%
	Clinique les Granges	2%	7%	6%	2%	6%	5%
	Rocheplane	2%	4%	4%		4%	2%
	USLD StLaurent	2%	2%	2%			
	Autres Dep 38		7%	5%			
	Autres	2%	3%	3%	8%	14%	12%
<b>Sous total Sanitaire</b>		<b>30%</b>	<b>66%</b>	<b>54%</b>	<b>25%</b>	<b>68%</b>	<b>52%</b>
MedicoSocial	Département	15%	9%	11%	17%	3%	8%
	Hors dép.	17%	1%	6%	17%	6%	10%
<b>Sous total MS</b>		<b>32%</b>	<b>10%</b>	<b>17%</b>	<b>34%</b>	<b>9%</b>	<b>18%</b>
<b>Domicile</b>		<b>38%</b>	<b>24%</b>	<b>29%</b>	<b>42%</b>	<b>24%</b>	<b>30%</b>

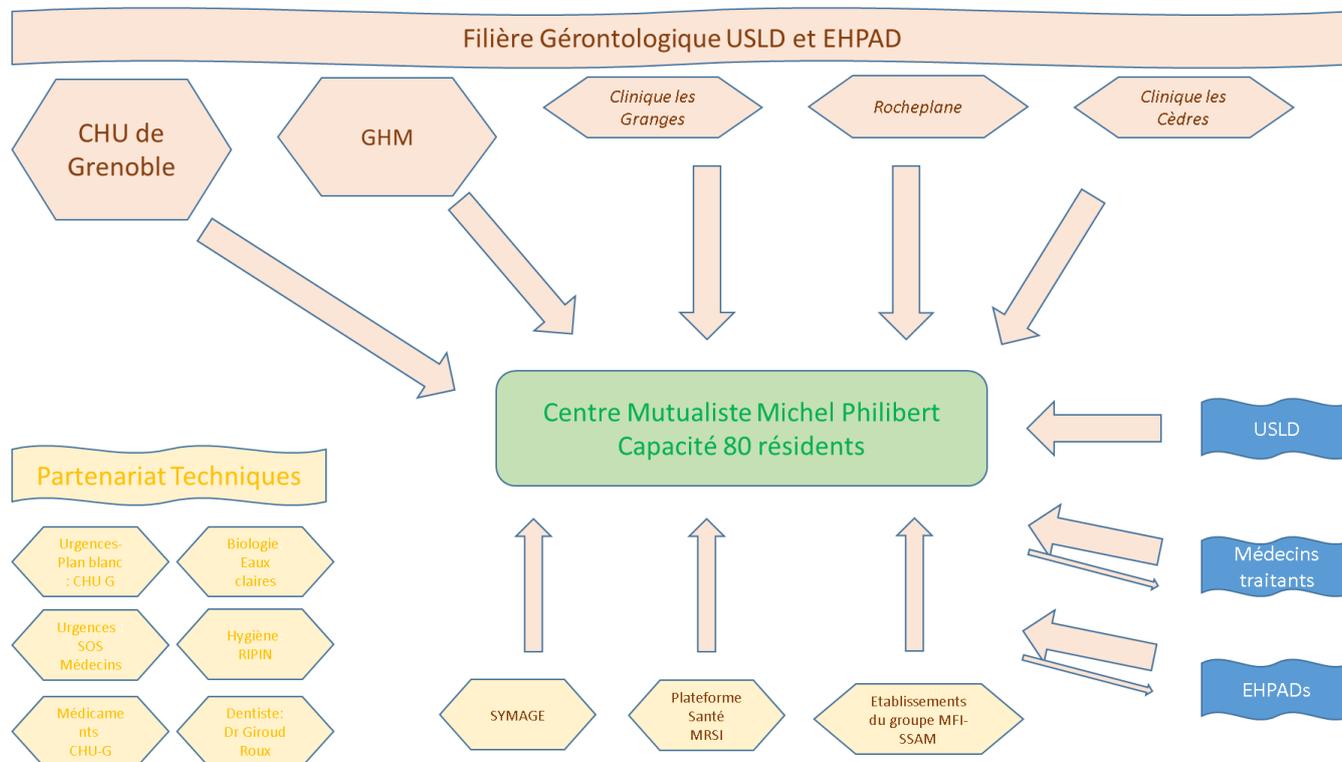
La provenance de la population accueillie en 2017 est relativement stable en proportion, même si elle recouvre plus de résidents en nombre.

#### 4.2.5 Les conventions de partenariats et les filières de soins

Les EHPAD et USLD sont au bout de la chaîne, à la suite des soins de courte ou moyenne durée. En amont du Centre se situent des structures hospitalières publiques et privées ; les médecins de ville et les services d'hospitalisation à domicile, et dans une moindre mesure maisons de retraite, foyers logement, long séjour, réseaux de soins, ...

Dans une démarche de partenariats et de réseaux de soins, l'établissement souhaite développer ses conventions. Sur la base de l'activité effectuée et des résultats tirés de notre système d'information quant

à la provenance des résidents adressés au Centre, mais également du développement de la filière gériatrique, nous étudierons des possibilités de nouveaux partenariats.



### Objectifs :

**2019** : Identifier les établissements d'amont avec qui développer de nouveaux partenariats, notamment les services du CHU, les unités de médecine ou de SSR gériatrique, le réseau Plateforme Santé MRSI, les maisons de retraites.

**2020** : Développer ses partenariats avec les établissements en amont dans le cadre de la filière gériatrique du bassin.

**2022** : Développer ses partenariats dans le cadre d'une filière de soins palliatifs

#### 4.2.6 Analyse de l'activité

Les chiffres concernent l'année civile 2017 sauf mention contraire. Ils proviennent de différentes sources : Logiciel de soins (Cediacte), administratif (Cediacte Résa, Viatrajectoire, CEGI Paye First, Planning Eureka), suivi d'indicateurs (ressources humaines, instances, plan d'actions...) et évaluations internes, indicateurs nationaux (IPAQSS, ICALIN) ou encore enquêtes obligatoires (CRUQPC, SAE).

Les chiffres suivis de <sup>1</sup> sont issus du rapport médical, dont la lecture complète la vision du travail que nous réalisons au Centre.

#### 4.2.7 Pathos Moyen Ponderé (PMP) et Gir Moyen Ponderé (GMP)

La dépendance s'exprime à travers l'échelle GIR qui donne à un établissement son GMP. Plus le GIR est petit, plus le résident est dépendant, plus le GMP est élevé, plus la dépendance est importante au sein de

l'établissement. Le PMP exprime quant à lui le niveau de soins requis. Plus il est élevé et plus les résidents nécessitent un temps de soins important.

Le GMPS est une combinaison de ces deux échelles qui expriment un besoin global.

	Centre Mutualiste Michel Philibert		Coupe Nationale 2011	
	EHPAD	USLD	EHPAD	USLD
GMP	918 (12/2017)	888 (12/2017)	695	853
PMP validé	170 (2009)	462 (2011)	184	389
PMP connu	327 (10/2016)	487 (10/2016)	X	X
Ecart	<b>192 %</b>	<b>105 %</b>	X	X
GMPS	1765	2149	1172	1861

#### 4.2.8 Nombre d'entrées

L'USLD a conforté son rôle, avec un nombre d'entrée important, l'EHPAD reste stable. Notre autorisation ne comportant pas de place d'accueil temporaire, nous avons arrêté cet accueil courant 2017.

	Année	EHPAD	USLD	Total
Nombre d'entrées	2015	16	23	<b>39</b>
	2016	16	36	<b>52</b>
	2017	15	54	<b>69</b>
		+1 tempo	+2 tempo	<b>+3 tempo</b>
			+1 tempo	<b>+1 tempo</b>

#### 4.2.9 Durée des séjours

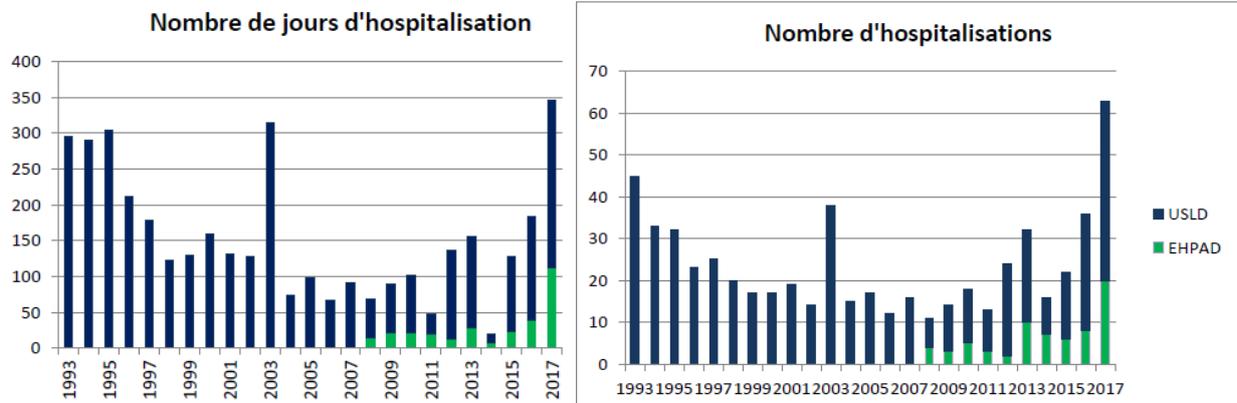
Le secteur EHPAD reste stable dans le temps. Le secteur USLD a vu ses durées de séjours diminuer, avec un taux de rotation important, confortant son rôle sur le territoire. Une durée de séjour de quelques mois est la cible en USLD.

	EHPAD	USLD
DMS population	2 ans et 10 mois	1 an et 7 mois
Taux de rotation	43 %	122 %
Médianes des sortants <sup>1</sup>	1 an	3,8 mois
DMS des sortants	1 an et 7 mois	1 an et 2 mois
Taux d'occupation	98.8 %	96.49 %

Ces chiffres recourent des réalités diverses avec des résidents qui sont restés entre 1 jour et 12 ans.

#### 4.2.10 Hospitalisation<sup>1</sup>

Le nombre et la durée des hospitalisations ont été particulièrement élevés sur le début de 2017, ce qui démontre un changement de pratique, lié à la présence de médecins remplaçants sur cette période. Le taux de réadmissions est de 80% en USLD et 90% en EHPAD, le solde étant dû quasi exclusivement aux décès.

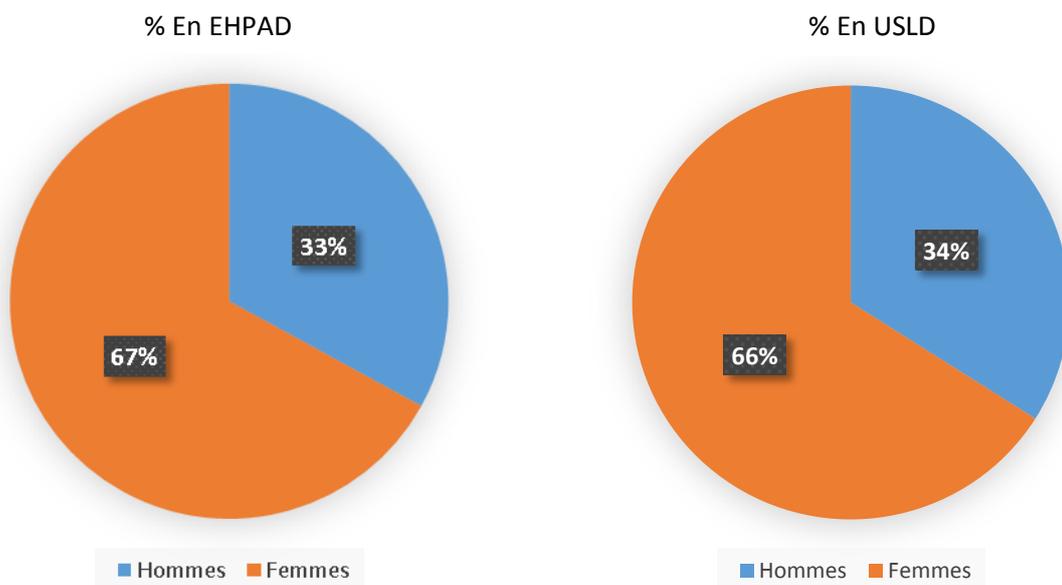


#### 4.2.11 Âge

L'âge moyen sur l'année en USLD est de 82,4 ans et de 83,8 ans en EHPAD. Nous accueillons actuellement 2 résidents de moins de 60 ans.

	USLD	EHPAD
moins de 60 ans	1%	0%
de 60 à 69 ans	12%	2%
de 70 à 79 ans	19%	25%
de 80 à 89 ans	39%	50%
de 90 à 99 ans	27%	21%
Plus de 100 ans	1%	2%

#### 4.2.12 Genre



La proportion d'hommes est plus importante que les autres années.



#### **4.2.13 Bénéficiaires des aides**

Nous remplissons notre mission dans le cadre de nos valeurs, sans faire de distinction sur les revenus. À ce titre, nous avons maintenu 32% de résidents à l'aide sociale en 2017.

	2017	2016
APA (allocation personnalisée d'autonomie)	97 %	91 %
APL (aide personnalisée au logement)	28 %	31 %
Aide sociale	32 %	32 %

## V. *Évaluation du précédent projet d'établissement*

Le précédent projet qui couvrait la période 2012-2017 portait dans sa conclusion plusieurs grandes actions à mener, au-delà de celles contenues dans le plan d'actions qualité qui s'est poursuivi.

Le passage par la labellisation de Réseau Famille prévu pour préparer l'évaluation interne de l'EHPAD a été transformé en une labellisation par le mouvement Génération Mutualiste en 2011, dont le référentiel était plus adapté à notre organisation mutualiste.

Cette labellisation contenait dans ces préconisations l'absence plan d'actions qualité global sur l'établissement. Actuellement, le plan qualité est un outil formalisé et utilisé, et permet cette vue synthétique qui faisait défaut au moment de l'audit.

Cet audit relevait par ailleurs la complexité de la gestion documentaire, et invitait à la simplifier et à la synthétiser. Nous avons entamé un processus de refonte de notre gestion documentaire, avec une réorganisation selon des nouvelles catégories et un document de suivi et de mise à jour de chacun des documents publiés. La gestion documentaire s'en trouvera à la fois allégée et simplifiée.

Il était question dans le précédent projet d'établissement des renouvellements de la convention tripartite EHPAD et USLD avec l'ARS et le département et du CPOM pour l'USLD. Malheureusement le renouvellement de la convention tripartite signée en 2008 n'a pas eu lieu, dix ans plus tard. Un CPOM EHPAD est programmé dans les 2 ans à venir. Le CPOM USLD a lui été signé pour la période 2013-2018.

Le passage de la certification V2010 a bien eu lieu au printemps 2014. Ce passage devait impliquer la pérennisation de l'évaluation des pratiques professionnelles et la tenue d'indicateurs d'amélioration de la qualité des soins. La pérennisation des EPP n'a pas réussi à se faire. Des indicateurs sont par contre toujours tenus et analysés.

La seule réserve issue de cette itération était d'interdire l'entrée au personnel dans la pharmacie en l'absence du pharmacien. Cela a été fait à l'arrivée du nouveau Directeur.

L'évaluation externe de l'EHPAD prévue en septembre 2014 a bien eu lieu. À la suite de cette évaluation externe, l'une des recommandations était de réaliser une synthèse du projet d'établissement et de la diffuser. Nous avons défini et formalisé nos orientations stratégiques en 2016 et avons organisé des réunions auprès du personnel pour les présenter et en discuter avec eux. Ces orientations sont utilisées comme un outil de pilotage et de communication en attendant la parution de ce projet d'établissement. L'évaluation externe indiquait par ailleurs qu'il serait intéressant de mettre en place une enquête de satisfaction des salariés, enquête qui a depuis été mise en place. Ces enquêtes annuelles font l'objet d'une analyse, d'un dialogue avec les salariés, et sont suivies d'actions suivies.

L'efficience du plan qualité est mesurée, ainsi que le préconisait l'évaluation externe réalisée en 2014. Le nombre d'actions réalisées est recensé tous les trimestres et présenté aux responsables de l'établissement.

Entre les deux projets d'établissements, des orientations stratégiques ont été élaborées en 2016 et ont été très majoritairement réalisées. Les quelques-unes restantes sont intégrées dans ce projet d'établissement.





## VI. Les principes d'intervention

Ces valeurs ne sont pas anodines. Au cours de ses 25 ans d'existence, de multiples changements ont eu lieu sur l'établissement. Il est important de souligner ce qui a fait le Philibert d'hier et qui fera le Philibert de demain. Au contact des professionnels, des résidents et de leurs entourages, mais aussi du regard porté par les partenaires extérieurs, nous pouvons définir ensemble quelques valeurs.

Ces valeurs transparaissent dans chacun des projets contenus dans ce document. Elles sont un guide, des règles absolues et tacites à respecter par tout un chacun. Il nous est apparu important de souligner leur importance dès les premières pages de ce document.

Notre appartenance à la Mutualité Française et au mouvement Génération Mutualiste nous pousse à l'éthique et aux valeurs mutualistes, que nous avons fait nôtres. Ces propos s'appliquent largement, aux résidents et à leur entourage mais également aux personnels qui composent l'organisation du Centre Mutualiste Michel Philibert.

Elles peuvent être discutées au travers de l'analyse de la pratique ou encore des réunions de services au sein de l'établissement.

Nous avons interrogé nos personnels et les situations qui se sont présentées les dernières années afin d'illustrer ces principes. Vous retrouverez leurs propos en encadrés.

### 6.1 SOLIDARITE

Notre établissement est ouvert à tous, sans discrimination. Nous parlons ici du personnel comme des résidents. Chacun bénéficie d'une égalité de traitement au sein de l'établissement. Les règles sont appliquées à tout un chacun avec équité.

#### 6.1.1 Pour les résidents

Nous nous appuyons sur les dispositifs existants tels que l'aide sociale pour accueillir tous les résidents quel que soit leur revenu, afin que l'argent ne soit pas un obstacle à leur prise en charge. Le taux de recours à l'aide sociale est d'environ 30 %. Pour tous nous avons comme objectif de réduire les restes à charge.

Notre établissement présente un reste à charge élevé pour les familles, nous en sommes conscients. Mais nous avons également la volonté de limiter nos dépenses dans un principe de gestion de bon sens. Nous rappelons ici la non-lucrativité de notre établissement.

#### 6.1.2 Pour les salariés

Nous avons développé un programme d'accueil de personnes sans qualification, qui vise à leur faire obtenir le concours d'aide-soignant afin d'entrer dans cette formation aux débouchés certains. Nous nous appuyons pour ce faire sur le réseau des missions locales environnantes et de pôle emploi.

### 6.1.3 Au sein des équipes

Une solidarité lors d'événement personnel important se met en place spontanément au sein des équipes. Chacun participe alors d'une façon qui lui est propre.

Ce lien s'exprime également au travers d'une écoute bienveillante et d'un véritable soutien entre membres d'une équipe en cas de difficultés.

**Dans les moments les plus durs, lorsqu'il manque du personnel et que le service est particulièrement lourd, quand les urgences se succèdent :**

L'entraide et l'investissement de toute l'équipe pour faire face sont palpables et nous trouvons des solutions ensemble.

### **Ambiance d'équipe et estime de soi**

Les tensions se transforment parfois en crise dans les équipes. L'insatisfaction de soi, ajoutée aux exigences et au mécontentement des familles forment une accumulation qui peut être difficile à vivre pour les soignants.

Pour conserver son moral, il est important de rester conscient de sa valeur même si elle est mise à mal par l'environnement.

Lorsqu'on est conscient de sa valeur, on est moins porté à projeter sa culpabilité sur les autres et on peut faire partie d'une équipe où chacun apporte ses compétences avec ses bons et ses moins bons côtés. Il est alors possible de s'améliorer et même d'aider les autres à progresser.

Au-delà de nos obligations et des règles établies, nous traitons chaque année de multiples situations où nous aidons les personnes grâce à notre réseau ou notre investissement personnel. Ces actions sont à destination de nos professionnels, des résidents ou de leur entourage.

## 6.2 LIBERTE

**La liberté doit rester la règle et la restriction de liberté, l'exception.**

Nous avons retenu 3 grands thèmes autour de cette valeur de liberté.

### 6.2.1 La liberté d'aller et venir

La question de la liberté se pose déjà concernant le consentement à l'entrée du résident dans l'établissement.

Au Centre Mutualiste Michel Philibert, nous soutenons que les personnes âgées sont des citoyens à part entière et qu'il est de notre devoir de les protéger des abus concernant leur entrée en institution à l'encontre du respect de leur liberté de choisir leur lieu de vie.

Les personnes âgées ont le droit de refuser l'entrée en établissement. Les questions que se pose notre institution sont alors les suivantes :

- La personne est-elle en état de prendre une décision ? Si oui, elle a le droit de choisir et si sa famille s'y oppose, l'institution doit refuser de l'accueillir.
- Si la personne n'était pas en état de prendre une décision au moment de l'entrée mais devient en meilleure forme au fil des jours et retrouve sa santé sur le plan cognitif, l'institution doit tenir compte de son avis. Si elle manifeste son refus de vivre en institution, celle-ci doit l'aider par tous les moyens qu'elle possède à retrouver son domicile après lui avoir décrit les risques pour sa sécurité s'ils existent. Si la famille s'y oppose, le procureur de la République sera saisi afin qu'une mesure de curatelle puisse compenser ses déficiences physiques pour gérer ses biens et mettre en place un service d'aide à domicile.
- Si la personne n'a pas les capacités cognitives de prendre une décision, on peut questionner la possibilité du maintien à domicile, et la constance du refus de la personne.

### **Le choix de son lieu de vie**

Un résident, même sous protection juridique, a le pouvoir de décider où il souhaite résider.

Nous l'accompagnons dans sa décision lorsqu'il choisit de quitter l'établissement.

Il existe différents degrés de restriction de liberté. Nous essayons d'offrir le moins de contraintes ressenties possibles. Ces restrictions de libertés passent par une décision médicale après une discussion d'équipe, notamment en ce qui concerne le dispositif anti-fugue.

### **Le bracelet Anti-fugue**

Les soignants n'obligent pas les résidents à porter des bracelets anti-fugue si ceux-ci sont réticents.

Le risque présenté est alors discuté avec son entourage.

Néanmoins, nous avons installé des dispositifs d'ouverture de portes complexes cognitivement pour contenir les résidents qui le nécessitent dans leur étage, sans que ceux-ci le ressentent comme une contrainte.

### **Les barrières ou les sangles**

La question est longuement débattue en équipe avant de prendre une décision.  
Seul le médecin en prescrit.

La posture adoptée par notre établissement vis-à-vis des barrières ou des sangles est la même que concernant les bracelets anti-fugue.

#### **6.2.2 Le consentement éclairé**

Une information la plus complète possible est déterminante pour effectuer un choix. C'est pour cette raison que le droit à l'information est porté par notre établissement, à destination du résident en premier

lieu, mais également du personnel et des familles. Ainsi, une information existe sur les droits du résident, à travers les livrets d'accueil salarié et résident.

Le consentement du résident peut alors devenir un consentement éclairé, et la liberté de faire des choix doit lui être offerte dès que possible.

Lorsque le résident n'est plus en capacité de donner un consentement éclairé, une organisation doit avoir été mise en place en amont afin de garantir une recherche et un respect de ses volontés, tout en s'inscrivant dans les dispositifs légaux en vigueur.

Le recueil des directives anticipées et leur respect vont dans ce sens. L'établissement promeut systématiquement ce dispositif auprès des résidents et de leur famille dès l'entrée du résident.

### **6.2.3 Le droit à la renonciation**

Dans notre établissement, les résidents et leurs familles ont le droit de dire non.

Les personnes que nous accueillons ont réalisé des choix toute leur vie pendant des dizaines d'années, et nous ne sommes pas là pour en faire à leur place. Nous réaffirmons ce principe auprès de l'entourage des personnes accueillies.

Nous nous devons de porter le droit du résident, y compris parfois contre nos valeurs et contre sa famille.

#### **Le juste milieu entre prise de risques et sécurité**

Les soignants doivent parfois faire face à des situations dans lesquelles les résidents expriment des désirs qui vont à l'encontre de leur propre sécurité.

Ainsi, des résidents anciennement alcooliques peuvent par exemple demander à consommer de l'alcool. La décision de l'établissement est d'interdire de servir de l'alcool à ces résidents. L'équipe n'accède pas aux demandes du résident pour sa propre sécurité, face aux conséquences néfastes à court terme. Ces situations questionnent les soignants, d'autant plus lorsque la famille n'adopte pas la même posture et que le résident a la possibilité de boire de l'alcool en contexte familial.

La décision prise est tracée et partagée.

#### **Le refus de se nourrir**

Face à un refus, les soignants vont proposer les différents plats, en particulier les sucrés.

Ils ne forcent en aucun cas le résident.  
Le repas doit rester un moment de plaisir.

#### **Le refus de se lever**

Quand le résident refuse de se lever tandis que la famille insiste pour qu'il soit levé :  
Les soignants prennent une décision en équipe. Cette décision est tracée dans le dossier du résident, et les soignants se doivent de tous la respecter.

#### **Le refus de toilette**

En cas de refus de toilette, le soignant revient plus tard, ou bien c'est un autre soignant qui repasse.  
Il arrive que d'autres considérations prennent le pas sur le refus : l'état cutané, les odeurs insupportables. Il convient alors de s'opposer au refus. Les décisions prises dans ces situations sont partagées et comprises.  
Si le résident refuse d'être douché, les soignants proposent une alternative ; toilette au lit, shampoing, manucure...

Le moment de la toilette doit être un moment agréable et attendu, qui permette au résident de se sentir bien.

### 6.3 CITOYENNETÉ

La citoyenneté ne se limite pas à la participation au vote et à l'éligibilité.

Cette notion de citoyenneté a été mise en avant par la loi du 2 janvier 2002 et la Charte des Droits et des Libertés qui recense un ensemble de droits fondamentaux, s'exerçant au sein de la communauté qui nous réunit au Centre Michel Philibert.

#### ❖ Le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

Chaque résident bénéficie d'un accueil individualisé tenant compte de ses spécificités, et a la possibilité de dire au bout d'un mois ce qui lui convient ou non. Les souhaits du résident et de sa famille sont recueillis et pris en compte afin d'élaborer avec eux son projet thérapeutique personnalisé.

Des tensions peuvent néanmoins naître entre d'une part la volonté de personnaliser l'accompagnement et d'autre part le respect des règles de la vie collective.

#### ❖ Le droit à la protection

##### **Protéger le résident**

Dans le cas où le résident est menacé par son entourage ou sa famille, l'établissement met en œuvre des mesures pour le protéger.

En cas de violences, cela peut notamment déboucher sur des interdictions de visites.

#### ❖ Le droit à l'autonomie

Le personnel du Centre est particulièrement attentif à la préservation de l'autonomie du résident. Ce dernier ne doit pas être qu'objet de soins, mais il doit rester autant que possible acteur ; cela passe notamment par la réalisation seul de petits actes de la vie quotidienne.

##### **Préservation de l'autonomie**

Les soignants encouragent l'autonomie du résident, même si c'est peu de choses : se brosser les dents, se laver le visage, accrocher un bouton ou faire son lit...

Même si ce n'est pas parfait, il est plus important pour nous que le résident l'ait fait seul et avec plaisir.

#### ❖ Le droit au respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Être citoyen, c'est aussi être reconnu comme un Homme, ce qui induit des notions importantes de dignité et par là même de bienveillance envers les plus fragiles, en les accueillant et en les respectant.

### **Préserver la dignité du résident**

Parfois, un glissement peut s'opérer sur de petites choses et il est nécessaire de rester vigilant ; penser à fermer la porte quand une personne est installée pour satisfaire ses besoins naturels, penser à frapper avant d'entrer même si le résident ne répond pas, penser à dire bonjour etc... Autant de gestes simples qui soulignent le respect devant une personne bien portante, et qui ne vont pas de soi devant la grande dépendance.

La bientraitance est promue auprès du personnel ; elle fait l'objet d'une évaluation et d'une amélioration en continu sur la base d'indicateurs, et en concertation avec les résidents et les familles. Une formation tact et bienveillance a été initiée à partir d'octobre 2018.

#### ❖ Le droit de s'exprimer librement

Chacun a le droit de s'exprimer librement sauf à répondre de l'abus de cette liberté. Ce droit de parole doit participer à construire et améliorer la pratique de l'établissement sous toute ses formes.

Marqueur de cette dynamique participative, un questionnaire de satisfaction est soumis chaque année aux résidents et à leurs familles. C'est l'occasion pour l'établissement d'améliorer sa prise en charge en répondant aux demandes exprimées via ce questionnaire, et de prendre du recul par rapport à ses pratiques.

#### ❖ L'existence d'un lien communautaire au sein de l'établissement

La citoyenneté implique bon nombre de droits, mais aussi des devoirs.

L'entrée dans un établissement exige le respect des règles qui régissent la vie de la communauté.

Chaque participant est par ailleurs un acteur responsable de l'organisation, et de ce fait est invité à s'impliquer pour améliorer cette organisation.

L'élection au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS) de résidents du Centre permet cette implication. Deux résidents participent aux réunions du CVS et s'expriment librement.

La citoyenneté suppose aussi l'inscription dans un environnement, et les résidents peuvent participer régulièrement à des sorties, accompagnés par des soignants. Cela permet de développer des relations d'une autre nature, en dehors des murs de l'établissement.

### **Accompagnement aux sorties**

Les soignants accompagnent parfois les résidents lors de sorties à l'extérieur.

Cela permet de développer une nouvelle forme de relation ; résidents et soignants se découvrent autrement.

## 6.4 Politique de Respect des droits du résident

### 6.4.1 L'élaboration de la politique de respect des droits du résident

Le respect des Droits des résidents figure dans les orientations stratégiques de l'établissement. Ce respect des droits s'inscrit en lien avec le Conseil de Vie Social qui est opérationnel dans notre établissement, cumulant les fonctions de CVS et de Commission des Usagers.

Cette politique se veut en accord avec les différents textes réglementaires en vigueur, qui ont inscrit les droits du résident de manière durable dans la prise en charge et qui développent plusieurs axes concernant les droits du résident.

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui définit les droits des usagers dans les lieux de vie et la charte des droits et libertés de la personne accueillie qui en découle
- *La loi du 4 mars 2002 définit notamment l'accès au dossier médical et le rôle de la personne de confiance*
- La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permettant à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées et encadrant la fin de vie des patients.
- La redéfinition des mesures de protection juridique du résident par la loi du 5 mars 2007.

Autant de textes qui sont la base de la politique du respect des droits des résidents.

### 6.4.2 La mise en œuvre de la politique de respect des droits du résident

Le CVS est une instance de médiation et de dialogue avec les usagers, une instance consultative sur l'ensemble des aspects de la prise en charge du résident.

Ce conseil a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

### 6.4.3 Les axes stratégiques de la politique de respect des droits du résident

Au vu des différents textes réglementaires, les axes stratégiques définis sont les suivants.

- Garantir l'accès au dossier médical
- Appliquer la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- S'appuyer sur les dispositifs existant pour faire valoir la volonté du résident
- Mener une organisation bienveillante et prévenant la maltraitance

### 6.4.4 Les orientations stratégiques de la politique de respect des droits du résident

#### 6.4.4.1 *Garantir l'accès au dossier médical*

Toute personne a le droit d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et des établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.



L'accès au dossier médical doit se réaliser de manière organisée, car une facette importante de sa gestion doit garantir la confidentialité des informations relatives aux résidents.

Notre établissement a mis en place une organisation pour répondre aux demandes du résident ou de ses ayants droits dans les conditions prévues par la loi. Une évaluation en termes de quantité et de délai est effectuée dans le bilan du CVS

Une notion nouvelle est également apparue ces dernières années, avec l'annonce structurée d'un dommage lié aux soins. Il s'agit de mettre en place les conditions propices à une annonce au résident de dommage survenu lors de son séjour et liées aux soins prodigués dans l'établissement.

#### 6.4.4.2 *Appliquer la charte des droits et libertés de la personne accueillie*

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est remise dans le livret d'accueil de chaque résident, mais également de chaque professionnel. Elle est affichée au sein de l'établissement.

Une charte des bonnes pratiques dans les relations entre l'entourage des personnes accompagnées et les établissements de notre groupe a été établie et présentée en CVS.

#### **Objectif**

**2019** : Réaliser un bilan de l'application de ces chartes et des actions à développer

#### **Charte des bonnes pratiques dans les relations entre l'entourage des personnes accompagnées et les établissements de notre groupe**

Cette charte est également présente en annexe. Les 3 principes généraux suivant la composent.

##### *Reconnaître la place des familles et des proches dans l'accompagnement des personnes concernées*

Un personnel référent est désigné à l'arrivée d'un nouveau résident. Il s'agit d'un professionnel qui côtoie régulièrement le résident et qui connaît donc ses habitudes. Il est l'interlocuteur privilégié des familles, qui ne doivent pas hésiter à le solliciter pour avoir des informations concernant leur proche et sa vie quotidienne.

À J30, une réunion est organisée réunissant l'entourage et/ou le tuteur, l'IDEC, le personnel référent et le résident lui-même dans la mesure du possible. C'est l'occasion pour l'entourage d'être informé de l'évolution de la prise en charge de son proche.

##### *Faciliter le maintien des relations entre les personnes accompagnées, leur famille et leurs proches*

Le maintien des relations familiales, sociales et amicales est indispensable au bien-être du résident au sein de l'établissement. Chacun doit pouvoir prendre la place qu'il souhaite, tout en respectant l'organisation dans laquelle cette place s'inscrit. Ce qui nous fait régulièrement s'interroger sur la place prise par chacun, et les bienfaits attendus pour le résident.

Les familles peuvent par ailleurs prendre rendez-vous avec la psychologue, et se confier sur des situations qui sont parfois douloureuses.

### *Encourager la participation des familles, proches et de leurs associations à la vie institutionnelle*

L'établissement met tout en œuvre pour favoriser ces liens, en intégrant les familles et les proches des résidents à la vie de l'établissement. Ces derniers peuvent demander à être membres de différentes instances telles que le Conseil de la Vie Sociale, le Comité de Pilotage ou la Commission Restauration, afin de s'impliquer et de participer à l'amélioration de la prise en charge de leur proche. Ils sont sollicités chaque année dans le cadre d'une enquête de satisfaction et peuvent faire remonter des questions ou remarques.

Des temps trimestriels d'échange sont organisés avec la psychologue sur différents thèmes pour permettre aux familles de se rencontrer et d'échanger autour de leur expérience.

#### *6.4.4.3 Mener une organisation bienveillante et prévenant la maltraitance*

La maltraitance des personnes âgées est un ensemble de comportements ou d'attitudes, uniques ou répétées, concernant les personnes âgées dans le cadre d'une relation de confiance ou de dépendance.

La maltraitance peut recouvrir plusieurs formes et notre organisation, au-delà de la prévention de la maltraitance, doit être bienveillante envers les résidents qui nous sont confiés. Le respect de l'intimité et la dignité des résidents accueillis fait partie des points importants à surveiller.

Un travail d'identification des différentes situations, risques et facteurs de maltraitance est compris dans la cartographie des risques. La restriction des libertés sous toutes les formes en fait partie.

Notre organisation repose avant tout sur des professionnels. Une attention particulière sur leur recrutement, leur formation et leur comportement doit être portée en permanence.

#### **6.4.5 S'appuyer sur les dispositifs existants pour faire valoir la volonté du résident**

##### *6.4.5.1 La personne de confiance*

Tout résident peut désigner une personne de confiance. Sa désignation est systématiquement proposée lors de l'admission du résident mais reste facultative pour lui et doit se faire par écrit.

Elle est identifiée dans le dossier informatisé.

Lorsque le résident est en capacité d'exprimer sa volonté, la personne de confiance a un rôle d'accompagnement si le résident le décide ; elle soutient alors et aide le résident dans les décisions concernant sa santé.

Si un jour le résident est en incapacité d'exprimer sa volonté, la personne de confiance sera consultée en priorité. Elle ne peut cependant pas obtenir la communication du dossier médical sauf si le résident en avait fait la demande expresse. Elle est le porte-parole du résident et sera consultée en priorité dans le cas de tout questionnement concernant la mise en œuvre, l'arrêt ou la poursuite de traitements. Il ne s'agit pas de ses propres volontés, mais bien de celles du résident rapportées.

La personne de confiance n'a pas la responsabilité de prendre des décisions concernant les traitements du résident. Elle témoignera des souhaits du résident, mais la décision appartient au médecin.

#### 6.4.5.2 *Les directives anticipées*

Les directives anticipées sont les volontés du résident exprimées par écrit sur les traitements ou les actes médicaux qu'il souhaite ou non, dans le cas où il n'est plus en capacité de communiquer. Elles concernent les conditions de la fin de vie ; la volonté de poursuivre, de limiter, d'arrêter ou de refuser les traitements ou actes médicaux.

Le professionnel de santé est tenu de respecter les volontés qu'a exprimées le résident dans ses directives anticipées. Naturellement, tant que le résident est capable d'exprimer lui-même ses volontés, les directives anticipées ne sont pas consultées.

Un formulaire proposant d'écrire ses directives anticipées est remis lors de l'admission.

Au-delà du cas de notre résident, ce dispositif est largement explicité à son entourage, pour être diffusé dans la société.

#### 6.4.5.3 *La protection juridique des résidents majeurs*

La maladie, le handicap, le vieillissement peuvent altérer les facultés d'une personne et la rendre incapable de défendre ses intérêts. Le juge peut alors décider d'une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne l'assistera ou la représentera dans toutes les actions où ses intérêts sont en jeu. La protection doit être la moins contraignante possible, et en priorité être exercée par la famille. Elle distingue aussi les cas où la personne jouit encore de ses facultés, mais est en grande difficulté sociale.

Lors de l'entrée en institution, la loi nous demande désormais d'interroger cette protection au regard des facultés du nouveau résident. Un outil, le DIPC, a été créé pour permettre à un résident d'être admis en attendant sa mise sous tutelle, pour préserver ses droits.

Cette demande de mise sous tutelle à l'entrée interroge les familles, pour lesquelles cela se passe bien dans la grande majorité des cas et qui n'en voient pas l'utilité. Il sera nécessaire d'adapter notre discours et le dispositif aux différentes situations rencontrées.

Le travail au quotidien avec des services tutélaires peu disponibles entraîne des difficultés y compris sur des actes ou décisions simples. La méconnaissance de ces dispositifs par les professionnels peut compliquer une situation, et porter atteinte au libre choix du résident et à sa dignité.

## VII. L'offre de service

Le Centre Michel Philibert accueille des résidents en hébergement permanent : il a pour vocation d'offrir la possibilité à des personnes très dépendantes d'être soignées et accompagnées en dehors d'une structure purement hospitalière.

Notre établissement est partagé entre un EHPAD et une USLD. Pour autant nous présentons une offre de service commune. En effet, les bénéficiaires d'avoir un lieu de soin et un lieu de vie dans le même établissement sont multiples pour chaque résident. En deux exemples : les patients d'EHPAD bénéficieront d'un accompagnement en soins palliatifs développés majoritairement à l'USLD ; les patients d'USLD quand leur santé le permet, bénéficieront des animations développées majoritairement pour l'EHPAD.

### 7.1 L'offre de soins

#### 7.1.1 Politique de soins

##### 7.1.1.1 *L'élaboration de la Politique de soins*

Ce projet se fonde sur le respect de la dignité de la personne et sa sécurité, quel que soit son état physique ou psychique.

##### 7.1.1.2 *La mise en œuvre de la Politique de soins*

La politique de soins est portée par différentes instances au sein de l'établissement, au sein desquelles sont présents le médecin de l'établissement et les infirmières coordinatrices. En effet, avec un seul médecin salarié, créer une CME n'a pas de sens.

Le CLUD va porter la lutte contre la douleur et la prise en charge en soins palliatifs.

La Commission restauration va soutenir la prévention de la dénutrition.

Un comité éthique anime des débats en équipe pluridisciplinaire sur l'obligation de soins, la transition soins curatifs - soins palliatifs, la limitation de l'acharnement thérapeutique, l'écoute et la volonté d'essayer de respecter le désir du résident même non communicant, l'alimentation en fin de vie...

##### 7.1.1.3 *Les axes stratégiques de la Politique de soins*

Dans ce cadre, la réflexion a conduit à déterminer les axes stratégiques suivants:

- Accompagner la fin de vie
- Lutter contre la douleur
- Proposer une nutrition plaisir efficace
- Prévenir les escarres



### 7.1.1 Orientations stratégiques de la Politique de soins

#### 7.1.1.1 *Accompagner la fin de vie*

L'unité de soins de longue durée a une vocation à accueillir des résidents en soins palliatifs. Cette prise en charge va à rebours des principes appliqués dans la santé, et nécessite une culture spécifique pour laquelle le médecin et l'équipe soignante sont formés.

Il s'agit d'accueillir les choix et les désirs de chacun y compris les refus. Mais également de savoir écouter la détresse et accompagner les étapes du processus de deuil (séparation de son lieu d'habitation, perte d'un être cher, perte d'autonomie, expression de colère, de peur, d'abandon...). Ou encore de savoir passer les relais et effectuer des médiations relationnelles avec l'entourage ou d'autres professionnels.

L'accompagnement porte sur le résident et ses souhaits en priorité, et intègre également l'entourage. La démarche de soins palliatifs est formalisée. Elle est réévaluée annuellement par le CLUD.

#### 7.1.1.2 *Lutter contre la douleur*

L'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents en tenant compte de leur état cognitif. Un protocole douleur et des outils d'évaluation de la douleur pour personnes communicantes et non-communicantes sont en place. Le personnel est formé à leur utilisation. L'évaluation et le suivi sont faits en équipe et transmis au médecin.

Un CLUD pluri-disciplinaire et représentant les différents secteurs se réunit au moins une fois par an. Des indicateurs d'évaluation et de prise en charge de la douleur sont suivis et analysés annuellement. Le CLUD évalue les besoins matériels et en formation.

Une prise en charge de la douleur psychique est assurée par notre psychologue, auprès du résident mais également de son entourage. Une partie de son travail consiste à rendre acceptable les multiples changements survenus lors de cette institutionnalisation, tels que le sens donné à leur vie, la perte d'autonomie, la culpabilisation, l'épuisement des aidants, la remise en jeu des liens familiaux...

#### 7.1.1.3 *Proposer une nutrition plaisir efficace*

La nutrition d'un résident repose sur une organisation complexe où les différents acteurs n'ont pas une connaissance complète des enjeux de chacun. Dans notre établissement ces acteurs sont réunis au sein d'une commission restauration.

Cette commission continue de proposer des améliorations à partir des envies des résidents et de leurs besoins nutritionnels, portant sur la composition et la présentation des repas.

L'alimentation (solide et liquide) est réfléchi pour être adaptée aux possibilités des résidents mais aussi en terme de plaisir et en terme de prévention (de la dénutrition, de la déshydratation, des escarres, des fausses routes).



Un IMC est calculé dans les 48 heures suivant l'admission et des indicateurs de contrôle et de prévention de la dénutrition sont suivis.

Les résidents sont pesés à leur entrée puis de façon régulière et une fiche d'alimentation est établie si besoin. Un bilan nutritionnel peut être demandé et des compléments alimentaires prescrits. Les régimes prescrits médicalement sont appliqués.

#### Objectifs :

2019 : Terminer l'EPP sur la nutrition et programmer les actions qui en sont issues

##### 7.1.1.4 Prévenir les escarres

Les escarres sont un problème de santé commun touchant toute la population accueillie au centre. L'ensemble des agents (de soins et d'animation) veille à la mobilité des résidents. L'établissement met en place une évaluation de pratique professionnelle sur ce thème afin d'améliorer l'évaluation du risque mais également que cette évaluation conduise à un arbre décisionnel, notamment pour le choix de matériel adapté. Ce matériel devra être acquis par l'établissement en fonction des besoins recensés.

#### Objectifs :

2019 : Terminer l'EPP sur les escarres et programmer les actions qui en sont issues

## 7.2 L'offre d'accompagnement et de soutien à la vie sociale

L'objectif du projet d'animation est de mettre du lien social entre les citoyens de notre établissement, afin de stimuler des centres d'intérêt ou encourager des démarches d'ouverture aux autres. Cela contribue à prévenir l'isolement et ses conséquences délétères. La présence d'une animatrice formée et d'une psychologue doit permettre d'améliorer le bien-être des résidents.

Le projet d'animation (présent en annexe) repose sur 4 axes dans notre établissement. Ce sont :

- La musique

Différentes animations tournent autour de la musique avec des musiciens en chambre, des concerts réunissant plusieurs dizaines de personnes, des quizz musicaux, des documentaires d'époque, une chorale ; du classique au contemporain.

- La cuisine

La cuisine est un vecteur de partage d'un savoir-faire et de moments de plaisirs où chacun apporte également des souvenirs. Nous avons des repas partagés entre personnel et résidents, des préparations de repas plus ou moins complexe, des goûters fabriqués en direct (crêpes, gaufre...), ou encore des repas de spécialité préparé par notre personnel.

- La réminiscence et la Culture

Avec une partie autour des jeux qu'ils soient de société ou de mémoire, et une autre tournant autour des lectures, projections de documentaires, expositions de peintures ou de photographies.



CENTRE  
*Michel Philibert*

- L'ouverture à l'extérieur

Un axe qui se développe avec de multiples sorties dans l'agglomération ou dans le parc voisin.

Ces projets sont développés en s'appuyant sur une animatrice et un réseau de bénévoles, ainsi que de multiples intervenants sous des formes diverses.

Les salariés volontaires peuvent contribuer à ce projet, en proposant des actions ponctuelles ou pérennes.

**Objectifs :**

**2019** : Accroître le nombre de bénévoles participants à la vie de l'établissement

**2020** : Formaliser l'accompagnement des professionnels dans la réalisation de projet d'animation

## VIII. Organisation de l'offre de service

### 8.1 Parcours du résident

Il existe un circuit du résident, présent en annexe, qui détaille les méthodes et outils utilisés pour chaque étape de la prise en soins du résident.

Une procédure intitulée « Entrée d'un nouveau résident » décrit dans le détail le rôle de chaque acteur de la préadmission jusqu'à la contractualisation d'un projet personnalisé.

#### 8.1.1 Préadmission

Cette étape repose sur l'outil Viatrajectoire, partagé avec l'ensemble des acteurs des filières du territoire, et sur des critères de refus et de priorité affichés de façon transparente.

Un premier accueil téléphonique ou physique de la première demande permet d'orienter les personnes en leur indiquant nos critères de refus.

##### Critères de refus

- Gir 5-6
- Désorientation avec déambulation ou fugue
- Pathologie ou trouble psychiatrique non stabilisé
- Si besoin d'orthophonie
- Dossier de précaution

Le médecin statue sur les dossiers en collaboration avec la secrétaire d'admission, laquelle fait un retour à travers l'outil Viatrajectoire.

Lorsqu'une place est disponible, la secrétaire regarde les critères de priorité dans les dossiers admissibles et leur propose une place.

##### Critères de priorité

- 1 des 16 communes du syndicat de communes
- Epuisement des aidants
- Précarité et isolement social
- Violence subie à domicile
- Retour à domicile impossible
- Espérance de vie limitée / évolution rapide de la pathologie

Il est proposé un entretien avec le résident s'il en a la capacité et/ou sa famille, afin de recueillir des éléments nous permettant de bien appréhender les attentes de chacun. Les points clefs à aborder lors de l'entretien sont listés, sur la base de notre expérience, cela permet une approche honnête de notre prise en soins en posant les bases d'un contrat de prestation.

Nous remettons un certain nombre de document, dont le livret d'accueil, revu chaque année par le conseil de la vie sociale, puis nous réalisons la visite des locaux.

#### 8.1.2 Admission et Accueils

Les professionnels sont informés de l'arrivée du nouveau résident par la messagerie, puis par une présentation orale et écrite à partir des éléments dont nous disposons.



A son arrivée dans l'établissement, l'infirmière du service vient accueillir le résident à l'accueil et l'accompagne dans sa chambre.

Il existe une fiche d'entrée et une check list afin de recueillir l'ensemble des informations nécessaires pour débiter la prise en charge et mettre en place les premières actions.

Chaque professionnel se présente lors du premier contact.

La secrétaire fait le point avec l'entourage sur les documents restants à fournir, afin de les accompagner dans leurs démarches.

Le résident va prendre possession de sa chambre en la personnalisant autant qu'il le souhaite. Une place est réservée sur la porte pour une photo ou un dessin ; les meubles proposés peuvent être remplacés par ses meubles à lui ; notre personnel technique peut installer autant de cadre ou d'objets aux murs que nécessaire.

### **8.1.3 Premiers jours**

Le médecin fait un examen clinique complet du résident le lendemain de l'entrée et étudie les documents fournis. Ce bilan gériatrique détermine les évaluations à compléter et définit un premier projet thérapeutique et de soins. Le consentement éclairé du résident à ce projet est recherché et tracé quand il est possible, de même que le refus de soins.

L'ensemble du dossier du résident est travaillé sur le logiciel métier Cediacte.

Lors de la prise de décision d'acte médical ou thérapeutique, les bénéfices et risques sont notés sur l'observation médicale ainsi que la décision en découlant.

Les entretiens avec les résidents et/ou avec les personnes de confiance expliquant les prises de décision médicales (bénéfices et risques encourus) figurent au dossier médical.

Le médecin informe de son état de santé le résident ou son représentant légal. Cette information sera donnée oralement en y consacrant du temps et de la disponibilité. Elle pourra être donnée de manière progressive, en particulier en cas de diagnostic grave, afin de respecter les capacités d'assimilation de la personne à qui s'adresse l'information. Si la personne est étrangère, il cherchera à recourir à un traducteur parmi le personnel ou parmi les proches. Si l'information n'est pas donnée oralement à un résident capable de la comprendre, le médecin tracera dans le dossier les raisons qui l'ont amené à prendre cette décision.

La psychologue mène un premier entretien avec le résident pour apprécier son besoin de suivi.

S'il y a une prescription du médecin, les kinésithérapeutes effectuent un bilan de départ.

L'animatrice s'entretient avec le résident pour connaître ses envies et lui proposer les animations.

Le professionnel référent du résident se présente et explique son rôle. Il tisse les premiers liens avec le résident et son entourage.

L'ensemble de l'équipe veille à inscrire un mot qui servira à construire le bilan du résident.



Dix jours après l'entrée, une réunion d'équipe a lieu afin de mettre à jour le projet de soins de façon pluridisciplinaire en partageant les informations. Les plans de soins sont mis à jour à l'issue de cette réunion.

#### **8.1.4** Premier mois

Une rencontre est réalisée entre l'infirmière coordinatrice du service, le référent du résident, le résident et/ou son entourage. Cet entretien permet de présenter le professionnel référent du résident, mais surtout d'échanger sur les ressentis des premières semaines afin de discuter des améliorations souhaitées, qu'elles soient possibles ou non. Le projet de soin est présenté lors de cet entretien.

#### **8.1.5** Le projet personnalisé

Le projet personnalisé est élaboré systématiquement pour les résidents d'EHPAD, lors des trois premiers mois de son séjour. Pour les résidents d'USLD, il pourra l'être au bout de six mois.

La psychologue rencontre le résident pour lui présenter le cadre du projet personnalisé, revenir sur l'histoire de vie et ses besoins/désirs puis l'informer de l'entretien –famille à venir.

Elle rencontre ensuite l'entourage du résident, à qui elle présente également le cadre du projet personnalisé, et avec qui elle élargit à l'histoire familiale, les attentes et le vécu de son entourage.

Le référent du résident utilise un outil de recueil afin de structurer la présentation du projet personnalisé que nous pourrions proposer au résident.

Une réunion pluridisciplinaire a lieu, pour définir ce projet personnalisé.

La psychologue en effectue ensuite un retour au résident et à l'entourage.

Dans les prochains bilans annuels des projets personnalisés, les attentes non satisfaites seront recensées pour alimenter ce projet d'établissement. Chaque réunion de projet personnalisé comportera une partie où les désirs de chaque résident même irréalisables sur le moment seront abordés.

#### **8.1.6** Coordination et continuité de la prise en charge

Notre équipe dispose de nombreux moyens de communiquer :

- Des relèves ont lieu entre chaque prise de service
- Des transmissions journalières ont lieu à 11h30
- Des réunions d'équipe sont régulièrement organisées par profession ou par service
- Le logiciel Cediacte et ses transmissions sont utilisés pour inscrire tous les événements et en prendre connaissance
- Des réunions médecin et kinésithérapeutes mensuelles existent

Le recours à des avis spécialisés est décidé par le médecin qui, selon les désirs du résident, s'adressera soit au médecin spécialiste choisi par celui-ci, soit au spécialiste correspondant habituel du médecin du Centre.



CENTRE  
*Michel Philibert*

Pour limiter les déplacements de personnes dépendantes et fragiles, les avis spécialisés auront lieu sur place chaque fois que cela est possible (cardiologie, angiologie, dermatologie, dentiste) et quand le matériel nécessaire est transportable.

En cas d'urgence, des lignes directes en interne existent pour se prévenir et les professionnels sont régulièrement formés aux urgences vitales. Du matériel ciblé d'urgence existe.

En dehors de la présence du médecin, une convention avec SOS médecins prend le relais, avec un accès au logiciel médical et de soins. Le Centre 15 peut également être appelé, un numéro d'appel direct pour joindre un régulateur médical est à disposition des infirmières..

Les soins sont autant que possible assurés sur place. Le recours à l'hospitalisation est peu fréquent et le plus limité possible dans le temps pour limiter les syndromes confusionnels.

En cas d'hospitalisation, un dossier de liaison est imprimé, auquel sont joints les documents nécessaires pour la continuité de la prise en charge.

#### **8.1.7 Décès**

Une information de la famille a lieu, selon leurs souhaits recueillis et tracés dans le dossier. Notre équipe les accueille et les accompagne auprès du résident défunt.

Un rituel s'organise, régulièrement rediscuté en comité d'éthique : une affiche est mise sur la porte, avec la présence et une bougie sur le chevet. Une dernière toilette est réalisée. Le résident repart par la porte d'entrée, visage découvert, tel qu'il est venu à nous.

L'ensemble des professionnels est informé par messagerie. Les résidents et leurs familles sont informés par un faire-part dans chacun des salons. Un faire-part de condoléances est adressé à son entourage, qui peut être personnalisé par le référent ou l'équipe.

## 8.2 Le Projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

### 8.2.1 Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques

#### 8.2.1.1 *L'élaboration de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques*

La certification a été introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 de 7 avril 1997.

Le Centre Mutualiste Michel Philibert s'est appuyé en premier lieu sur ce dispositif pour structurer sa démarche qualité, puis gestion des risques.

Puis lors de la scission des lits en 2009, il a également fallu répondre à la démarche d'évaluations interne et externe pour le secteur EHPAD.

L'établissement a validé sa première visite HAS de certification en 2006, puis en 2010 et 2014. La prochaine itération est prévue fin 2018.

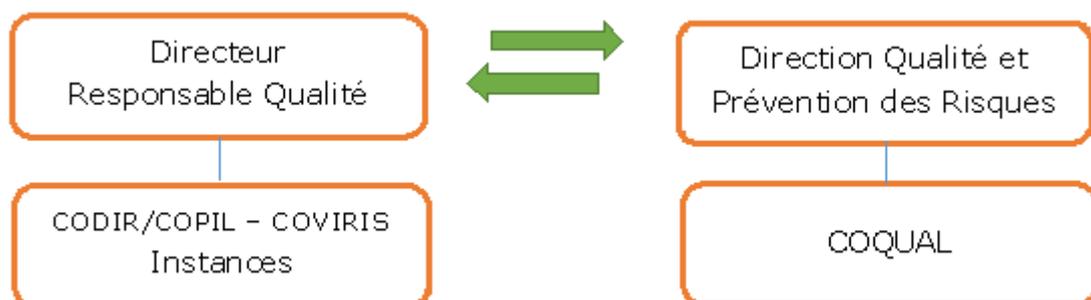
L'établissement a validé sa première évaluation externe en 2014, suite à une labellisation de Génération Mutualiste en 2011 servant d'évaluation interne. La prochaine itération est prévue pour 2021.

Désormais il est recherché la convergence des 2 démarches et leur intégration dans le management quotidien de l'établissement.

Cette nouvelle version de la certification dans laquelle le Centre s'engage, apporte de nouveaux outils notamment dans la cartographie des risques.

#### 8.2.1.2 *La mise en œuvre de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques*

La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques repose en premier lieu sur l'engagement de la Direction de l'établissement. Cette Direction est appuyée par les orientations de la Direction du Groupe Mutualité Française de l'Isère contenue dans le manuel qualité.



La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques fait partie intégrante du projet d'établissement.



Il est important de souligner que le management se veut résolument orienté vers les principes du manuel de certification considéré comme un guide de bonnes pratiques dont les orientations doivent être intégrées dans chacun des projets.

Le Centre Mutualiste Michel Philibert et toute son équipe s'engagent au quotidien pour développer sa démarche qualité et gestion des risques dont les certifications de la HAS sont des outils.

La démarche qualité et gestion des risques est déclinée dans chacun des projets avec la même méthode :

- Planifier / Diriger
- Réaliser / Gérer
- Evaluer / Contrôler
- Améliorer

Le CODIR/COPIL a le rôle de centralisateur de la démarche. Il impulse, coordonne, priorise les différentes démarches au sein de l'établissement. Par exemple, les EPP sont vues en CODIR/COPIL, mais également dans les instances pour les sujets qui les concernent, comme celle sur la Nutrition en Commission de Restauration.

#### *8.2.1.3 Les axes stratégiques de la politique d'Amélioration de la Qualité et de la Gestion des Risques*

Dans ce cadre, la réflexion a conduit à déterminer les axes stratégiques suivants:

- Mener une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité intégrant la procédure de certification et d'évaluation externe,
- Redynamiser les instances, en tant qu'espaces de consultation
- Déployer les outils de base
- Se comparer pour s'améliorer
- Evaluer la satisfaction de nos résidents, de leurs entourages, des prescripteurs

Ces axes stratégiques sont déclinés en Orientations Stratégiques comportant des objectifs à atteindre.

#### **8.2.2 Orientations stratégiques de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques**

##### *8.2.2.1 Mener une démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité intégrant la procédure de certification et d'évaluation externe,*

L'établissement est entré dans la démarche qualité avec la première certification, dont la visite s'est déroulée en 2006. L'appartenance au secteur médico social lui donne une double obligation, avec en plus un dispositif d'évaluation interne et externe, arrivé plus tardivement et pour le moment moins exigeant que la certification. Ce dispositif comporte toutefois des spécificités propres au temps long de l'accueil, adaptés à notre établissement. L'évaluation externe a été passée en 2014.



Dans notre démarche, nous avons essayé de satisfaire aux différentes exigences des deux secteurs en les rapprochant autant que faire se peut, pour ne pas éparpiller nos moyens dans des actions peu lisibles. C'est sur ce principe que les instances sont regroupées, avec un fonctionnement hybride, par exemple pour le Conseil de Vie Social, qui est l'instance d'échange et de consultation des représentants des usagers.

Toutes les actions de ces instances aboutissent à un Plan d'Actions Global sur l'Etablissement, qui est revu trimestriellement en CODIR-COPIL.

### Objectifs :

**Permanent** : Utiliser le projet d'établissement comme un outil de management stratégique, avec un bilan annuel débouchant sur une mise à jour du document.

**Permanent** : Poursuivre la mise en place d'une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

**2018** : Rationaliser les entrées d'actions dans le PAGE, en priorisant les actions.

**2019** : Faire vivre le PAGE, outil de coordination des programmes et actions de l'établissement : atteindre 60% d'actions réalisés.

**2020** : Réaliser une évaluation interne

**2021** : Passer une certification externe

### Développer la culture qualité et sécurité

Le management de l'établissement souhaite pérenniser la démarche qualité et sécurité. Un des piliers d'une démarche pérenne, repose sur le fait qu'elle soit partagée et comprise par tous, que chaque professionnel soit convaincu de l'utilité d'une telle démarche et qu'il la vive au quotidien, sans pour autant qu'elle soit un obstacle à la bonne exécution de son travail.

Afin que la démarche qualité et sécurité ne repose pas sur des individualités, mais qu'elle soit partagée par toute l'équipe de l'établissement, indépendamment des mouvements de personnels, l'établissement doit engager une réflexion visant à impliquer de plain-pied les professionnels.

L'établissement a débuté une réflexion sur une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

- Diffusion d'information qualité et sécurité par le biais de nos moyens de communication
- Définition d'orientations stratégiques en tant que thèmes de travail prioritaires
- Implication des professionnels individuellement dans un rôle de référent pour permettre une responsabilisation des différents acteurs
- Organisation de groupe de travail régulier mais circonscrit dans le temps pour mener à bien des actions contenues dans le PAGE
- Formation des professionnels sur les outils de la qualité et sécurité



### Objectifs :

2019 : Introduire dans le plan de formation des formations sur les outils

2019 : Définir les rôles et missions des référents

2020 : Elaborer un thésaurus d'objectif qualité et sécurité pour définir des objectifs individuels personnalisés lors des entretiens, dont un qualité ou sécurité

2021 : Définir des objectifs de service personnalisés lors de l'entretien d'évaluation annuel, dont un qualité ou sécurité.

#### 8.2.2.2 *Améliorer la qualité et la sécurité des soins*

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Cette politique est englobée dans le projet médical de l'établissement, avec les orientations prioritaires qui sont :

- Accompagner la fin de vie
- Lutter contre la douleur
- Proposer une nutrition plaisir efficace
- Prévenir les escarres

### Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

#### *La politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*

##### *L'élaboration de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*

La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation appropriée et efficace du médicament chez le résident pris en charge par l'établissement.

Dans les suites du décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé, l'arrêté du 6 avril 2011 définit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que le calendrier selon lequel celui-ci devra être mis en place dans les établissements de santé (article 16).

Le dispositif s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'article L6111-2 du Code de la santé publique.

A ce titre, la prise en charge médicamenteuse du patient est identifiée et analysée en vue de garantir la sécurité du résident au Centre et contribuer à la sécurité sanitaire par la remontée d'informations à la sécurité des soins au niveau régional et, le cas échéant, au niveau national.

##### *La mise en œuvre de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*

L'établissement a mis en place la COMEDIMS (Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles) afin de définir la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement. Cette commission réunit la pharmacien et le médecin de l'établissement a minima.



CENTRE  
*Michel Philibert*

La commission élabore la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement, sous la forme d'un livret thérapeutique informatisé.

Sur le plan organisationnel, le responsable du système de management de la qualité de la prise médicamenteuse est le Pharmacien, Président du COMEDIMS, en charge avec la dite commission de :

- s'assurer que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
- rendre compte à la Direction et au CODIR du fonctionnement du système de management de la qualité ;
- proposer à la Direction les améliorations du système de management de la qualité qu'il estimera nécessaires.

Le Centre Mutualiste Michel Philibert dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) avec un pharmacien et une préparatrice, à temps partiel. Les horaires sont définis et strictement respectés. Aucune entrée dans la pharmacie n'a eu lieu depuis 2 ans en dehors de la présence du Pharmacien.

Les processus de prise en charge médicamenteuse sont informatisés.

En outre, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, et dans le cadre de la COMEDIMS, des enquêtes d'utilisation et un suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont mises en place. Chaque année, une évaluation de la prise en charge médicamenteuse a lieu sous forme d'audit, avec une mise à jour du manuel qualité à la suite.

*Les axes stratégiques de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*

Les priorités thérapeutiques pour élaborer une politique cohérente du médicament sont définies en concertation avec les professionnels de santé, ainsi que l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Dans ce cadre, les axes prioritaires de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont les suivants :

- Maîtriser les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse
- Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée.

### *Les orientations stratégiques de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*

*Maîtriser les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse, à savoir : prescription, dispensation, stockage, administration et surveillance*

Le circuit du médicament en établissement de santé est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation, un acte pharmaceutique et l'administration, un acte infirmier ou médical. En outre, ce circuit est interfacé avec le système d'information hospitalier et la logistique. Chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient.

#### *Maîtriser la prescription*

- Rédiger des protocoles thérapeutiques
- Mettre en place les règles et supports validés de prescription pour l'ensemble des prescripteurs, avec plusieurs objectifs portant notamment sur :
  - La prescription en Dénomination Commune Internationale
  - Le bon usage des médicaments (tenant compte des caractéristiques du patient et dans le respect des mentions légales précisées par l'AMM)
  - La prise en charge de la polypathologie et la polymédication des patients âgés :
    - Rappeler à l'entourage et au résident que tous les médicaments doivent passer par nos services
    - Sensibiliser et/ou former les professionnels au niveau de l'établissement. Sur la poly médication des patients âgés
  - Le bon usage des antibiotiques avec une évaluation systématique de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure et une chaîne d'alerte en cas de BMR.
  - Assurer la continuité du traitement de l'admission à la sortie

#### *Maîtriser la dispensation*

- Optimiser la qualité de la dispensation des médicaments et produits de santé par le pharmacien dans le respect des mentions légales précisées par l'AMM
- Définir les modalités de sécurisation de la dispensation des médicaments
  - Validation pharmaceutique systématique des prescriptions
  - Dispensation nominative de la majorité des traitements

#### *Maîtriser l'administration*

- Promouvoir le bon usage des traitements prescrits.
- Assurer la continuité du traitement de l'admission à la sortie avec les transferts
- Définir les règles d'administration des médicaments
- Assurer la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient.

#### *Maîtriser la surveillance thérapeutique du patient*

- Surveillance thérapeutique afin d'évaluer le bénéfice rendu

- Améliorer la connaissance régionale (et nationale) de la prévalence et de l'incidence des effets indésirables des médicaments par le signalement auprès du Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV). La déclaration étant obligatoire pour les événements indésirables graves, inattendus ou résultant d'un mésusage.
- Les erreurs médicamenteuses font elles l'objet d'une déclaration en interne, et d'un signalement aux autorités compétentes en cas d'événements indésirables graves.

*Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée.*

La polyopathie et la polymédication des personnes âgées augmentent le risque iatrogénique.

De multiples facteurs sont responsables de l'augmentation des effets secondaires prescrits : déclin de la fonction rénale, diminution de la volémie, sensibilité plus grande aux effets de certaines molécules, potentialisation croisées de certaines molécules...

De manière consensuelle, les sujets âgés, particulièrement exposés au risque iatrogénique médicamenteux sont définis comme étant les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et polyopathologiques.

Les médicaments fréquemment en cause dans les effets indésirables chez le sujet âgé sont les médicaments à visée cardio-vasculaire, les médicaments du système nerveux central, les antalgiques et les AINS

La prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée doit tenir compte des facteurs de risques précédemment cités afin de diminuer la survenue d'événements indésirables

### Objectifs

Définir la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé dans le but de l'optimiser, avec par exemple :

- Révision critique de l'ordonnance d'entrée avec une reconduction des traitements habituels justifiés (apportant un gain en termes de survie et de qualité de vie) dans un souci de réduction de la polymédication (rapport bénéfice/risque des traitements)
- Promouvoir l'utilisation d'outils concernant la prescription chez le sujet âgé (STOPP/START, liste des médicaments potentiellement inappropriés)
- Adaptation des formes galéniques utilisées
- Episodes aigus : durées de traitement bornées, attention aux traitements habituels qui doivent être suspendus au cours de l'épisode aigu



## Maîtriser le risque infectieux

### *Politique de Maîtrise du risque infectieux*

#### *L'élaboration de la maîtrise du risque infectieux*

Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) est établi pour les établissements médico sociaux. Notre établissement est en avance sur ce programme mais s'appuie sur les ressources disponibles pour accompagner les établissements.

Dans le cadre du PROPIAS, les enjeux sont de poursuivre la mobilisation des établissements sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, pour une meilleure sécurité des résidents, pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi-résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRE) et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

Notre politique de maîtrise infectieux est directement inspirée de ce programme national. Elle sera remise à jour en fonction des évolutions du programme pour la prochaine période.

#### *La mise en œuvre de la maîtrise du risque infectieux*

L'organisation et les moyens attribués sont les suivants :

- La lutte contre les infections nosocomiales fait partie intégrante de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques.
- Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales fonctionne sur l'établissement. Il fait l'objet d'un programme annuel qui est évalué annuellement. Notre médecin est le Président du CLIN
- Une équipe opérationnelle d'hygiène a été constituée dans l'établissement. Elle a la charge de mettre en œuvre ce programme d'actions. Elle comprend notre pharmacien-gestionnaire des risques, notre médecin, les infirmières coordinatrices et une infirmière référente.
- Cette équipe opérationnelle d'hygiène s'appuie sur le réseau d'hygiène RIPIN.

Le travail de concert de ces différents rôles est organisé et effectif.

#### *Les axes stratégiques de la maîtrise du risque infectieux*

Les actions déclinées dans le PROPIAS 2016/2018 sont repris et compléter avec l'analyse de notre DARI.

Ce sont :

- Evaluer les risques et formaliser la démarche au sein du DARI
- Effectuer une surveillance des bactéries
- Assurer la formation continue du personnel
- Mettre en place les moyens liés à la maîtrise du risque infectieux

Les résultats de l'établissement seront notamment évalués à travers les indicateurs ICALIN et le suivi de la réalisation des actions décidées.

### *Orientations stratégiques de la maîtrise du risque infectieux*

Les objectifs sont déclinés ainsi

#### *Evaluer les risques et formaliser la démarche au sein du DARI*

- Mettre à jour annuellement le document d'analyse des risques, servant de bilan au CLIN
- Inclure les actions issues du DARI dans le PAGE
- Définir une périodicité pour les audits de base

#### *Effectuer une surveillance des bactéries*

Un protocole de bon usage existe. Il est régulièrement mis à jour et doit être signé par tout médecin remplaçant. L'établissement participe au réseau de surveillance ATB Raisin.

- Réaliser une enquête de prévalence tous les 5 ans
- Suivre la résistance des BMR/BHRe
- Suivre les consommations des antibiotiques
- Informer le personnel sur l'antibiorésistance et les BMR/BHRe
- Elaborer un plan de crise permettant de détecter une épidémie et de mettre en place les premières mesures de gestion
- Signaler les infections associées aux soins
- Réaliser un audit sur les justifications des demandes d'analyse
- Améliorer la réévaluation des traitements antibiotiques

#### *Assurer la formation continue du personnel*

- Faire participer les membres de l'EOH aux journées du réseau
- Promouvoir et évaluer l'observance des précautions « standard »
- Sensibiliser les personnels à la vaccination antigrippale
- Mettre en place une formation à la prévention des infections nosocomiales des nouveaux arrivants dans notre établissement de santé et évaluer sa mise en œuvre.
- Proposer l'inclusion, dans un livret-type d'intégration des personnels, d'une partie « prévention du risque infectieux » comportant les thèmes prioritaires de formation
- Inscrire la prévention des infections nosocomiales dans les actions d'évaluation des pratiques professionnelles
- Suivre le taux de salariés formés à l'hygiène

#### *Mettre en place les moyens liés à la maîtrise du risque infectieux*

- Diminuer le risque d'Accident avec Exposition au Sang
  - Etudier la faisabilité de mettre en place du matériel sécurisé
  - Réapprovisionner régulièrement le service en désadaptateur
  - Inclure l'utilisation du désadaptateur dans le guide de survie
  - Vérifier, en liaison avec les services de médecine du travail, le statut de vacciné et/ou d'immunisé des professionnels vis-à-vis du VHB, de la coqueluche, de la rougeole et de la grippe
- Réviser régulièrement les protocoles
  - Effectuer une revue des protocoles et planifier leur révision sur 5 ans



### *Redynamiser les instances, en tant qu'espaces de consultation*

Ces dernières années, il a fallu restructurer le management de la qualité et de la gestion des risques, après les départs de la Directrice puis du Gestionnaire des risques.

La Direction a voulu redynamiser les instances, en tant qu'espaces incontournables de consultation, sur les thématiques qui sont rattachées à chacune d'entre elles.

Un organigramme des instances a été défini, pour préciser ce qui devait être fait dans chacune des instances, en terme de fréquence de réunions, de participants à inviter, de thématiques et d'actions annuelles à prévoir.

Un appel à volontaire a été effectué parmi le personnel pour stabiliser les instances autour de membres pérennes sur 3 ans.

Une clarification sur l'élaboration et la diffusion des ordres du jour, ainsi qu'un modèle commun de compte rendu a permis d'harmoniser la démarche, afin que chacune des actions décidées en instance soit suivi à travers le PAGE.

### *Déployer les outils de base*

La démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques s'appuie sur un déroulement connu :

- Identifier les risques (au sens large) a priori et a posteriori
- Analyser les risques en termes de fréquence, de gravité, avec leurs causes et leurs effets, mais aussi leur niveau de maîtrise atteint
- Hiérarchiser les risques à partir de leur criticité et de notre niveau d'acceptabilité
- Traiter les risques en élaborant un programme d'action
- Suivre et évaluer ce programme d'actions, y compris à l'aide d'indicateurs.

Une démarche globale et coordonnée doit s'appuyer sur des outils communs.

L'outil principal de suivi de la démarche est le PAGE. On y trouve désormais à l'intérieur le plan d'investissement et le plan de formation de l'établissement.

Il nous reste un important travail à mener sur la gestion documentaire et les événements indésirables.

Une gestion documentaire existe sur le logiciel métier, mais il en résulte à ce jour une accumulation de documents difficilement accessible et dans des versions peu maîtrisées. Une importante réorganisation est en cours.

Quant aux événements indésirables, une fiche papier de signalement existe, mais elle est peu utilisée. Le circuit manque de fluidité, de réactivité et de retour au déclarant.

### **Objectifs :**

**2018 :** Définir un rangement cohérent avec un plan pour la gestion documentaire

**2019 :** Planifier une revue des documents sur 3 ans



2019 : Fluidifier le circuit de déclaration et de traitement des événements indésirables

2020 : Effectuer un retour systématique au déclarant

### 8.2.2.3 *Se comparer pour s'améliorer*

#### Indicateurs et tableau de bord

Notre établissement produit de très nombreuses données : par automatisme, par requête des autorités ; par habitude ; selon nos outils...

Il va falloir désormais rationaliser le suivi de ces données, en repérant les indicateurs fiables, reproductibles et facilement produit pour sélectionner ceux qui sont pertinents dans la conduite de l'établissement. Il faudra ensuite trouver des points de comparaison avec l'extérieur.

#### Objectifs :

2018 : Compléter les indicateurs du compte qualité

2019 : Repérer les indicateurs intéressants d'après leur nature

2020 : Consolider un tableau de bord global

2021 : Trouver des points de comparaisons avec l'extérieur

### 8.2.2.4 *Développer les Evaluations de Pratiques Professionnels*

#### Politique des Evaluations de Pratiques Professionnels

##### *Elaboration de la politique des Evaluations de Pratiques Professionnels*

L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des professionnels : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.

L'évaluation des pratiques professionnelles de santé consiste donc pour chaque professionnel à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations disponibles et actualisées ou/et par rapport à des indicateurs.

Cette comparaison peut se faire soit sur un thème choisi par les équipes, soit suite à la survenue récurrente d'un problème. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux résidents doit résulter de cette comparaison.

L'établissement a conduit plusieurs EPP au fil du temps, mais n'a pas réussi à en pérenniser la pratique pour le moment. La volonté est présente pour intégrer les EPP à nos pratiques et cela reste un objectif à conduire pour les prochaines années.



### *Mise en œuvre des Evaluations de Pratiques Professionnelles*

Les démarches d'EPP sont gérées conjointement par le COPIL et l'instance de rattachement selon la thématique de l'EPP.

Le COPIL va suivre le tableau de bord et les avancées des EPP.

L'instance de rattachement va mettre en place et réaliser de manière opérationnelle l'évaluation.

Les EPP sont déclinées dans tous les secteurs d'activité de l'établissement et pas seulement sur le soin. Elles incitent les professionnels à se questionner sur leurs pratiques afin de mettre en place une organisation plus efficace.

Pour ces prochaines années, les thèmes suivants feront l'objet d'évaluation de pratiques professionnelles

- Prise en charge médicamenteuse
- Respect des droits des résidents
- Analyse des événements indésirables
- Et d'une façon générale une pratique professionnelle soignante et/ou médicale en permanence.

Le tableau de bord de suivi des démarches d'évaluation de pratiques professionnelles est mis en place sur l'établissement. Il sert à synthétiser le suivi des démarches. Ce tableau est à présenter lors des COPIL. Des fiches récapitulatives propres à chaque EPP sont rédigées et permettent un suivi synthétique des EPP.

### *Axes stratégiques des Evaluations de Pratiques Professionnelles*

Dans ce cadre, la réflexion a conduit à déterminer les axes stratégiques suivants:

- S'engager à un niveau institutionnel dans les démarches d'EPP
- Faciliter l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques
- Mettre en place les actions d'améliorations issues des EPP

Ces axes stratégiques sont déclinés en Orientations Stratégiques comportant des objectifs à atteindre.

### *Objectifs des Evaluations de Pratiques Professionnelles*

#### *S'engager à un niveau institutionnel dans les démarches d'EPP*

La démarche d'EPP est soutenue par la Direction, qui s'implique dans la démarche, notamment par l'apport des méthodes de travail. Il a été choisi de faire piloter les EPP par le COPIL, afin de renforcer cet engagement.

Le suivi de ces EPP est réalisé par ce COPIL avec le directeur tous les 3 mois.

Le choix des thèmes d'EPP dans l'établissement se réalise en concertation entre les professionnels pour dégager un ou plusieurs thèmes. Ces thèmes ne sont pas fixes et ont pour vocation d'évoluer tout au long de la période sur laquelle court ce projet d'établissement.

Objectifs :

**2018** : Rédiger une fiche EPP pour chaque EPP

**2018** : Intégrer 3 professions dans chaque démarche EPP

**2019** : Utiliser trimestriellement le tableau de bord de suivi des EPP en COPIL



**2021** : Avoir mené des EPP sur l'ensemble des secteurs d'activité

*Faciliter l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques*

Les recommandations de bonnes pratiques sont issues de plusieurs sociétés savantes et organismes publics. Elles nécessitent une mise à disposition pour les professionnels afin d'en faciliter l'accès puis l'appropriation. Ainsi un espace sera prévu dans la gestion documentaire pour diriger vers ces documents.

Objectifs :

**2019** : Disposer d'un lien ou des documents de recommandations de bonnes pratiques dans la gestion documentaire

*Mettre en place les actions d'améliorations issues des EPP*

La simple évaluation d'une pratique ne constitue pas une EPP. Il ne faut pas que les écarts constatés perdurent. Ainsi il doit être mis en œuvre à l'issue de chaque évaluation, un plan d'actions. Ce plan d'actions est intégré dans le Plan d'Amélioration Globale de la Qualité, pour permettre une coordination au niveau de l'établissement.

Le premier levier important d'amélioration suite à une évaluation est la communication des résultats. Par communication orale pendant les transmissions et réunions d'organisations, et à tous niveaux de l'établissement. Cette communication des résultats permet une prise de conscience, une appropriation de la démarche et des résultats obtenus par chaque professionnel. Ils vont ainsi se questionner sur leur pratique quotidienne sur le thème traité par l'évaluation.

Le second levier est le suivi dans le temps. D'une part avec la mise en place effective des actions d'améliorations, et d'autre part avec une mesure de suivi de l'amélioration, portant sur les principaux écarts.

Objectifs :

**2018** : Intégrer les actions d'améliorations issues des EPP dans le PAGE.

**2019** : Renforcer la communication sur les résultats des EPP

**8.2.2.5** *Evaluer la satisfaction de nos résidents, de leurs entourages, des prescripteurs*

La satisfaction de nos résidents et de leur entourage, fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Nous réalisons annuellement une enquête de satisfaction des usagers, pour la diffuser très largement sur l'établissement et en partager l'analyse avec les responsables, les représentants des usagers, ceux du personnel et le personnel en direct également.

Les résultats sont diffusés auprès du personnel, des résidents et du public par le biais d'un affichage et de brochure pour les résidents, dont peu peuvent se déplacer.

Les différentes instances doivent se saisir des résultats pour les analyser et préconiser des actions d'amélioration sur les thématiques qui les concernent.



La mesure de la satisfaction de nos résidents et de leur entourage passe également par la gestion des plaintes et réclamations. Notre établissement a mis en place en 2016 un recueil systématique des réclamations écrites et orales. Les référents des résidents sont désormais sollicités dans l'élaboration de la réponse. Il s'agit désormais de rendre ce système pérenne en le partageant entre les responsables.

Enfin nous envisageons d'évaluer la satisfaction de nos prescripteurs, dans le cadre des partenariats à développer ces prochaines années.

#### **Objectifs :**

**Annuellement** : Conduire une enquête de satisfaction des résidents et de leur entourage

**2021** : Evaluer la satisfaction de nos partenaires

**2019** : Partager l'outil de suivi des réclamations et des plaintes avec les responsables

### **8.2.3 Moyens de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques**

#### **8.2.3.1 Les Instances de l'établissement**

Les instances de l'établissement se sont ajoutées au fur et à mesure des textes les imposant. Il a été cherché à regrouper les instances en choisissant le fonctionnement le plus adapté à l'organisation. Les différents responsables de l'établissement sont présents aux instances, ce qui permet des échanges d'informations.

Le fonctionnement des instances a été réinterrogé avec l'arrivée du Directeur en 2015. Ce sont des organes de décisions désormais, responsable des thématiques qui leurs sont confiés. Un travail important a été réalisé au préalable de ce projet dans ce but.

En 2018 les membres ont été renouvelés pour être pérennisés en fonction des métiers pertinents pour le fonctionnement de l'instance.

Il nous reste à mettre tout cela par écrit en mettant à jour les règlements de fonctionnement, et surtout à trouver des relais au sein du personnel pour porter la bonne parole contenu dans l'instance et ainsi mettre en place des référents par thématiques.

#### **Objectifs :**

**2018** : Mettre à jour l'organigramme des instances

**2018** : Disposer d'un règlement intérieur à jour pour chaque instance

**2019** : Disposer d'un bilan et d'un programme annuels en février pour toutes les instances.

#### **Organigramme des instances**

Fréq.	Composition	Missions
<b>CODIR</b> <b>CME</b> Bimensuel	Responsables	Comité de Direction – Commission Médicale d’Etablissement <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piloter au quotidien l’établissement</li> <li>• Echanger les informations entre les responsables</li> <li>• Décider du plan d’investissement</li> <li>• Décider du plan de formation</li> </ul>
<b>COPII</b> Trimestriel	CODIR + Tec + Animatrice+ Psdt CVS (1f/trim)	Comité de Pilotage <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piloter les orientations stratégiques à travers le PAGE</li> <li>• Suivre au quotidien le PAGE (trimestriel)</li> <li>• Piloter les EPP</li> <li>• Piloter les démarches d’amélioration continue de la qualité (certification ; évaluations)</li> <li>• Piloter le projet animation</li> </ul>
<b>COVIRIS</b> Quadrimestrielle	<b>Phie</b> + Dir + Dr + Tec + Chef G + 1 Lingère + 1 IDEC Myriam + 1 IDE (IJ) + 1 mbre CHSCT (MJB)	Comité des Vigilances et des Risques Sanitaires <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une politique de gestion des risques coordonnés au sein de l’établissement,</li> <li>• Regrouper en son sein les différentes instances en matière de vigilances,</li> <li>• Collecter et analyser les évènements indésirables.</li> <li>• Piloter la cartographie des risques</li> </ul>
<b>COMEDIMS</b> <b>ATB</b> Quadrimestrielle	<b>Phie</b> + Dr + Dir+ 1 IDEC Marielle	Commissions des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Commission des antibiotiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le bon usage des médicaments et l’amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse</li> <li>• Optimiser les dépenses en médicaments et dispositifs médicaux stériles</li> <li>• Surveiller le bon usage des antibiotiques</li> </ul>
<b>CLUD</b> Annuelle	<b>Dr</b> + <b>Phie</b> + <b>Psy</b> + 1 IDEC Marielle + 3 IDE (AMarantier, H Lopez, EDesbrosse)	Comité de Lutte contre la Douleur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la prise en charge préventive, curative et palliative de la douleur aiguë ou chronique des résidents,</li> <li>• Définir une politique de soins cohérente en matière de lutte contre la douleur et la prise en charge en soin palliatif</li> </ul>

	Fréq.	Composition	Missions
CLIN	Quadrimestrie	<b>Dr</b> + Phie + IDECs + IDE (MH) + Dir + Dr W + Laboratoire + Psdt CVS (1f/an) + RIPIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir les infections nosocomiales,</li> <li>• Elaborer et mettre en œuvre des recommandations des bonnes pratiques d'hygiène,</li> <li>• Surveiller les infections nosocomiales</li> </ul>
CVS	Quadrimestriel	<b>Dir</b> + 1 IDEC (tournante) + membres élus + mbre Symage + mbre direction MFI	Conseil de la Vie Sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller au respect des droits des usagers,</li> <li>• Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des résidents et de leurs proches ainsi qu'à la prise en charge</li> <li>• Dialoguer avec les représentants des usagers</li> <li>• Analyser les plaintes et les réclamations reçues</li> </ul>
Commission Restauration	Trimestriel	<b>Dir</b> + 1 IDEC Myriam + Dr + 1 IDE (HB) + 1 AS (GA) + 1 ASH (MJM) + 1 mbre CVS + Chef G + Chef Secteur API + Diét API	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la sécurité alimentaire</li> <li>• Améliorer la prise en charge nutritionnelle des résidents</li> </ul>
Espace éthique	Trimestriel	<b>Psy</b> + Dr Caussé (ext) + libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement</li> <li>• Favoriser la réflexion sur le sens du soin</li> <li>• Produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas, questions particulières ou thèmes généraux</li> <li>• Diffuser en interne des réflexions et des recommandations</li> </ul>
DP / CE	Mensuel	<b>Dir</b> + Mbre élu	Délégués du Personnel / Comité d'Entreprise <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre les revendications individuelles et collectives</li> <li>• Etre informé et/ou consulté sur les aspects qui relèvent de la bonne marche de l'entreprise</li> </ul>
CHSCT	Trimestriel	<b>Dir</b> + Mbre élu + Dr Travail + IT + CRAM + DGA MFI	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les conditions de travaux de salariés, y compris sur le volet de la qualité de vie au travail</li> <li>• Suivre et analyser les accidents du travail</li> <li>• Piloter le document unique d'évaluation des risques professionnels</li> </ul>



### 8.2.3.2 Les fonctions de la gestion des risques

Pour continuer à coordonner efficacement le programme de gestion des risques, 3 fonctions décrites dans les textes ont été regroupées sur un seul professionnel :

- Gestionnaire des risques ;
- Coordonnateur des risques associés aux soins ;
- Responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Une fiche de fonctions décrit son rôle dans l'organisation.

#### Objectifs :

**2019** : Evaluer les conditions d'exercice de la fonction dans le bilan du COVIRIS

**2018** : Mettre à jour les déclarations des vigilants

### 8.2.3.3 Le Plan d'Amélioration Global de l'Etablissement (PAGE)

L'établissement a développé un outil afin de suivre les actions à mener. Le PAGE permet d'identifier les axes d'amélioration et actions à mettre en œuvre en respectant certaines thématiques validées par l'ensemble des acteurs. Ce plan d'action transversal est nourri de tous les plans d'actions rédigés dans l'ensemble des instances.

Cet outil permet de:

- Identifier les différentes sources d'actions (instances, audit, outil...)
- Rattacher les actions à une thématique
- Hiérarchiser les actions par ordre de priorité, chaque responsable doit disposer d'une seule priorité 10
- Coordonner les différents programmes de l'établissement
- Suivre les actions.

Le PAGE a débuté son déploiement en 2016, et il s'est complété au fur et à mesure. La première année a été l'occasion d'inscrire toutes les actions souhaitées ces dernières années, qui ont dû être rapidement mise en regard de nos capacités de travail.

#### Objectifs :

**2018** : Diffuser le PAGE trimestriellement aux professionnels

**2019** : Réussir à intégrer toutes les réunions et surtout tous les audits trimestriellement dans le PAGE

### 8.2.3.4 Cartographie des risques

Auparavant, une cartographie des risques a été utilisée par thématiques, ce qui nous a permis durant la période 2013-2018 de mener un programme d'actions issues de cette cartographie, avec un bilan annuel en COVIRIS.



En 2018, dans le cadre de la préparation de la certification, nous nous sommes appuyés sur les éléments d'investigations obligatoires en tant qu'éléments saillants porteurs de risques potentiels, afin de redéfinir complètement notre cartographie des risques.

L'établissement a structuré sa démarche de gestion des risques a priori en tenant compte des analyses suivantes :

- Analyse de différentes sources d'informations externes sur les risques (par exemple les services de santé au travail...).
- Analyse de la conformité à la réglementation et aux recommandations.
- Analyse de l'organisation et du fonctionnement (audits internes et externes).
- Analyse des événements indésirables, plaintes et réclamations, accidents du travail, des enquêtes de satisfaction

Pour chacun des risques, les causes probables et les mesures de prévention à mettre en place sont recensées.

Pour les années en cours et à venir, une hiérarchisation a été établie. Elle met en valeur un nombre limité de risques, afin que découle un programme de gestion des risques basé sur la cartographie.

Un des travaux à mener est la concordance des différents dispositifs afin d'alimenter sans effort de transposition la cartographie.

#### Objectifs :

**2018 :** Inclure dans le PAGE les actions issues de la cartographie des risques

**2019 :** Alimenter la cartographie en s'appuyant sur les plaintes et réclamations et les événements indésirables

**Annuel :** Revoir 20 % des risques de la cartographie, en tirer les actions prioritaires de l'année

#### Document unique d'évaluation des risques professionnels

Le document unique d'évaluation des risques professionnels a été refondu sur le même modèle. Il appartient au CHSCT de l'inclure dans ces pratiques désormais.

#### Objectifs :

**2018 :** Refondre le document unique en s'appuyant sur la fiche entreprise et les accidents du travail

**2019 :** Définir le programme d'actions du CHSCT à partir du document unique

**Annuel :** Revoir 100 % des risques du document unique

#### 8.2.3.5 Plan blanc-bleu

Le Plan Blanc et le Plan Bleu sont des documents écrits qui énoncent le dispositif de crise permettant la mobilisation immédiate de moyens de toute nature dont l'établissement dispose dans 3 grands cas de figure :



CENTRE  
*Michel Philibert*

- Faire face à une situation sanitaire exceptionnelle
- En cas d'afflux de victimes
- Face à un événement grave perturbant le bon déroulement du service

Ce plan blanc-bleu s'enrichit d'annexe spécifique à la prise en compte de risques particuliers.

**Objectifs :**

**Annuel :** Effectuer un exercice de déclenchement de la cellule de crise

**Annuel :** Maintenir le document à jour

## 8.3 Le Projet Hôtelier et Technique

### 8.3.1 Politique du projet Hôtelier et Technique

#### 8.3.1.1 *L'élaboration du projet Hôtelier et Technique*

La maîtrise du bâtiment en termes de sécurité, de confort et de développement doit être valorisée. Elle se base sur les réglementations en vigueur ou à venir, les recommandations de bonnes pratiques, emprunte à la gestion hôtelière des grands groupes mais ne perd pas de vue notre activité. Ainsi le bâtiment se met au service de ses occupants. Après 25 ans d'occupation, notre bâtiment va faire l'objet de travaux importants, lui permettant de se projeter pour les 25 années à venir.

Notre établissement produit chaque jour des déchets dont des Déchets d'Activités de Soins A Risques Infectieux, consomme de l'énergie, de l'eau, peut utiliser des produits potentiellement polluants (pollution de l'air par des peintures inadaptées, par des produits ménagers, ...). Autant de sujets sur lesquels il est possible d'assurer une gestion responsable.

#### 8.3.1.2 *La mise en œuvre du projet Hôtelier et Technique*

Le Directeur est le responsable de la sécurité des biens et des personnes. Il confie la maintenance du bâtiment et le suivi des travaux au Technicien.

Les propositions d'investissement et d'améliorations du bâtiment sont recueillies au sein des instances chaque année, puis transmises pour priorisation au CODIR.

Un plan pluriannuel d'investissement a été élaboré pour donner une vision sur les investissements à venir.

#### 8.3.1.3 *Les axes stratégiques du projet Hôtelier et Technique*

Sur la période couverte par le projet d'établissement, il est prévu une restructuration lourde du bâtiment.

Le projet hôtelier et technique est développé autour de 6 axes :

- Garantir la sécurité technique,
- Intégrer le Développement Durable :
  - Maîtriser les consommations d'énergie,
  - Maîtriser les déchets et rejets de l'établissement,
- Améliorer la qualité d'accueil hôtelière :
  - Réhabiliter la totalité des chambres en intégrant les innovations disponibles
  - Améliorer le cadre de vie collectif

### 8.3.2 Orientations stratégiques du projet Hôtelier et Technique

#### 8.3.2.1 *Garantir la sécurité technique*

Des outils permettent l'application d'un plan de maintenance de l'établissement tout en assurant sa traçabilité.



### Le carnet sanitaire (maintenance des réseaux d'eau)

Le carnet sanitaire permet d'effectuer un vaste tour d'horizon des réseaux d'eau de l'établissement.

Il décrit les réseaux, en recensant les points particuliers. Un diagnostic des points à risques est présent, et a servi de base aux différents travaux de mise en conformité menés ces dernières années.

Les différentes opérations de maintenance des réseaux et équipements sont explicitées. Ces opérations sont issues en partie des réglementations, présentes dans le carnet sanitaire.

Les fiches techniques sur des opérations particulières permettent de mieux les appréhender.

Enfin, une traçabilité des analyses montre le résultat des différentes opérations de maintenance préventive, corrective et curative.

### Le registre de sécurité (sécurité du bâtiment)

Le registre de sécurité a une existence plus ancienne, et est commun à tous les établissements recevant du public.

On y trouve les informations permettant de s'assurer que la sécurité incendie est maîtrisée, de la prévention du risque aux consignes en cas d'incendie.

Aussi on y trouve une description du bâtiment, les consignes en cas d'incendie, les différentes sessions de formations réalisées auprès du personnel... et une partie importante comportant la description, les rapports de maintenance et ceux de contrôles des différents éléments ayant un rapport avec la prévention du risque incendie ou de ses conséquences.

La sécurité incendie se base en grande partie sur la prévention, en termes de matériels mis en place mais aussi de formation. Notre bâtiment a fait l'objet de travaux en 2010 pour répondre aux exigences réglementaires. L'accent a été ensuite mis sur le suivi des formations. Des exercices ont lieu 6 fois par an par une société extérieure, avec une session plus approfondi pour l'encadrement.

#### Objectifs :

**2019** : Former plus en profondeur le personnel d'encadrement.

**2020** : Former le personnel de nuit deux fois par an.

#### Conduites à tenir

Malgré les différentes maintenances préventives, notre établissement doit s'organiser pour réagir lors d'événements techniques pouvant paralyser notre activité.

Plusieurs événements ont été identifiés par le retour d'expérience. Ils ont été documentés tels que la panne nous privant d'accès à nos données informatiques, l'incendie, la coupure électrique, la panne des portes coulissantes... d'autres doivent l'être.

#### Objectifs :

**2019** : Rédiger les conduites à tenir en cas de coupure de chauffage,

**2020** : Rédiger les conduites à tenir en cas de fuite d'eau

### Sécurité anti intrusion

Notre établissement est intégré dans son environnement, notamment par une partie de ses résidents et de ses professionnels. Peu d'acte mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes ont été recensés. Le dispositif d'alarme anti intrusion a été changé en 2017.

#### 8.3.2.2 Intégrer le développement durable

### Politique de développement durable

#### L'élaboration de la politique de développement durable

Une première politique de développement durable faisait déjà partie du projet d'établissement précédent. Elle a permis des avancées, notamment lorsque l'établissement a été rénové, en intégrant cette notion de développement durable à travers la mise en place d'une isolation extérieure mais également de panneaux solaires pour chauffer l'eau.

Une réflexion est désormais engagée sur le développement durable de manière plus large avec une intégration d'objectifs dans les différents volets du projet d'établissement : économique, gouvernance, social, offre de service en plus de cette politique spécifique.

Notre établissement s'appuie pour cela sur les travaux de l'ANAP en la matière, qui permettent de se comparer et d'obtenir un plan d'actions pertinent.

La réalisation d'un autodiagnostic grâce à une grille de l'ANAP a permis d'obtenir un plan d'actions, par ordre de priorité :



### *La mise en œuvre de la politique de développement durable*

D'une façon générale, la mise en œuvre de cette politique passe par l'intégration du développement durable dans les projets majeurs de la structure.

La politique de maîtrise des consommations d'énergie fait partie des orientations stratégiques de l'établissement. Les travaux à venir sont une occasion importante pour cela. Il est envisagé de faire travailler ensemble les panneaux solaires, le gaz et le réseau de chauffage urbain, le tout régulé par des capteurs et des ordinateurs climatiques.

La maîtrise du volume de déchets produits est le second thème de cette politique, avec des objectifs pour aller plus loin encore que ces dernières années afin de diminuer le nombre de déchets non valorisés.

Le CODIR met en œuvre cette stratégie. Le technicien et la comptable veillent particulièrement aux consommations d'énergie sur l'établissement.

Par ailleurs, la structure a ajusté ses achats aux besoins réels et analyse les indicateurs extra-financiers.

### *Les axes stratégiques de la politique de développement durable*

La politique de l'établissement en matière de développement durable repose sur 2 thèmes.

Maîtriser les consommations d'énergie :

- Analyser les principaux postes de consommations
- Réaliser un plan d'investissement visant à réduire les consommations
- Sensibiliser le personnel à la réduction de la consommation
- Organiser une maintenance préventive efficace pour limiter les consommations

Maîtriser les déchets et rejets de l'établissement :

- Identifier les filières de valorisation des déchets et rejets de l'établissement
- Diminuer la production de déchets et de rejets

### **Orientations stratégiques**

#### *Maîtriser les consommations d'énergie*

Pour cette politique, les axes sont déclinés en orientations stratégiques pour chacune des énergies avec leurs principaux postes de consommation.

#### *Gestion de l'électricité*

Les principaux postes de consommations d'électricité sont l'éclairage, la climatisation en été, les réfrigérateurs et congélateurs, et les appareils bureautiques.

#### *Eclairage*

L'ensemble de l'établissement est équipé en ampoule basse consommation d'énergie. Des solutions d'éclairage automatique sont mises en œuvre sur plusieurs locaux.



**Objectifs :**

**2020 :** Mettre en place des éclairages automatiques sur escaliers.

**2021 :** Mettre en place des éclairages automatiques dans les vestiaires.

*Réfrigérateurs et congélateurs*

Dans le plan de maintenance, il est prévu le dépoussiérage périodique des groupes froids, et notamment des réfrigérateurs et congélateurs, gros consommateurs d'électricité. Sur l'établissement, nous avons multiplié les enceintes de stockage réfrigérées.

**Objectifs :**

**2020 :** Installer un groupe froid centralisé plus performant avec des chambres froides

*Appareils bureautique*

Si nous ne pouvons pas jouer sur les écarts de consommations entre les différents types de matériel pour les imprimantes et les écrans, relativement équivalents, d'autres paramètres sont à prendre en compte pour ces appareils. Notamment les durées d'utilisation en fonctionnement, avec la sensibilisation des utilisateurs à l'extinction des écrans et à l'utilisation du mode de veille.

Mais également sur des paramètres qui n'influent pas directement sur l'énergie consommée par l'appareil, mais sur le cycle de vie des produits qu'il consomme : recyclage des cartouches et mode recto verso pour les imprimantes, recyclage de l'ensemble de l'appareillage électronique auprès des déchetteries agréées. Plusieurs dizaines d'appareils ont ainsi été recyclés.

Il est à noter que l'équipement du Centre en clients légers, en lieu et place d'ordinateurs PC, réduit la consommation électrique.

**Objectifs :**

**2019 :** Surveiller infra annuellement les écarts de consommations

*Gestion du chauffage*

Le chauffage de l'établissement fonctionne actuellement au gaz de ville.

Le contrat de maintenance prévoit des visites périodiques pour garantir l'utilisation optimale de ces énergies notamment.

Pour ces prochaines années, une solution pour le chauffage est à envisager avec la proximité de la compagnie de chauffage, qui utilise 6 sources différentes de production de la chaleur, dans un mix énergétique, avec un fonctionnement efficient comprenant les panneaux solaires.

La climatisation des couloirs du bâtiment, couplée à l'isolation extérieure, doit permettre de réguler l'ambiance thermique tout au long de l'année.

**Objectifs :**

**2020 :** Remplacer les chaudières par le réseau de chauffage urbain

**2021 :** Confier les énergies à un contrat de performance

**2022 :** Changer les têtes thermostatiques pour détecter les ouvertures de fenêtre

### *Gestion de l'eau*

La gestion de l'eau est traitée dans la partie sur la maîtrise du risque infectieux.

### *Maîtriser les déchets et rejets de l'établissement*

Notre établissement débute sa réflexion sur le sujet. Pour le moment, la structure n'a pas d'engagement au-delà des obligations juridiques. Il lui faut identifier les sources de déchets où des diminutions de production sont possibles, et développer les filières de valorisation.

L'établissement a identifié les produits dangereux qu'elle utilise pour son activité.

Catégorie	Filière
<b>Déchets ménagers non recyclables</b>	Collecte 2 fois par semaine
<b>Verre</b>	Collecte sur site avec apport volontaire.
<b>Carton</b>	Collecte 1 fois par semaine
<b>Papier</b>	Collecte 1 fois par semaine.
<b>Plastiques (bouteilles, flacons, bidons)</b>	Collecte 2 fois par semaine.
<b>Métal</b>	Absence de collecte : à inclure dans le nouveau contrat.
<b>Déchets électroniques, chimiques</b>	Collecte sur site au besoin.
<b>Déchets alimentaires</b>	Absence de collecte : à inclure dans le nouveau contrat.
<b>Déchets verts</b>	Valorisé en décharge par notre prestataire
<b>Palettes</b>	Reprises sur site
<b>Médicaments hors toxiques</b>	Collecte sur site avec enlèvement par une société spécialisée
<b>Piles</b>	Collecte sur site avec enlèvement par une société spécialisée
<b>Imagerie Médicale</b>	Apport volontaire
<b>Cartouches</b>	Collecte sur site avec enlèvement par une société spécialisée
<b>Huiles alimentaires</b>	Collecte en point de regroupement du prestataire
<b>DASRI</b>	Collecte sur site avec enlèvement par une société spécialisée
<b>Néons</b>	Collecte sur site avec apport volontaire.

### **Objectifs :**

**2019** : Auditer annuellement le circuit des déchets

**2020** : Sensibiliser les résidents et le personnel en participant à la semaine du développement durable

**2021** : Mettre en place des actions de réduction du gaspillage alimentaire suite aux travaux de la cuisine

**2019** : Poursuivre un objectif de réduction du poids des ordures ménagères en signant un nouveau contrat

**2022** : Mettre en place des actions de réduction des produits dangereux utilisés pour l'activité de l'établissement.

### 8.3.2.3 Améliorer la qualité d'accueil hôtelière

Ce bâtiment a 25 ans, et a fait l'objet en 2010 d'une première tranche de travaux portant sur le désenfumage de la sécurité incendie, l'isolation extérieur, la réfection des couloirs des étages ou encore la mise aux normes en termes d'accessibilité. Il reste encore des améliorations à apporter pour le confort des résidents et les conditions de travail des salariés.

Le projet consiste à racheter par crédit le bâtiment et à conduire une transformation sur 4 axes :

- Réhabiliter la totalité des chambres en intégrant les innovations disponibles en termes de communication, de prévention des risques et de digitalisation
- Améliorer le cadre de vie collectif
- Optimiser les énergies lors de leur réhabilitation
- Reconstruire une cuisine adaptée à nos besoins

Il fait l'objet d'un plan pluriannuel d'investissement sur les 5 ans à venir.

Réhabiliter la totalité des chambres en intégrant les innovations disponibles en termes de communication, de prévention des risques et de digitalisation

Nos chambres sont vétustes : le sol lustré est dégradé, le mobilier a 25 ans, l'espace de la salle d'eau est également d'époque avec des WC encastrés qui présentent des fuites.

Nous envisageons une réhabilitation complète des chambres :

- Réfection des sols, murs et plafonds
- Changement des lavabos et des cuvettes de WC

Avec une amélioration du confort et de la sécurité :

- Mise en place de robinet thermostatique sur les douches et les lavabos avec des cartouches remplaçables (risque de brûlure et de légionnelles)
- Remplacement du mobilier en tenant compte de l'autonomie restante : placard (sécurisation pour éviter l'ouverture par d'autres résidents, facilité d'accès pour le résident), chevet (mobilisation de l'épaule, sécurisation contre les vols), table de bureau (hauteur variable), fauteuil de repos (dispositif de lever)\*
- Mise en place de rails au plafond pour la manutention des résidents

Nous envisageons également d'introduire des innovations selon les technologies de santé disponibles actuellement et sous réserve de financements supplémentaires, telles que :

- Lits : avec pesée intégrée, moyens de transferts
- Environnement propices aux objets connectés (tension, pouls, diabète)
- Prévention des chutes : dispositifs de détection
- Moyens de communication adaptés aux capacités : appels malades vidéo, skype, contrôle de l'environnement de la chambre (volet, lumière, téléphone, télévision...)
- Moyens de communication adaptés pour les soignants : dossiers au lit du malade



## Améliorer le cadre de vie collectif

### *Réhabilitation des espaces extérieurs*

Après avoir réhabilité les salons de l'établissement, le projet se poursuit sur les extérieurs, selon le souhait des usagers.

L'espace devant le tilleul étant de plus en plus utilisé, il devient restreint pour accueillir tous les résidents qui le souhaitent. Nous avons donc le projet de l'agrandir et de l'aménager selon les besoins et les envies des résidents et de leur entourage.

La terrasse de l'établissement est un espace ouvert qui n'a pas su être exploité depuis l'ouverture du bâtiment : trop ventée l'hiver, trop brulant l'été. Il conviendra de mettre en place des protections thermiques pour s'adonner à des activités adaptées telles que du jardinage ou peut être la présence d'animaux.

### *Réfection des couloirs*

Les couloirs du rez de chaussée doivent être refaits comme l'ont été ceux des étages en 2010. La totalité des mains courantes de l'établissement doit être remplacée par un système plus hygiénique et adapté à nos déplacements.

### *Reconstruire une cuisine adaptée à nos besoins*

Les services de la DDPP ont préconisé plusieurs améliorations lors de leur contrôle en octobre 2015. Notre cuisine d'époque doit faire l'objet d'un curage complet pour la remettre aux normes.

Des cloisons doivent séparer les différents espaces de travail, en réalisant la réfection des murs, des sols et des plafonds qui seront abaissés et en ajustant les réseaux d'eau et d'énergie à la nouvelle configuration.

Des chambres froides doivent venir remplacer avantageusement les multiples réfrigérateurs individuels en place.

Un chantier de cette ampleur doit nous interroger sur les évolutions possibles pour mettre en place un outil de production adapté à une population qui demande des plats différenciés en goûts, texture et enrichissement.

L'aspect environnemental sera inclus dans le projet en termes de consommations d'énergie et de production et recyclage des déchets.

## 8.4 Le Projet du système d'information

### 8.4.1 Politique du système d'information

#### 8.4.1.1 *L'élaboration de la politique du système d'information*

La prise en charge du résident génère des flux d'informations multiples qui concernent aussi bien les activités de soins que les activités de gestion et les activités logistiques.

Il est donc important que ces flux puissent être gérés dans le cadre d'un système cohérent procédant d'une même approche avec des objectifs précis pour que les informations recueillies, traitées et communiquées puissent contribuer au bon fonctionnement de l'établissement, des secteurs d'activité et assurer la coordination de la prise en charge et la continuité des soins. Le tout en respectant la sécurité des données, qui pour beaucoup sont des données médicales et/ou personnelles.

Le dossier du résident, trace de la collaboration et de la communication au sein de l'équipe, fait partie des facteurs clés de la réussite de la prise en charge du résident. La communication au sein de l'établissement doit être un axe stratégique prépondérant, afin de faciliter le travail des équipes, d'utiliser au mieux le temps dédié à cette communication et ainsi agir sur les risques générés par les défauts de communication.

Le développement prépondérant de l'informatique dans le système d'information est au cœur de nos préoccupations. L'outil informatique ne doit pas contraindre, mais optimiser le temps de travail du personnel en gardant en tête leur valeur ajoutée.

Ce n'est pas parce que l'outil permet de faire une traçabilité de tous les instants par exemple, que cela a du sens de faire TOUT tracer à notre équipe. Quelle utilisation de ces données ? Pour quel effort de recueil et de traitement ? sont des questions pertinentes.

#### 8.4.1.2 *La mise en œuvre de la politique du système d'information*

Le management met en œuvre le système d'information, avec l'appui du service de communication et du service informatique du GHM.

L'amélioration de la communication en équipe va reposer sur la méthodologie du projet PACTE.

Historique du schéma directeur de l'informatique :

- Depuis 2007 /2008 : Intégration totale de la formation à l'utilisation du nouveau logiciel de soins par les professionnels et base documentaire nourrie en temps réel de production des écrits.
- Mise en place fin 2008 d'une comptabilité analytique prenant en compte la différenciation entre le budget soins USLD et celui de l'EHPAD.
- 2009 : Acquisition d'un nouvel outil de facturation compatible avec le logiciel de soins ; formation et intégration de l'utilisation par la comptable.

- 2009/2010/2011 : Acquisition d'un nouvel outil de gestion comptabilité /paye, commun à la Mutualité Française Isère ; formation du personnel à ces nouveaux outils et intégration de la formation.
- 2012/2013 : Acquisition du logiciel Planning, formation du cadre de santé et du secrétariat et intégration de son utilisation.
- 2013/2014 : Mise en place de la WIFI et d'ordinateurs portables à la disposition des IDE pour l'enregistrement des traitements au fil de leur administration
- 2016/2017 : inscription dans l'application Via Trajectoire développée par le Conseil Général pour faciliter les demandes d'admission en USLD et en EHPAD.

#### 8.4.1.3 *Les axes stratégiques de la politique du système d'information*

Dans ce contexte, les axes stratégiques de la politique du système d'information sont :

- Améliorer l'accès des utilisateurs à l'information utile
- Mieux communiquer en équipe en s'appuyant sur le projet PACTE
- Maîtriser les canaux de communication et d'information
- Améliorer le dossier du résident en tant que facteur clé de la prise en charge du résident
- Améliorer le fonctionnement des postes informatiques
- Améliorer le suivi statistique de l'activité

#### 8.4.2 Orientations stratégiques du système d'information

##### 8.4.2.1 *Améliorer l'accès des utilisateurs à l'information utile*

#### Développer l'identitovigilance

Ce concept est apparu ces dernières années. Cette vigilance débute dès l'admission du résident. Il s'appuie sur la reconnaissance du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, et permet d'éviter des erreurs importantes. Des solutions simples doivent être trouvées et diffusées auprès du personnel.

#### Objectifs :

**2018** : Définir le circuit de vérification de l'identité du résident

**2019** : Sensibiliser les professionnels soignants aux concepts de l'identitovigilance

**2020** : Réaliser un audit relatif au respect de la procédure d'identitovigilance : concordance entre le bénéficiaire de l'acte et la prescription

#### La gestion documentaire

L'établissement s'inscrit dans une culture écrite ancienne, vécue majoritairement comme une contrainte issue des premières certifications. Il existe de nombreux documents qui datent de plus de cinq ans sans avoir été revus, et qui interrogent quant à leur capacité à délivrer une information utile.

L'outil Base documentaire est intégré dans le logiciel métier Cediacte, ce qui permet un accès aisé à tout le personnel. Le classement se fait avec un système de dossier. Peu de personnes s'y retrouvent, et il est nécessaire de refondre l'architecture et de mettre en place un synoptique visuel de cette architecture à proximité des postes informatiques.



Par contre on peut y retrouver l'activité des instances sur une longue période, avec les comptes rendu de réunion, les bilans et programme annuel et l'ensemble de leurs activités.

**Objectifs :**

**2018 :** Refondre l'architecture documentaire et élaborer un synoptique, puis déplacer les documents

**2019 :** Mettre en place une revue des documents avec un plan pluriannuel

**Planning informatisés**

Les plannings de l'établissement sont saisis informatiquement pour chaque salarié. L'établissement est doté du logiciel EUREKA/EPSILOG permettant de mettre en place un roulement fixe sur l'année. Les salariés disposent de leur planning individuel mensuel mis à jour en temps réel.

Ce logiciel permet de renseigner plus rapidement le logiciel de payes et de fournir au salarié plus rapidement et pour un temps plus long, son planning.

Cet outil a été déployé auprès des responsables en 2016. Il a été accompagné dans son volet de consultation par le personnel en 2017.

Différentes organisations de gestion du planning ont été essayées avant d'aboutir à la forme actuelle. Une secrétaire gère principalement le planning, avec différents documents aux interfaces avec les autres utilisateurs.

Les fonctionnalités du logiciel peuvent aller encore plus loin ces prochaines années.

**Objectifs :**

**2019 :** utiliser les fonctions avancées du logiciel sur les calculs d'heures

*8.4.2.2 Mieux communiquer en équipe en s'appuyant sur le projet PACTE*

Le programme collaboratif pluri professionnel d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) a été établi par la Haute Autorité de Santé afin de sécuriser la prise en charge du résident.

L'enjeu de Pacte a été construit sur les études démontrant que les erreurs et/ou réclamations dans la santé trouvent majoritairement leur source dans un défaut de communication au sein de l'équipe. Les enjeux sont donc de :

- Diminuer la survenue des événements indésirables grâce au travail en équipe.
- Sécuriser l'organisation de la prise en charge du résident en faisant de l'équipe une barrière de sécurité.

Le principe repose sur des équipes volontaires en établissements de santé, soutenues par leur direction, qui s'engagent pour deux ans autour d'un enjeu d'amélioration de la prise en charge des résidents qui fait consensus. Le programme Pacte, issu d'expérimentations sur le terrain propose aux équipes un dispositif d'accompagnement en 3 phases avec des méthodes, des outils et supports pédagogiques clé en main.



Ce programme est une formidable boîte à outils autour du mieux communiquer en équipe, et peut être réalisé avec une souplesse qui correspond à la taille de notre établissement.

Les 3 phases du programme sont :

- Phase 1 : le diagnostic : **Préparer**, comprendre et partager

Cette phase consiste à identifier les difficultés de fonctionnement en équipe pour réaliser le travail au quotidien. La totalité du personnel réalise cette identification. La forme retenue pour l'établissement est la réalisation d'un Crew Resource Management en Santé (CRM Santé). A son issue, l'équipe décide collectivement d'un plan d'actions.

- Phase 2 : mise en œuvre : Apprendre, **mettre en pratique** et suivre ensemble

L'équipe construit et déploie son programme d'actions selon 4 axes : communication, dynamique d'équipe, implication du résident (+ entourage) et gestion des risques.

L'établissement a un outil plan d'actions et des instances suffisamment mature pour porter ce projet dans ces différentes composantes.

- Phase 3 : évaluation : **Consolider** ensemble

Cette étape permet d'évaluer la maturité de l'équipe, les pratiques collaboratives et les résultats. Il est possible de réaliser la démarche entièrement et de la faire reconnaître par la HAS.

### Objectifs :

2019 : Communiquer sur la démarche

2019 : Réaliser un CRM Santé

2020 : Mettre en pratique la plan d'actions issu du CRM

2021 : Evaluer la démarche

#### 8.4.2.3 *Maîtriser les canaux de communication et d'information*

##### Communication externe

La communication externe est gérée par le siège de la MFI-SSAM. Plusieurs actions trouvent leur source au niveau de l'établissement.

##### *Journal Interne*

L'historique du journal interne de l'établissement montre que son édition n'a pas été continue tout au long de l'histoire de l'établissement. Il s'agit pourtant d'un support important qui permet de communiquer directement avec les usagers.

Différents formats, contenus, périodicité ont été utilisés, mais ce canal n'est pas encore pérennisé.

Sa parution doit être assurée mensuellement avec un développement du contenu pour assurer un mix intéressant entre articles institutionnels, et contenu rédigé par les salariés ou les résidents, en s'assurant de son attractivité.



CENTRE  
*Michel Philibert*

### Objectifs :

**2018** : Assurer une parution mensuelle du journal

**2019** : Reproduire les articles à vocation externe sur le site internet de l'établissement

#### *Des répertoires et annuaires pour se faire connaître*

Le Centre Michel Philibert est répertorié dans de nombreux annuaires et répertoires.

#### *Participation aux filières du territoire*

Le Centre Mutualiste Michel Philibert participe sur invitation, aux groupes de travail du Conseil Départemental sur les territoires de l'agglomération de Grenoble, et en particulier aux travaux de la filière gériatrique.

#### *Participation à la formation de différents métiers du soin*

Nous recevons de nombreux stagiaires infirmiers et aides-soignants en passant convention avec les 3 IFSI-IFAS du secteur ainsi que des élèves en BAC PRO ASSP issus de plusieurs lycées de l'agglomération.

#### *Le rapport d'activité*

Le rapport annuel d'activité est rédigé dans le but d'informer les instances décisionnelles du département. Il est remis chaque année aux autorités de tarification.

#### *Un site internet*

Un site est en place. Notre établissement a mis à jour son site internet et réalise quelques communications annuellement par ce biais. Les conditions d'admissions y sont décrites notamment, avec un lien vers ViaTrajectoire. Une vidéo institutionnelle a été réalisée pour présenter notre établissement.

### Objectif

**2018** : Mettre en œuvre les modèles de documents

#### *Schéma Directeur de l'Information*

##### *Description des moyens existant*

Le tableau développé en infra permet de lister l'ensemble des flux d'informations de l'établissement dans une vision synthétique.

Outil	Emetteur	Fréquence	Destinataires							Thèmes	Objectifs	
			Salariés	Siège	Résidents	Visiteurs	Adresseurs	Autorités	Direction			
<b>Siège MFI-SSAM</b>												
Formations	Siège	Annuel								X	Places de formation disponibles	
Tableaux de bord (financier, créances)	Siège	Bi-Mensuelle								X	Indicateurs financiers et sociaux de l'établissement	Effectuer un retour formalisé par trimestre
Mon Flash Info	Siège	Semestriel	X								Actualités du groupe	
Site internet MFI-SSAM	Siège	Permanent	X		X	X	X	X	X		Actualités MFI-SSAM et mouvement mutualiste. Présentation des établissements.	
Réunion des Directeurs	Siège	Trimestrielle								X	Actualité du groupe	
Assemblée Générale	Siège	Annuelle	x		x		x	x	x		Bilan annuel Projets à venir	
<b>Etablissement CMMP</b>												
EPSILOG (gestion du planning)	Etablissement	Permanent	X	X								
CEGI Compta	Comptable	Permanent		X						X	Comptabilité de l'établissement	
CEGI Paye-RH	RH-Directeur	Permanent	X	X							Ressources Humaines	
Cediacte Facturation	Comptable	Permanent			X						Facturation résident	
Tableau d'indicateurs public de l'établissement	Etablissement	Annuel	X		X	X				X		
Règlements Intérieurs (résidents, visiteurs, personnels)	Etablissement	Permanent	X		X	X						
Documents de gestion des ressources humaines	Salariés	Ponctuelle								X		
Dossier salarié	Etablissement	Permanent								X		Mettre à jour les dossiers des salariés
Fiche Evénements Indésirables	Salariés	Ponctuelle		X						X	Evénements indésirables	
Plaintes et réclamations	Résidents et entourage	Ponctuelle								X	Classeur et statistique annuelle	
Réunion des instances	Direction	Trimestrielle	X									
Compte rendus de réunions	Direction	Ponctuelle	X								Instances	
Cediacte –Dossier patient	Soignants	Permanent	X								Dossier Patient partagé	
Via-Trajectoire	Secrétaire Résident-Médecin	Quotidien					X	X			Disponibilité des lits / Gestion des demandes d'admission	
Relèves	Salariés	Bi quotidien	X								Matin et soir au changement d'équipe	
Transmission-pluridisciplinaire	Staff	quotidien	X								A 11h30 dans chaque équipe- Construction du projet patient, réévaluation	

Outil	Emetteur	Fréquence	Destinataires						Thèmes	Objectifs	
			Salariés	Siège	Résidents	Visiteurs	Adresseurs	Autorités			Direction
Rencontre adresseurs	Direction	Ponctuelle					X			Evaluation du partenariat	
Rencontre fournisseurs	Direction	Ponctuelle							X	Evaluation du partenariat	
Journal interne	Animatrice	Mensuelle	X		X					Actualités de l'établissement Rappel des procédures Communication instances	Etablir un calendrier annuel thématique
Affichage obligatoire : DP/CE/CHSCT...	Direction	Permanent	X							Réglementations	Maintenir à jour
Affichage temporaire, pédagogique, événementiel	Direction	Ponctuelle	x		x	x					Etablir leur format
Affichage fonctionnel, signalétique interne et externe, conduite à tenir « en cas de »	Direction	Permanent	x		x	x					Maintenir à jour
Affichage institutionnel dans les espaces publics	Direction	Permanent	X		X	X				Informations réglementaires, tarifaires, communication générale.	Maintenir à jour
Événement	Direction	Ponctuelle	X							Communication informelle	
Intranet Commun	Salariés	Permanent	X						X		
Base documentaire - Cediacte	Responsables	Permanent	X							Documents de l'établissement	Poursuivre les informations pour les salariés
PAGE Plan d'actions	Responsables	Trimestrielle	X	X						Plan d'amélioration de l'établissement	
Cartographie des risques	Direction	Permanent		X		x			X	Identifier les risques et actions prioritaires	
Note de service	Responsables	Ponctuelle	X								Etablir leur format
Internet	Direction	Permanent	X		X	X	X		X		
Messagerie	Salariés	Ponctuelle	X						X		Uniformiser les messageries professionnelles
Livre d'or	Résident	Ponctuelle			X	X			X		
Téléphone	Salariés	Ponctuelle	X								
Lettre en tête/Enveloppe/Mail	Salariés	Ponctuelle	X	X	X		X	X			Etablir leur format
Livret d'accueil résident	Secrétaires	Permanent			X	X	X			Fonctionnement de l'établissement	
Livret d'accueil salarié	Direction	Permanent	X							Fonctionnement de l'établissement	
Réunion de service	Responsables	Trimestrielle	X							Organisation du travail	Etablir un calendrier annuel



CENTRE  
*André Philibert*

#### 8.4.2.4 Améliorer le dossier du patient

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées en temps utile, enregistrées pour tout patient accueilli. Le circuit de ce dossier est protocolisé ( PRO/MED 020).

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue sont définis et connus à travers une procédure comprenant les règles de tenue du dossier.

Le dossier informatique du patient est renseigné sous le logiciel Cediacte. Ce logiciel dispose de droits d'accès de différents niveaux suivant la profession de l'utilisateur. Le personnel compétent renseigne ce dossier informatique de façon à disposer d'un maximum d'informations de manière transversale. Ce dossier est le support essentiel de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'établissement. Les correspondants externes, reçoivent des extraits ou la totalité de ce dossier en fonction des liaisons nécessaires.

Une évolution importante aura lieu ces prochaines années avec le Dossier Médical Partagé. Notre établissement souscrit à la démarche de déploiement du DMP. La première étape étant la compatibilité des données.

Une fois utilisé, ce dossier est ensuite archivé dans notre salle d'archive sécurisée.

#### 8.4.2.5 Améliorer le fonctionnement des postes informatiques

L'utilisation de l'informatique a pris une place majeure dans notre activité. A un point tel qu'en cas de panne général, si rien n'est prévu, la prise en charge de nos résidents s'en trouve compromise. Il s'agit donc d'anticiper une panne éventuelle et de se tenir prêt à réagir, mais également à prendre en compte au niveau où il se doit l'équipement informatique de notre établissement.

Le plan de reprise d'activité en cas de panne informatique a été testé plusieurs fois en 2018 pour le rendre opérationnel.

Il apparaît intéressant dès lors de dresser une vue d'ensemble de nos postes physiques et de leur criticité.

#### **Objectifs :**

**2018 :** Elaborer un suivi du parc informatique

**2019 :** Acquérir le matériel en doublons nécessaire



CENTRE  
*André Philibert*

#### 8.4.2.6 Améliorer le suivi statistique de l'activité

##### Elaborer un tableau de bord établissement

Le développement d'indicateurs pertinents est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. En effet, ces indicateurs, bien utilisés, sont des outils indispensables au management du centre à différents niveaux.

L'établissement dispose de nombreux indicateurs de suivi. Il tire ces indicateurs de son système d'information (CEGI, Cediacte, questionnaire de satisfaction ...). Ces indicateurs lui permettent d'orienter ses politiques et d'améliorer au quotidien ses pratiques dans la prise en charge des résidents.

Pour autant ces indicateurs manquent de lisibilité. Une réflexion pour parvenir à extraire simplement les bons indicateurs nécessaires à chacun doit être menée, conduisant à un tableau de bord de l'établissement.

Ce tableau de bord pourra être alimenté avec des indicateurs qui existent déjà dans un premier temps et qui sont propres à l'établissement, qui peuvent être contractualisés dans le cadre du CPOM ou interne, et également avec des indicateurs nationaux tels que les IPAQSS.

Les facteurs clefs d'un bon indicateur sont :

- Son utilité (pas de chiffre pour le chiffre)
- Sa reproductibilité et sa fiabilité (connaître ce qu'il y a derrière le chiffre)
- Sa facilité de production (automatisé)

L'analyse des indicateurs se réalise avec les instances, responsables et professionnels concernés. L'établissement peut s'appuyer sur le benchmarking avec une base d'établissements du groupe MFI-SSAM.

Le tableau de bord comportera plusieurs types d'indicateurs:

- Des indicateurs d'activité qui apportent des informations sur l'activité des services ou sur la fréquence de certaines opérations (taux d'occupation, nombre de réhospitalisations, etc.) ;
- des indicateurs de ressources (niveaux de dépenses et de recettes, taux d'absentéisme, suivi du turn-over, nombre d'accidents du travail, etc.) ;
- des indicateurs de qualité (satisfaction du résident, délais d'admission, etc.).

##### Objectifs :

**2019** : Choisir les indicateurs existants nécessaires à chacun pour constituer un tableau de bord

**2020** : Suivre ce tableau de bord et s'en servir pour décider

**2021** : Enrichir ce tableau de bord

## **IX. Le projet social – les ressources humaines**

### **9.1 Politique du projet social**

#### **9.1.1 L'élaboration de la politique du projet social**

La gestion des ressources humaines de l'établissement est un des 3 facteurs clés de la prise en charge du résident. Le projet social doit conduire à l'adhésion de chacun aux objectifs fixés et tendre vers la mobilisation et la cohésion de l'ensemble du personnel.

Pour ce faire, l'engagement de la Direction est double :

- Donner les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs
- Assurer le développement des compétences

L'examen de l'organigramme du personnel permet de constater la place prépondérante des soignants et des services généraux attachés aux conditions de séjour des résidents.

Cet organigramme n'est pas figé et doit être adapté autant que nécessaire en fonction de l'évolution du positionnement de l'Etablissement, du cahier des charges des tutelles et du nouveau SRS, mais également des moyens attribués à l'établissement.

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

Des notions récentes sont apparues dans la gestion des ressources humaines. Après la sécurité au travail, la préoccupation de la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux ont leur place dans ce projet social.

#### **9.1.2 La mise en œuvre de la politique du projet social**

Le management des équipes est décentralisé au sein de chaque établissement du groupe MFI. Il repose sur un Directeur d'établissement impliqué dans le management et relayé par un encadrement de proximité avec une infirmière coordinatrice à chaque étage et un service de ressources humaines de deux secrétaires en soutien.

Les représentants des salariés sont rencontrés régulièrement au sein d'un CE-DP et d'un CHSCT, au cours desquels sont échangés les projets et préoccupations. Ces instances représentatives participent aux projets et aux groupes de travail au-delà des obligations juridiques.

Le service des ressources humaines du siège intervient également pour donner une expertise notamment sur le juridique et la paye.

En matière de reporting, les Directeurs d'établissement disposent d'indicateurs sociaux périodiques. Un bilan annuel est réalisé avec détail, ce qui permet de constater et de prévoir les évolutions.



### 9.1.3 Les axes stratégiques de la politique du projet social

- Fédérer le personnel autour d'un projet commun
- Poursuivre l'amélioration des Conditions de Travail et de la prévention des risques professionnels
- Améliorer la qualité de vie au travail
- Améliorer le processus d'intégration des nouveaux salariés
- Disposer des compétences nécessaires à la conduite des missions de l'établissement

## 9.2 Orientations stratégiques du projet social

### 9.2.1 Fédérer le personnel autour d'un projet commun

Pour fédérer l'ensemble des professionnels, il nous faut trouver des piliers sur lesquels cette démarche peut s'appuyer. Ces piliers doivent être suffisamment communs aux professionnels pour que la totalité des personnes puissent y trouver leur place. Ils doivent être suffisamment solides pour durer dans le temps sans effet d'essoufflement.

Les piliers choisis sont :

- Les principes d'interventions de l'établissement ;
- L'amélioration de la communication au sein de l'organisation ;
- La démarche qualité et gestion des risques.

Sur les principes d'interventions de l'établissement, qui font l'objet d'un chapitre, un travail sur leur partage dans le temps pour que chacun se les approprie, y compris les nouveaux arrivants. Ces principes n'ont pas été formalisés avant ce projet. Pour autant ils ont été faciles à rassembler, car ils reflètent les décisions prises au fil du temps. Il est temps de les faire connaître et de les assumer fièrement.

Le second pilier repose sur le programme PACTE, qui fait l'objet d'un chapitre dans le projet du système d'information. Une succession d'étapes, du diagnostic à l'évaluation du chemin parcouru, est proposé dans ce programme et adaptable à notre établissement.

Sur la démarche qualité et gestion des risques, il nous faut la rendre accessible à tous, et se servir de ses principes pour faire travailler ensemble nos professionnels. Nous avons mis en œuvre les outils communs et nous allons poursuivre les projets en cours. Le déploiement de la gestion documentaire sous sa nouvelle version permettra d'utiliser l'informatique et de nouveaux outils. Les évaluations de pratiques professionnelles permettent elles d'améliorer nos pratiques en concertation.

### 9.2.2 Poursuivre l'amélioration des Conditions de Travail et la prévention des risques professionnels

Les travaux de 2016 sur l'absentéisme ont conduit à s'interroger sur les conditions de travail et la prévention des risques professionnels.



Le baromètre social inclus de question sur ce thème pour savoir où porter nos efforts.

Le CHSCT prend peu à peu une place prépondérante dans le dispositif, en développant ses outils d'analyse et de suivi des accidents du travail, l'élaboration d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail ou encore une relation de travail retrouvée avec le service de santé au travail.

Les accidents du travail font désormais l'objet d'une fiche d'analyse, avec des questions particulières sur les risques prépondérants dans notre établissement que sont les accidents de manutention et les chutes de plain pied. Ces fiches sont analysées chaque trimestre en CHSCT.

Le document unique a été étayé par ces fiches pour montrer que les risques de manutention sont les plus importants risques professionnels de notre établissement.

Le personnel, relayé par le CHSCT, a souhaité disposer de moyens modernes de manutention avec l'idée de mettre des rails au plafond. La CHSCT a développé cette idée, qui trouve écho au plan d'actions de l'absentéisme, pour développer tout un programme de prévention des troubles musculo squelettiques.

Ce programme repose sur des moyens techniques, de la formation et une organisation, le tout étant à développer sur les prochaines années

Les moyens techniques :

Déjà présents	A développer
Alèses de réhaussement Lève personne Lits à hauteur variable	Lève personne au plafond, avec un moteur par chambre le nécessitant Matelas gonflable avec position soins Draps et Planches de transfert Guidon de transfert Disque de transfert

La formation

Déjà présents	A développer
1 à 2 Formations annuelles par les masseurs kinésithérapeutes Information sur les alèses de rehaussement Ateliers de massage et de sports	6 formations annuelles par les masseurs kinésithérapeutes Ateliers mensuels sur les moyens de prévention Référents sur les troubles musculo squelettiques Formation sur l'éveil musculaire et le renforcement musculaire Ateliers de massage et de sports



## Organisation

Déjà présents	A développer
Liste de soins à réaliser à 2	Inclure l'éveil musculaire dans le travail
Analyse des accidents du travail	Référents des troubles musculo squelettique

Les échanges avec la médecine de travail sont désormais nombreux. Une fiche d'entreprise a été établie puis présentée, avec en annexe un travail sur les risques chimiques. Nous pouvons également dialogué avec eux sur des situations particulières qui demandent des aménagements, tout en respectant notre organisation pour ne pas mettre en difficulté l'ensemble de l'équipe.

Le document unique est développé dans la partie sur l'Amélioration de la Qualité et de la gestion des risques.

### 9.2.3 Améliorer la qualité de vie au travail

#### 9.2.3.1 *Améliorer le dialogue social*

Le dialogue social pourrait être défini à deux niveaux. Le premier repose sur les dispositions légales caractérisant les échanges entre la direction et les représentants des salariés.

Le second, que nous souhaitons développer ici, est plus large et encourage la participation de tous les personnels dans les projets de l'établissement. Nous parlons alors de co-construction des projets avec les instances, les salariés et la direction.

Tous les projets structurants de l'établissement font l'objet d'une proposition de dialogue qui n'aboutit pas toujours. Par exemple le baromètre social et l'absentéisme ont fait l'objet de présentation ce qui a été l'occasion de nouer un dialogue.

#### 9.2.3.2 *Baromètre social*

Pour améliorer la qualité de vie au travail, il est important de disposer d'indicateurs. Un des moyens les plus pertinents est la réalisation d'une enquête de satisfaction sur les thèmes de la qualité de vie au travail.

Cette enquête est désormais annuelle. Elle est largement communiquée auprès des salariés et de leurs représentants pour échanger avec eux sur les actions à mener pour améliorer ces résultats. Les actions rejoignent ensuite le plan d'actions de l'établissement.

Au-delà de cette enquête, il est important de mettre en place différents espaces de paroles : des rencontres avec le Directeur, de l'analyse de la pratique professionnelle, des réunions de services...

### Objectifs :

**2019** : Mettre en place un recueil informatisé obligatoire

**2020** : Obtenir 90 % de professionnels satisfaits de travailler sur l'établissement



CENTRE  
*Michel Philibert*

#### 9.2.3.3 *Prévenir l'absentéisme*

Cause ou conséquence, le rôle de l'absentéisme dans la qualité de vie au travail est important. Cet absentéisme a un poids important dans les établissements médicosociaux. Il ne doit pas être considéré comme une fatalité, avec un plan d'actions qui doit permettre de prévenir l'absentéisme et de limiter ses conséquences.

Un autre outil de mesure de la qualité de vie au travail est une étude des caractéristiques de l'absentéisme. Ce travail a été réalisé à partir de 2016 sur l'établissement. Un plan d'actions a été élaboré. La forme de l'absentéisme a commencé à se modifier au fur et à mesure de l'avancée de ce plan.

#### 9.2.3.4 *Sortir du quotidien*

Un axe des orientations stratégiques de 2016 comportait un objectif visant à sortir les équipes du quotidien. Plusieurs salariés ont bénéficié de ce programme, qui vise à faciliter et encourager toutes les initiatives des salariés à destination des résidents ou de leurs collègues.

De façon institutionnelle, un système de référents se met en place petit à petit. Un appel à des volontaires a été réalisé pour les instances, avec en contrepartie un accès à une formation et une journée de récupération supplémentaire. Ce système sera développé pour mettre en place des référents reconnus sur différents domaines.

Le premier rôle rappelé a été celui de référent des résidents. Un groupe de travail a remis les missions du référent à jour pour les diffuser largement. A chaque occasion, le rôle du référent a été mis en avant : nomination officielle et publique, définition du projet personnalisé, participation aux analyses des réclamations...

A partir de la volonté des salariés, des ateliers de massage et de gymnastique à destination des salariés ont été mis en place ; des sorties avec les résidents ont été organisées ; différentes spécialités ont été cuisinées pour partager un repas avec les résidents.

#### 9.2.4 Améliorer le processus d'intégration des nouveaux salariés

L'intégration des nouveaux salariés doit leur permettre d'évoluer rapidement dans notre établissement en connaissant toutes les règles de fonctionnement nécessaires au travail. Plusieurs outils doivent pour cela être utilisés, dans un processus d'intégration. Ce processus a été formalisé en 2018.

##### 9.2.4.1 *Recrutement*

Pour le recrutement, l'établissement utilise différents canaux de communication pour valoriser les offres d'emploi. Systématiquement, le site internet de pôle emploi et l'affichage interne et en réseau sont utilisés.



CENTRE  
*André Philibert*

Suivant le profil, des canaux supplémentaires sont activés. A travers différents sites internet, ainsi qu'un mailing aux écoles pour les infirmiers, mais également un partenariat avec pôle emploi, la mission locale et la garantie jeune.

Un premier entretien téléphonique a lieu pour obtenir les informations manquantes et valider la candidature sur des points clefs du poste.

Un entretien physique a ensuite lieu dans nos locaux. Le candidat complète une fiche de candidature avec un contrôle des références et un bref test de compréhension, de lecture et écriture. Un compte rendu d'entretien standardisé est rédigé pour chaque rencontre.

#### 9.2.4.2 *Accueil du salarié*

Le contrat et la déclaration unique d'embauche sont faits au préalable de l'arrivée du salarié dès que les informations nécessaires sont en notre possession. Une fiche de demande des documents est réalisée dans ce but.

Une visite de l'établissement a lieu au préalable de l'embauche par une des infirmières coordinatrices.

Il est prévu une remise d'un livret d'accueil comportant les informations nécessaires à la prise de fonction. Ce livret d'accueil a été revu en 2018 en groupe de travail, pour s'adapter au type de salarié (intérimaire, vacataire longue durée ou titulaire) et au métier.

#### 9.2.4.3 *Intégration*

La période d'intégration court sur la période d'essai. Elle débute par une période de doublure de 2 jours. Elle comporte plusieurs entretiens informels avec le responsable afin de faire le point sur les difficultés rencontrées et les actions à mettre en œuvre.

Une fiche d'évaluation doit être mise en place pour formaliser le retour des équipes.

Une formation annuelle est réalisée pour les nouveaux salariés sur différents thèmes.

#### **Objectifs :**

**2019 :** Distribuer systématiquement le nouveau livret d'accueil

**2019 :** Mettre en place le recueil écrit des évaluations de l'équipe

**2019 :** Organiser une évaluation sur le parcours d'accueil et d'intégration.

#### 9.2.4.4 *Stagiaires et étudiants*

L'Etablissement accueille tout au long de l'année des stagiaires dans différentes professions. Une infirmière coordinatrice est chargée de gérer cet accueil. Différentes filières ont été mises en place en 2016 pour limiter en nombre et en qualité les stagiaires et assurer ainsi une formation pratique de qualité.



Les stagiaires sont aussi vecteurs de l'image de l'établissement auprès de futurs professionnels. Et ce sont également des candidats potentiels pour ces prochaines années. Ce sont des raisons qui amènent à réfléchir sur un lien à garder après la réalisation de leur stage.

### Objectifs :

2019 : Formaliser le lien avec les anciens stagiaires

#### 9.2.5 Disposer des compétences nécessaires à la conduite des missions de l'établissement

Pour toute entreprise, l'anticipation est primordiale pour engager des politiques adéquates en matière de formation, de mobilités professionnelles, de redéploiement des emplois et des compétences. Cette vérité est particulièrement démontrée dans le domaine de la Santé qui propose un environnement particulièrement évolutif en matière d'emploi.

##### 9.2.5.1 *Promouvoir la diversité*

L'établissement accueille depuis toujours des personnes sans compétence, mais avec une volonté d'apprendre nos métiers. Ce dispositif s'appuyait sur les contrats aidés pour notamment porter les personnes aux portes de la formation d'aide-soignante diplômée d'état. Ce dispositif doit se réinventer pour se poursuivre.

L'ensemble du personnel sans qualification se voit accompagné et l'établissement facilite les démarches pour la préparation, le passage du concours puis les modalités de financements du diplôme.

A travers ce programme, nous recherchons des savoirs être, ce qui nous conduit à recruter des personnes aux profils variés. Nous croyons fermement que l'entre soi nuit à la bonne marche des relations humaines nécessaire dans notre organisation. Cette diversité enrichit ces relations ne serait-ce que par le regard porté l'un envers l'autre. Notre population de professionnels, accueillant des personnes dépendante se doit d'avoir cette ouverture d'esprit.

##### 9.2.5.2 *Définition des compétences*

Un des objectifs des orientations stratégiques visait à mettre à jour l'organigramme pour que l'ensemble des salariés à long terme figure sur ce document.

Les profils de postes ont été remis à jour ces dernières années, avec l'idée de mettre en discussion les glissements de tâches opérées ces dernières années pour les valider ou non.

##### 9.2.5.3 *Le plan de formation*

La formation est l'un des moyens privilégiés pour que les salariés développent en temps opportun des connaissances, des compétences et un savoir-faire leur procurant les capacités d'adaptation aux évolutions, en tenant compte des besoins en compétences de l'entreprise et les aspirations individuelles et sociales des salariés.



CENTRE  
*André Philibert*

Dans cette perspective, l'établissement, par le biais de la formation professionnelle continue, a pour finalité de permettre au salarié d'être acteur de son évolution professionnelle grâce aux entretiens annuels et de développer l'accès des salariés à des actions de formation professionnelle conduites dans le cadre du plan de formation annuel.

Cela contribue à l'élargissement des connaissances que chacun doit avoir pour travailler auprès des personnes que nous accueillons. C'est aussi l'acquisition pour tous d'une culture commune.

#### Un plan de formation bâti à partir des demandes du terrain

Chaque année, le siège lance une campagne de recueil des souhaits de formations auprès des salariés durant l'été.

Ce recueil croisé avec les besoins et projets spécifiques du groupe permet de définir une offre de formation à l'échelle du groupe.

#### Un suivi de plan de formation à poursuivre

L'établissement s'est approprié son plan de formation depuis 2017. En 2018 un suivi professionnel de ce plan, reposant sur le programme d'amélioration de l'établissement, mais aussi du suivi des formations reçues par chacun des salariés.

Cet effort doit se poursuivre, avec l'offre de formation interne, qui doit être décrite et améliorée.

#### Objectifs :

**2019** : Réaliser 70 % des formations (internes et externes) prévues

**2020** : Réaliser 90 % des formations (internes et externes) prévues



CENTRE  
*Michel Philibert*

## X. Le Projet Economique

### 10.1 L'élaboration du projet économique

Le Centre Mutualiste Michel Philibert est un établissement ancien fondé par un regroupement d'intérêt. Au fil du temps l'environnement s'est modifié, et il a fallu s'adapter. Les budgets alloués la dernière décennie n'ont pas permis de couvrir l'évolution naturelle des charges, et après avoir pris toutes les petites poches, il a fallu changer structurellement notre façon de faire, pour préserver notre modèle dans le futur.

De façon concrète, à partir de 2012 l'établissement a commencé à présenter des déficits, il est revenu à l'équilibre structurel en fin d'année 2017. Il est temps désormais de penser au futur, notamment du bâti mais aussi de l'organisation pour se projeter économiquement dans les années à venir sans craindre le déficit présent.

Au niveau de l'établissement, la recherche du meilleur niveau de qualité au moindre coût est un exercice régulier, qui repose sur le bon sens. Le contexte économique tendu de ces dernières années et de celles à venir ne permet pas de faire d'écarts budgétaires importants, et chaque choix budgétaire est réfléchi, tant en investissement qu'en fonctionnement.

### 10.2 La mise en œuvre du projet économique

Le suivi du projet économique se réalise en comité de direction. Ce CODIR participe notamment au choix des investissements, ainsi qu'à l'ensemble des décisions stratégiques de l'établissement.

Le Directeur a pour mission le suivi des objectifs fixés par le budget. Il engage les dépenses, notamment d'investissement, en coopération avec les acteurs concernés. Les responsables de l'établissement peuvent accéder aux tableaux de bord reprenant notamment les informations principales de suivi du budget.

Cette mise en œuvre est concertée avec les équipes, suivie et portée par les instances et la direction.

### 10.3 Les axes stratégiques du projet économique

Dans ce contexte, les axes stratégiques du projet économique sont les suivants :

- Assurer l'efficacité de l'établissement
- Maîtriser le budget de l'établissement
- Soutenir les projets de l'établissement
- Acheter au meilleur rapport qualité prix dans une démarche écoresponsable

## 10.4 Les orientations stratégiques du projet économique

### 10.4.1 Assurer l'efficacité de l'établissement

Dans une démarche structurée, l'établissement souhaite s'engager pendant la durée couverte par le projet d'établissement dans 5 analyses du fonctionnement de l'établissement et de l'utilisation des ressources afin de permettre le repérage des sources d'inefficacité.

En 2017, il a été conduit une analyse sur les protections d'incontinence

En 2018, il a été conduit une analyse sur le budget de la droguerie.

Nous souhaitons étudier régulièrement tous les postes de dépenses de l'établissement.

### 10.4.2 Maîtriser le Budget de l'établissement

Nous sommes dans une phase de mutation budgétaire. Là où nous demandions un budget correspondant à un besoin, le plus souvent refusé ces dernières années, nous entrons dans une logique de dotation selon les chiffres, indépendamment des projets ou spécificités de l'établissement. Le dialogue est inextricable tellement les chiffres sont complexes et peu adaptés.

Une campagne budgétaire a lieu le dernier trimestre de l'année. Cette préparation de budget repose sur des hypothèses. Elle intègre les évolutions attendues.

La comptable de l'établissement en lien avec le Directeur et le service financier du siège affine cette proposition et l'argumente.

Ce budget est ensuite envoyé à nos autorités.

Nous recevons la réponse 8 à 9 mois plus tard en cours d'année.

Tous les deux mois, plusieurs indicateurs permettent le suivi du budget. Il existe :

- Un tableau de bord de situation budgétaire
- Un tableau de bord de contrôle budgétaire, reprenant la matrice du budget ce qui permet de se situer sur l'exécution de celui-ci.

Ces deux tableaux de bord indiquent les chiffres de la période rapporté au budget prévu. Une analyse est conduite pour se comparer aux années précédentes et projections attendues.

L'enjeu majeur sur l'établissement est la maîtrise de la masse salariale, et plus particulièrement la gestion de l'absentéisme.

L'établissement a travaillé ainsi sur différents axes :

- Organiser les congés payés : production d'une note de service décrivant les droits et devoirs de chacun afin d'organiser une campagne de recueil des congés payés en 3 temps
- GPEC : anticiper les départs des salariés à la retraite libérant une ancienneté importante
- S'organiser en cas d'absence soudaine : définir la procédure dégradée



CENTRE  
*André Philibert*

- Privilégier le pool de remplacement : définir les règles de fonctionnement de ce pool
- Faire justifier ces absences : en utilisant les contrôles médicaux, en n'acceptant pas les absences injustifiées

Mais également sur toute la partie Qualité de Vie au Travail et prévention des risques professionnels contenus dans le projet social.

#### **10.4.1 Soutenir les projets de l'établissement**

Le budget de l'établissement, une fois l'équilibre structurel rétabli, doit permettre de soutenir les projets de l'établissement, que ceux-ci soit à court, moyen ou long terme.

Pour le court terme, il est primordial de mettre en place une organisation agile, capable d'entendre les besoins du terrain et d'y répondre rapidement. Pour cela, notre encadrement rappelle régulièrement de lui faire remonter les besoins de matériels tout au long des différentes rencontres, et se met en position d'y répondre par différents moyens. Il est capable également de dégager du temps dès qu'un projet émerge, comme par exemple une sortie ou une animation porté par un personnel.

Sur le moyen terme, l'organisation doit être capable de se concerter sur les différentes options et de proposer des plans argumentés pour piloter le changement. C'est ainsi que les plannings de la quasi-totalité des personnels ont été améliorés, dans un souci d'équité mais surtout de réponse à des besoins de résidents ; que les rôles spécifiques de l'établissement ont évolués, comme l'encadrement de proximité, ou encore l'organisation de l'ensemble des secrétaires.

Pour le long terme il s'agit de piloter la stratégie d'investissement, dans un temps qui bien souvent dépasse notre exercice de fonctions.

##### **10.4.1.1 Investir de manière concertée**

Le budget d'investissement se réalise en plusieurs étapes. Le recueil des besoins auprès des salariés et des instances se réalise tout au long de l'année, et des relances sont adressées au 3<sup>e</sup> trimestre. Un premier budget large comprenant l'ensemble des demandes, est vu en CODIR. Ce dernier va priorisé les demandes, ce qui constituera la base du budget demandé. Le Directeur engage alors les dépenses inscrites au budget en 2 temps. Un point est réalisé en septembre pour équilibrer l'enveloppe restante. Néanmoins, les investissements nécessaires à l'activité de l'établissement (par exemple : armoires froides, centrale incendie...) sont engagés sans délais dès que besoin.

Pour ces prochaines années, un premier PPI a été établi.

Une seconde phase s'ouvre, avec le rachat du bâtiment et l'engagement d'importants travaux. Ce projet à part entière ne saurait être développé ici, mais il s'articule autour de plusieurs axes :

- Améliorer le confort et les services dans les chambres des résidents, en prévoyant la technologie actuelle et à venir



CENTRE  
*André Philibert*

- Repenser les énergies du bâtiment, pour répondre au besoin climatique intérieur, tout en réfléchissant au développement durable
- Mettre en œuvre une cuisine répondant aux besoins de nutrition plaisir des résidents.

Tout cela doit se faire dans un respect strict des enveloppes budgétaires, afin de maîtriser voir de diminuer le coût du reste à charge pour les résidents.

#### **10.4.2 Acheter au meilleur rapport qualité prix dans une démarche écoresponsable**

Notre établissement a également adhéré à la Centrale d'Achats de l'Hospitalisation Privée et Publique, mais également au Groupement d'Achats Mutualiste.

Ce double référencement CAHPP et GAM nous permettent de bénéficier du meilleur rapport qualité prix de par les volumes référencés. De plus, ces services sont réactifs quant à nos demandes de produits et ou prestations.

L'établissement, en dehors de ces marchés, a toute latitude pour trouver des fournisseurs locaux. Ces derniers sont volontairement choisis dans le territoire afin d'établir une relation économique durable.

Une revue de contrat existe. Elle permet de lister l'ensemble des fournisseurs de manière synthétique. Chaque année, 2 contrats sont remis en question.



CENTRE  
*Michel Philibert*

## **XI. Conclusion**

Ce projet d'établissement rédigé en 2018 sera mis à jour lors de la conclusion d'un CPOM pour intégrer les objectifs négociés avec les autorités. Il doit permettre au Centre Mutualiste Michel Philibert de disposer d'un cadre de référence qui balise les évolutions de l'activité de ces 5 prochaines années, tout en rappelant les principes d'intervention issus de nos valeurs et notre expérience.

A la lecture de ce document, il se dessine une volonté de chacun des professionnels de s'inscrire dans l'amélioration continue de la prise en charge du résident.

La réussite de cette prise en charge passe par de plusieurs facteurs clés : les ressources humaines, la communication au sein de l'équipe et la participation du résident et de son entourage à son projet.

Les différents domaines abordés sont coordonnés, dans un plan d'orientations stratégiques et d'objectifs qui est réaliste et mesuré. Les actions de base seront évaluées et répétées autant que nécessaire jusqu'à leur maîtrise.

Le suivi des objectifs de ce projet sera inclus dans le plan d'actions de l'établissement et fera l'objet d'un bilan annuel d'établissement. Les évolutions réglementaires, les études et analyses aboutissant à des recommandations de bonnes pratiques, les demandes des autorités ... seront prises en compte dans ce cadre.

## Orientations stratégiques 2018-2023

### Respect des droits des Résidents

Garantir l'accès au dossier médical  
Appliquer la charte des droits et libertés  
Mener une organisation bienveillante  
Faire valoir la volonté du résident

### Améliorer la qualité-Gérer les risques

Mener une démarche globale d'amélioration continue  
Améliorer la qualité et la sécurité des soins  
Prise en charge médicamenteuse  
Risque infectieux  
Se comparer pour s'améliorer  
Développer les Evaluations de Pratiques  
Evaluer la satisfaction des usagers

### Principes d'intervention - Valeurs

Solidarité : résident—salarié—équipe  
Liberté : d'aller et venir  
de consentement éclairé  
de renoncer  
Citoyenneté : des droits et des devoirs pour chacun des citoyens de Philibert

### Projet social

Fédérer le personnel autour d'un projet commun  
Poursuivre l'amélioration des conditions de travail  
Améliorer la qualité de vie au travail  
Améliorer le processus d'intégration  
Disposer des compétences nécessaires

### Projet Economique

Assurer l'efficience de l'établissement  
Maîtriser le budget de l'établissement  
Soutenir les projets de l'établissement  
Acheter au meilleur rapport qualité prix dans une démarche écoresponsable

### Projet Hôtelier et technique

Garantir la sécurité technique  
Intégrer le développement durable  
Maîtriser les consommations d'énergie  
Maîtriser les déchets et rejets  
Améliorer la qualité d'accueil hôtelier

### Offre de soins

Accompagner la fin de vie  
Lutter contre la douleur  
Proposer une nutrition plaisir efficace  
Prévenir les escarres

### Offre d'accompagnement

Mettre du lien social entre les citoyens de notre établissement autour de 4 axes : Musique, Cuisine, Culture, Ouverture à l'extérieur

### Système d'information

Améliorer l'accès à l'information utile  
Mieux communiquer en équipe  
Maîtriser les canaux de communication  
Améliorer le dossier du patient  
Améliorer le fonctionnement des postes informatiques  
Améliorer le suivi statistique de l'activité