



57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure
SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185

Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50
E-mail : hopital.pacy@hopital-pacy.fr
Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| 1. Introduction | 5 |
| 1.1. Finalités et enjeux du projet d'établissement..... | 5 |
| 1.2. Méthodologie | 5 |
| 2. Fiche d'identité de la structure | 6 |
| 3. Organigramme | 7 |
| 4. Présentation de l'établissement et de son environnement | 7 |
| 4.1. L'histoire et la situation géographique..... | 7 |
| 4.2. Contexte territorial..... | 7 |
| 4.3. L'évolution récente des activités de l'établissement | 9 |
| 4.4. Cadre réglementaire..... | 11 |
| 4.5. Les valeurs et les principes d'intervention | 12 |
| 4.6. L'éthique et la bienveillance | 13 |
| 4.7. La place des familles et des proches | 14 |
| 4.8. La place des bénévoles..... | 14 |
| 4.9. Le respect des droits fondamentaux des résidents | 15 |
| 4.10. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) | 16 |
| 4.11. L'hébergement | 17 |
| 4.12. La restauration | 17 |
| 4.13. L'organisation de la prise en soins | 18 |
| 4.13.1. Politique médico-soignante | 18 |
| 4.13.2. La permanence médicale | 18 |
| 4.13.3. La permanence paramédicale | 19 |
| 4.14. Ouverture sur l'extérieur..... | 19 |
| 5. Présentation des activités de l'établissement | 19 |
| 5.1. Hébergement permanent..... | 19 |
| 5.1.1. Le public accueilli ou accompagné | 19 |
| 5.1.2. Les missions..... | 20 |
| 5.1.3. Les principes d'intervention | 20 |
| 5.2. Hébergement temporaire | 21 |
| 5.2.1. L'hébergement temporaire conventionnel (HTC) | 21 |
| 5.2.1.1. Le public accueilli..... | 21 |
| 5.2.1.2. Les missions | 21 |
| 5.2.1.3. Les principes d'intervention | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3. Hébergement Temporaire d’Urgence Départementale (HTUD)..... | 22 |
| 5.3.1. Le public accueilli..... | 22 |
| 5.3.2. Les missions..... | 23 |
| 5.3.3. Les principes d’intervention..... | 23 |
| 5.4. Résidence autonomie..... | 24 |
| 5.4.1. Les missions..... | 25 |
| 5.4.2. Le public accueilli ou accompagné..... | 25 |
| 5.4.3. Les principes d’intervention..... | 26 |
| 5.5. Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)..... | 27 |
| 5.5.1. Les missions..... | 28 |
| 5.5.2. Le public accueilli ou accompagné..... | 28 |
| 5.5.3. Les principes d’intervention..... | 28 |
| 5.6. Centre d’Accueil de Jour Alzheimer (CAJA)..... | 30 |
| 5.6.1. Les missions..... | 30 |
| 5.6.2. Le public accueilli ou accompagné..... | 30 |
| 5.6.3. Les principes d’intervention..... | 30 |
| 5.7. Offre de Répit Innovante (ORI)..... | 31 |
| 5.7.1. Les missions..... | 31 |
| 5.7.2. Le public accueilli ou accompagné..... | 32 |
| 5.7.3. Les principes d’intervention..... | 34 |
| 5.7.4. Description des prestations de l’offre de répit..... | 35 |
| 5.8. Portage de Repas..... | 36 |
| 5.8.1. Les missions..... | 36 |
| 5.8.2. Le public accueilli ou accompagné..... | 37 |
| 5.8.3. Les principes d’intervention..... | 37 |
| 6. Projet social..... | 39 |
| 6.1. Les ressources humaines..... | 39 |
| 6.2. Absentéisme..... | 39 |
| 6.3. La prévention et la gestion des risques professionnels..... | 40 |
| 6.4. Maintien des agents dans l’emploi..... | 41 |
| 6.5. Politique de formation continue..... | 41 |
| 7. Projet qualité et gestion des risques..... | 43 |
| 7.1. Développement d’une culture qualité et sécurité..... | 43 |
| 7.2. La démarche d’amélioration de la qualité et de la gestion des risques..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 7.3. L'organisation institutionnelle de la démarche qualité | 45 |
| 7.4. Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins | 49 |
| 8. Diagnostic des services : points forts | 49 |
| 8.1. EHPAD..... | 49 |
| 8.1.1. Forces selon l'évaluation interne | 49 |
| 8.1.2. Forces selon l'évaluation externe..... | 50 |
| 8.2. Résidence Autonomie | 51 |
| 8.2.1. Forces selon l'évaluation interne | 51 |
| 8.2.2. Forces selon l'évaluation interne | 51 |
| 8.2.3. Enquête de satisfaction | 52 |
| 8.2.4. Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016..... | 53 |
| 8.3. SSIAD | 53 |
| 8.3.1. Forces selon l'évaluation interne | 53 |
| 8.3.2. Forces selon l'évaluation externe..... | 54 |
| 8.3.3. Enquête de satisfaction | 54 |
| 9. Fiches action | 54 |
| 9.1. Projet stratégique et architectural..... | 55 |
| 9.2. Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) | 75 |
| 9.3. Projet d'organisation de la vie..... | 103 |
| 9.4. Projet des ressources humaines..... | 117 |
| 9.5. Projet qualité et gestion des risques..... | 136 |
| Annexe 1 Organigramme | 152 |
| Annexe 2 ETP 2017 | 153 |
| Annexe 3 Plan d'actions établis à partir des fiches actions..... | 154 |

1. Introduction

1.1. Finalités et enjeux du projet d'établissement

L'élaboration du nouveau projet d'établissement du Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy sur Eure répond à l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il s'inscrit également dans le cadre des recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux.

Ce projet est établi pour une durée de 5 ans. Il définit d'une part, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et d'autre part, les objectifs du CHAG, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. C'est un outil qui garantit le droit des usagers, un document évolutif de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires.

Il se nourrit de l'ensemble des réflexions issues des processus d'évaluation interne et externe des activités médico-sociales de la structure, du bilan du projet d'établissement 2012-2016, de la précédente convention tripartite signée en 2006. Il s'appuie sur une réflexion prospective qui s'attache à analyser la situation actuelle, les besoins du public, les évolutions de l'environnement et les ressources locales et territoriales.

1.2. Méthodologie

La méthodologie d'élaboration de ce projet d'établissement a été définie selon les attentes de la recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM ¹.

Pour conduire ce projet, un Comité de Pilotage (COFIL) interne a été mis en place avec pour engagements de :

- Définir la méthodologie de travail et la structuration du document,
- Valider le calendrier de la démarche,
- Valider la priorisation des thématiques,
- Suivre la mise en œuvre de la démarche,
- Recadrer les travaux si nécessaire,
- Pré-valider les écrits avant présentation aux instances.

La méthodologie d'élaboration du nouveau projet d'établissement a été présentée aux instances du CHAG (Conseil d'Administration, Comité Technique d'Etablissement).

¹ : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, mai 2010.

La réflexion a été structurée par le biais de groupes de travail pluridisciplinaires constitués sur la base du volontariat. Les usagers, les représentants des usagers, les administrateurs et les personnels ont été sollicités pour y participer. L'organisation des groupes de travail a été ciblée et les séances de travail ont été préparées en amont pour une meilleure productivité et pertinence des enjeux et propositions. Les groupes pilotés par l'encadrement se sont réunis au moins 2 fois. La rédaction du document a été confiée au COPIL. Le COPIL final a permis de valider l'ensemble du travail effectué et d'apporter toutes les modifications nécessaires en vue de la rédaction finale du projet d'établissement.

Le projet d'établissement du CHAG de Pacy sur Eure se décline en 5 axes :

- Le projet stratégique et architectural,
- Le projet de soins et d'accompagnement médico-social,
- Le projet d'organisation de la vie,
- Le projet des ressources humaines,
- Le projet qualité et gestion des risques.

Il tient compte de l'évolution significative des activités de l'établissement, devenu établissement médico-social depuis le 1^{er} août 2016, de son implication dans la filière de soins gériatriques sur le parcours d'Evreux-Gisors, de son intégration au Groupement Hospitalier de Territoire Eure-Seine Pays d'Ouche en tant que membre.

2. Fiche d'identité de la structure

| | |
|--|--|
| Nom de l'établissement | Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gériatrique de Pacy-sur-Eure |
| Adresse | 57 Rue Aristide Briand 27120 PACY SUR EURE |
| Statut juridique | Etablissement Médico-social Public |
| N° FINESS | 27 0000 910 3 |
| N° SIRET | 262 702 905 00023 |
| Activités/services | Capacités autorisées |
| Hébergement Permanent | 163 lits |
| Hébergement Temporaire Conventionnel | 3 lits |
| Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental | 5 lits |
| Accueil de Jour Alzheimer | 12 places |
| Offre de Répit Innovante | 30 binômes |
| Portage de Repas | 60 places |
| Service de Soins Infirmiers A Domicile | 30 places |
| Résidence Autonomie | 22 appartements |

3. Organigramme

Cf. annexe 1

4. Présentation de l'établissement et de son environnement

4.1. L'histoire et la situation géographique

Le Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique est à Pacy sur Eure. Cette localité se situe à 20 km d'Évreux et à 15 km de Vernon. C'est le chef-lieu d'un canton d'environ 5 000 habitants.

L'établissement est positionné au centre-ville depuis au moins le XIII^e siècle (il est ouvert depuis 1267). En 1862, une souscription auprès d'une quarantaine de communes rattachées à l'hospice de Pacy a permis l'édification des bases des bâtiments actuels.

Les missions de l'établissement ont évolué dans le temps : léproserie, maladrerie, établissement de charité, hôtel-Dieu. Une maternité a existé entre 1947 et 1977.

Le CHAG dispose actuellement :

- d'un bâtiment historique datant de 1880 proposant 64 lits d'EHPAD et une unité d'hébergement temporaire de 8 lits (temporaire et d'urgence à vocation départementale) et d'une Offre de Répit Innovante ;
- d'un bâtiment plus récent construit en 1965 et ravalé en 1992 proposant 99 lits d'EHPAD ;
- un bâtiment technique ancien accueillant la lingerie et la morgue.

L'établissement est engagé dans un projet de restructuration qui devrait s'achever en 2022.

4.2. Contexte territorial

Le département de l'Eure compte 596 574 habitants² estimés au 1^{er} janvier 2014 pour 675 communes, 8% ont plus de 75 ans. Le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait doubler d'ici 2040. L'espérance de vie est de 77.1 ans pour les hommes et 84.3 ans pour les femmes. 9.2% de la population âgée de 75 ans et plus sont bénéficiaires de l'APA à domicile. 34.2 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont classés en GIR 1 ou 2 (l'Eure est le 2^{ème} département de France à enregistrer une si forte proportion).

² : Sources : Insee-Drees ISD-OR2S-CD27

Le taux d'équipement en lits d'EHPAD médicalisés est de 132.8 pour 1000 personnes de 75 ans et plus au 31/12/2015³ (proche de la moyenne nationale).

Le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale de Haute Normandie 2012-2017 répondait aux enjeux suivants :

- Objectif 1 : définir l'organisation des parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile ;
- Objectif 2 : renforcer la coordination et les articulations des acteurs et partenaires des parcours de vie et de santé ;
- Objectif 3 : renforcer et fluidifier les filières de soins gériatriques ;
- Objectif 4 : généraliser l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées fragiles ;
- Objectif 5 ajusté : organisation de l'offre pour les personnes atteintes de maladie neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaque) et autres publics spécifiques ;
- Objectif 6 : renforcer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles ;
- Objectif 7 : améliorer et adapter l'offre médico-sociale et sanitaire ;
- Objectif 8 : développer des politiques de prévention à destination des personnes âgées et des personnels des établissements médico-sociaux ;
- Objectif 9 : structurer l'onco-gériatrie.

Le schéma départemental de l'Eure en direction des personnes âgées 2013-2017 comportait 4 axes :

- Préserver et valoriser la place des personnes âgées dans la société ;
- Garantir aux personnes âgées dépendantes un parcours de vie respectueux et bienveillant ;
- S'assurer de l'accessibilité des services aux personnes âgées ;
- Soutenir les professionnels et les aidants.

Pour répondre à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'établissement a eu l'obligation d'adhérer début 2016 à un Groupement Hospitalier de Territoire en tant que Centre Hospitalier. De fait, il est devenu membre du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche. Suite à son évolution statutaire, le CHAG de Pacy sur Eure a décidé de poursuivre sa participation à l'élaboration du projet médical partagé du territoire en tant qu'établissement médicosocial membre du GHT.

Le CHAG de Pacy sur Eure participe à la filière gériatrique du territoire Evreux- Gisors dont l'objectif est d'organiser les parcours de vie et de santé des personnes âgées au sein d'un dispositif favorisant les articulations entre professionnels des champs sanitaire, social et médico-social du territoire. La filière gériatrique a engagé des travaux sur les thématiques suivantes :

³ : Sources : Drees PA05-ISD

- Le repérage des fragilités aux urgences ;
- Le dossier de liaison d'urgence ;
- Le logigramme de filière de soins gériatriques ;
- Les soins palliatifs ;
- La gérontopsychiatrie ;
- Le parcours du patient chuteur.

Il collabore également à la construction d'une filière gérontopsychiatrique de territoire et au contrat local de santé de la CAPE (Communauté d'Agglomération des Portes de l'Eure).

L'établissement a participé depuis décembre 2012 à la construction de la MAIA Eure Avre Iton (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie), est impliqué dans les réflexions et actions de la MAIA et il est guichet intégré.

4.3. L'évolution récente des activités de l'établissement

L'établissement a déployé en parallèle de son activité sanitaire, plusieurs activités médicosociales : l'accueil de jour occupationnel en 1992 (transformé en 2016), un service de portage de repas depuis 1998, une résidence autonomie depuis 2003, un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) depuis 2007 et un Centre d'Accueil de Jour Alzheimer (CAJA) depuis 2011.

En août 2016, conformément aux objectifs du SROMS 2012-2017, l'activité sanitaire du CHAG a cessé avec la fermeture des 7 lits de médecine.

Fin 2015, en prévision de son évolution statutaire, l'établissement a répondu à un appel à projet dédié à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et au répit des aidants. En avril 2016, lauréat de cet appel à projet, il a mis en place deux activités, originales au niveau national :

- l'Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental,
- l'Offre de Répit Innovante.

Pour valoriser sa nouvelle identité d'établissement public médico-social, une réflexion sur le changement de dénomination sociale a été menée. Le choix s'est porté en faveur du Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique puisque l'établissement intervient dans 2 domaines que sont l'hébergement et le maintien à domicile. Le CHAG regroupe 8 activités ou services réservés aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leur entourage.

Les activités médico-sociales du CHAG :

| Activités / Services | Sigle | Objectif | Principe | Public | Capacité |
|--|-------|---------------------|----------------|-------------|-------------------|
| Hébergement permanent | HP | Hébergement | Accompagnement | Aidé | 163 lits |
| Logement Foyer / Résidence Autonomie | LF/RA | Hébergement | Accompagnement | Aidé | 22 appartements |
| Hébergement temporaire conventionnel | HTC | Maintien à domicile | Répit | Aidant/Aidé | 3 lits |
| Hébergement temporaire d'urgence départemental | HTUD | Maintien à domicile | Répit | Aidant/Aidé | 5 lits |
| Offre de Répit Innovante | ORI | Maintien à domicile | Répit | Aidant/Aidé | 30 binômes |
| Centre d'Accueil de Jour Alzheimer | CAJA | Maintien à domicile | Répit | Aidant/Aidé | 12 places |
| Service de Soins Infirmiers A Domicile | SSIAD | Maintien à domicile | Accompagnement | Aidé | 30 places |
| Portage de Repas à domicile | PR | Maintien à domicile | Accompagnement | Aidant/Aidé | 60 places (cible) |

Dans le cadre des dispositions de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, le CHAG a obtenu en janvier 2017 que le logement foyer dont il assure la gestion depuis 2003 obtienne, via la signature d'un CPOM, le statut de Résidence autonomie et bénéficie du forfait autonomie.

Le CHAG a renouvelé sa convention tripartite fin 2016 avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental en décembre 2016. La nouvelle convention tripartite a valorisé 6 objectifs prioritaires pour la période 2016-2020 :

- Amélioration de la sécurisation du circuit du médicament ;
- Contribution à la filière de soins gériatrique du GHT (maintien équipe IDE de nuit, renforcement du temps de médecin coordonnateur, matériel de télédiagnostic) ;
- Offre de Répit Innovante ;

- Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental ;
- Accompagnement des fonctions supports (externalisation de l'entretien du linge des résidents, redéploiement pour création d'un poste de gouvernante, création d'un poste d'aide-kinésithérapeute, sécurisation du système d'information, redéploiement d'un mi-temps ingénieur qualité) ;
- Accompagnement du transfert de charges du service de médecine.

L'établissement répond à ses obligations d'évaluation de ses activités médicosociales selon un calendrier prévisionnel. L'EHPAD a renouvelé pour 15 ans son autorisation de fonctionnement le 02/01/2015. La résidence autonomie renouvellera son activité normalement le 12 avril 2018, le SSIAD le 6 février 2022.

4.4. Cadre réglementaire

En lien avec Les résidents :

- La loi du 02 janvier 2002 : rénovant l'action sociale et médico-sociale soumettant les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.
- Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

En lien avec les E.H.P.AD :

- La loi du 02 janvier 2002 : rénovant l'action sociale et médico-sociale soumettant les établissements et services à une législation spécifique en matière d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.
- L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont tenus de passer, en application de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur général de l'ARS.
- Décret n°2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.
- Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.
- Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

- Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2014/94 du 28 mars 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
- Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En lien avec les professionnels intervenant auprès du résident :

- Décrets n°90-255 du 22/03/1990, n°96-288 du 29/03/1996, n°2005-97 concernant l'accès au titre de psychologue.
- Décret n°2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.
- Décret du 29 juillet 2004 relatifs aux actes professionnels infirmiers.
- Décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte de perte d'autonomie.
- Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (anciennement AMP).
- Arrêté du 28 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant.
- Circulaire N°DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 et Décret N° 2011 -1047 du 02 septembre 2011 relatifs aux missions des médecins coordonnateurs.

Les références Nationales et Recommandations :

- A.N.E.S.M Recommandations des bonnes pratiques (www.anesm.sante.gouv.fr).
- H.A.S Tableau de recommandations de bonne pratique (www.has-sante.fr)

4.5. Les valeurs et les principes d'intervention

Le CHAG de Pacy sur Eure applique les principes du service public : égalité d'accès et de traitement, neutralité, continuité, adaptation aux besoins des usagers.

L'accueil, l'accompagnement et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est affichée au sein de l'établissement et remise au moment de l'admission.

La personne accueillie a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'expriment dans le respect réciproque des salariés, des intervenants extérieurs, des autres usagers/résidents, des proches.

Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- Respect de la dignité et de l'intégrité
- Respect de la vie privée
- Liberté d'opinion
- Liberté de culte
- Droit à l'information
- Liberté de circulation
- Droit aux visites.

4.6. L'éthique et la bientraitance

Au sein du CHAG de Pacy sur Eure, le Comité des Usagers (CDU) est l'instance support de la réflexion éthique. Le CDU peut être amené à se réunir autour de réflexions éthiques pour anticiper les conditions de prise en soins dans le cadre de situations complexes et/ou délicates.

La réflexion éthique :

- Est collective : elle associe une pluralité de points de vue (usagers, proches, représentants des usagers, professionnels, personnes ressources...)
- Est déclenchée par des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention d'égaux légitimités
- Permet d'interroger les pratiques professionnelles et la culture institutionnelle
- Est un outil d'aide à la décision /au positionnement personnel :
 - Pour l'analyse de la situation
 - Pour la prise de décision
 - Pour l'analyse post-décisionnelle
- Permet de renforcer les relations de confiance au sein de l'équipe et avec les partenaires.

Le médecin coordonnateur est membre de l'Espace de Réflexion Ethique de Normandie (EREN), les équipes soignantes participent régulièrement aux staffs de l'Espace Ethique du Centre Hospitalier Eure Seine. Des staffs éthiques et des staffs de fin de vie pluridisciplinaires sont menés au sein du CHAG, les décisions sont tracées dans le logiciel de gestion des dossiers médicaux.

La promotion de la bientraitance est un objectif majeur et permanent du projet de soins, du projet de vie et du projet social de l'établissement.

La direction a fait le choix d'engager l'établissement dans le développement des principes de la philosophie de « l'Humanité » méthodologie GINESTE MARESCOTTI qui est basée sur 5 principes :

- Zéro soin de force sans abandon de soin ;
- Respect de la singularité et de l'intimité ;
- Mourir debout ;
- Ouverture vers l'extérieur,
- Lieu de vie, lieu d'envies.

Les membres du COPIL du projet « Humanitude » ont retenu comme vision de l'établissement :

« Le CHAG, un soutien pour la vie :

Votre nouveau lieu de résidence au sein du CHAG est situé dans un cadre agréable au cœur de la ville de Pacy/Eure.

L'établissement met à votre disposition des espaces de vie privés, partagés et collectifs accueillants et adaptés à vos capacités préservées et à votre degré d'autonomie.

Une équipe pluriprofessionnelle dynamique, formée, bienveillante est à votre écoute. Elle s'engage à vous soutenir au quotidien au moyen d'un projet d'accompagnement personnalisé, construit avec vous, qui vise à améliorer votre bien-être, tout en respectant vos droits et la qualité de vie de chacun.

Les valeurs fondamentales du CHAG concourent au maintien des liens familiaux et sociaux, à l'ouverture sur son environnement, au plaisir de partager et de découvrir à nouveau.

Ainsi vous aurez envie d'y venir et d'y séjourner. »

L'établissement met en place, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques gériatriques, les outils nécessaires pour favoriser le signalement des événements indésirables, la formation et la sensibilisation des personnels.

Les professionnels de l'établissement s'engagent pour assurer le bien-être de l'utilisateur (du résident) dans le cadre des concepts de "bienveillance" et de "qualité de vie". Ils s'inscrivent, toutes filières confondues et dans un esprit de collaboration interprofessionnelle, dans une culture commune d'accompagnement bienveillant de la personne accueillie.

Tous les projets spécifiques composant le projet d'établissement intègrent ces principes et valeurs. Au-delà de la prise en compte de la réglementation, l'établissement et son personnel cultivent le respect de l'être humain dans un esprit de convivialité et de partage.

4.7. La place des familles et des proches

Les liens familiaux et affectifs sont favorisés et l'établissement prévoit les modalités de participation possible des proches que ce soit :

- à la vie de la personne dans la structure (élaboration du projet personnalisé, repas, sorties accompagnées, les visites sont facilitées et encouragées
- à la vie collective (participation au conseil de la vie sociale (CVS), aux activités communes dans la structure, repas des familles etc...).

4.8. La place des bénévoles

Les modalités d'interventions des bénévoles sur la structure sont précisées dans la convention qu'ils signent avec le CHAG. Leur présence permet de diversifier les relations sociales et favorisent l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

4.9. Le respect des droits fondamentaux des résidents

Conformément à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, le CHAG de Pacy sur Eure respecte les droits fondamentaux du résident en mettant à sa disposition et en l'informant sur le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement et le Conseil de la Vie Sociale (CVS), la désignation de la personne de confiance (article L. 1111-6 du code de la santé publique).

Conformément à l'article L311-3 Alinéa 7 du Code de l'Action sociale et des familles, le CHAG s'assure systématiquement du consentement du futur résident, avant son entrée en établissement. Le consentement est tracé sur un document spécifique qui est un élément obligatoire pour le passage de la demande d'admission en commission d'admission.

Les futurs résidents et les résidents sont informés sur la personne de confiance et les directives anticipées. Ils peuvent :

- désigner une personne de confiance dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (art L 1111-6 du code de la santé publique). Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Peut accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Peut prendre connaissance du dossier médical. Mission de référent auprès de l'équipe médicale en cas d'incapacité à exprimer sa volonté : lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et la fin de vie.
- désigner une personne de confiance lors d'une prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles. Seule personne pouvant être présente lors de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour, accompagnement dans les démarches liées à la prise en charge MS (ASH, APA, APL...). Peut assister aux entretiens médicaux. Consultée par l'établissement en cas de difficultés de la personne dans la connaissance et la compréhension de ses droits.
- rédiger leurs directives anticipées.

Dans le respect du décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 (loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement), le CHAG de Pacy sur Eure informe les personnes accueillies sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Le CHAG de Pacy sur Eure garantit l'expression individuelle et collective des résidents. Ils ont la liberté de s'exprimer quotidiennement et directement auprès de l'équipe soignante ou de la

Direction ou indirectement par le biais de leurs représentants dans les instances (Conseil de Vie Sociale, Commission des menus).

Le **Conseil de Vie Sociale** (CVS) est consulté sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Il est composé de représentants des résidents, des familles, des personnels et de l'organisme gestionnaire élus ou désignés pour deux ans par scrutin secret.

Le Conseil de Vie Sociale donne un avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités thérapeutiques, l'animation socioculturelle, les projets de travaux et d'équipement, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux. Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an. L'établissement a fait le choix d'associer les résidents de la Résidence Autonomie au CVS de l'EHPAD.

Une **commission des menus** se réunit tous les 3 mois. Elle associe les usagers de l'EHPAD, de la résidence autonomie, du portage des repas et des professionnels des différents secteurs de l'établissement. Elle étudie la satisfaction des usagers et pilote des projets en lien avec l'alimentation.

Les données concernant le résident font l'objet d'un traitement automatisé et sécurisé dans les conditions prévues par la loi du 6 janvier 1978. Le résident peut s'opposer pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives le concernant.

Toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité du service, peut saisir le **Comité Des Usagers** (CDU) dont les missions et le fonctionnement sont détaillés dans le Règlement Intérieur de l'établissement.

Les usagers peuvent également saisir la **personne Qualifiée**, nommée conjointement par le préfet et le président du Conseil Général, et qui a pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les usagers et l'établissement.

Une politique de promotion de la liberté d'aller et venir est affirmée afin de maintenir l'autonomie et les liens sociaux des résidents. Les professionnels sont formés sur les risques, sur les limites de la contention et sur ses alternatives. Le recours à la contention fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une recherche systématique d'alternatives (aménagement de l'environnement, mesures éducatives, accompagnement...).

4.10. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁴, les résidents de l'EHPAD bénéficient d'un projet d'accompagnement personnalisé qui définit les objectifs de prise en charge du résident et les prestations qui lui sont délivrées. Il est rédigé en équipe pluridisciplinaire (psychologue, IDE, aide-soignante), validé avec le résident et sa famille. Il s'appuie sur les capacités résiduelles et récupérables pour impulser une nouvelle dynamique tant au niveau du résident que de son entourage (aussi minimaliste soit-il). Ce projet répond aux trois questions kantiennes :

- Que peut-il connaître ?

⁴ Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, décembre 2008

- Que peut-il accomplir ?
- Que peut-il espérer ?

Fin 2015, le CHAG a systématisé une visite de bienvenue des nouveaux résidents admis en Hébergement Permanent. Cette visite se déroule idéalement entre le premier et le deuxième mois du séjour. Elle est l'occasion de faire le point sur l'intégration et d'initier le PAP des nouveaux résidents. La réunion est organisée dans le bureau de la psychologue de l'établissement en présence de celle-ci, du médecin coordonnateur, du cadre supérieur de santé, du cadre de proximité, d'une infirmière, de l'aide-soignante Référente et du résident. Il a été décidé d'associer le directeur de l'établissement à cette réunion, cette organisation permet de prendre rapidement des mesures d'adaptation de l'environnement ou de mettre en œuvre des prestations pour répondre aux attentes du résident.

4.11. L'hébergement

Actuellement, plus de 70% des chambres de l'EHPAD sont doubles et il existe encore 2 chambres à 3 lits sur le bâtiment le plus ancien. Les chambres sont équipées de lits à hauteur variable, de chevet, d'adaptables, de fauteuils de repos, de placards de rangement. Le résident à la possibilité, en validant avec l'encadrement, de compléter le mobilier par des meubles personnels dans la limite de la surface et de l'accessibilité de la chambre. En tout état de cause, il est encouragé à personnaliser son environnement afin de d'y sentir au mieux.

Chaque chambre dispose d'un système d'appel malade au niveau de la tête de lit et dans le cabinet de toilette. Chaque chambre est pourvue d'une ligne téléphonique.

L'établissement organise et assure le marquage du linge au nom du résident et son entretien.

4.12. La restauration

L'établissement assure la fourniture de tous les repas. Ils sont servis aux heures suivantes :

- Petit-déjeuner : de 7h30 à 8h30 en chambre
- Déjeuner : A partir de 12h30 en salle de restauration
- Gouter : A partir de 15h30 dans les chambres en salle d'animation
- Dîner : A partir 18h30 en chambre et en salle de restauration
- Tisane du soir : Proposé par les veilleuses à partir de 21h, une collation peut être servie la nuit si besoin.

La préparation des repas est entièrement réalisée sur place et servie en liaison chaude. Le désir et le plaisir de manger des résidents sont recherchés. Les menus sont élaborés par les cuisiniers en lien avec les référentes diététiques et la commission des menus, ils respectent les principes de l'équilibre nutritionnel des personnes âgées. Les habitudes alimentaires sont prises en compte et un menu de substitution est proposé en cas d'aversion d'un plat. En fonction des capacités fonctionnelles résiduelles du résident une aide à la prise des repas est apportée ainsi qu'une adaptation de l'organisation des repas en fonction d'éventuels troubles du comportement alimentaire.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Les résidents peuvent inviter les personnes de leur choix à déjeuner, à la condition de réserver les repas 48 heures avant auprès du service d'animation. Les invitations relèvent d'une facturation particulière dont les prix sont fixés annuellement et consultables sur les panneaux d'affichage.

4.13. L'organisation de la prise en soins

4.13.1. Politique médico-soignante

Les EHPAD, sont avant tout des lieux de vie, d'hébergement et d'accompagnement de personnes âgées dont l'état de santé et le niveau de dépendance souvent élevé nécessitent une vigilance et une prise en soin spécifique et pluridisciplinaire.

Les professionnels assurent auprès des résidents et en lien avec leurs proches un accompagnement adapté à leurs besoins en matière de qualité de vie, de bien-être et de santé et dans le respect de la Charte des personnes âgées dépendantes.

Cet accompagnement s'inscrit dans une articulation entre le projet de soin et le projet de vie décliné tant au plan individuel qu'au sein de la collectivité.

La prise en soin du résident, par une équipe pluridisciplinaire et des intervenants libéraux coordonnés, s'inscrit dans une démarche globale de bientraitance, de respect de ses droits et libertés, d'écoute et de prise en compte de ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Le résident est considéré comme acteur principal de sa prise en soins.

L'histoire de vie, les habitudes, les croyances, la culture du résident sont respectées et prises en compte pour l'élaboration du projet de vie et de soin. La place des proches est reconnue et intégrée.

L'accompagnement du résident dans les gestes de la vie quotidienne vise au maintien ou à l'amélioration de son autonomie.

La prise en soin est personnalisée et adaptée aux besoins des résidents tout au long de leur accompagnement et inscrit les soins dans une démarche éthique.

Des soins préventifs, éducatifs, curatifs, de rééducation, palliatifs sont dispensés dans le respect des bonnes pratiques et recommandations professionnelles. Ils ont toujours pour finalité la meilleure qualité de vie possible du résident et le respect de son choix.

L'amélioration de la qualité de la prise en soin est favorisée par le développement des compétences des professionnels et l'analyse des pratiques de soins.

4.13.2. La permanence médicale

Un médecin coordonnateur à temps plein intervient sur l'ensemble des activités médicales du CHAG. Les consultations médicales sont assurées par 3 médecins libéraux de Pacy sur Eure qui ont conventionnés avec l'établissement. Le dossier de soins est informatisé.

Depuis avril 2015, il est demandé systématiquement aux médecins traitants de transmettre les dossiers médicaux des nouveaux résidents de l'établissement.

La Commission de Coordination Gériatrique se réunit au minimum 2 fois par an, les intervenants libéraux médicaux et paramédicaux y sont invités.

4.13.3. La permanence paramédicale

L'établissement a négocié et obtenu lors du renouvellement de la Convention Tripartite, le maintien d'une infirmière de nuit sur l'EHPAD dans le cadre d'une expérimentation d'une mise à disposition de la filière de soins gérontologiques du territoire. Au moins une infirmière est présente 24h sur 24 sur le CHAG.

4.14. Ouverture sur l'extérieur

Depuis plusieurs années, le CHAG de Pacy sur Eure mène une politique active d'ouverture sur l'extérieur. Des partenariats existent entre l'Etablissement et plusieurs organismes extérieurs qui se traduisent par des conventions :

- Avec le Centre Hospitalier Eure Seine : Plan bleu, Télémédecine gériatrique, Sécurité incendie (exercice, formation du personnel), Equipe opérationnel d'hygiène, remplacement du pharmacien
- Avec le Nouvel Hopital de Navarre : Partenariat, Mutualisation du service de protection judiciaire des majeurs, Télémédecine
- Avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie : Hébergement temporaire, Service de Soins Infirmiers à Domicile
- Avec le CCAS de Pacy sur Eure : partenariat.
- Conventions avec des professionnels libéraux (médecins, masseurs kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures ...)
- Partenariat avec les acteurs de la coordination locale (CLIC, MAIA)
- Partenariat avec les lycées, écoles...
- Conventions avec des bénévoles.

L'établissement a instauré un créneau mensuel de connexion via la télémédecine avec le pôle gériatrique du CH Eure-Seine depuis janvier 2013 et sur le même mode, avec le Nouvel Hôpital de Navarre depuis février 2014.

5. Présentation des activités de l'établissement

5.1. Hébergement permanent

L'établissement dispose de 163 lits d'hébergement permanent répartis sur 2 bâtiments.

5.1.1. Le public accueilli ou accompagné

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation. En priorité, les personnes accueillies sont originaires :

- du Canton de Pacy Sur Eure.
- du département de l'Eure.

Dans la limite des places disponibles, l'EHPAD reçoit des personnes âgées des autres départements sans autre discrimination que le respect des capacités de prise en charge de l'établissement.

Lors de la coupe pathos réalisée le 30 mai 2016, sur l'effectif présent (157 résidents), 16.6% étaient des hommes et 83.4% des femmes. L'âge moyen était de 85 ans pour les hommes, 87 ans pour les femmes (87 ans tous confondus). La part des plus de 80 ans était de 86.6%. Ces chiffres confirment que les personnes entrent de plus en plus tardivement en EHPAD et que l'accompagnement doit s'adapter à cette évolution.

Une dépendance croissante s'associe au vieillissement, GMP à l'appui : en 2012, le GMP était à 724 et en 2016, à 746. 59.3% des résidents étaient en GIR 1-2 en 2016, 34.4 % en GIR 3-4 et 5.8% en GIR 5-6. L'outil PATHOS met également en exergue un alourdissement des pathologies avec un PMP à 214 en 2009 et à 224 en 2016. Les Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI) sont au nombre de 24 soit 15.3%.

Les orientations du projet d'établissement du CHAG intègrent ces évolutions en termes d'accompagnement et de prise en soins.

5.1.2. Les missions

L'Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible pour chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement ; les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix chaque fois que possible.

La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

5.1.3. Les principes d'intervention

Une commission d'admission pluridisciplinaire a été mise en place (composition de base : médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, deux cadres de proximité, psychologue et IDEC du SSIAD). Elle a pour mission d'évaluer les besoins des postulants à partir de son dossier d'admission et par des investigations complémentaires si nécessaire. Elle se réunit idéalement tous les 15 jours. A l'issue de la commission, un courrier est envoyé aux demandeurs afin de les informer de l'admissibilité ou la non-admissibilité des futurs résidents et dans ce cas, la Commission réoriente vers les structures adaptées.

Une équipe mobile a pour mission de rencontrer le futur résident sur rendez-vous, soit à son domicile, soit dans la structure où il est hospitalisé ou hébergé. L'objectif de l'équipe mobile est de préparer au mieux l'admission en EHPAD et d'établir un premier contact avec le résident potentiel.

5.2. Hébergement temporaire

L'unité d'hébergement temporaire de l'établissement est ouverte 24h sur 24 et 365 jours par an. Elle est localisée au rez-de-chaussée du bâtiment historique. Cette unité dispose de 6 chambres individuelles et d'une chambre double spacieuse, soit 8 lits adaptés aux conditions de confort attendues pour une activité d'hébergement temporaire. L'unité propose 5 lits d'hébergement temporaire d'urgence et 3 lits d'hébergement temporaire conventionnel. C'est un endroit adapté, calme, « simplifié » et « rassurant » pour compenser un contexte particulièrement anxiogène. L'unité d'hébergement temporaire dispose d'un accès direct sur un jardin sécurisé.

5.2.1. L'hébergement temporaire conventionnel (HTC)

Le CHAG de Pacy sur Eure dispose de 3 places d'hébergement temporaire conventionnel regroupées dans une unité spécifique et sécurisée (jardin).

5.2.1.1. Le public accueilli

L'HTC est prioritairement réservé aux personnes âgées de 60 ans et plus, habitantes sur le territoire de l'UTAS (Union Territoriale d'Action Sociale) ou adressé par la filière gérontologique de territoire notamment dans le cas :

- d'un besoin de répit de l'aidant dans le cadre d'un maintien à domicile ;
- d'une étape dans le parcours de vie de la personne âgée dans le cadre de situations d'urgences (retour d'hospitalisation par exemple) qui peuvent déboucher, en fonction de l'appréciation de la situation par le médecin, les proches et l'ensemble des intervenants, sur un retour au domicile ou à une entrée en EHPAD ;
- de la préparation progressive de l'entrée en EHPAD.

Il peut également constituer une réponse à des besoins ponctuels des personnes âgées valides comme une situation d'isolement (période d'hiver...).

5.2.1.2. Les missions

L'HTC a pour missions :

- de proposer un temps de répit pour l'aidant et, selon le projet de la personne, de préparer l'entrée en EHPAD de façon progressive pour une bonne intégration de la personne âgée ;

- Préparer le retour au domicile en lien avec les proches de la personne, la MAIA, les SAD (Services d'Aide à Domicile), les SSIAD, ... tous les acteurs du maintien à domicile du territoire ;
- Donner des conseils ponctuels aux aidants et de les aider dans l'orientation vers les dispositifs de soutien et d'aide existants sur le territoire notamment – mais non exclusivement – ceux portés par l'établissement (SSIAD, portage de repas, ORI - Offre de Répit Innovante, ...)
- Répondre aux besoins de nos partenaires de secteur hospitalier en participant au parcours de soin du bénéficiaire. L'HTC permet un temps supplémentaire afin de conforter la mise en place des aides avant le retour au domicile ;
- Elaborer le Projet d'Accompagnement Personnalisé en tenant compte des contraintes du domicile. Un bilan pluri professionnel est réalisé au cours du séjour ;
- Favoriser le lien social en proposant au cours du séjour en HTC, la prise des repas en salle de restauration et la participation aux animations.

5.2.1.3. Les principes d'intervention

La demande d'HTC est réalisée soit via Trajectoire (demande d'un établissement d'amont de la filière) soit par dépôt d'un dossier à l'accueil de l'établissement (demande émanant de l'aidant principal directement ou via un guichet intégré MAIA).

Les demandes d'hébergement temporaire sont étudiées par la commission d'admission de l'établissement selon les mêmes modalités que pour les demandes d'admission en EHPAD. Ponctuellement un dossier peut être étudié « en urgence » par la commission d'admission.

5.3. Hébergement Temporaire d'Urgence Départementale (HTUD)

Une unité d'hébergement temporaire à vocation départementale de 5 lits est autorisée depuis le 11 juillet 2016. Elle est située dans des locaux identifiés et sécurisés (jardin) avec un hébergement en chambre individuelle.

5.3.1. Le public accueilli

L'HTUD de Pacy-sur-Eure est prioritairement réservée aux personnes âgées de 75 ans et plus, en perte d'autonomie, ou handicapées vieillissantes, résidant dans l'Eure :

- dont l'aidant principal présente une décompensation aiguë
 - o imposant son hospitalisation ;
 - o rendant temporairement impossible sa fonction d'aidant et donc le maintien à domicile de l'aidé ;
- ou bien dont le domicile est temporairement rendu impropre à son usage
 - o par suite d'un aléa ;
 - o en cas d'incurie dans le logement ;
- le cas échéant, nécessitant une mise à l'abri dans le cas d'une suspicion de maltraitance.

Par ailleurs, l'HTUD de Pacy-sur-Eure n'est en aucun cas un sas avant une entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et il n'a pas vocation à répondre aux problématiques :

- des personnes sans domicile fixe qui ne relèvent pas de ce dispositif ;
- des personnes dont la perspective de maintien à domicile est manifestement difficile ;
- des personnes qui présentent des troubles du comportement manifestes relevant de structures sanitaires médicales ou psychiatriques plus adaptées ;
- des personnes dont la prise en soins inclue la dispensation de molécules ou dispositifs médicaux implantables onéreux (Cf. liste applicable aux établissements sanitaires au sens de la Tarification A l'Activité ou T2A), sous réserve d'une évaluation budgétaire du coût prescrit par l'ordonnance au cas par cas.

5.3.2. Les missions

L'HTUD vise à répondre à trois objectifs :

- Développer une alternative médico-sociale à l'hospitalisation pour les personnes accueillies dès lors qu'elles répondent aux conditions d'éligibilité ;
- Préparer le retour à domicile de l'aidé en travaillant avec les acteurs de la filière gériatrique (y compris informelle) du territoire de provenance et les acteurs de la prise en charge de l'aidant principal en secteur sanitaire pour optimiser les chances de succès du retour à domicile en fonction des compétences résiduelles de l'aidant principal ;
- Profiter du séjour dans l'établissement pour mettre en place les préventions primaire, secondaire voire tertiaire au niveau tant de l'aidé accueilli que de l'aidant principal, nécessaires à un maintien à domicile durable et bienheureux.

Le dispositif de l'HTUD est rattaché à l'établissement. Au-delà des objectifs propres à l'HTUD précités, l'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacune des personnes accueillies. Dans cet esprit, le personnel aide les personnes accueillies à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement ; les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale de la personne accueillie en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix chaque fois que possible.

La personne accueillie se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté à ses besoins et à ses compétences résiduelles, dans la limite des capacités de l'établissement. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont proposées dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

5.3.3. Les principes d'intervention

L'HTUD est joignable 24h/24, 365 jours par an. Les demandes d'admission sont adressées via le numéro d'appel unique de l'HTUD de Pacy-sur-Eure, par les partenaires autorisés : CLIC, CCAS,

MAIA, services d'urgence, SDIS, SSIAD, Centre 15, EMED, autres professionnels de santé, élus (en dehors des heures ouvrables des services communaux).

L'IDEC qui a reçu l'appel saisit la commission d'admission de l'HTUD de Pacy-sur-Eure qui doit se réunir et statuer prioritairement dans les 2h au sein de la tranche horaire 10h-15h du jour de la demande et au-delà, le jour ouvrable suivant.

Les admissions se font de 10h à 20h tous les jours y compris les jours fériés dans un délai de 2 à 48 heures après le contact initial.

Entre 10h30 et 15h30, l'HTUD de Pacy-sur-Eure a la possibilité d'organiser un transport au profit de la personne accueillie dans la limite des capacités et de la disponibilité des véhicules, des chauffeurs et des soignants de l'établissement. En dehors de cette plage horaire et en cas d'indisponibilité des moyens propres de l'établissement, le transport doit être organisé et reste à la charge de l'adresseur ou des tiers.

En cas d'admission, l'IDEC ou l'encadrement remplit la fiche de suivi de la demande initiale d'admission en HTUD et la transmet par mail au référent compétent du Conseil Départemental de l'Eure afin d'engager l'instruction administrative du dossier d'accompagnement financier du séjour en HTUD.

L'HTUD de Pacy-sur-Eure propose des séjours d'au plus 30 jours éventuellement renouvelables et dans la limite maximale de 90 jours en cas de situations particulières permettant d'organiser le Retour à Domicile ou l'accueil dans une structure d'hébergement temporaire conventionnel plus proche du territoire d'origine de la personne accueillie.

5.4. Résidence autonomie

Gérée par le Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy sur Eure, la résidence du Faubourg a ouvert ses portes en 2003. Dans le cadre des dispositions de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, le CHAG a signé un CPOM avec le Conseil Départemental en janvier 2017 pour obtenir sa labellisation en Résidence Autonomie et bénéficier du forfait autonomie.

La Résidence Autonomie se situe à immédiate proximité du CHAG de Pacy sur Eure, et bénéficie de deux accès séparés : l'un par l'entrée principale du CHAG, l'autre par une rue résidentielle attenante. Un parking est à disposition des résidents véhiculés et des visiteurs. Un environnement calme et verdoyant contribue à la qualité de vie des résidents.

La proximité du centre-ville (200 mètres), les commerces proches (boulangerie en face du CHAG) et plusieurs promenades possibles (accès direct à la coulée verte aménagée par la commune le long d'un bras de l'Eure au pied du logement foyer, par exemple) favorisent la vie sociale et la bonne intégration des résidents dans la vie locale.

La Résidence Autonomie garantit la qualité d'accueil des résidents en délivrant les prestations suivantes :

CHAG Pacy sur Eure –Projet d'Etablissement 2017/2021

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour ;
- Mise à disposition d'un logement privatif, au sens de l'article R.111-3 du code de la construction et de l'habitation, comprenant en sus des connectiques pour recevoir la télévision et installer le téléphone ;
- Mise à disposition et entretien de locaux collectifs en application de l'article R.633-1 du code de la construction et de l'habitation ;
- Accès à une offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci ;
- Accès à un service de restauration (portage de repas, les déjeuners peuvent être pris dans la salle de restauration) ;
- Accès à un service de blanchisserie ;
- Accès aux moyens de communication, y compris interne, dans tout ou partie de l'établissement ;
- Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident 24h/24 une assistance par tous les moyens et lui permettant de se signaler ;
- Prestations d'animation de la vie sociale.

Le CHAG est garant du respect du droit des usagers et notamment de la mise en œuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale.

5.4.1. Les missions

La résidence du Faubourg est une structure non médicalisée dont le but est de proposer aux personnes âgées autonomes un logement adapté à leurs besoins dans le cadre d'une résidence de service (personnes seules ou couples)

La Résidence Autonomie met en œuvre des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie au profit de résidents ou le cas échéant de personnes extérieures, pour lesquelles un soutien financier est apporté. Ces actions peuvent porter sur :

- Le maintien ou l'entretien des facultés (physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ...) ;
- La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes ;
- Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté ;
- L'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ;
- La sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités

5.4.2. Le public accueilli ou accompagné

Les personnes éligibles sont valides, d'au moins 60 ans, dont le degré d'autonomie et l'état de santé, ne nécessitent pas l'aide permanente d'un tiers (c'est-à-dire dont le GIR est compris entre 5 et 6) au moment de l'admission. Le résident doit être capable d'assurer la charge du logement attribué, seul ou avec l'aide de tiers bénévoles ou professionnels. Le Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 prévoit que la résidence autonomie peut admettre, à titre dérogatoire, de nouveaux résidents remplissant

les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2, à la condition que le projet d'établissement prévoit les modalités d'accueil et de vie de personnes en perte d'autonomie et qu'une convention de partenariat soit conclue avec, d'une part, un établissement mentionné au I de l'article L. 313-12 et, d'autre part, un service médico-social ou un centre de santé ou un établissement de santé ou des professionnels de santé mentionnés au quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12. Ils accueillent un nombre de résidents classés en GIR 1, 2 ou 3 qui ne dépasse pas les seuils mentionnés à l'article D. 313-15 (seuil pour les EHPAD fixé à l'accueil d'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée). (Art. D. 313-24-1).

Les personnes dont l'état psychique ou mental nécessite un accompagnement renforcé ne peuvent être admises dans l'établissement.

La Résidence Autonomie peut également accueillir dans le cadre d'un projet à visée intergénérationnelle, des personnes en situation de handicap, des étudiants ou des jeunes travailleurs dans des proportions inférieures ou égales à 15% de la capacité autorisée.

5.4.3. Les principes d'intervention

Les demandes d'entrée en résidence autonomie font l'objet d'un passage en commission d'admission (comme pour l'EHPAD).

Lorsqu'un dossier complet a été déposé, la Commission d'admission des résidents de la Résidence Autonomie, composée du médecin coordonnateur, du cadre supérieur de santé, des deux cadres de santé, de l'infirmière coordonnatrice du SSIAD, de la psychologue, se réunit dans les 15 jours pour donner son avis sur la compatibilité du profil des candidats avec les conditions de vie proposées à la Résidence Autonomie.

Elle vérifie que l'autonomie du candidat correspond aux critères retenus :

- GIR 5 ou 6, éventuellement 4 si le candidat bénéficie ou s'engage à recourir à un service d'aide ou de soins à domicile,
- Est particulièrement vigilante sur les critères : cohérence, transfert, déplacement intérieur au regard des prescriptions en matière de sécurité incendie, une cotation en C sur le critère orientation (spatiale) est rédhibitoire pour une entrée en résidence autonomie.

Le candidat est informé de la suite donnée à son dossier par courrier et le cas échéant le refus est argumenté.

Lorsqu'une place se libère, la commission se réunit dans les meilleurs délais (au plus tard dans les 15 jours) pour revoir l'ensemble des dossiers ayant eu un avis favorable puis elle priorise les demandes en tenant compte :

- de l'urgence de la demande : capacité du candidat à rester à son domicile ou lieu de vie ;
- du lieu de vie : priorité est donnée aux candidatures des personnes des 23 communes du canton de Pacy sur Eure.

Les agents de l'accueil contactent les personnes, sur liste d'attente, par appel téléphonique selon l'ordre établi par la commission d'admission. En cas de refus de proposition de logement, l'agent confirme avec le candidat, le maintien sur la liste d'attente.

Le candidat intéressé doit confirmer sa décision au plus tard dans la semaine qui suit la proposition de logement.

L'admission définitive se concrétise par la signature du contrat de séjour, la remise des clés, l'état des lieux et l'emménagement dans le logement.

La résidence autonomie est soumise à la réglementation incendie applicable aux immeubles d'habitation dès lors que le GMP ne dépasse pas la valeur de 300 et qu'un maximum de 10% des résidents sont classés en GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR. Le CHAG a donc l'obligation de vérifier régulièrement que les résidents restent suffisamment autonomes pour demeurer au sein de la résidence autonomie. A cet effet, les résidents s'engagent, dès leur admission, à consulter au moins une fois par an leur médecin traitant afin de réévaluer leur niveau d'autonomie. A défaut, cette évaluation est réalisée par l'infirmière coordonnatrice du SSIAD et est tracée dans le logiciel de gestion PSI.

Le médecin coordonnateur et le cadre supérieur de santé prennent connaissance des résultats des évaluations menées par l'IDEC et définissent ensemble les éventuelles suites à donner, en lien avec le résident, les proches, le médecin traitant et les intervenants du domicile, selon une procédure validée.

Le contrat de séjour engage le résident à mettre en œuvre les aides requises pour garantir son maintien dans le logement en cas de perte d'autonomie ou le cas échéant à effectuer une demande d'admission dans un établissement de son choix adapté à la prise en soin de la dépendance. Le CHAG de PacysurEure réserve prioritairement une place en EHPAD aux résidents dont le maintien en résidence autonomie n'est plus adapté à leurs besoins.

Le résident conserve le libre choix des intervenants libéraux médicaux et soignants durant son séjour en résidence autonomie. En cas de risque d'épidémie, le personnel du CHAG pourra être sollicité pour intervenir auprès des résidents de la résidence autonomie et avec leur accord, pour garantir la coordination des soins.

5.5. Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Le service de soins infirmiers à domicile est un service médico-social, rattaché au CHAG de PacysurEure. Il dispose de 30 places depuis le 1^{er} juillet 2010. Le SSIAD relève pour son fonctionnement des dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le service est autorisé à délivrer ses prestations sur les communes suivantes :

Aigleville, Boisset-lès-Prévanthes, La Boissière, Boncourt, Bretagnolles, Breuilpont, Caillouet-Orgeville, Chaignes, Le Cormier, Croisy sur Eure, Epieds, Fains, Gadencourt, Hécourt, Ménilles, Mérey, PacysurEure, Le Plessis-Hébert, Saint-Aquilin-de-Pacy, Serez, Vaux sur Eure, Villegats

En cas de changement de domicile dans une autre commune, le patient sera orienté vers le SSIAD du ressort territorial compétent, sauf accord conventionnel entre les SSIAD.

5.5.1. Les missions

Le service de soins infirmiers à domicile, sur prescription médicale, assure des prestations de soins infirmiers techniques ou de base, de réadaptation et d'accompagnement psychologique à des personnes âgées dépendantes ou des adultes handicapés.

Le SSIAD a pour missions :

- D'éviter ou d'écourter l'hospitalisation des personnes âgées ou handicapées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile ;
- De faciliter les retours à domicile ou en établissement non médicalisé à la suite d'une hospitalisation ;
- De prévenir ou de retarder la dégradation de l'état de santé des personnes âgées et handicapées et l'admission en institution (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, unité de long séjour ou établissement pour personnes handicapées) ;
- D'accompagner la fin de vie.

5.5.2. Le public accueilli ou accompagné

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus ou aux personnes handicapées (sur dérogation).

Les entrées ont lieu en fonction des places disponibles, sur prescription médicale du médecin traitant ou du praticien hospitalier pour bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie et/ou sur une demande de la personne elle-même ou de sa famille.

5.5.3. Les principes d'intervention

Le service de soins infirmiers à domicile respecte la charte de la personne accueillie qui figure dans le livret d'accueil. La personne et sa famille sont au centre des préoccupations du service. L'avis de la personne, éventuellement assistée d'une personne de confiance, est toujours recherché lors de l'élaboration du plan de soins et de l'organisation de l'intervention au domicile. Le contexte familial et local est pris en compte et renforcé pour maintenir et développer les liens sociaux de la personne prise en charge.

Le plan d'intervention est effectué à l'entrée par l'infirmière coordinatrice qui se rend au chevet du résident tant à domicile qu'à l'hôpital. Elle met en œuvre la démarche de soins. Le plan comprend une identification des besoins sociaux et sanitaires de la personne ainsi qu'une évaluation de la situation.

A l'issue de cette évaluation, l'infirmière coordinatrice prononce ou refuse l'admission de la personne dans le service, en tenant compte des critères d'admission au sein du service et des places disponibles et en réfère au médecin prescripteur et au médecin traitant le cas échéant.

Le plan de soins arrêté à l'entrée du résident est révisable en fonction de l'évolution de son état. Les soins infirmiers d'hygiène sont assurés par les aides-soignants du service de soins infirmiers à domicile sur délégation et sous contrôle de l'infirmière coordinatrice :

- Soins de nursing (toilette, shampoing, bain de pieds...);
- Prévention des risques (escarres, chutes...);
- Conseils en nutrition, maintenir l'autonomie ...;
- Surveillance (cohérence, comportement, poids, pouls, hydratation...);
- Communication, écoute.

Le service est assuré par les aides-soignants au domicile de 7h30 à 12h30 et de 17h à 19h30, 365 jours par an. Le travail des aides-soignants est organisé par tournées établies par l'infirmière coordinatrice. Le rythme des passages varie de trois interventions par semaine à deux interventions par jour.

Les horaires d'intervention définis dans le plan d'aide sont indicatifs, aucun horaire précis ne peut être garanti, compte tenu des contraintes organisationnelles du service (trajet, météo, priorités de soins, urgences, mouvements du service...).

En cas d'hospitalisation, le service de soins infirmiers à domicile doit être informé le jour même. La place est conservée pour une période maximale de 30 jours. En tout état de cause, la réadmission d'un patient au SSIAD au retour d'une hospitalisation suppose l'accord de l'infirmier coordonnateur qui évaluera la compatibilité des besoins du résident avec les capacités du service.

Les sorties interviennent:

- A la fin du traitement fixé par le médecin traitant ;
- En l'absence de renouvellement de prolongation par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie ;
- Lorsque l'état de santé et l'environnement sont devenus incompatibles avec le maintien du résident à domicile ;
- Lors d'une admission durable dans un établissement sanitaire ou médico-social ;
- Lors d'un retour à l'autonomie.

Le SSIAD utilise un logiciel sécurisé qui permet d'optimiser l'organisation des tournées et de garantir la traçabilité des soins.

La présence, le plus souvent possible, de la famille et des amis, est une condition fondamentale de la qualité de la prise en charge. Pendant toute la durée de celle-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement - dans le respect de la volonté du résident - doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle. Au cours de périodes d'hospitalisation éventuelles, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour du parent à son domicile.

La personne est respectée dans son identité, sa vie privée, sa dignité, sa liberté de citoyen, sa liberté d'opinion, d'expression, de se déplacer, de maintenir des relations familiales, sociales et amicales.

Sa liberté de lieu et de mode de vie est respectée sous réserve de conditions acceptables permettant l'intervention du service de soins infirmiers à domicile.

Le patient, et la personne qui l'assiste, ont droit à une information complète avant l'admission et sont consultés lors de l'élaboration du plan de soin. En cas de refus, le service de soins infirmiers à domicile n'intervient pas.

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

Le service de soins infirmiers à domicile respecte la confidentialité des informations dont il dispose. Elles sont cependant échangées entre les professionnels de santé intervenant dans l'intérêt du patient.

5.6. Centre d'Accueil de Jour Alzheimer (CAJA)

Le CAJA est localisé dans un pavillon situé en face du collège Georges Pompidou au 7 avenue Madrie à Pacy sur Eure. Il dispose d'une capacité d'accueil de 12 places.

5.6.1. Les missions

L'accueil de jour Alzheimer est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Il propose :

- des activités thérapeutiques adaptées à la population accueillie,
- un accompagnement personnalisé,
- des évaluations régulières,
- une collaboration avec les aidants familiaux,
- un maintien du lien social,
- Il évite l'épuisement des aidants,
- maintient le bénéficiaire au domicile le plus longtemps possible.

5.6.2. Le public accueilli ou accompagné

Le CAJA accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée domiciliées dans le département de l'Eure et vivant au domicile. Elles doivent avoir bénéficiées, avant l'inscription, d'une consultation mémoire et un diagnostic doit être posé en amont par un médecin gériatre hospitalier, par un neurologue ou un neuropsychiatre.

5.6.3. Les principes d'intervention

Les entrées ont lieu en fonction des places disponibles, sur acceptation de dossier. La demande émane du médecin traitant, des aidants, des services sociaux, des instances gérontologiques, du conseil général, de la famille.

L'admission définitive est prononcée après une période d'essai et une évaluation réalisée en équipe pluridisciplinaire.

A réception du dossier, l'infirmière coordinatrice prend contact avec le patient et sa famille pour une première évaluation et la mise en place d'un plan de soin, qui est ensuite discuté en équipe pluridisciplinaire.

Le transport est assuré en majorité par le service, sauf si le patient est domicilié à plus de 40 kms aller-retour du CAJA, la famille pourra alors être sollicitée.

Un chauffeur, accompagné d'un soignant se rend au domicile, le matin et le soir, à bord d'un minibus aménagé, pour transporter le patient d'un lieu à l'autre (le départ du transport est à 8h30 le matin, le retour à 16h30 l'après-midi).

Le CAJA ouvre ses portes à 9h et les ferme à 17h. Les arrivées au Centre se font entre 9h et 10h ensuite les activités se mettent en pratique, c'est pourquoi les horaires doivent être respectés.

Les patients sont toujours en présence de 2 soignants au cours de la journée, sauf de 16h30 à 17h certains jours.

La prise en charge des patients ne doit pas être inférieure à 2 jours par semaine, pour éviter au bénéficiaire des difficultés d'adaptation et par rapport à ses repères.

De nombreuses activités thérapeutiques sont proposées tout au long de la journée, tout en respectant le degré d'autonomie de chacun, le besoin de déambuler et les périodes de repos (jardinage, cuisine, pâtisserie, atelier mémoire, massages de confort, activités spécifiques, écriture, travaux manuels...).

Les patients sont évalués régulièrement par l'IDEC. L'équipe CAJA travaille avec les réseaux du secteur.

La présence de la famille est une condition fondamentale de la qualité de la prise en charge. Pendant toute la durée de celle-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement -dans le respect de la volonté du patient- doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Les soignants du CAJA travaillent en partenariat avec les aidants auxquels ils proposent en plus des entretiens avec l'équipe et en fonction de leurs besoins, une participation active, sur invitation, au cours d'activités exceptionnelles ou de moments conviviaux.

5.7. Offre de Répit Innovante (ORI)

5.7.1. Les missions

L'ORI proposée par le CHAG de Pacy-sur-Eure répond en premier lieu à la nécessité de soutenir les aidants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie ou de personnes handicapées vieillissantes fréquentant, ou non, un accueil de jour à travers le développement et la diversification des structures dites de « répit », c'est-à-dire les

dispositifs destinés à alléger ce que le Professeur Steven H. ZARIT a défini comme le « fardeau » des aidants.

De plus, l'ORI a pour objectifs :

- de proposer sur le territoire de la MAIA Eure-Avre-Iton, et particulièrement dans les zones dépourvues de structures d'offres de répit, une palette souple et diversifiée de dispositifs de répit et d'accompagnement qui ne sera pas réservée en priorité à la population déjà prise en charge en institution ;
- de construire avec l'aidant **un parcours de répit** adapté à la situation du binôme aidant/aidé en fonction des variables d'actions retenues ci-après :

Matrice de construction du parcours en fonction des besoins identifiés sur la base des variables retenues :

| Catégories | Variables |
|------------------|---|
| Sujet du répit | <ul style="list-style-type: none"> • Aidant • Aidé • Le couple aidant /aidé |
| Lieu | <ul style="list-style-type: none"> • Domicile • A l'extérieur |
| Moment du répit | <ul style="list-style-type: none"> • Matinée • Après-midi • Journée • Nuit • Semaine /week-end |
| Contenu du répit | <ul style="list-style-type: none"> • Temps pour soi • Moment d'échange, de partage • Vie sociale, familiale... |

Cette démarche s'inscrit dans une politique de collaboration avec les partenaires du territoire (sanitaire, médico-sociaux, domicile, associatifs ...) pour toucher l'ensemble des personnes âgées ayant un besoin de répit.

5.7.2. Le public accueilli ou accompagné

Si sur le principe, la population cible de l'ORI correspond à celle « des personnes âgées en perte d'autonomie ou atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées ou personne handicapée vieillissante et de leur aidant principal naturel », il est apparu nécessaire de définir –

compte tenu de la contrainte de moyens et suite aux travaux de notre groupe de travail – des critères d'entrée et de sortie de ce dispositif. De plus, il est apparu tout aussi nécessaire que les prestations proposées par l'ORI de l'établissement, ne prennent pas la forme d'un simple catalogue mais le recours à cette offre s'articule en un **parcours de répit** afin de favoriser le maintien du binôme aidant/aidé au domicile aussi durablement que possible.

Pour ce faire, un staff collégial et multidisciplinaire objective les raisons du recours à l'ORI et le besoin du binôme aidant/aidé pour construire un parcours de répit cohérent et pertinent.

Dans cette optique, le staff collégial et multidisciplinaire s'appuiera sur la démarche et les outils suivants :

- une évaluation médico-sociale au domicile ;
- une évaluation de la fragilité de l'aidant principal naturel par l'outil ABCDEF ;
- une évaluation de son degré d'épuisement par le Test d'Inventaire de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory : MBI) ;
- une évaluation de l'intensité du fardeau ressenti par l'échelle de Zarit ;
- une évaluation du degré de perte d'autonomie de l'aidé et, le cas échéant, de l'aidant, par le girage.

Sur la base de ces évaluations, une priorisation de prise en charge sera établie en concertation avec les acteurs du maintien à domicile membre de la MAIA⁵ (CLIC, SAAD⁶, SSIAD, ...). Puis, un parcours sera proposé sur la base de la matrice de construction visée précédemment pour répondre à un objectif précis et quantifiable fixé par le staff pluridisciplinaire et le binôme aidant/aidé.

Dès lors, pour être éligible au dispositif ORI, il convient de répondre aux critères d'admission suivants :

- être âgé de plus de 60 ans ;
- résider sur le territoire de la MAIA Eure-Avre-Iton;
- faire l'objet d'une évaluation professionnelle pour définir les besoins du programme de répit, sur la base des besoins exprimés par l'aidant principal naturel et l'aidé ;
- justifier ou s'engager à présenter un domicile adapté au maintien à domicile ;
- signer un consentement à participer au projet d'accompagnement personnalisé proposé et aux activités qui en découlent (pour l'aidé et l'aidant) ;
- être capable, pour l'aidé, de vivre à domicile sans mettre en péril ni sa sécurité physique et psychologique ni celles de l'aidant ;
- ne pas présenter, pour l'aidé, un risque de désorganisation à domicile ou dans le milieu de vie en lien avec un diagnostic de déficit moteur, cognitivo-comportemental ou mixte.

Symétriquement, les critères de fin d'intervention dans le cadre de l'ORI sont les suivants :

- ne pas collaborer (pour le binôme aidant/aidé) finalement au projet d'accompagnement personnalisé ;

⁵ : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie

⁶ : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile.

- nécessiter (pour l'aidé) une surveillance ou une prise en charge ou des soins 24h/24 ou de façon régulière et continue ;
- constater une évolution des capacités résiduelles du binôme aidant/aidé rendant le maintien au domicile impossible ;
- présenter (pour l'aidé) une aggravation du déficit cognitif, des troubles du comportement durables et insensibles aux prises en charges adaptées ;
- développer, pour l'aidant, un manque ou une absence d'initiative pour organiser son quotidien ;
- constater, au moyen d'un staff collégial et multidisciplinaire que l'aidant principal naturel n'a plus besoin de répit ponctuel ou itératif.

5.7.3. Les principes d'intervention

- L'aidant principal naturel, sur les conseils, le cas échéant, d'un des acteurs de la MAIA (CLIC, SAAD, SSIAD, ...) ou des autres acteurs de la filière gériatrique du territoire, prend contact avec le secrétariat de l'établissement qui remet un dossier d'inscription qui est transmis à l'IDEC ;
- L'IDEC propose un entretien individuel au domicile ou sur la structure en vue de construire un **parcours de répit** reposant sur les critères médico-sociaux et les besoins et attentes du couple aidant/aidé évalué à l'aide des outils retenus. L'objectif est de réaliser un recueil détaillé des habitudes de vie, de l'organisation du lieu de vie, de l'autonomie de l'aidé et de l'aidant, des pathologies et traitements médicamenteux. L'IDEC utilise à cet effet le dossier de recueil des données (déjà utilisé dans le cadre des évaluations médico-sociales des personnes bénéficiaires de la résidence autonomie) ;
- Sur la base des informations collectées, le staff collégial et pluridisciplinaire statue sur la possibilité d'une prise en charge et construit un **parcours de répit** adapté aux besoins et aux objectifs identifiés ;
- D'autres entretiens individuels permettront à l'IDEC d'amener l'aidant à accepter progressivement dans certains cas le parcours de répit pour le binôme aidant/aidé ;
- Une visite préalable à la mise en place des prestations est organisée par l'IDEC au domicile du binôme aidant/aidé ;
- L'IDEC programme, planifie les prestations et anime la coordination entre elles, en lien avec la responsable de l'animation. Elle présente le binôme aidant/aidé, le projet personnalisé d'accompagnement aux intervenants avant de commencer toute prestation.

Dans le cadre des offres de répit organisées sur site, une visite préalable de la structure est préconisée au binôme aidant/aidé.

Dans le cadre des offres de répit organisées au domicile, la prestation sera obligatoirement précédée d'une rencontre au domicile entre les intervenants et le couple aidant/aidé.

- Le parcours et les prestations qui le composent, débutent selon le jour et l'horaire convenu avec l'aidant et la personne aidée.
- Une évaluation mensuelle permet de suivre les progrès et, le cas échéant, d'adapter ou de repenser le **parcours de répit** et ses prestations. Cette évaluation fait l'objet d'un compte rendu qui est communiqué au binôme aidant/aidé. A cette occasion l'IDEC insiste sur la nécessité de renforcer les liens avec le CLIC chaque fois que nécessaire.

5.7.4. Description des prestations de l'offre de répit

- **une plateforme téléphonique** : il s'agit d'offrir à l'aidant principal bénéficiaire de l'ORI un service de 9h à 17h sous la responsabilité de l'IDEC qui écoute, évalue, conseille, en fonction du motif de l'appel et de la situation vécue comme problématique dans un but de temporisation, d'adaptation ou de réorientation de la prise en charge ;
- **un accueil de jour de répit** : il s'agit de proposer, à raison de 4 demi-journées par semaine, un accueil sur site, dans les locaux actuellement destinés à l'accueil de jour occupationnel. Les aidants sont rassurés par ce dispositif qui leur permet de prendre du temps pour eux, pendant que leur aidé bénéficie d'un programme d'intégration, de socialisation et de stimulation cognitive et sensorielle adapté à leur besoins ;
- **un Atelier des aidants** : le bien être des aidants est recherché dans cette prestation. Différentes études ont montré en effet le lien qui peut exister entre le soutien dont bénéficie l'aidant familial et le bien-être apporté à la personne aidée. L'aidant peut prendre soin de lui en toute quiétude puisque l'aidé est pris en soin par une équipe professionnelle pendant le temps de l'atelier. Cette activité est aussi particulièrement adaptée aux couples aidant/aidé qui ne sont pas encore prêts à accepter des moments de séparation. Elle permettra également de les préparer à accepter d'autres prestations de répit proposées par l'ORI ou, le cas échéant, des prestations de répit proposées par d'autres structures.
- **une Halte de répit itinérante** : il s'agit de proposer une prestation de répit au plus près des lieux de vie des usagers et en particulier de couvrir les zones dépourvues d'offres de répit. Cette prestation permettra de proposer une première approche du répit et favorisera la confiance et l'acceptation progressive de l'aide à l'aidant.
- **des sorties culturelles, de loisirs et sociales** : l'objectif est d'offrir à l'aidé et à son aidant un moment de convivialité, une occasion de maintenir une vie sociale en dehors de leur lieu de vie habituel. Ces sorties permettent à l'aidant de retrouver une vie sociale partagée et de recréer chez les personnes malades et/ou en perte d'autonomie un sentiment de « normalité », proche de la vie d'avant la maladie et/ou de la perte d'autonomie. Il s'agit également de travailler sur la relation aidant/aidé, de reconnaître la place de chacun, de préserver et susciter cette relation.

Cas particulier du répit à domicile

Le répit à domicile repose avant tout sur la présence et l'accompagnement du professionnel au domicile de la personne aidée afin de limiter les perturbations liées aux changements de lieu et de rythme.

Ainsi, le professionnel est amené à :

- conduire des soins relationnels (écoute, observations, échanges verbaux et non verbaux) ;
- organiser des activités d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, comme le fait habituellement l'aidant familial et sans se substituer aux services d'aide à domicile mis habituellement en place ;
- réaliser une évaluation des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle de la personne aidée dans son milieu de vie et proposer des stratégies d'intervention personnalisées en apportant un autre regard que celui de l'aidant ;
- répondre au besoin d'accompagnement de l'aidant (informations sur la maladie, échangé avec un professionnel sur ce qui est perçu, compris, vécu au quotidien, partagé avec un professionnel qui a vécu la même chose).

Une étude menée en interne, en 2013, a révélé que les premières demandes sont souvent pour des répits de courte durée car un temps de mise en confiance est nécessaire entre le binôme aidant/aidé et l'équipe.

L'offre de répit à domicile est en conséquence proposée sous 2 formes :

- **un répit de jour à domicile en semaine** : cette prestation consiste à inviter l'aidant à prendre du temps pour lui, si possible à l'extérieur du lieu de vie habituel. Pendant ce temps-là, un professionnel de santé prend le relai auprès de l'aidé. Dans ce cadre, c'est l'institution qui s'adapte à la personne aidée et non pas l'inverse, les soignants se conforment à l'environnement et au fonctionnement du couple aidant/aidé.
- **Un répit à domicile pour évènements particuliers** : cette prestation a pour objectif de remplacer l'aidant de jour et/ou de nuit à son domicile sur une période comprise entre 6h et 48h du vendredi au dimanche, une fois par mois afin qu'il puisse participer à des évènements familiaux (mariage, baptême...) ou sociaux, parfois organisé à grande distance du lieu de vie. Elle permet à l'aidant de retrouver son rôle familial, social tout en permettant à l'aidé d'être assisté par un professionnel comme l'aurait fait l'aidant, sans bouleverser son environnement.

5.8. Portage de Repas

5.8.1. Les missions

Le service de portage de repas à domicile poursuit les objectifs suivants à l'attention des personnes fragiles et/ou isolées :

- Proposer une prestation durable ou temporaire de restauration au domicile;
- Préserver l'autonomie des usagers par un accompagnement approprié et favoriser leur maintien sur leur lieu de vie habituel aussi longtemps que possible ;
- Prévenir la dénutrition en proposant des repas complets et équilibrés ;
- Rompre la solitude ;
- Favoriser le suivi médico-social des usagers en promouvant les missions et les services du Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique de Pacy sur Eure.

5.8.2. Le public accueilli ou accompagné

Le service de portage de repas à domicile est réservé prioritairement aux personnes présentant les critères suivants :

- être âgé d'au moins 60 ans ou présenter un handicap temporaire ou définitif ;
- être domicilié dans le canton de Pacy sur Eure ou certaines communes des cantons de Saint-André de l'Eure et d'Evreux-Est ;
- solliciter la livraison d'au moins un repas par semaine à l'exception de périodes d'absence programmées (vacances, hospitalisation) ;
- être équipé d'un téléphone et d'un four à micro-ondes.

5.8.3. Les principes d'intervention

Le service de portage de repas à domicile assure la production de repas et leur livraison au domicile des usagers dans les conditions définies au présent contrat et ses annexes.

Les repas sont préparés par des cuisiniers qualifiés sur la base d'un menu et d'un bon de commande communiqué au moins une semaine à l'avance aux usagers par le chauffeur.

Le chef cuisinier élabore les menus variés et équilibrés et les soumet à la commission des menus de l'établissement pour validation. Les préparations confectionnées sont traditionnelles. L'historique des menus proposé à la clientèle est archivé au service économat de l'établissement d'une année sur l'autre.

La prestation comprend :

- la préparation d'un plateau repas complet composé comme suit : soupe, entrée, plat principal (2 choix à chaque repas), fromage, dessert, pain ;
- la livraison du repas au domicile de l'utilisateur au moyen d'un véhicule adapté au transport des denrées alimentaires en liaison froide ;
- la dispensation de conseils de remise en température ;
- le contrôle des produits livrés dans le réfrigérateur des usagers (sous réserve d'en autoriser l'accès au chauffeur).

Le service propose chaque jour un menu différent comprenant 2 choix pour le plat principal (viande ou poisson, féculents ou légumes). Dans le cas où ces 2 choix ne conviendraient pas à l'utilisateur, un

plat de remplacement composé d'une tranche de jambon et d'une portion de purée est servi par défaut.

A l'occasion des fêtes de Noël et de Pâques, des repas améliorés sont proposés sans surcoût.

Les repas tiennent compte du régime alimentaire (sans sel et/ou sans sucre ajouté) éventuellement défini par l'utilisateur dans la fiche de renseignements.

Les préparations cuisinées sont conditionnées en barquettes alimentaires individuelles à usage unique. Les barquettes sont filmées et étiquetées (identification du produit, date de production et date limite de consommation recommandée).

La production et le transport des plats respectent la méthode et les principes de sécurité sanitaire des aliments HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point).

La conservation des préparations cuisinées est réalisée en liaison froide. Cette méthode de conservation d'un produit cuisiné entre sa fabrication et sa consommation consiste à en abaisser rapidement la température immédiatement après sa fabrication. Le produit est ensuite conservé au froid (entre 0 et +3 degrés) puis remis en température chaude juste avant sa consommation.

Les conditions techniques utilisées pour la production et la conservation des préparations cuisinées ne permettent pas de proposer aux usagers des plats servis en mixés (absence de processus de stérilisation).

Des conseils sont proposés en annexe pour réchauffer les plats et respecter les normes d'hygiène relatives à la prestation.

Le service du portage et la cuisine de l'établissement restent à la disposition des usagers aux heures ouvrables pour répondre si nécessaire aux questions ou remarques sur la qualité et les conditions de fonctionnement de la prestation.

A la demande de l'utilisateur, l'équipe du CHAG peut réaliser, selon ses disponibilités :

- une évaluation nutritionnelle et médico-sociale de l'utilisateur à son domicile pour prévenir le risque de dénutrition, la perte d'autonomie et le conseiller pour l'aider à rester dans son lieu de vie habituel le plus longtemps possible ;
- une présentation personnalisée des différents services médico-sociaux proposés par l'établissement (accueil de jour, résidence autonomie, hébergement temporaire, EHPAD).

Ces prestations gratuites peuvent être sollicitées par courrier à la direction du CHAG de Pacy sur Eure.

Les livreurs sont également formés pour repérer les difficultés à caractère médico-social rencontrées par les usagers à leur domicile et conseiller les familles. Ils ont une mission de veille sanitaire et peuvent être amenés dans ce cadre à signaler à l'encadrement de l'établissement les situations susceptibles de porter atteinte à la sécurité des usagers.

L'utilisateur peut solliciter le CHAG de Pacy sur Eure afin d'organiser, en lien avec son médecin traitant, une évaluation médico-sociale et/ou nutritionnelle destinée à adapter la prestation aux plus près de ses besoins.

6. Projet social

6.1. Les ressources humaines

Cf. annexe 2 - ETP 2017

6.2. Absentéisme

L'année 2016 a été marquée par la première baisse des journées d'absentéisme depuis 2010. L'absentéisme a régressé globalement par rapport à 2015 de 8% (-472 journées) pour représenter un effectif théorique de 24.13 ETP (base 1607h). Paradoxalement, cette évolution est d'autant plus favorable qu'elle se situe dans une année marquée par le plus haut niveau d'absentéisme mesuré sur la parentalité et la maladie ordinaire.

L'évolution favorable de l'absentéisme peut s'expliquer par :

- le retour au travail d'agents auparavant en maladie non ordinaire et par une baisse encourageante de la maladie professionnelle ;
- la politique de remplacement des arrêts de longue durée engagée par l'établissement pour limiter que l'absentéisme n'affecte à terme les salariés titulaires en capacité de travailler ;
- l'accompagnement psychologique prévu dans le cadre du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) et financé à hauteur de 5K€ par l'ARS qui a été proposé aux agents de l'établissement en 2016 et qui sera reconduit en 2017.

Toutefois ces données favorables ne doivent pas occulter :

- l'évolution préoccupante de la maladie ordinaire justifiée par des arrêts en lien avec la maternité (tendance à octroyer des arrêts supérieurs aux congés maternité de droit commun en raison de la pénibilité réelle ou supposée des missions) ;
- le niveau des accidents du travail qui n'ont pas baissé en nombre de déclarations malgré une baisse de la durée moyenne des arrêts (observation d'une tendance à déclarer en AT des troubles issus d'accidents domestiques) et la recrudescence des chutes malgré les mesures préventives ;
- le niveau des agents sur un poste avec restriction (4 agents représentant 4 ETP), en poste aménagé (12 agents représentant 11.55ETP) ou en grave maladie (1 agent ; 0.8ETP) nécessitant un remplacement.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | %2016 | Evol.2015 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|------------|
| Maladie ordinaire | 1 514 | 1 219 | 1 170 | 1 516 | 1 606 | 1 770 | 2 344 | 42% | 32% |
| Maladie non ordinaire | 528 | 914 | 1 013 | 1 302 | 2 005 | 3 019 | 1 640 | 30% | -46% |
| Parentalité | 462 | 894 | 1 067 | 465 | 938 | 392 | 1 090 | 20% | 178% |
| Accident du travail - Maladie professionnelle | 444 | 434 | 457 | 564 | 1 394,5 | 831 | 466 | 8% | -44% |
| Total | 2 948 | 3 461 | 3 707 | 3 847 | 5 944 | 6 012 | 5 540 | | -8% |

L'absentéisme pour **maladie ordinaire** représente **42%** des journées d'absence (contre 29% en 2015). Sa progression significative (+**32%**, +574 journées) est notamment liée aux arrêts antérieurs à une période de maternité.

L'absentéisme pour **maladie non ordinaire** (longue maladie, maladie de longue durée, congé de longue durée et mi-temps thérapeutique) représente **30%** des journées d'absence (contre 50% en 2015). Il a diminué de **46%** (-1379 journées) par rapport à 2015 en raison de la fin des périodes en mi-temps thérapeutique (-59%) et la chute des CLD (-91%).

L'absentéisme lié à la **parentalité** (maternité, congé paternité, congé enfant malade) représente **20%** des journées d'absence (contre 7% en 2015) et a augmenté de **178%** (+698 journées) par rapport à 2015 en raison de la reprise significative de la maternité (8 agents contre 5 en 2015).

L'absentéisme pour **accident du travail et maladie professionnelle** représente **8%** des journées d'absence (contre 14% en 2015). Il a diminué de **44%** (-365 journées) pour atteindre son plus bas niveau depuis 2012. Cet absentéisme se concentre toutefois sur davantage d'agents (16 au lieu de 11 en 2015) avec une durée moyenne d'arrêt de 31 jours.

Les journées pour accident du travail et de trajet se concentrent particulièrement sur 14 agents (sur 23 déclarations) contre 10 en 2015 et concernent 13 soignants et 1 cuisinier. Les accidents ont principalement pour cause les efforts de manutention (lombalgie, genoux, épaule, bras et hanche) dans 48% des cas et les chutes dans 43% des cas (contre 6% des cas en 2015 pour ces dernières).

L'absentéisme concerne le personnel soignant et d'animation pour 87% (contre 79% en 2015), le personnel administratif pour 7% (contre 10% en 2015) et le personnel technique pour 6% (contre 11% en 2015).

Le service de santé au travail qui avait été confié par convention depuis novembre 2015 au service de santé au travail du CH Eure-Seine est de nouveau assuré par 2 médecins agréés depuis octobre 2016 suite au départ du médecin du travail de l'établissement partenaire.

L'établissement a une politique de remplacement des arrêts longs et des postes aménagés afin de ne pas tomber dans « une spirale de l'absentéisme » (accroissement de la charge de travail et des risques professionnels reporté sur les présents). L'impact financier de cet accompagnement est cependant significatif et sa pérennité incertaine.

6.3. La prévention et la gestion des risques professionnels

L'environnement au travail est caractérisé par des contraintes architecturales importantes qui ne permettent pas une ergonomie au travail optimale, un projet de réhabilitation et de reconstruction de l'établissement est en cours de négociation.

Afin de prévenir et réduire l'absentéisme et maintenir une gestion optimale des ressources humaines, l'établissement élabore annuellement depuis 2012 son Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, les risques psycho sociaux sont appréciés chaque année depuis 2014. Un plan d'actions issu de cette évaluation est suivi par la cellule qualité de l'établissement.

L'établissement a obtenu fin 2015 un accompagnement financier ciblé sur la prise en charge individuelle du stress et de la souffrance au travail, via un **Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail** (CLACT 2015). Cet accompagnement s'est traduit depuis avril 2016 par l'organisation d'une consultation sur site d'un psychologue libéral pour les besoins du personnel.

Une formation manutention a été proposée en interne aux agents sur plusieurs années. L'établissement est enregistré à l'OGDPC depuis février 2016 avec son programme manutention.

Dans le cadre de la prévention des conduites addictives, l'établissement a validé en 2015 un protocole de prévention de l'ivresse sur le CHAG.

Depuis plusieurs années, les agents sont sollicités pour participer à la journée sans tabac. En 2016, une enquête a été réalisée auprès du personnel pour recenser les fumeurs désireux d'arrêter de fumer et l'établissement les a accompagnés dans le cadre du dispositif « Moi(s) sans tabac » lancé par le Ministre de la Santé et l'Agence Nationale de Santé Publique.

6.4. Maintien des agents dans l'emploi

L'établissement connaît actuellement un cycle de retour de ses agents après des congés de longue maladie ou de maladie professionnelle ou d'accident de travail, suivi de temps partiels thérapeutiques.

Des solutions individuelles et personnalisées ont permis d'accompagner le retour à l'emploi de ces agents via un aménagement des postes de travail.

Ainsi :

- Des IDE se voient confier des missions : de coordination des parcours de santé des résidents, de communication, de coordination de nouvelles activités (ex : Offre de Répit Innovante) ;
- Des aides-soignantes se voient confier des missions relatives à l'encadrement des stagiaires, à la prévention de la dénutrition des résidents, au soutien relationnel des résidents et de leur famille, à l'accompagnement de la fin de vie ;
- Des ASHQ ont vu leurs missions réorientées sur l'entretien des locaux ou de l'hôtellerie.

L'établissement emploie 4 agents reconnus comme travailleur handicapé dont 1 IDE, 1 Kiné, 1 ASH et 1 AEQ.

6.5. Politique de formation continue

La formation est à la fois un droit et un devoir pour chaque agent titulaire et contractuel (décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière).

Elle vise à entretenir et enrichir les connaissances et les compétences de chacun pour améliorer la qualité des services rendus auprès des résidents et des bénéficiaires, elle participe aux carrières professionnelles (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences).

Annuellement l'ensemble du personnel non médical stagiaire, titulaire et contractuel, du CHAG de Pacy Sur Eure, bénéficie d'un entretien individuel de formation. Cet entretien a pour objectif de mettre en œuvre un projet professionnel cohérent pour l'agent et pour l'établissement. Il est mené par le supérieur hiérarchique de l'agent.

Au cours de l'entretien :

- les suites données aux demandes précédentes de formation de l'agent sont rappelées ;
- l'agent fait un bilan des acquis de la ou des formations suivie(s) et des compétences qu'il a pu réinvestir dans le service ;
- les actions de formations qui apparaissent nécessaires pour la nouvelle période au vu des missions de l'agent et de ses perspectives professionnelles sont définies ;
- l'agent présente ses demandes en matière de préparation aux concours, de validation des acquis de l'expérience, de bilan de compétences et de période de professionnalisation.

L'ensemble des données est tracé sur un support spécifique, le cadre supérieur de santé en prend connaissance et les transmet au responsable de la formation continue.

L'établissement a institué en 2014 une Commission DPC-formation continue, avec le projet de se constituer Organisme de DPC. Il a obtenu son enregistrement en tant qu'organisme de DPC une première fois en tant que Centre Hospitalier et en août 2017 pour le CHAG. Cette Commission est composée du médecin coordonnateur de l'EHPAD, du médecin coordonnateur de la médecine, du cadre supérieur de santé, des 2 cadres de santé, de l'ingénieur qualité, d'un représentant du CTE et du responsable formation.

Ses missions sont :

- D'élaborer le plan annuel de formation, d'étudier les demandes individuelles (études promotionnelles ...) ;
- De définir la politique et le plan de DPC annuels ;
- D'élaborer des programmes de DPC, d'organiser leur mise en œuvre ;
- De formaliser la tracabilité de l'implication des professionnels concernés ;
- D'organiser l'évaluation des programmes DPC ;
- D'élaborer le bilan annuel formation continue et DPC.

Cependant, cette Commission peine à exister.

Les orientations du plan annuel de formation continue du CHAG de Pacy sur Eure se construisent au regard :

- Des axes prioritaires nationaux et régionaux,
- Des plans de santé publique,
- Du projet d'établissement,

- De la politique qualité et gestion des risques de l'établissement (fiches d'événements indésirables, plaintes et réclamations...),
- Du document unique d'évaluation des risques professionnels (RPS),
- Du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT),
- Des priorités institutionnelles

Le plan annuel de formation est élaboré par le responsable formation en lien avec le Directeur et le Cadre supérieur de Santé puis est soumis à l'avis du Comité Technique d'Etablissement.

Le plan intègre l'ensemble des actions de formation initiale ou continue, à savoir :

- La formation professionnelle initiale ;
- La formation continue d'adaptation à l'emploi ;
- La préparation aux examens et aux concours ;
- Les études promotionnelles ;
- La conversion professionnelle.

Depuis plusieurs années le CHAG de Pacy-sur-Eure favorise la promotion professionnelle de ses agents. Ainsi, les études promotionnelles (cadre de santé, IDE, AS, AMP, ASG et assistante de service social) ont permis de concilier les projets professionnels de plusieurs agents (leur volonté d'évoluer dans leur carrière et d'accéder à un niveau supérieur de qualification) et les besoins de l'établissement.

Les orientations du plan de formation de ces dernières années portaient sur :

- L'amélioration de la prise en charge de la douleur,
- Le développement de la prise en charge palliative au sein de la structure pour éviter les transferts des résidents,
- La prévention des risques infectieux,
- Le développement d'une politique de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles liés à la manutention des personnes,
- la bientraitance en institution.

Les compétences obtenues par ses agents (en particulier ceux titulaires de DU) sont valorisées en interne. Elles permettent de structurer des cellules pluridisciplinaires de travail (hygiène, soins palliatifs), de mener des actions de formation et de prévention auprès des équipes, des stagiaires accueillis et des personnels de remplacement (hygiène, soins palliatifs, manutention) et d'améliorer les pratiques professionnelles.

7. Projet qualité et gestion des risques

7.1. Développement d'une culture qualité et sécurité

L'établissement en tant que Centre Hospitalier s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité structurée dès 2001 dans le cadre de la démarche d'accréditation V1. Elle s'est

ensuite renforcée progressivement en intégrant l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques au fur et à mesure des différentes démarches de certification, auquel était soumis le service de médecine, et de l'évolution de la réglementation. La Direction et l'encadrement ont décidé d'étendre cette démarche qualité à l'ensemble des activités de l'établissement et en particulier à l'EHPAD.

Un comité de pilotage s'est lui aussi étoffé, progressivement, en intégrant de nouveaux membres du personnel et des représentants des usagers. Un logiciel informatique spécifique de gestion et de communication a été instauré dès 2007.

La plupart des professionnels de l'établissement se sont initiés à la qualité et à la sécurité en s'investissant dans les démarches de certification successives de la HAS. La culture qualité et sécurité de ces derniers s'est aussi renforcée avec l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, mises à leur disposition via le logiciel qualité et utilisées dans le cadre de l'élaboration de documents qualité (procédures, protocoles, fiches techniques), des auto-évaluations et de l'évaluation externe de l'EHPAD.

Ainsi, sur le CHAG de Pacy sur Eure, la qualité est l'affaire de tous, elle est transversale et pluridisciplinaire. Les acteurs de terrain sont sollicités pour intégrer les groupes de travail, car ce sont eux qui sont les plus à même à apporter des solutions aux problèmes qui touchent à leur pratique. Par ailleurs, étant donné le dimensionnement du CHAG, afin de rationaliser la charge et le temps de travail, les groupes pluri professionnels constitués sont pérennisés et la formalisation est développée.

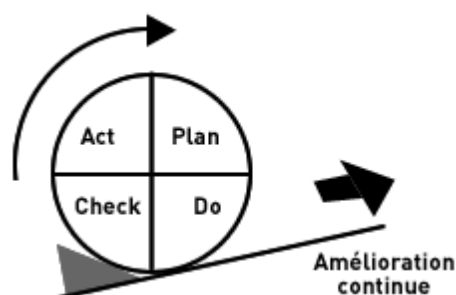
Afin d'inscrire l'établissement dans une politique d'amélioration de la prise en soin, une culture d'évaluation est impulsée auprès des agents depuis plusieurs années et se traduit par des évaluations des pratiques professionnelles, des audits ciblés, la mesure de la satisfaction des usagers.

La sensibilité « qualité et sécurité » des usagers s'est, quant à elle, davantage développée à partir de 2013, avec la réactivation, par la direction, de certaines commissions de l'établissement telles que le CVS et la Commission des menus. D'autre part, la mise en œuvre d'enquête de satisfaction et la volonté d'associer les résidents et leur entourage aux évaluations interne puis externe des activités afin de répondre à leurs revendications concourent également au renforcement de cette fibre qualité.

7.2. La démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

La démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est une politique continue. Son approche au niveau de l'établissement est globale et systémique, elle prend en compte la complexité des activités, l'environnement de la structure et les facteurs techniques, humains et organisationnels.

Elle repose sur le principe d'amélioration continue de la qualité « PDCA » illustré par la roue de DEMING :



1. Planifier (Plan) : engagement de la Direction au travers d'une politique affirmée et planification des objectifs associés à cette politique.
2. Réaliser (Do) : mise en œuvre des dispositions présentées dans le plan.
3. Vérifier (Check) : vérification et évaluation des résultats et des progrès à l'aide d'indicateurs performants.
4. Améliorer (Act) : Revue pour constamment améliorer le système.

La gestion des risques vise à prévenir l'apparition d'évènements indésirables et, en cas de survenue d'un tel évènement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le résident, le visiteur et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

Elle repose sur une détection des risques à posteriori via la déclaration des professionnels de ces dysfonctionnements et leur analyse à l'aide d'outils (arbre des causes, CREX...). Pour faciliter cette communication des agents, des évènements indésirables, l'établissement s'appuie sur une organisation apprenante et ne sanctionnant pas l'erreur. Il vise ainsi à amener chaque professionnel à être au sein de la structure, acteur de la sécurité. De cet engagement individuel émane un engagement collectif.

La démarche de gestion des risques repose également sur une gestion des risques a priori par, le repérage, la hiérarchisation, l'analyse et la mise en place de plans d'actions relatifs aux situations identifiées au sein de l'établissement (cartographie des risques, check list, procédures, ...).

L'établissement a répondu à ses obligations d'évaluation interne et externe pour l'EHPAD et la Résidence Autonomie et d'évaluation interne pour le SSIAD.

7.3. L'organisation institutionnelle de la démarche qualité

La politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques est définie sur l'établissement conjointement par la Direction et la CCG. Elles valident les priorités du programme d'actions, allouent les ressources adaptées, suivent les actions en cours et les résultats des actions d'amélioration et adaptent le programme en conséquence.

Le cadre supérieur de santé de l'établissement est identifié comme le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et sa fonction fait l'objet d'un profil de poste. Le coordonnateur élabore la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques et le programme d'actions. Il anime la mise en œuvre du programme validé. Il contribue au lancement et au suivi de nouveaux projets, audits, visites qualité en lien avec les groupes concernés. Il apporte un soutien méthodologique aux professionnels et communique à l'instance de pilotage les résultats exploitables. Les missions du coordonnateur sont précisées dans sa fiche de poste ainsi que le temps consacré à celles-ci (0,2 Equivalent Temps Plein).

Le cadre supérieur de santé est épaulé concernant la démarche qualité par une ingénieure qui est employée à mi-temps.

Des groupes de travail thématiques sont mobilisés pour mettre en œuvre et suivre les actions d'amélioration programmées. Les professionnels concernés apportent l'expertise méthodologique nécessaire dans les groupes.

La Cellule Qualité et Gestion des Risques (CQGR) est composée du coordonnateur qualité et gestion des risques, de l'ingénieure qualité, de deux cadres, le l'infirmière coordonnatrice du SSIAD, des

référents soignants. L'ancienne secrétaire qualité, de par ses compétences, reste membre actif de la CQGR. Elle gère la diffusion documentaire via le logiciel informatique dédié et apporte un soutien méthodologique aux professionnels.

Les membres de la Cellule Qualité et Gestion des Risques font tous partie prenante dans les différentes commissions de l'établissement, les COPIL et les groupes de travail constitués à l'occasion des différentes évaluations. De fait, ils concourent à l'élaboration de ce programme institutionnel.

Les pilotes nommés pour mener les actions sont souvent issus de cette Cellule Qualité et Gestion des Risques. Le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est globalement assuré à travers les réunions de cette cellule. Si besoin, les pilotes des unités de travail non représentés dans la cellule et les acteurs de terrain impliqués y sont invités pour faire part de leur expérience. En début d'année, l'ensemble du programme est balayé afin d'en extraire les actions qui se sont concrétisées.

Ensemble, ils fédèrent les autres professionnels de l'établissement autour des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les comptes rendus des réunions de la Cellule susvisée sont formalisés et diffusés via le logiciel Blue Médi à l'ensemble des utilisateurs.

La veille légale et réglementaire est actuellement prise en charge par le directeur de l'établissement. Celui-ci collecte lui-même les informations stratégiques pour anticiper les évolutions relatives aux droits du résident, sécurité des soins, réglementation relative au médicament et aux dispositifs médicaux, droit du travail, sécurité des locaux et les diffusent aux responsables concernés. La cadre supérieure de santé le relaie dans cette tâche et le traitement des non-conformités en priorisant les actions.

L'architecture du système documentaire de l'établissement a été revue, en février 2014, dans le logiciel Blue Médi. Les comptes rendus des réunions des différentes commissions et instances de l'établissement y sont archivés parmi les documents relatifs à la vie de l'établissement. On trouve aussi dans cette catégorie tous les documents centraux de l'établissement comme son règlement intérieur ainsi que rangés par service, le règlement de fonctionnement, contrat de séjour, DIPC, annexes. L'ingénieur qualité et la référente communication alimentent ce logiciel.

Les documents dont l'établissement a besoin, sont élaborés par des agents volontaires. Les nouveaux protocoles ainsi que les mises à jour de protocole sont validés en instances (CSIRMT, CLIN, COMEDISM) avant d'être diffusés à l'ensemble du personnel, via Blue Médi.

Evaluation des risques a priori

Depuis 2012, l'établissement élabore annuellement le document unique afin d'identifier et hiérarchiser les risques professionnels. Un plan d'actions adossé à ce document est systématiquement pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'évaluation des facteurs de risque psycho-sociaux est en cours depuis juin 2014. L'ingénieure qualité supervise le projet avec l'appui d'un COPIL dédié. Une grille personnalisée puisqu'élaborée par un groupe de travail interne, a été proposée aux personnels pour mesurer leurs vécus au travail. L'analyse des réponses a conduit à la définition d'un 1^{er} plan d'actions pour mieux maîtriser la santé, la sécurité et les conditions de travail de l'établissement.

Gestion des évènements indésirables

Les évènements indésirables observés par les professionnels sont déclarés via le logiciel informatique préférentiellement ou exceptionnellement via la formule papier. Le formulaire informatique de déclaration a connu plusieurs évolutions pour répondre parfaitement aux attentes.

Une procédure de traitement des évènements indésirables en fonctionnement depuis 2012 a été actualisée en 2017 pour tenir compte de l'évolution législative (obligation de transmission des évènements indésirables graves aux autorités administratives).

L'ingénieur qualité a piloté plusieurs comités de retour d'expérience (CREX) initiés à partir de signalements d'évènements indésirables.

Système de gestion des plaintes et réclamations :

Un registre des réclamations et un registre des éloges sont positionnés à proximité immédiate de l'accueil de l'établissement dans le hall du bâtiment A. Il en est fait de même dans le hall de la Résidence Autonomie depuis octobre 2012. Les réclamations sont traitées au fur et à mesure par la Direction, en lien avec les professionnels concernés. Il en est de même pour les courriers de réclamation ou de plaintes et celles recueillies oralement. L'émetteur de la réclamation est informé par la direction des suites données à sa réclamation et des éventuelles actions correctives mises en œuvre par écrit sous 30 jours.

Toutes les réclamations et plaintes sont tracées dans le registre mis à disposition des usagers.

Les informations relatives au Comité des Usagers (CDU), les noms, rôles et coordonnées des personnes qualifiées pour la médiation sont affichées dans les couloirs de l'entrée de l'établissement. Aucune plainte n'a été traitée depuis plusieurs années.

L'analyse des processus des soins se traduit par des audits annuels.

La gestion des plaintes et des évènements indésirables fait l'objet d'un bilan commun depuis 2011, auquel est ajouté le bilan des questionnaires de satisfaction des usagers des activités médico-sociales.

L'exploitation quantitative et qualitative des réclamations et plaintes incluant le délai de réponse au plaignant est réalisée par l'ingénieure qualité. Un bilan annuel est présenté en CDU.

Evaluation de la satisfaction des usagers

L'établissement mène des enquêtes de satisfaction auprès des usagers des activités médico-sociales selon un calendrier défini. Cependant, ces enquêtes ne peuvent être réalisées annuellement pour chaque activité (EHPAD : Ehpadomètre en 2014, Résidence Autonomie : 2016, SSIAD : 2016, Portage de Repas : 2016).

Gestion de crise

Pour répondre à la réglementation, l'établissement, en tant que Centre Hospitalier, a élaboré son dispositif de crise (plan blanc) en 2012. Il définit le plan d'organisation interne des secours afin de coordonner les actions, répartir et renforcer les moyens disponibles et éviter les facteurs de désorganisation. L'organisation de la communication en cas de gestion de crise est précisée.

Le plan canicule est revu annuellement et tient compte des recommandations émises par le Haut Conseil de la Santé Publique.

Maîtrise du risque infectieux :

La prise en compte du risque infectieux s'inscrit dans une démarche collective d'amélioration continue de la qualité. La cellule d'hygiène réalise des audits annuels sur l'hygiène et les pratiques professionnelles. Dans le respect de la circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012, le document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) est constitué tous les ans et montre une progression dans le niveau de maîtrise du risque infectieux.

Vigilances et veille sanitaire- pharmacovigilance-matériovigilance -Gestion des équipements bio médicaux :

Sur la base des orientations et exigences définies par les autorités en matière de sécurité des soins et recommandations méthodologiques associées, reprises par la politique de maîtrise du risque, la gestion des risques intègre les vigilances réglementaires qui doivent garantir la sécurité des produits, appareils et matériels.

Les vigilances sanitaires ont pour mission d'assurer la surveillance et l'évaluation des incidents et effets indésirables ou des risques d'incidents ou d'effets indésirables mettant en cause un produit de santé et de prendre toute mesure afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent. Elles sont organisées en alertes descendantes et alertes ascendantes.

La matériovigilance

La matériovigilance est définie par l'article R. 5212- 1 du Code de la Santé Publique.

Elle a pour objet la surveillance et le signalement des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux (matériels et appareils médicaux, produits consommables à usage unique).

Conformément à l'article R.5212-12 du code de la santé Publique, l'établissement a désigné ses correspondants matériovigilance auprès de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Le pharmacien est le correspondant titulaire, le cadre supérieur de santé est le correspondant suppléant, ils traitent les alertes transmises par l'ANSM.

En cas de signalement d'un événement indésirable lié à un matériel, la fiche est transmise aux référents internes qui analysent les données transmises, déterminent le niveau de gravité et les actions correctives à apporter. Quand l'incident est lié à des consommables achetés par la pharmacie, la fiche d'événement indésirable est envoyée par la cellule FEI sans délai au pharmacien qui prend contact avec le fournisseur, la réponse du fournisseur est envoyée au correspondant, des mesures correctives sont prises : envoi d'explication d'utilisation du dispositif, achat chez un autre fournisseur. Le référent matériovigilance déclare si nécessaire à l'AFSSAPS l'incident.

La pharmacovigilance

Elle a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (**COMEDIMS**) est en charge de cette vigilance. Le pharmacien est responsable de cette vigilance et président du COMEDISM.

La survenue d'un incident ou accident lié à l'utilisation d'un médicament au niveau de l'établissement entraîne :

- Le signalement obligatoire au pharmacien

- Le signalement sur une fiche d'évènement indésirable
- La déclaration, le cas échéant sur le formulaire CERFA auprès du Centre Régional de Pharmacovigilance.

En cas d'alerte descendante, le responsable pharmacovigilance classera l'alerte si l'établissement n'est pas concerné ou fera procéder au retrait du produit si ce dernier est utilisé au sein de l'établissement

L'infectiovigilance

Les infections nosocomiales sont des infections contractées lors d'un séjour à l'hôpital. Elles touchent 5 à 10 % des patients hospitalisés et peuvent être graves. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est en charge de cette vigilance en lien avec la cellule hygiène qui est composé du pharmacien et de deux infirmières hygiénistes. Le pharmacien est le président du CLIN. La Cellule hygiène est chargée de mener à bien la politique annuelle d'hygiène définie par le CLIN. La politique est axée sur la prévention, le signalement et la surveillance des infections et la formation de l'ensemble des professionnels de santé aux bonnes pratiques d'hygiène. La cellule participe aux réunions régionales des CCLIN PARIS NORD.

L'identitovigilance

Pour sécuriser la prise en charge des patients du service de médecine, le port d'un bracelet d'identification dès l'entrée est formalisé dans un protocole initié en novembre 2010.

7.4. Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Depuis 2013, un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins rassemble les plans définis et mis en œuvre par l'ensemble des commissions de l'établissement. Il inclut également les plans d'actions issus de la procédure de certification de la HAS et des évaluations internes et externes des activités médico-sociales.

8. Diagnostic des services : points forts

8.1. EHPAD

8.1.1. Forces selon l'évaluation interne

La dernière évaluation interne de l'EHPAD du CHAG de Pacy-sur-Eure s'est déroulée durant le 1^{er} semestre 2013 sur la base du Référentiel FHF Aquitaine.

Le CHAG s'est alors autoévalué. Des groupes associant professionnels et usagers ont complétés les 7 grilles thématiques du référentiel (admission, bientraitance, éthique, projet d'établissement, projets de soins, restauration, stratégie d'emploi).

Les conclusions de l'évaluation interne correspondant ont été présentées aux instances décisionnelles de l'établissement pour validation. Le rapport d'évaluation interne a été versé comme élément de preuve lors de l'évaluation externe du service.

8.1.2. Forces selon l'évaluation externe

C'est MSA Services qui a été sélectionné pour évaluer l'EHPAD du CHAG de Pacy-sur-Eure. Des représentants des professionnels de l'EHPAD y compris de l'Accueil de Jour Alzheimer (AJA) et des résidents ont été écoutés.

Le rapport d'évaluation externe correspondant a été publié en mars 2014 et transmis à l'ARS de Normandie juste après.

Selon l'évaluation externe, 90% des éléments attendus par les autorités étaient globalement réunis. Les actions qui ne se sont pas complètement concrétisées depuis l'évaluation externe, sont reprises dans les objectifs du projet d'établissement.

Dans le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD, les résultats sont présentés pour les 4 processus suivants : pilotage, gestion des ressources, réalisation des prestations, mesure, surveillance, amélioration.

Concernant le processus de pilotage, les points forts sont :

- la définition des responsabilités-tâches ;
- l'organisation de la qualité ;
- la concertation des professionnels.

Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement 2017-2021 du CHAG, devraient convenir davantage aux futurs évaluateurs (60% en mars 2014).

Par rapport au processus de gestion des ressources, la gestion financière/budgétaire (coffres, argent de poche, paie) et celle logistique sont bien cotées par MSA Services. L'organisation de l'évaluation des professionnels a aussi bien convaincu. L'accueil physique et téléphonique, le système d'appels malades conviennent. Pour améliorer la gestion matérielle/immobilière, les états des lieux, le contrôle des bons de livraison ont été revus significativement depuis l'évaluation externe.

Dans le processus de réalisation des prestations, la participation, l'expression des usagers, l'exercice de la représentation démocratique satisfont largement les évaluateurs externes. La prévention et la prise en charge des escarres, le risque infectieux sont jugés maîtrisés. Les autres points forts mentionnés sont :

- le groupe de parole des aidants ;
- l'accompagnement dans le domaine des soins.

Les critères des items « Vie collective, individualité des usagers et exercice effectif de leurs droits » (remplis à 60%) et « Accompagnement personnalisé de la personne accueillie » (70%) sont déclinés

en plusieurs objectifs opérationnels dans les fiches actions du projet d'établissement 2017-2021 du CHAG.

Tout le processus de mesure, surveillance et amélioration est très bien noté. L'évaluation porte sur la gestion des risques, la gestion des événements indésirables, l'évaluation interne, la perception des intéressés, le processus d'amélioration.

8.2. Résidence Autonomie

8.2.1. Forces selon l'évaluation interne

La 1^{ère} évaluation interne de la Résidence Autonomie du CHAG de Pacy-sur-Eure a donné lieu à la rédaction d'un rapport en mars 2015. Le Cellule qualité et gestion des risques du CHAG a opté avec la Direction pour l'outil d'Aide à la Décision pour l'Evolution des Logements-foyers (ADEL) élaboré par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, dans l'attente de pouvoir apprécier la prestation par rapport à un référentiel plus adapté. L'opération a été menée en interne avec le concours des résidents lors des réunions de travail.

Les résultats de l'évaluation interne ont fait l'objet d'une large communication institutionnelle.

Les priorités du plan d'actions de l'autoévaluation ont été définitivement validées après les conclusions de l'évaluation externe.

8.2.2. Forces selon l'évaluation interne

Le rapport d'évaluation interne de la Résidence-Autonomie du CHAG de Pacy-sur-Eure a été communiqué à l'organisme, Espace Formation Consulting lorsqu'il a été chargé de l'évaluation externe.

Espace Formation Consulting a consulté les résidents et les professionnels.

Le rapport d'évaluation externe de la Résidence Autonomie a, quant à lui, été adressé aux autorités en mai 2016.

Les points forts qui ont été relevés par l'organisme évaluateur, sont partagés par le CHAG :

- La recherche du « Bien-être » des résidents, le respect de l'avis de chacun sont des notions exprimées par la majorité des personnes interviewées et qui témoignent de l'éthique présente dans l'établissement.
- Les cadres sensibilisent le personnel aux risques de maltraitance. Une formation à la bientraitance a été organisée.
- Les nouveaux salariés sont accompagnés lors de la prise de leurs fonctions et présentés rapidement aux résidents. Le personnel a une bonne connaissance des résidents.

- Le personnel dispose de tous les moyens de prévention des risques.
- Une évaluation de l'état de l'autonomie est effectuée par l'infirmière coordinatrice du SSIAD du CHAG.
- Les liens avec l'EHPAD du CHAG permettent d'obtenir un relais en cas de perte d'autonomie chez certains résidents.
- Le personnel est invité à signaler aux cadres les points importants concernant l'intégration de chaque nouveau résident.
- Un entretien avec le Directeur ou le cadre supérieur peut être réalisé à la demande du résident ou de sa famille.
- Les réclamations sont traitées rapidement et leur suivi est organisé.
- Un entretien d'entrée est systématiquement fixé. Le résident est informé des prestations d'accompagnement auxquelles il peut faire appel (SSIAD, portage des repas, aide à domicile, IDE libérale, services du CCAS...).
- Les dossiers administratifs sont consultables à la demande.
- Les résidents membres du CVS estiment que sa mise en place répond aux attentes des personnes accueillies. Les comptes rendus des réunions du CVS sont diffusés.
- Les résidents sont libres d'aller et venir, et d'organiser les visites de leurs proches.
- Les aménagements spécifiques des logements sont possibles après l'accord de Direction.
- Les fiches d'évènements indésirables créées par les personnels sont analysées régulièrement et un bilan des signalements est présenté au Comité Des Usagers (CDU) une fois par an au moins.
- La Résidence Autonomie communique aux partenaires le nombre de logements vacants.

8.2.3. Enquête de satisfaction

La dernière enquête de satisfaction de la Résidence Autonomie gérée par le CHAG de Pacy-sur-Eure a été menée en novembre 2016. Un nouveau questionnaire a été créé pour cette occasion en interne.

Le taux de satisfaction tous critères confondus est supérieur à 75%. Les forces de la structure réside dans :

- l'accès aux coordonnées de la structure,
- le 1^{er} contact,
- le montage du dossier,
- le délai d'attribution d'un appartement, le sentiment de sécurité,
- la bienveillance du personnel,

- la proposition de participer au CVS et à la commission des menus.

8.2.4. Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016

Le CHAH de Pacy-sur-Eure prend en considération le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomes.

Le projet d'établissement réactualisé du CHAG contient des fiches actions qui sont entièrement consacrées à la Résidence Autonomie. Certains objectifs opérationnels de ces fiches sont poursuivis depuis l'évaluation interne 2015, l'évaluation externe 2016 et l'enquête de satisfaction 2016. Les fiches actions ainsi formalisées, serviront de référence aux animateurs du projet de service de la Résidence Autonomie.

8.3. SSIAD

8.3.1. Forces selon l'évaluation interne

La 1^{ère} évaluation interne du SSIAD du CHAG de Pacy-sur-Eure a donné lieu à la rédaction d'un rapport envoyé à l'ARS en janvier 2015 après sa présentation institutionnelle.

Le référentiel UNASSI (Union Nationale des Associations et services de Soins Infirmiers) a été acheté. Le Cellule qualité et gestion des risques du CHAG et l'IDEC du SSIAD ont réalisé un diagnostic partagé. Les aides-soignantes du service ont été consultées en parallèle en staffs.

Le rapport d'auto-évaluation du SSIAD de Pacy transmis à l'ARS fait état d'un niveau de conformité global supérieur à 58%. Ces principales forces sont :

- la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie des patients (entretien de pré entrée effectué par l'IDEC pour respecter les habitudes de vie, définir le projet de soins personnalisé en liens avec l'entourage, remettre le livret d'accueil et le document individuel de prise en charge ou DIPC, prévenir les risques relatifs aux chutes, à la douleur ...)
- l'organisation du service et la coordination des interventions du SSIAD (staffs réguliers entre IDEC/aides soignantes et si besoin, réunions avec les autres intervenants du domicile ...)
- l'ancrage du service dans son environnement (accueil téléphonique et/ou physique dans des locaux dédiés, conventions avec les professionnels libéraux ...).

La couverture du plan d'améliorations du SSIAD de Pacy issu de la démarche d'évaluation interne progresse.

Les objectifs d'évolution de l'évaluation interne en cours sont reportés dans des fiches actions du Projet de soins infirmiers, de rééducation, médicotechniques (PSIRMT) du projet d'établissement 2017-2021 du CHAG.

8.3.2. Forces selon l'évaluation externe

L'évaluation externe du SSIAD de Pacy doit être impérativement mise en œuvre avant le 2nd semestre 2019.

8.3.3. Enquête de satisfaction

Une enquête de satisfaction des patients du SSIAD de Pacy a été menée durant l'été 2016. Un questionnaire spécifique a été formalisé en interne pour cette campagne.

Le taux de satisfaction est de 79,5% pour tous les critères confondus (17). Les patients s'accordent sur les forces ci-dessous :

- la visite d'admission,
- le 1^{er} contact avec l'IDEC,
- le délai d'attente,
- le nombre d'interventions,
- la tenue vestimentaire,
- l'écoute des besoins,
- la gestion de la douleur,
- la sécurité des soins,
- - la remise en état du domicile après les soins.


Les problématiques soulevées à cette occasion ont été réglées depuis.

9. Fiches action

Cette partie du projet d'établissement détaille les objectifs que le CHAG prévoit d'atteindre d'ici 2021 dans 46 fiches actions (plan d'actions).

Cf. annexe 3 pour consulter le tableau de suivi et d’animation du plan d’actions du projet d’établissement.

9.1. Projet stratégique et architectural

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.1 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Programmation du projet architectural |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l’ANESM</p> <p>Convention tripartite 2016- 2020 de l’EHPAD de Pacy-sur-Eure : « Adapter les fonctions supports aux nouveaux besoins de l’établissement »</p> |
| Objectif général |
| <p>Proposer au plus vite un environnement plus adapté et adaptable aux usagers de l’établissement y compris les professionnels qui y exercent</p> |
| Référents |
| <p>Directeur</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Equipe de direction Encadrement Groupe projet</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <p>– Définition des orientations architecturales du projet de modernisation de l'EHPAD en lien</p> |

avec le cabinet de maîtrise d'œuvre et le CHES dans le cadre des contraintes financières imposées par les autorités tarifaires

– **Evolution du cadre de vie des résidents :**

- Retrait des espaces de déambulations et/ou sécurisation de ceux identifiés comme tels ;
- Proposition de lieux de repos, espaces d'intimité et/ou de convivialité en dehors des chambres (salon, bibliothèque, espace détente, cafétéria) ;
- Création d'un salon des familles ;
- Aménagement d'un espace de fin de vie (avec salon d'accueil familles) ;
- Amélioration de l'éclairage (fonctionnel et de confort/stimulant, rassurant, réglable), l'ouverture des portes (automatisation, badge magnétique individuel) ;
- Cloisonnement des grands espaces (salle de restauration modulable) ;
- Amélioration de la signalétique interne, la structuration des couleurs, les textures, l'orientation tactile, les repères visuels, cheminements au sol... ;
- Lancement d'une réflexion sur l'ouverture d'un PASA avant la mise en service des futurs locaux avec une évolution possible vers un fonctionnement en UHR à moyen terme.

– **Amélioration des conditions de travail :**

- Salle adaptée aux ateliers (mutualisable pour réunion le cas échéant) ;
- Salle kiné adaptée, ouverte, suffisamment dimensionnée ;
- Salle d'attente et cabinet médical pour les médecins traitants (réaliser consultations en dehors de la chambre) ;
- Lits d'urgence (équipé O² et vide) à proximité des salles de soins pour gérer une décompensation et/ou temporiser un transfert ;
- Espace Snoezelen plurifonctionnel adapté pour bains sensoriels ;
- Pharmacie relais en cohérence avec les flux logistiques.

– **Optimisation des espaces du projet :**

- Zones logistiques et de stockage adaptées aux besoins et sécurisées ;
- Respect de la proportion de chambres doubles (10% max : chambres individuelles communicables à privilégier selon possibilités d'optimiser le projet de restructuration) ;
- Espaces de stationnement à réserver durant toute la durée du chantier pour garantir la proximité d'accès au site pour les usagers et personnels ;
- Morgue et lingerie : blanchisserie relais à prévoir dans la structure modulaire durant les travaux si destruction du bâtiment C en début de chantier. Morgue non obligatoire si - 200 décès/an : convention avec funérarium et protocole gestion décès de déclaration des décès à revoir pour favoriser le transfert des corps.

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Etude de faisabilité


Programme

PTD – Programme Technique Détaillé

Convention avec le CH Eure-Seine pour la mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage

Etat

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.2 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Sécurisation des opérations du projet architectural |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Convention tripartite 2016- 2020 de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure

Objectif général

Accompagner la mise en œuvre des travaux et l'emménagement des résidents dans les locaux rénovés de l'EHPAD

Référents

Directeur

Acteurs concernés

Equipe de direction
 Encadrement
 Groupe projet

Objectifs opérationnels

- Création d'un comité de pilotage chargé du programme de modernisation (CCPM) qui assurera l'interface entre les usagers et les différents intervenants chargés de la conception et de la réalisation des travaux de modernisation de l'EHPAD ;
- Organisation de la Co activité avant l'intervention des entreprises extérieures (toilettes, pauses cigarettes et repas ...) ;
- Participation aux réunions de chantier ;
- Limitation des désagréments (auditifs et autres) principalement lors des phases de travaux de gros œuvre et démolition d'une partie de l'existant ;

- Organisation de la sécurité des résidents et du personnel durant les travaux dans la partie à rénover comme aux abords des constructions ;
- Mise en place d'une signalétique au fur et à mesure des travaux ;
- Accompagnement des futurs résidents durant le déménagement ;
- Soutien d'un projet mémoire avec les usagers en relation avec le déménagement pour conserver le souvenir de l'ancien bâtiment.

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Taux d'occupation

Réclamations

FEI


Comptes rendus de CVS, CTE

Plan de prévention pour les risques supplémentaires liés à l'interférence entre les entreprises

Comptes rendus de réunions de suivi de chantier

Projet mémoire

Etat

| | |
|---|---|
|  | <p>PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021</p> |
| | <p>Fiche Action N° : 1.3</p> |
| | <p>Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Transformation du logement foyer en résidence autonomie</p> |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Evaluation externe de la résidence autonomie de mai 2016

Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie

Objectif général

Poursuivre le processus d'adaptation de la résidence autonomie en soignant l'accueil dans les locaux

Référents

Directeur

Acteurs concernés

Personnes accompagnées et personnels

Objectifs opérationnels

- Valorisation des missions de la Résidence Autonomie auprès des habitants et partenaires du territoire pour rendre plus attractif la structure
- Suivi de la mise en œuvre du CPOM
- Installation de barres de maintien dans les logements et parties communes de la Résidence Autonomie
- Suivi de la mise en œuvre du calendrier Ad'ap
- Renouvellement des peintures notamment des espaces communs du RDC afin que l'atmosphère intérieure de RA sécurise, plaise davantage aux seniors actifs ciblés : apporter

de la clarté dans le couloir, choisir des couleurs plus chaleureuses dans le restaurant ...

- Appréciation de la prestation de blanchisserie à laquelle accèdent les résidents à ce jour : revue de l'hygiène des machines à laver le linge sale en libre-service et du local dédié (déterminer si l'entretien des équipements doit être confié à l'équipe lingerie de l'EHPAD) ; dans le but d'entretenir les facultés physiques, cognitives et sensorielles, étude avec le propriétaire des lieux de la faisabilité d'installer de tels équipements dans les appartements et le cas échéant, définition de la procédure en lien avec le propriétaire, l'accueil et les services techniques de l'établissement
- Réalisation d'un bilan de la qualité de vie à la RA en prolongement de l'enquête nationale 2017 de l'ANESM

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Pacy'lien, site intranet, manifestation publique, presse

Factures des barres de maintien

Calendrier Ad'ap

Projet de renouvellement des peintures de la RA

Réclamations


Comptes rendus de CVS, CTE

Courriers échangés entre la direction de l'établissement et la Sécomile

Taux d'occupation

Nombre de personnes extérieures, en dehors des proches, venant dans la résidence autonomie pour manger au restaurant, participer à une activité

Etat

| | |
|---|--|
|  | <p align="center">PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021</p> |
| | <p align="center">Fiche Action N° : 1.4</p> |
| | <p align="center">Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Maîtrise du fonctionnement du système d'information</p> |

| |
|---|
| <p>Contexte et enjeux</p> |
| <p>Convention tripartite 2016- 2020 de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure : « Fonction système d'information »</p> |
| <p>Objectif général</p> |
| <p>Améliorer la sécurité du Système d'Information, l'accessibilité et l'adéquation des informations</p> |
| <p>Référents</p> |
| <p>Directeur</p> |
| <p>Acteurs concernés</p> |
| <p>Equipe de direction, Encadrement, Equipes soignantes</p> |
| <p>Objectifs opérationnels</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la sécurité du SI via un partenariat d'hébergement des données saisies avec le CHES et réduction du temps de restauration du SI en cas de panne ; - Prévention des situations à risques d'infection du SI et dispensation de conseils pratiques aux personnels pour limiter le risque de propagation d'une infection ; - Sécurisation et traçabilité de l'accès aux serveurs via login d'accès et mot de passe ; - Formulation du protocole relatif à l'édition, la sauvegarde et l'utilisation du DLU (dossier de liaison d'urgence) des résidents à partir du DPI (dossier patient informatisé) sur 1 ou plusieurs postes indépendants du réseau ; - Formalisation du protocole de la gestion de l'archivage des données papiers et numériques du CHAG ; - Rédaction du Plan de sécurité informatique. |


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Convention partenariat pour hébergement et maintenance
Protocole / fiche conseil de bonnes pratiques
Nombre de télémedecine et de consultations
Formation PSI ou autre logiciel
Plan de Continuité d'Activités - PCA
Plan de Retour d'Activités – PRA

Etat

| | |
|---|--|
|  | <p>PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021</p> |
| | <p>Fiche Action N° : 1.5</p> |
| | <p>Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Développement du futur système d'information</p> |

Contexte et enjeux

Convention tripartite 2016- 2020 de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure : « Fonction système d'information »

Objectif général

Moderniser les outils permettant de partager les informations nécessaires à une prise en charge optimale des usagers de l'établissement et de leur santé

Référents

Directeur

Acteurs concernés

Equipe de direction, Encadrement, Equipes soignantes

Objectifs opérationnels

- Actualisation de logiciels afin de les maintenir au plus près des besoins des utilisateurs : Participer à la rédaction du cahier des charges du futur DPI dédié aux résidents des EHPAD en associant notamment les libéraux ;
- Déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) : Participer à l'expérimentation du DMP en définissant les droits d'accès au regard de consentement des usagers ;
- Promotion de l'utilisation de trajectoire auprès des partenaires et des familles pour optimiser la gestion des admissions ;
- Instauration des transmissions ciblées lors du passage à un nouveau logiciel de soins ;
- Amélioration de la traçabilité sur le futur DPI.


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Nombre de dossiers issus de trajectoire par rapport à ceux papier par an
Protocole

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.6 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Affirmation de l'identité de l'établissement |

Contexte et enjeux

Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement » de décembre 2010

Modèle type proposé par la FHF pour le contrat de séjour et le DIPC

Nouvelles mesures de sécurité du Plan Vigipirate

Objectif général

Communiquer des documents en rapport avec la stratégie actuelle de l'établissement et l'identité visuelle correspondante

Référents

Directeur

Acteurs concernés

Equipe de direction
 Encadrement
 Equipes soignantes
 Accueil
 Communication

Objectifs opérationnels

- Création d'une nouvelle identité visuelle (logo), dénomination sociale et devise pour marquer la perte de statut sanitaire et communiquer sur le nouveau positionnement de

l'établissement ;

- Définition d'une charte graphique ;
- Actualisation et harmonisation des supports de communication du CHAG et de la documentation institutionnelle (documents contractuels, réglementation interne...);
- Diversification des outils de communication pour promouvoir les activités du CHAG : actualisation du site Internet, diffusion de l'information sur les réseaux sociaux ;
- Remplacement des logos et dénomination sociale dans le règlement intérieur institutionnel ... ;
- Actualisation des : règlement de fonctionnement, contrat de séjour, DIPC, plaquette concernant l'AJA ;
- Modification de la plaque du portail de l'AJA

Echéancier

2017-2020

Indicateurs


Protocole

Logo + devise

Charte graphique, CS, DIPC, RF, RI....

Site internet, Facebook

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.7 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Fluidité de l'offre de services par rapport aux besoins des usagers et ouverture sur l'environnement |

Contexte et enjeux

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement » de décembre 2010

Objectif général

Offrir en lien avec les partenaires territoriaux des services tenant compte des besoins spécifiques d'un grand nombre de personnes âgées

Référents

Directeur

Acteurs concernés

Equipe direction
 Encadrement
 Equipe soignante
 Accueil Communication

Objectifs opérationnels

Assurance de la cohérence de l'offre autour de la notion de parcours en optimisant le fonctionnement des différentes activités

- Travail en groupes pluridisciplinaires sur la cohérence de l'offre de services proposée et fonctionnement général de ceux-ci : idée du parcours à promouvoir ;
- Diffusion aux partenaires de la disponibilité des lits/places après chaque commission d'admission pour optimiser le fonctionnement des services ;
- Anticipation des évaluations des capacités résiduelles pour préparer les usagers et leurs

proches à l'évolution de leur accompagnement médico-social (transfert) ;

Développement/adaptation de l'offre aux spécificités des besoins de la population

- Entretien d'une culture du projet à l'intérieur de l'établissement pour stimuler la capacité d'adaptation à l'évolution des besoins de la population ;
- Réponses aux appels à projet relatifs aux publics spécifiques en lien avec le GHT ;

Renforcement des partenariats institutionnels et de la place du CHAG sur le territoire

- Participation aux réunions du GHT (filiale gérontologique notamment), de la MAIA, du CLIC pour y promouvoir l'action du CHAG et se positionner comme un acteur de référence sur le Territoire ;
- Promotion du rapprochement avec les associations œuvrant dans la réhabilitation/adaptation des logements ;
- Poursuite de la coopération avec la maison de santé pour conforter l'implantation et la reconnaissance du CHAG dans la commune ;
- Amélioration de l'accessibilité des résidents aux transports publics de proximité ;

Renforcement des partenariats associatifs et de proximité

- Définition de la place des bénévoles et identification de ceux-ci
- Participation aux réflexions de la communauté de communes Normandie-Seine à travers le Contrat Local de Santé pour valoriser les missions du CHAG sur le territoire.
- Développement des liens avec les partenaires associatifs pour favoriser des sorties culturelles et de loisirs (Davantages solidaires, Lions club...) ;
- Développement du rôle de guichet unique de l'établissement et des outils de traçabilité de cette activité ;

Maintien de l'encrage social externe des résidents

- Développement des liens avec les autres partenaires associatifs pour favoriser l'accompagnement des prises en soins (projet ETP du CHES, France Alzheimer, Alma27, SEP, diabète...);
- Accessibilité des résidents aux transports publics de proximité à améliorer


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Nombre de groupes de travail par an (projet)
Situation des places disponibles, taux d'occupation
Evaluations
Réponses aux AAP
Réunions, conventions, manifestations
Réunions /Contrat Local de Santé
Convention mairie et/ou Normandie-Seine

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.8 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Valorisation des actions institutionnelles en rapport avec le développement durable |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS</p> <p>Convention tripartite 2016- 2020 de l’EHPAD de Pacy-sur-Eure</p> |
| Objectif général |
| <p>Diagnostiquer et promouvoir l’engagement de l’établissement dans le développement durable à travers ses orientations stratégiques et ses opérations sans attendre sa modernisation architecturale</p> |
| Référents |
| <p>Directeur</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Tous</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise en lumière de la politique d'achat responsable de l’établissement (énergie, déchets, pollution, filières courtes...); - Optimisation des espaces de stockage et l'archivage : limiter les commandes et la production de données papier ; - Rédaction d’un bilan des opérations de rationalisation de l’éclairage et de la consommation d'eau, d'isolation des bâtiments ; - Promotion de l’usage sans modération du co-voiturage et de la visio-conférence ; - Poursuite de la montée en charge de la dématérialisation des documents pour rendre plus rapide les échanges d’informations et simplifier l’archivage (factures, courriers entrants, fax, documents émis ...) |


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Cahier des charges des marchés du GHT ou des centrales d'achat
Valeur des stocks, volumes des archives
Economies facture énergétique (eau, électricité, chauffage)
Heures de séances en visioconférence

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.9 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Gestion de crise |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu de l'ARS destiné aux ESMS Convention tripartite 2016- 2020 de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure |
| Objectif général |
| Organiser l'établissement pour faire face à l'ensemble des facteurs de tension et actualiser les différents plans |
| Référents |
| Directeur |
| Acteurs concernés |
| Equipe de Direction Encadrement qualité et gestion des risques Communication IDE hygiénistes Responsable du service technique |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Actualisation, dans le document dit « Plan bleu », des modalités de communication permettant de continuer les missions du CHAG en situation de crise quelle qu'en soit sa nature ; - Définition d'une matrice de communication pour faire face aux facteurs de tension identifiés : qui, quoi, vers qui, vecteur... ; - Revue de l'organisation en cas d'impact direct ; - Précision de ce que le CHAG peut apporter aux partenaires institutionnels s'il n'est pas impacté par l'évènement inhabituel ou grave (mobilisation au plus juste de ses ressources) ; - Mise à jour annuelle du Plan bleu à opérer en groupe pluridisciplinaire, ce qui favorisera le maintien d'une culture du risque au sein de l'établissement, provenant de son engagement |

- passé dans la procédure de certification de la HAS de son service de médecine ;
- Prise en compte de la prévention du risque infectieux en adjoignant le DARI au plan bleu ;
 - Ajout en annexe du plan bleu, le Document d'Analyse des Risques liés à la Défaillance Electrique (DARDE);
 - Intégration de mesures de prévention du Plan Vigipirate


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Matrice de communication
Plan bleu
DARDE
DARI
Plan Vigipirate

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 1.10 |
| | Référence au projet : Projet stratégique et architectural (1) Objet : Optimisation de la trésorerie, de la gestion comptable et budgétaire de l'établissement |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Loi d'adaptation de la société au vieillissement</p> <p>CPOM</p> |
| Objectif général |
| <p>Améliorer la gestion des dépenses de l'établissement et la sécurité du recouvrement des recettes publiques</p> |
| Référents |
| <p>Directeur</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Encadrement Soignantes Accueil Trésor Service économique</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place dès l'admission du cautionnement solidaire ou versement d'une caution pour limiter le risque d'impayés ; - Réalisation d'un bilan trimestriel des règlements des titres avec le Trésor Public pour identifier et anticiper les difficultés de paiement ; - Mettre en concurrence des fournisseurs en dehors du cadre du GHT |

Echéancier


2017-2020

Indicateurs

Signature d'un acte de cautionnement solidaire ou versement d'une caution
Bilan des règlements
Consultation, MAPA
EPRD – Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
Comptes rendus du CA

Etat

9.2. Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT)

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.1 |
| | <p>Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Développement de l'approche « Humanitude » et des questionnements éthiques</p> |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (juillet 2008) ;
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008) ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008) ;
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement » (février 2009) ;
- « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile » (septembre 2009) ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (novembre 2009) ;
- « Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux » (octobre 2010) ;
- « Qualité de vie en EHPAD » - Volets 1 à 4 (février 2011 à novembre 2012) ;
- « Prise en compte de la douleur psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement » (mai 2014) ;
- « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » (mars 2015) ;
- « Le soutien des aidants non professionnels » (janvier 2015) ;
- « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016) ;
- « Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées » - Volets EHPAD et Résidence autonomie (janvier 2017) ;
- « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) »- personnes âgées (juillet 2017)

« Les soins de support sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de leur maladie conjointement aux traitements spécifiques et plus particulièrement aux traitements oncologiques hématologiques, lorsqu'il y en a. » - DHOS, 2004

Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS

Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017) : Axes stratégiques N°2 « Développer des organisations apprenantes et performantes » + N°3 « Gestion et développement des compétences des professionnels » + N°4 « Accueil et encadrement des stagiaires »

Article « *De la nature duale de la Dignité en EHPAD* » :

- Gineste Yves et Collectifs : Silence on frappe, éd. Animateur, Paris 2004
- Pellissier Jérôme : La nuit, tous les vieux sont gris, éd. Bibliophane, Paris 2003
- Gineste Yves, Pellissier Jérôme : Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soins des hommes vieux, éd. Armand Colin

Objectif général

Construire un partenariat étroit entre les usagers et les professionnels sur la bientraitance dans l'ensemble des services du CHAG (de soins et supports, d'accompagnement et d'hébergement), c'est-à-dire une philosophie de soins en rapport avec les besoins et les choix de la personne accompagnée

Référents

Equipe de direction
Encadrement soignant

Acteurs concernés

Tous

Objectifs opérationnels

- Formation de l'ensemble du personnel à l'approche « Humanitude » - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti pour faire vivre la bientraitance et maintien de la formation sur les troubles du comportement
- Construction d'un plan pluriannuel pour atteindre les objectifs du label « Humanitude » (ce qui permettrait de consolider la qualité du prendre-soin)
- Formalisation d'une charte de la bientraitance en s'appuyant sur le travail déjà réalisé lors d'une formation CNEH et validation de celle-ci en instances
- Validation en instances d'une plaquette sur la bientraitance et diffusion aux professionnels et visiteurs
- Réévaluation du protocole « des appels intempestifs » et de la gestion de la déambulation nocturne
- Renforcement de l'analyse des troubles du comportement (cris, agitation, replis) à l'aide des outils DECLIC et NPI-ES et de l'élaboration pluri-professionnelle des réponses à y apporter
- Valorisation de l'offre institutionnelle de soins non médicamenteux dits soins de support dans un poster éducatif

- Collaboration des soins de support à la formalisation des projets personnalisés de soins (PPS)
- Amélioration de la coordination des soins en santé mentale entre le CHAG et le réseau territorial (Clinique des portes de l'Eure, NHN, Equipe mobile)
- Développement du questionnement éthique en particulier sur les différentes formes de contention
- Travaux approfondis et réguliers sur des sujets prioritaires en interne relatif à l'éthique
- Interrogation régulière du personnel sur les droits et libertés de la personne accueillie y compris des services support via un questionnaire apprenant
- Sensibilisation régulière des visiteurs, notamment ceux très actifs au niveau institutionnel, à la pertinence des pratiques de l'établissement afin de renforcer la coopération et les synergies (par le biais de séances thématiques, ...)
- Proposition d'une convention de bénévolat spécifique pour les visiteurs s'impliquant dans la vie de l'établissement (aidants)
- Elaboration d'un nouveau poster « d'éducation thérapeutique » pour expliquer les devoirs des soutiens familiaux en milieu collectif, les violences verbales/physiques, la gérontologie (soins des personnes âgées), l'importance du principe de respect du refus de soins (et de la surveillance qui l'accompagne) ...

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

70% du personnel formé à « Humanitude » en un temps raisonnable : engagement pris pour 50% entre 2017 et 2020

Label « Humanitude »

Charte de la bientraitance

Plaquette sur la bientraitance

Protocole « des appels intempestifs » et déambulation nocturne mis à jour

Formation sur les troubles du comportement

Formation à la formalisation de poster et aux outils de traitement d'informations

Poster éducatif sur les soins de support

Nombre de PPS validés par les soins de support (kiné, psychologue, ...)

Nombre de RCP santé mentale

Réunion de la sous-commission éthique de la CDU


Protocole contention mis à jour

Questionnaire sur les droits et libertés de la personne accueillie

Nombre de visiteurs identifiés comme actifs et entretiens spécifiques avec eux et l'encadrement sur la bientraitance Formulaire-type de la convention de bénévolat spécifique aux visiteurs actifs

Poster éducatif sur les bonnes pratiques gériatriques et institutionnelles

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.2 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Gestion concertée des demandes d'entrée |

Contexte et enjeux

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement » de décembre 2010

Objectif général

Centraliser l'étude des demandes d'entrée dans les différents services d'accompagnement et d'hébergement de l'établissement en vue de prendre des décisions de façon pluridisciplinaire et se coordonner pour leur annonce

Référents

Médecin coordonnateur,
Cadre supérieur de santé


Acteurs concernés

Médecin Coordonnateur, Cadre supérieur de santé, cadres de santé, IDEC, psychologue
Accueil

Objectifs opérationnels

- Rappel/redéfinition des prérequis administratifs et médico-sociaux incontournables avant passage en commission d'entrée et/ou staff pour les services d'accompagnement et d'hébergement de l'établissement
- Révision du protocole de pré entrée en place : inscrire systématiquement les nouveaux dossiers de l'AJA en staff commun AJA/ORI ; améliorer la qualité des discussions en y introduisant le médecin coordonnateur, la psychologue ... en traçant le questionnement, les discussions éventuelles, les décisions
- Amélioration continue de la procédure d'accueil des Résidence Autonomie, SSIAD et Portage de repas
- Regroupement à moyen terme des staffs entre services d'accompagnement et services

| |
|--|
| <p>d'hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan des motifs de refus de dossiers : comptabilité des profils PASA notamment |
| Echéancier |
| 2017-2019 |
| Indicateurs |
| <p>Révision du protocole de pré entrée</p> <p>Bilan des refus</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.3 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Evaluation multidimensionnelle des fragilités systématique à l'entrée |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016) <p>Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)</p> <p>Rapport d'évaluation externe de la résidence autonomie de mai 2016</p> |
| Objectif général |
| Standardiser l'évaluation gériatrique approfondie des fragilités assurée à l'accueil du CHAG de Pacy |
| Référents |
| Médecin coordonnateur Encadrement soignant |
| Acteurs concernés |
| Equipes soignantes |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Finalisation, en groupe de travail, de la procédure d'évaluation gériatrique des fragilités à appliquer par les différents personnels de l'établissement et pour tous les différents services du CHAG, notamment pour la Résidence autonomie dont le CHAG assure la gestion - Détail dans la procédure visée des tests réalisés pour le dépistage et la quantification du risque de chaque spécialité explorée - Préciser comment les professionnels discutent de l'évaluation gériatrique des fragilités des usagers et leur proposent des soins personnalisés et coordonnés |

- Organisation de la traçabilité des discussions dans les supports adéquates (PSI, Apozème, dossier papier)


Echéancier

2017-2019

Indicateurs

Procédure interne sur l'évaluation gériatrique des fragilités à l'accueil de l'utilisateur dans Blue Medi
Autonomie fonctionnelle : grille AGGIR/Échelle de Barthel
Fonction Cognitive : CODEX/MMSE +/- tests neurocognitifs
Etat Nutritionnel : Mini MNA/MNA, Albuminémie à l'accueil (trace dans le dossier)
Humeur : Mini GDS/GDS
Marche/équilibre : station unipodale get up and go test
Risque iatrogène : nombre de médicaments/analyse START-STOPP
Risque d'escarre : Norton- Braden / évaluation clinique
Confusion mentale : CAM/NPI-ES
Douleur : EVA-ECPA / DOLOPLUS ALGOPLUS
Réseau social : interrogatoire résident-entourage / observation – activités physiques et loisirs
Fardeau des aidants : miniZarit/Zarit

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.4 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Evaluation des fragilités sociales |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016) ;
- « La qualité de vie en EHPAD (volet 4) – L'accompagnement personnalisé de la santé du résident » de novembre 2012 ;
- « Le soutien des aidants non professionnels ».

Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS

Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)

Objectif général

Professionaliser le dispositif de prévention, d'évaluation des fragilités sociales des usagers du CHAG et y remédier en organisant une prise en charge adaptée et un suivi

Référents

Equipe de direction

Acteurs concernés

Accueil, assistante du service sociale, encadrement soignant, équipes soignantes

Objectifs opérationnels

- Pose des bases sémantiques de ce qu'est la fragilité sociale
- Etablissement d'un dépistage de la fragilité sociale dès l'entrée dans un service du CHAG afin de repérer les difficultés sociales au domicile et/ou liées à la transition entre le domicile et l'institution et celles spécifiques au nouvel usager et à son entourage
- Conseil, orientation et accompagnement plus efficace des personnes évaluées par rapport

- au(x) risque(s) identifié(s) grâce à la création d'un poste d'assistante sociale
- Intégration de l'assistant du service social dans la procédure d'accueil dans les services, en priorité, d'hébergement de l'établissement
 - Veille des événements pouvant déstabiliser socialement les usagers afin d'ajuster les actions
 - Formalisation de la fiche de poste de l'assistante qui représente le service social sur l'établissement
 - Rédaction d'une lettre de missions pour l'assistante du service social institutionnelle afin de définir son implication dans les travaux du GHT et surtout ses objectifs en matière de couverture des services de l'établissement (tout ou partie, calendrier de la montée en charge, ...)
 - Intégration dans le rapport du médecin coordonnateur d'une partie consacrée à l'activité d'assistance sociale
 - Identification des aidants et clarification du rôle de chacun auprès de la personne aidée à l'entrée dans l'institution et point réguliers jusqu'à la sortie (celui qui paie les factures, se charge du trousseau-type, le tuteur/Curateur (professionnel ou non), les amis, les descendants, la personne de confiance sanitaire, la personne de confiance médico-sociale, l'aidant actif au plan institutionnel, le ou les aidants/proches participants aux activités ...)
 - Au niveau informatique, enregistrement des données dans les logiciels du service (PSI, Apozème), ajout dans les menus déroulants de la personne de confiance EHPAD pour les résidents/bénéficiaires concernés (à distinguer de la personne de confiance sanitaire ou de la tutelle)
 - Lancement d'une campagne d'actualisation des données administratives des « aidants » des usagers présents depuis plusieurs années dans l'établissement. Opération à grouper éventuellement avec la campagne de promotion de la désignation de la personne de confiance et la formulation des directives anticipées. Cela permettrait d'identifier les personnes isolées et de les aider à développer leur réseau social. Cela améliorerait les mailings notamment lors d'échanges sur les changements institutionnels.
 - Préservation des liens sociaux extérieurs des résidents.

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Travaux de la filière clinique des personnes âgées du GHT de territoire Eure-Seine Pays d'Ouche : action « Mener une réflexion ciblée sur la prise en charge anticipée de la fragilité » dont le calendrier est fixé à la fin 2018

Fiche de poste de l'assistante du service social

Lettre de missions de l'assistante du service social en fonction de son implication dans les travaux du GHT et de la couverture de tout ou partie des services de l'établissement

Nombres d'entretiens de l'assistante du service social par service

File active de l'assistante du service social par rapport aux entrées dans les différents services

Nombre d'usagers avec des fragilités sociales à l'entrée

Nombre d'usagers démunis (CMU, aide sociale à l'hébergement ...)

Nombre d'usagers en rupture sociale avec leurs pairs ou isolés socialement

Nombre d'usagers fragiles socialement a posteriori

Nombre de retours à domicile assurés en liaison avec les établissements de santé


Nombre de mesures de protection juridique lancées annuellement

Rapport annuel du médecin coordonnateur

Procédure d'accueil

Campagne d'actualisation des données administratives des "aidants"
Promotion de la désignation de la personne de confiance
Nombre de résident ayant bénéficié d'une amélioration de leur capacité socio-économique dans l'année (amélioration du pouvoir d'achat, élargissement de leur périmètre social ...)

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.5 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Prévention des carences protéino-énergétiques |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016)

Plan National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS)

Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)

Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS

La revue francophone de gériatrie et de gérontologie Janvier/février 2014 Tome XXI N°201/202 : « Prévention de la dénutrition en EHPAD : la qualité de l'offre alimentaire ne suffit pas » - J.-C. Hansen, N. Dumont, M.-C. Anquetin, C. Havel-D'Angelo, S. Larcher EHPAD Hospitalier Asselin-Hédelin 76190 Yvetot

Décret N°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis, entre autre, dans les établissements médico-sociaux

Article Prévention de la dénutrition en EHPAD : la qualité de l'offre alimentaire ne suffit pas

Objectif général

Prévenir les troubles de l'état nutritionnel dans le but de maintenir un confort de vie tout au long du parcours d'accompagnement au sein du CHAG (risques dépendance et chutes)

Référents

Médecin coordonnateur
Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Encadrement et équipes soignantes, équipe de la cuisine, référents nutrition

Objectifs opérationnels

- Finalisation du protocole "Dénutrition" de l'EHPAD (inclusion du médecin coordonnateur dans la décision de modification de texture, notification de l'évaluation de la dénutrition initiale et continue pour surveiller à périodicités régulières les variations des personnes recevant ou non une alimentation enrichie qualitativement, enrichissement en cuisine, prescriptions de compléments alimentaires ...)
- Amélioration du protocole de gestion du jeûne nocturne de l'EHPAD (confection de plateaux repas et mise à disposition de ceux-ci dans les frigos des étages en self-service pour les résidents autonomes et avec une aide à la prise de l'éventuel encas pour les autres demandeurs, formation/incitation de l'équipe de nuit à l'organisation de collations nocturnes pour les résidents éveillés quel que soit l'horaire)
- Organisation du dépistage, de la surveillance des troubles nutritionnels dans l'ensemble des services du CHAG notamment ceux dédiés à l'accompagnement à domicile tels que le portage de repas
- Officialisation de la poursuite des objectifs d'évaluation et d'éducation thérapeutique assignés habituellement à un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), par la commission des menus
- Engagement dans les actions « Elaborer un programme d'éducation thérapeutique commun au GHT incluant les aidants soutenus par l'ARS »
- Engagement dans l'objectif : « Promouvoir un programme territorial impliquant les membres du GHT pour promouvoir le concept du « bien vieillir » sur le territoire du GHT (calendrier : dès 2018)
- Organisation de la prévention et de l'hygiène buccodentaire (soins personnalisés)
- Évaluation de l'état nutritionnel global des résidents de l'EHPAD en mesurant régulièrement le pourcentage (<1/4, 1/2, 3/4, >3/4) de l'assiette effectivement ingérée, en pesant régulièrement les portions jetées à la poubelle conformément au protocole décrit dans la littérature

Echéancier


2017-2020

Indicateurs

Protocole repérage/prévention/correction de la dénutrition dans Blue Medi
Protocole de gestion du jeûne nocturne de l'EHPAD dans Blue Medi
IMC calculé (Indice de Masse Corporelle) et tracé dans le dossier du résident de manière itérative
Suivi du nombre d'usagers inclus dans un protocole de surveillance nutritionnelle (modification de texture, alimentation enrichie, ...) par service
Baisse du nombre de dénutris
Consommation des produits protéinés énergétiques
Consommation des produits permettant un enrichissement en cuisine
File active des usagers et nombre d'actes réalisés par service, informations communiquées par les référents nutrition
Lettre de missions des référents nutrition de l'établissement
Rapport d'activités médico-social annuel de l'établissement (nombre de staffs nutritionnels,

répartition des cas discutés par service, nombre d'actions d'éducatons thérapeutiques ...)
Comptes rendus de la commission des menus
Mise à jour du règlement intérieur pour la commission des menus
Baisse du nombre de chutes en lien avec la lutte contre la dénutrition
Bilan récurrent sur la prise alimentaire effective

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.6 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Prévention des chutes |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
 - « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016)

Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)

Filière de soins gériatriques

Objectif général

Optimiser le dispositif de prévention et de prise en charge des fragilités à la chute des usagers du CHAG

Référents

Médecin coordonnateur
 Masseur kinésithérapeute

Acteurs concernés

Masseurs-kinésithérapeutes, équipes soignantes

Objectifs opérationnels

- Dépistage du risque de chute à l'accueil dans l'ensemble des services du CHAG (ceux dédiés à l'hébergement comme ceux dédiés à l'accompagnement à domicile) à l'aide des outils de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle standardisée afin de repérer les chuteurs, étudier les facteurs environnementaux et proposer des adaptations en lien avec le médecin coordonnateur (prescriptions)
- Participation des kinés aux staffs pluri professionnels mis en place au sein des services du CHAG à l'entrée de l'utilisateur

- Concertation des référents nutrition et des kinés à organiser pour obtenir une évolution favorable des performances physiques et de l'état corporel des personnes âgées de l'établissement
- Déploiement d'un programme kiné personnalisé pour les usagers fragiles (avec de l'activité physique adaptée)
- Harmonisation des pratiques de l'équipe de rééducation (kinés) du CHAG
- Formalisation, sous forme de protocole, des évaluations tout au long du parcours d'accompagnement au sein du CHAG
- Définition d'un programme d'éducation thérapeutique en lien avec les ORI du territoire, pour des binômes aidant/aidé du domicile et dont l'aidé est atteint d'une maladie neuro-dégénérative
- Création d'un rapport spécifique à l'activité kiné
- Enregistrement systématique des soins kiné dans le logiciel de soins
- Promotion auprès des ESMS du territoire des nouvelles méthodes de soins telles que la méthode en double tâche APEC (Activité Physique et Entraînement Cognitif) qui apporte une vigilance supplémentaire par rapport aux troubles du comportement et cognitifs
- Prise en charge psychologique des aidants de chuteurs
- Evaluation des apports de l'aide kiné
- Organisation de l'analyse approfondie des fiches de chutes sur l'établissement
- Organisation de la prévention de la perte visuelle et auditive


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Get up and go tracé dans le dossier du résident de façon itérative
 Fiches de chute réactualisées
 Nombre de fiches de chutes
 Liste des chuteurs
 File active des usagers de l'APEC (Activité Physique et Entraînement Cognitif)
 Nombre annuel de séances d'APEC
 Nombre de staffs d'entrée et intermédiaires avec la présence d'au moins un kiné
 Nombre de staffs spécifiques aux kinés de l'établissement par an
 Rapport annuel d'activité kiné
 Formation des kinés à PSI
 Programme pluriannuel kiné
 Programme d'éducation thérapeutique sur la chute
 Nombre de stagiaires formés à la méthode de l'APEC

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.7 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Repérage et prévention du risque suicidaire |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
 - « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016)

Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS : critère 19.c

Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)

Filière de soins gériatriques du territoire : travaux en cours sur la gérontopsychiatrie

Filière santé mentale du territoire

Convention avec la clinique des portes de l'Eure

Objectif général

Optimiser le repérage du risque suicidaire parmi les usagers du CHAG et l'organisation de leur prise en charge afin de prévenir le passage à l'acte

Référents

Médecin coordonnateur
 Psychologue


Acteurs concernés

Equipes soignantes, médecins traitants, partenaires du territoire (psychiatrie)

Objectifs opérationnels

- Etablissement d'un protocole sur la prise en charge prioritaire du risque suicidaire par la

| |
|--|
| <p>psychologue, le médecin coordonnateur de l'établissement en lien avec les soignants internes et les partenaires du territoire (NHN et Clinique des Portes de l'Eure)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inciter les personnels à témoigner des actes suicidaires directement à leur cadre et, en parallèle, via les FEI puisque les tentatives de suicide sont à signaler à l'ARS en tant qu'EI graves au même titre que les suicides - Analyse pluri professionnelle des tentatives de suicide ou suicides (respectivement via les méthodes CREX et RMM) - Traçabilité des mesures de protection prises en interne pour les usagers présentant un risque suicidaire dans les FEI et les dossiers médicaux - Formation des professionnels au diagnostic de la dépression en lien avec les médecins généralistes, à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire - Repérage et évaluation du potentiel suicidaire par <u>l'échelle RUD</u> (risque, urgence, dangerosité) - Application aux sujets ayant fait une tentative de suicide de <u>l'échelle SIS</u> (suicide intent scale) : échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck - Utilisation des outils que la filière gériatrie du territoire délivrera aux professionnels dans le cadre de la gérontopsychiatrie - Suivi du projet HDJ - Hopital De Jour du Nouvel Hopital de Navarre |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| <p>Protocole sur le risque suicidaire Information de l'ARS des actes suicidaires (qualifiés d'EI graves) Nombre de staffs psychiatriques Audit clinique des tentatives de suicide et suicides Formation sur le risque suicidaire Nombre d'usagers présentant un risque suicidaire par service (échelle RUD) Nombre d'évaluations des personnes à risque (échelle SIS)</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.8 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Accompagnement des bénéficiaires de la Résidence autonomie |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » - Volets domicile, EHPAD (juin 2016) et Résidence autonomie (décembre 2016) <p>Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)</p> <p>Rapport d'évaluation externe de la résidence autonomie de mai 2016</p> |
| Objectif général |
| <p>Coordonner l'évaluation gériatrique approfondie des fragilités assurée systématiquement à l'accueil du CHAG et le suivi médico-social des personnes accompagnées à la Résidence autonomie</p> |
| Référents |
| <p>Médecin coordonnateur IDEC résidence autonomie</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Psychologue, assistante sociale, équipes soignantes, équipe d'animateurs, bénévoles</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Valorisation dans le CPOM de la Résidence Autonomie de l'évaluation médico-sociale des résidents assurée par une IDEC du CHAG depuis trois années - Proposition par l'IDEC d'un entretien avec un ou plusieurs autres professionnels en fonction des risques décelés (médecin traitant, assistante sociale, psychologue en cas de souffrance psychique ...) sous réserve du consentement de l'utilisateur - Amélioration du suivi rapproché des résidents repérés comme fragiles à la RA que cela soit à l'accueil ou a posteriori |

- Promotion des consultations mémoire auprès des résidents de la RA
- Recensement des partenaires du domicile en vue d'améliorer conjointement les prises en charge des fragilités
- Développement d'un programme d'éducation thérapeutique et de promotion du « bien vieillir » (mémoire, gym, chute, nutrition/dénutrition, grippe, vaccination, tabac, alcool, sommeil, hygiène, dépression et risque suicidaire ...) auprès des usagers et aidants de la RA en lien, si possible, avec le GHT territorial
- Intégration d'un bilan sur les soins prodigués à la Résidence Autonomie dans le rapport d'activités médico-sociales de l'établissement (psychologue, assistante sociale, soignants du bâtiment B et équipe de nuit, équipe d'animateurs, bénévoles)
- Mesure annuelle du temps consacré par les différents services support à l'intégration et à l'accompagnement à la RA : menus travaux opérés par le service technique dans les espaces individuels, états des lieux des agents de l'accueil, régie des jetons de la laverie de l'économat ...
- Organisation de la transmission des informations importantes collectées par le personnel d'accueil vers la commission d'entrée
- Formalisation d'une procédure d'alerte par rapport à la perte d'autonomie en dehors de l'évaluation annuelle de l'IDEC, en associant les aidants familiaux, bénévoles et professionnels tout en respectant la liberté de chacun des habitants de la RA

Echéancier

2017-2019

Indicateurs

CPOM de la RA

Nombre de résidents de la RA pour lesquels un suivi rapproché est indispensable

Procédure de la RA sur l'encadrement de la perte d'autonomie

Dossiers de soins des habitants de la RA

Conventions

Sensibilisation et formation des soignants du CHAG au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation


Programme d'éducation thérapeutique de la RA

Nombre d'ateliers proposés au titre d'activités concourant au maintien ou l'entretien des facultés des résidents de la RA

Bilan annuel de l'IDEC concernant la RA


Nombre de conférences de sensibilisation du médecin coordonnateur à destination des bénéficiaires de la RA

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.9 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Adaptation de la permanence des soins |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS</p> <p>Projet Médico-Soignant de Territoire – Volet médical (juin 2017)</p> <p>Convention tripartite 2016- 2020 de l’EHPAD de Pacy-sur-Eure : « Expérimentation d’une permanence IDE de nuit mise à disposition de la filière de soins gérontologiques du territoire »</p> |
| Objectif général |
| <p>Accélérer le maillage gériatrique territorial et optimiser le recours aux évolutions technologiques (organisation des téléconsultations) afin de rendre efficaces les soins prodigués aux usagers du CHAG</p> |
| Référents |
| <p>Equipe de direction</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Partenaires médicaux, équipes soignantes</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Participation à l’organisation d’un nouveau dispositif de permanence des soins gériatriques incluant la psychiatrie (plateforme téléphonique) - Adaptation de la permanence des soins infirmiers de nuit du CHAG afin qu'elle bénéficie aux EHPAD de la filière gériatrique du GHT distants au maximum de 20 minutes de Pacy-sur-Eure (conseils téléphoniques, déplacements) - Développement de la télémédecine (consultations spécialisées, urgences, psychiatrie, ORL, dermato) afin de limiter des déplacements ou transferts de bénéficiaires âgés pour obtenir des avis médicaux (appel à projet territorial) - Elaboration d’un protocole d’utilisation des supports d'aide au diagnostic médical (chariot, |

| |
|---|
| <p>caméra) et de demande d'avis médical (répertoire téléphonique, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des équipes sur les technologies de l'information et de la communication mises à la disposition des médecins et soignants (télémédecine, télé expertise, télédiagnostic, télé prescription, téléconsultation ...) - Développement des campagnes de dépistage des problèmes oculaires (fond d'œil) et de la promotion de la santé buccodentaire (fauteuil dentaire) - Analyse de l'usage du TROD pour les infections respiratoires (test rapide à orientation diagnostic) en vue de son déploiement |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| <p>Fiches de demande de téléconsultations psychiatriques et autres consultations Formation des soignants de jour et de nuit à l'utilisation des nouveaux supports d'aide au diagnostic Nombre de coefficient de mastication Nouvelle fiche de poste des IDE de nuit Nombre de TROD utilisés par an Nombre de résidents ayant bénéficié d'un dépistage oculaire ou dentaire Nombre de consultations spécialisées par télémédecine</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.10 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Prévention de la résistance aux antibiotiques |

Contexte et enjeux

Instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2016/2018 dans le secteur médico-social

Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS

Instruction N° DGS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS

Objectif général

Définir un niveau de maîtrise des risques associés aux soins et aux antibiotiques qui soit cohérent avec les activités du CHAG et les objectifs nationaux

Référents

Médecin coordonnateur
Pharmacien
IDE hygiéniste

Acteurs concernés

Equipe soignante, médecins

Objectifs opérationnels

- Révision de la politique de prévention du risque infectieux (IAS – Infection associée aux soins, IRA - Infection Respiratoire Aigue, GEA - Gastroentérites aiguës, BMR - Bactérie Multi Résistante, grippe et autres maladies, infections manu portées, alimentaires ...) à partir du PROPIAS 2016-2018 (programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins)

- Identification de l'entité chargée de mettre en place le DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) et création d'un comité de suivi
- Organisation de la communication interne/externe par rapport au DARI
- Autoévaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide du manuel du GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) et communication des résultats dans le 1er DARI médico-social (version sanitaire établie en 2014) en définissant un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018
- Mise à jour régulière du DARI en y intégrant un bilan des vigilances et de la veille annuel (fréquence/gravité des épisodes infectieux ...), outil complémentaire au plan bleu
- Intensification des campagnes de vaccination contre la grippe des personnels et surveillance des indicateurs d'affections respiratoires en vigueur
- Formalisation de la gestion des excréta en situation exceptionnelle
- Développement de la politique de traçabilité des cas groupés (déclaration des GEA et IRA)
- Appropriation des travaux de l'organisme Normantibio


Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Comptes rendus du CLIN et/ou des référents de l'hygiène de l'établissement
 Auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux
 DARI 2018 avec un plan d'actions prioritaires
 EPP sur la réévaluation de la prescription des antibiotiques organisée entre la 48^{ème} et la 72^{ème} heure
 Nombre de cas groupés signalés à l'ARS par an
 Nombre d'infections urinaires traitées par antibiothérapie/nombre total d'IU (idem infections pulmonaires, dermatologiques, autres pathologies)
 Durée des traitements antibiotique/pathologie traitée (vs recommandations professionnelles)
 Nombre de lignes d'ATB/pathologie traitée (vs recommandations professionnelles)

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.11 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Sécurisation du circuit du médicament dans les services d'hébergement |

Contexte et enjeux

Code de la santé publique : article R. 5132-3 et suivants

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge et aux médicaments dans les établissements de santé

Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD

Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage interne et modifiant le code de la santé publique

Guide sur la sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD – Mars 2012 - ARS Rhône-Alpes

Base de données sur les médicaments Thériaque édité par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (CNHIM) et agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS)

Convention tripartite 2016- 2020 de l'EHPAD de Pacy-sur-Eure : « renforcer la sécurisation du circuit du médicament et engager une coopération avec l'établissement support du GHT dans le cadre d'une PUI de territoire »

Objectif général

Prévenir les erreurs d'administration des médicaments au sein du CHAG et leurs conséquences

Référents

Pharmacien
 Médecin coordonnateur
 Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Encadrement soignant, équipe pharmacie, équipe IDE, médecins traitants

Objectifs opérationnels

- Organisation de la dotation de la pharmacie des services : produits nécessaires (douleur, infectieux, diurétiques, antiparkinsonien)
- Adaptation des galéniques à la population accueillie (solutions buvables, orodispersibles, gels)
- Analyse des prescriptions et mise en conformité gérontologique par rapport au livret
- Mise en adéquation des prescriptions des médecins traitants avec la liste de l'établissement proposée par le pharmacien et validée par le médecin coordonnateur
- Analyse conjointe des prescriptions par le pharmacien et le médecin coordonnateur à l'aide d'outil type Start-Stop

- Formalisation des protocoles suivants :
 - la gestion des ordonnances émanant de l'extérieur
 - le traitement de l'entrée en HTUD du vendredi soir ou week-end (apprécier si le recours au traitement personnel peut être exceptionnellement autorisé et temporairement)
 - le circuit du médicament
 - la gestion du sac d'urgence
 - l'aide à la prise des médicaments par les aides-soignantes

- Développement de la traçabilité de la dispensation des médicaments

- Audit sur la procédure interne des avis pharmaceutiques

- Recours aux outils relatifs à l'interruption de tâches proposés en Normandie dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients de novembre 2017

- Participation aux réflexions et travaux de l'Omedit

- Participation au projet de pharmacie de territoire GHT et étude de la pertinence des projets de mutualisation : automatisation des préparations des doses à administrer (PDA) versus sur étiquetage en interne pour favoriser le reclassement des personnels

Echéancier

2017-2020

Indicateurs

Comptes rendus des CSIRMT et COMEDIMS


Protocole sur la retranscription des ordonnances papier dans PSI émanant de l'extérieur et la conciliation médicamenteuse

Protocole le traitement de l'entrée en HTUD du vendredi soir ou week-end (apprécier si le recours au traitement personnel peut être exceptionnellement autorisé et temporairement)

Protocole sur la gestion du sac d'urgence

Protocole sur l'aide à la prise des médicaments par les aides-soignantes
Nombre de modifications de traitement obtenues grâce aux avis pharmaceutiques
Comptes rendus de réunions de l'équipe projet « semaine de la sécurité des patients 2017 »
Nombre de cas analysés sur l'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments et d'actions de sécurisation prévues
Nombre annuel de FEI sur le circuit du médicament
Protocole sur le circuit du médicament

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 2.12 |
| | Référence au projet : Projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques (PSIRMT) (2) Objet : Accompagnement de la fin de vie |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Articles L. 1111-6 et 11, R. 1111-18 et 19 du code de la santé publique

Article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Articles Accompagnement de fin de vie en EHPAD: 3 principes pour structurer la décision collégiale
 LA REVUE FRANCOPHONE DE GÉRIATRIE ET DE GÉRONTOLOGIE • MAI 2012 • TOME XIX • N°185

Objectif général

Renforcer la culture des "soins palliatifs" et de l'accompagnement de la fin de vie au sein du CHAG

Référents

Médecin coordonnateur
 Référents soins palliatifs

Acteurs concernés


Encadrement soignant, équipes soignantes, partenaires du territoire

Objectifs opérationnels

- Généralisation des staffs de fin de vie dans l'établissement et rédaction du protocole de tenue des réunions et traçabilité des discussions
- Formalisation des staffs éthiques au sein du CHAG
- Harmonisation des modalités d'évaluation et de la traçabilité des différents types de douleurs entre les différents services du CHAG (EHPAD vers SSIAD notamment)
- Organisation de l'accueil des familles dans le cadre de l'accompagnement des derniers instants de la vie (lit accompagnant ou fauteuil confort, espace dédié, chambre seule, repas

| |
|--|
| <p>...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorisation et développement des soins de support non médicamenteux : musicothérapie, bains sensoriels, modelage et enveloppement, toucher-massage, médiation animale ... - Mise en service des notices d'informations et des formulaires sur la personne de confiance et les directives anticipées - Organisation du recueil des informations et souhaits exprimés et respect de ceux-ci - Définition de la procédure d'évaluation de l'accompagnement de la fin de vie pour l'EHPAD qui doit comporter une proposition de soutien psychologique des aidants - Création d'un formulaire pour apprécier le ressenti des aidants sur la qualité de la prise en charge de fin de vie, à distance raisonnable du décès du résident de l'EHPAD - Distinction de la situation palliative, de la fin de vie, de la situation agonique pour les équipes et les proches des résidents - Participation à l'harmonisation des protocoles de soins palliatifs issus des travaux de la filière gériatrique du GHT (basé sur les recommandations nationales) et application sur l'établissement |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| <p>Protocole des staffs de fin de vie Nombre de staffs de fin de vie/ nombre de décès non inopinés en fonction des services HTC, HTUD, HP</p> <p>Protocole des staffs éthiques Nombre de staffs éthiques/nombre de résidents en fonction des services HTC, HTUD, HP</p> <p>Protocole douleurs</p> <p>Projet architectural</p> <p>Campagne de sensibilisation à l'éthique des résidents et de leur entourage (affichage dynamique)</p> <p>Courrier d'information sur les nouvelles dispositions sur la personne de confiance</p> <p>Comptabilité des différents formulaires relatifs aux directives anticipées</p> <p>Nombre de formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance</p> <p>Nombre de formulaires d'attestation de la délivrance de l'information sur la personne de confiance</p> <p>Procédure d'évaluation de l'accompagnement de la fin de vie pour l'EHPAD</p> <p>Taux de retour du questionnaire relatif au ressenti des aidants sur la qualité de PEC de fin de vie</p> <p>Nombre de consultations post-deuil avec la psychologue pour les aidants par an</p> <p>Nombre d'entretiens avec la direction en cas d'insatisfaction post-deuil</p> <p>FEI « éthique » analysée en CREX</p> <p>Sensibilisation sur la fin de vie</p> <p>Convention avec les soins palliatifs</p> |
| Etat |
| |

9.3. Projet d'organisation de la vie

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.1 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Personnalisation du livret d'accueil et de la procédure associée en fonction de la personne aidée |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| Recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement » de décembre 2010 |
| Objectif général |
| Faciliter l'intégration des usagers en leur communiquant les informations adéquates sur les services, différentes catégories de professionnels exerçant au sein des services d'accompagnement et d'hébergement de l'établissement |
| Référents |
| Direction |
| Acteurs concernés |
| Directeur Accueil animateurs Service technique Responsable de la communication Cellule QGR |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour de l'annuaire interne (numéro de téléphone et adresse mail) en y ajoutant les modalités pratiques pour joindre les personnes/services - Actualisation du livret d'accueil afin de rendre son contenu plus pertinent et plus accessible |

puis de le diffuser à nouveau au public. Etude de l'intérêt de solliciter d'une part, un prestataire extérieur pour atteindre cet objectif et d'autre part, des « sponsors »

- Formation du livret d'accueil à partir des dépliants de présentation de chaque service (préalablement mis à jour) et d'annexes supplémentaires. Ce format offrirait la possibilité de la personnalisation. On éviterait le gaspillage, l'obsolescence des outils en cas d'ouverture, d'évolution ou de fermeture de service(s). Eviter de mettre le nom des professionnels dans les documents
- Réponses aux besoins d'information des usagers du SSIAD, du portage de repas, de la résidence autonomie
- Création des dépliants de l'EHPAD, l'HTUD et de l'ORI
- Formalisation dans un schéma de l'approche processus de l'établissement (comment l'établissement compte assurer la continuité du parcours de vie) dans un dépliant et éventuellement un poster à afficher dans l'établissement. Dans une nouvelle procédure (à relier à celles relatives aux contrats de séjour/DIPC ...), déterminer à qui le remettre, par qui, comment et quand (remise accompagnée ou non d'une présentation orale, lors de la visite de la structure ou pas ...)
- Intégration dans le livret d'accueil les récents documents de promotion sur la personne de confiance et les directives anticipées (validés)
- Mise en ligne les documents sous l'item « livret d'accueil » tout en expliquant la philosophie de l'outil
- Pour répondre à une suggestion des représentants des familles associés aux groupes de travail sur la formalisation du projet d'établissement, création d'un nouvel outil complémentaire avec :
 - o au recto, un schéma des principaux professionnels médico-soignants que le résident est amené à rencontrer avant son entrée dans l'institution, lors de ses premières semaines d'intégration (tels que le médecin coordonnateur, médecin traitant, cadre de santé, référent soignant, psychologue, kiné, IDE), préciser quelle organisation est appliquée le week-end
 - o au verso, un plan simplifié des locaux professionnels et des accès préconisés pour le public
 - o Renseignement à la main de l'identité des professionnels référents puisqu'elle change d'un résident à l'autre, d'un bâtiment à l'autre (en attendant le regroupement architectural).
 - o Positionnement du document dans le livret d'accueil
- Harmonisation des modalités d'accueil physique des nouveaux résidents sur les 2 bâtiments (gouter d'accueil, temps d'agent soignant référent/gouvernante ...) en cohérence avec les enseignements et conclusions du projet « Humanitude »


Echéancier

2018-2019

Indicateurs

Annuaire interne
Appel à projet pour la mise en forme du livret d'accueil
1 dépliant de présentation par service
Formulaire de la procédure d'accueil
Protocole d'accueil

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.2 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Définition et respect des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale</p> <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de décembre 2008 ; - « La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre » de juillet 2008 ; - « La Qualité de vie en EHPAD (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » de juin 2011 ; - « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement » de mai 2014 ; - « Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées – volet domicile + volet EHPAD + volet résidence autonomie » de juin, juillet et décembre 2016 ; - « Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées – volets résidence autonomie et EHPAD » de janvier 2017. |
| Objectif général |
| <p>Définir une organisation centrée sur l'expression des attentes et des besoins des personnes et la mise en œuvre des projets personnalisés de vie et soins</p> |
| Référents |
| <p>Encadrement</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Tous les soins de support de l'établissement</p> |
| Objectifs opérationnels |
| |

EHPAD :

- Construction d'un programme annuel prévisionnel d'activités qui corresponde aux différents profils de résidents. Définir les critères d'accès aux différentes activités collectives proposées au sein de l'établissement et suivre le réel ; évaluer la participation
- Demande aux multiples acteurs internes de la vie sociale (animateurs, cuisiniers, bénévoles, soignants dans le cadre des bains sensoriels, de la médiation animale, de la musicothérapie ...) d'optimiser leur coordination afin d'atteindre les objectifs du projet personnalisé et de tracer les participations aux activités
- Participation de l'équipe d'animateurs à l'entretien d'accueil où est assuré un 1^{er} recueil des attentes et besoins du nouveau résident
- Amélioration de la participation de l'équipe d'animateurs lors de la phase de co-construction des PAP et à leur évaluation
- Élaboration de l'ensemble des PAP des résidents présents et d'un programme d'évaluations
- Formalisation d'un avenant au contrat de séjour à partir du PAP
- Enregistrement dans le logiciel PSI des informations exploitables rapidement pour un bilan d'activités ; formation de l'ensemble de l'équipe d'animateurs à PSI
- Participation aux réunions du réseau des animateurs pour promouvoir des activités communes avec d'autres ESMS

Résidence autonomie :

- Proposition d'un programme d'activités adaptées à la prévention de la perte d'autonomie des résidents de façon pérenne en réponse au budget obtenue à partir du 1er janvier 2017 via le CPOM relatif à la labellisation de la résidence autonomie
- Information des professionnels, associations, bénévoles concernés des informations qu'il sera nécessaire de collecter pour le bilan intermédiaire du 30/04/2017 qui conditionnera le renouvellement du forfait autonomie en 2018 et les bilans annuels suivants
- Création des PAP des résidents de la résidence autonomie en se basant sur l'analyse annuelle médico-sociale de l'IDEC du SSIAD
- Optimisation des échanges entre la Résidence Autonomie et l'EHPAD pour fluidifier le PAP (organiser des activités sur la Résidence Autonomie avec les résidents de l'EHPAD,..)

AJA/HTUD/ORI/SSIAD/Portage de repas :

- Organisation de l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés des usagers de la structure dans un cadre pluri professionnel


Echéancier

2017-2019

Indicateurs

Programme annuel prévisionnel d'activités affiché dans les services et sur le site internet
Règlement de la commission des soins de support
Comptes rendus des réunions de soins de support
Bilans des activités physiques et loisirs annuels
Proportion de PAP par rapport à la file active de chaque service
Proportion de PAP évalués (à jour)
Comptes rendus de réunions du réseau des animateurs

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.3 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Accompagnement de l'externalisation de la fonction linge et développement des services hôteliers de proximité |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La qualité de vie en EHPAD (volet 2) - Le cadre de vie et la vie quotidienne » de juin 2011 ; - « La qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents en EHPAD » de décembre 2011 » ; - « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » de novembre 2009 <p>Convention tripartite : fiche objectif « Accompagnement des fonctions supports »</p> |
| Objectif général |
| Repenser la gestion des stocks suite à l'externalisation de la blanchisserie |
| Référents |
| Encadrement |
| Acteurs concernés |
| Direction Cadre supérieur de santé Représentant(s) de la blanchisserie externe Lingerie interne Cadres de santé AS Economat Cellule qualité |

Objectifs opérationnels

- Accompagnement de la transformation de la blanchisserie du CHAG en une blanchisserie relais du ou des prestataire(s) externe(s) de lingerie sélectionné(s) (linge des résidents et "de maison")
- Organisation systématique à l'entrée d'un entretien avec un représentant de la lingerie pour échanger sur les pratiques de l'établissement
- Création d'affiches pour faire évoluer les pratiques (vide-poche, ...)
- Adaptation des outils « historiques » de la lingerie tels que celui sur le trousseau-type à l'entrée aux contraintes de la blanchisserie externe
- Définition de la fiche de poste de la gouvernante avec cette dernière, les cadres de santé et des représentants des services
- Formation de la gouvernante aux nouveaux outils et méthodes
- Positionnement de la gouvernante non seulement sur la gestion des stocks de linge mais aussi sur la coordination des autres stocks (alimentaire et de produits d'entretien) en collaboration avec l'économat
- Révision de la définition des postes de travail de l'équipe de la lingerie interne et rédaction des fiches de poste
- Encouragement des personnels de la lingerie à proposer de nouvelles façons de travailler à la direction (recours au logiciel de suivi de l'activité de la blanchisserie ...)

Echéancier

2017-2018

Indicateurs

Affiches vide-poches


Procédure « Blanchisserie relais »

Fiches de poste de la gouvernante et des autres membres de l'ancienne blanchisserie interne

Nombre d'entretiens à l'entrée avec la lingerie

Comptes rendus de réunion avec des représentants de la blanchisserie

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.4 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Création d'une boutique intramuros |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- « La qualité de vie en EHPAD (volet 2) - Le cadre de vie et la vie quotidienne » de juin 2011 ;
- « La qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents en EHPAD » de décembre 2011 » ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » de novembre 2009

Convention tripartite : fiche objectif « Accompagnement des fonctions supports »

Objectif général

Aider les bénéficiaires des offres d'hébergement et d'accompagnement de l'établissement à faire leurs courses, en créant une boutique sur place

Référents

Encadrement


Acteurs concernés

Animateurs
Direction
Encadrement
Association

Objectifs opérationnels


- Recensement des produits dont les résidents manquent le plus souvent par nécessité ou pour leur bien-être (produits de toilette, éléments du trousseau-type, friandises, boissons ...), les rendre disponibles dans une boutique interne et « par correspondance »
- Recensement des résidents présentant une difficulté physique ou une déficience des fonctions supérieures limitant leurs déplacements à l'extérieur de l'établissement et

| |
|---|
| <p>justifiant une assistance pour réaliser leurs achats (préciser, le cas échéant, si les résidents font l'objet d'une mesure de protection)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des responsables de l'accompagnement des achats des résidents et le cas échéant, de la boutique (lieu(x) et modalités d'ouverture à fixer, apprécier la nécessité d'utiliser des vitrines pour exposer les produits en dehors des horaires d'ouverture). - Définition de la procédure d'approvisionnement en produits courants de la boutique ou de commande par correspondance - Création d'un dépliant sur les produits en vente en interne et leurs prix (à remettre à l'entrée) - Travailler avec les tutelles pour maîtriser la procédure des « bons d'achat » - Proposition de l'option « aide aux courses » à l'entrée afin d'identifier les résidents désirant être assisté à ce niveau - Possibilité de faire des commandes groupées spécifiques lors des fêtes de fin d'année, pour Pâques ou des anniversaires par exemples - Etude de la possibilité de mettre en vente les produits suivants : journaux, timbres, enveloppes, petits cadeaux, bonbons, gâteaux, boissons, fleurs sur commande, confections de l'équipe d'animateurs - Dépôt des colis (revoir par rapport au vagemestre, régisseur) |
| Echéancier |
| 2018-2019 |
| Indicateurs |
| <p>Comptes rendus du CA, du CVS, de groupes de travail dédiés Etudes de marché Procédure sur la boutique interne Dépliant sur la boutique à relier au livret d'accueil Liste de présence de la formation des tutelles aux « bons d'achat »</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.5 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Renforcement de la qualité de l'offre de restauration |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Décret publié au JO du 19/04/2015 d'application de l'annexe II du règlement européen (UE) N°1169/2011 du parlement européen et du conseil du 25/10/2011</p> <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » de juin 2011</p> |
| Objectif général |
| Garantir une cuisine satisfaisante sur les plans gustatif, nutritionnel et sanitaire et un service en salle de restauration plaisant |
| Référents |
| Commission des menus |
| Acteurs concernés |
| Cuisiniers Médecin coordonnateur Cadre supérieur de santé animateurs ASH Hôtellerie Direction COPIL projet d'établissement IDE |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Proposition d'un service à table (tenue vestimentaire des hôtelières, ...) plus agréable - Établissement du cahier des charges d'aménagement des espaces dédiés au repas de manière conviviale dans le futur projet architectural - Amélioration de la texture et du visuel des plats mixés (formation sur site des cuisiniers, mise |

| |
|--|
| <p>en place des protocoles correspondants)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail sur la traçabilité de la présence des allergènes majeurs dans les produits ou plats de la cuisine du CHAG Pacy/Eure pour lever une remarque de l'inspection vétérinaire. Rendre accessible au public le tableau des allergènes alimentaires - Organisation du renseignement des allergies alimentaires dans PSI (par qui, à quelle occasion, avec quelle fréquence de mise à jour) - Mise au point de la procédure des repas pour les accompagnants dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire (réservation des places, paiement des repas ...) <p>+ cf FA 2.5</p> |
| Echéancier |
| 2017-2018 |
| Indicateurs |
| <p>Travaux de peinture dans la salle de restauration du bâtiment B</p> <p>Projet architectural</p> <p>Recueil hebdomadaire de la satisfaction des usagers la semaine des anniversaires</p> <p>Compte-rendu de la commission des menus, enquête de satisfaction annuelle</p> <p>Attestations de formation « aux mixés » des cuisiniers</p> <p>Tableau de présence des allergènes dans le plan alimentaire semestriel disponible aux différents consommateurs institutionnels et procédure validée par la commission des menus dans Blue Medi</p> <p>Procès-verbal de contrôle des services vétérinaires sans remarque sur la prévention des allergènes</p> <p>Procédure des repas pour les accompagnants</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.6 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Promotion des liens avec l'extérieur |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

- « La qualité de vie en EHPAD (volet 2) - Le cadre de vie et la vie quotidienne » de juin 2011 ;
- « La qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents en EHPAD » de décembre 2011 » ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » de novembre 2009

Objectif général

Renforcer les moyens de communication des résidents avec la société

Référents

Encadrement


Acteurs concernés

animateurs
 Responsable de la communication
 Association
 Directeur
 Services informatique et technique

Objectifs opérationnels

- Entretien des liens sociaux d'origine des résidents (favoriser après l'entrée l'envoi de nouvelles par courrier papier et/ou électronique, l'organisation des visites à l'extérieur chez ou avec les proches et symétriquement de proches auprès des résidents, rechercher des financements pour ces mesures)
- Favoriser le rétablissement de liens distendus ou la reprise de contact avec des membres de la famille, des amis ou des connaissances perdues de vue
- Projet à chiffrer concernant la fourniture de cartes de déménagement aux couleurs du CHAG aux nouveaux résidents afin qu'ils les envoient à leurs proches ; informer de l'adresse


| |
|---|
| <p>physique, du numéro de téléphone d'établissement et des modalités de connexion à internet du CHAG. Inclure éventuellement une case pour un portable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'un bilan sur l'expérience de l'accès à internet des résidents menée par l'équipe d'animateurs à partir des équipements fournis par l'association - Poursuite des partenariats avec les lycées et collèges autour de la sensibilisation aux nouvelles technologies de la communication - Création d'une charte en vue de soumettre les usagers au bon usage du numérique (à positionner notamment dans le livret d'accueil et à articuler avec l'actuelle charte interne relative à l'utilisation des outils informatiques) - Etude dans le cadre du projet architectural, de la faisabilité d'un déploiement d'équipements et de l'infrastructure WIFI pour le public (coût des différentes solutions d'accès, administrateur(s) de la connexion, caractère gratuit ou payant du service internet ...) - Proposition de création d'un site ou d'une section dédiée sur le site de l'établissement de type « copains d'avant » avec une ergonomie adaptée aux éventuels déficits des résidents et bénéficiaires des services d'hébergement et d'accompagnement de l'établissement |
| Echéancier |
| 2017-2021 |
| Indicateurs |
| <p>Modèle de la « carte de déménagement » Dépliant sur l'accès WIFI à relier au livret d'accueil Charte du bon usage du numérique issue de la formation « Nouvelles technologies et confidentialité » Ateliers informatiques Projet architectural Bilan de l'accès internet Fréquentation des pages du site dédiées</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 3.7 |
| | Référence au projet : Projet d'organisation de la vie (3) Objet : Efficience des transferts/partages de l'information |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| Action issue du bilan des FEI 2015 (notamment mais non exclusivement sur le circuit des médicaments) |
| Objectif général |
| Transmettre au plus vite et de manière sécurisée les informations sur les mouvements de résidents aux services support (pharmacie, lingerie, accueil, office, équipe d'animateurs, kiné, médecin coordonnateur ...) afin d'améliorer la gestion globale de l'établissement |
| Référents |
| Encadrement |
| Acteurs concernés |
| Services support Cellule QGR |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'un groupe de travail pluri professionnel sur le sujet de la fiche navette de Blue Medi (entrées, sorties, absences, changements de service d'accueil ou de chambre ...). Analyse de l'existant et appréciation des préoccupations des différents utilisateurs de l'outil (par exemple, pour les IDE : éviter le gaspillage de médicaments ...). Étude de la messagerie sécurisée comme moyen de diffuser les données et des solutions adoptées par les autres établissements du GHT (à interroger) - Organisation en l'absence des personnes habituellement chargées de soumettre les fiches navette aux collègues ou inversement celles en charge de les exploiter (situations dégradées). - Ajout d'un profil PSI pour la lingerie pour accès à la page de garde - En complément, choix des modalités d'alerte des résidents sur les mouvements (arrivées, décès) (idées de l'affichage, du livre de souvenirs pour les avis de décès avec l'information |

| |
|--|
| sur les cérémonies, condoléances...) |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| Comptes rendus de réunions Protocole Nombre de FEI relatives aux fiches navettes |
| Etat |
| |

9.4. Projet des ressources humaines

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.1 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Instauration d'une méthode pour intégrer efficacement les personnels |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Une enquête de 2014 menée dans le cadre de l'élaboration du Document Unique auprès des agents sur les risques psychosociaux a montré la nécessité de définir les missions de chacun et de communiquer sur ce thème sur l'ensemble de la structure.</p> <p>L'établissement a évolué ces derniers mois en devenant un établissement médico-social et en déployant de nouvelles activités innovantes.</p> <p>Les missions des agents ont évolué ainsi que le contexte de travail du CHAG (des partenariats se développent dans le cadre de la filière gériatrique et du GHT).</p> <p>Le projet architectural va amener également à réfléchir à de nouvelles organisations et à travailler avec de nouveaux outils. Certaines activités sont amenées à connaître des restructurations importantes (lingerie).</p> <p>L'établissement connaît un taux d'absentéisme important (24.13 ETP en 2016) par ailleurs les mouvements du personnel augmentent (mutations, disponibilités, départ en retraite...) ce qui amène le CHAG à contractualiser régulièrement dans le cadre de sa politique de remplacement (48 contrats en 2016).</p> |
| Objectif général |
| Organiser l'accueil des nouveaux agents sur l'établissement afin d'accélérer leur intégration et de susciter un niveau d'engagement élevé durable chez eux |
| Référents |
| Direction des soins/Ressources humaines/Responsable formation/encadrement |
| Acteurs concernés |
| Direction des soins/ressources humaines/responsable formation/encadrement/qualité/services. |

Objectifs opérationnels

- Elaboration de toutes les fiches de poste de l'établissement (mise à jour pour une partie) et diffusion des celles-ci aux nouveaux collaborateurs comme aux équipes déjà en place
- Préparation d'une journée d'accueil pour les nouvelles recrues (présentation organigramme, organisation du CHAG et du service intégré, connaissances de base : qualité et gestion des risques, sécurité, hygiène, informatique) et évaluation du dispositif
- Communication systématique aux nouveaux agents de la charte des droits et libertés de la personne accueillie pour qu'ils se l'approprient
- Définition d'une procédure spécifique d'accueil et d'intégration d'un nouvel arrivant au profil non soignant (sensibilisation pour accueillir et accompagner des personnes âgées déficientes ...)
- Anticipation, pour les nouveaux agents, des besoins en formation pour l'exercice des missions (confidentialité, hygiène, sécurité, AFGSU1, AFGSU2, conduite sur route dangereuse, Blue Medi ...)
- Suivi de l'évolution des indicateurs sociaux suite aux nouvelles mesures d'accueil des personnels

Echéancier

2017-2018

Indicateurs

Nombre de fiches de poste

Evaluation des agents (satisfaction, connaissance des documents)


Procédures d'accueil et d'intégration d'un nouvel agent soignant/non soignant

Suivi du turn over

Nombre de départs volontaires

Temps d'ancienneté sur la structure

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.2 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Mise en œuvre de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) |

Contexte et enjeux

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » (ANESM, juillet 2008), anticiper et accompagner différents types d'évolution, faciliter la prise de fonction, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social.

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est une gestion anticipative et préventive des ressources humaines. Elle **concilie les intérêts individuels et collectifs** et tient compte des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement.

Le volet collectif détecte les points relatifs à l'évolution des métiers, des emplois, des compétences, des effectifs et anticipe les écarts possibles entre besoins et ressources dans le cadre d'un plan qualitatif et quantitatif qui définit les règles et les moyens facilitant cet ajustement.

Le volet individuel vise à promouvoir de manière anticipée le développement des capacités d'évolution de chaque salarié dans le cadre de son parcours professionnel.

Une organisation dynamique des ressources permet d'adapter en continu les compétences disponibles à l'organisation du travail.

L'engagement du CHAG de Pacy-sur-Eure dans le GHT Eure Seine Pays d'Ouche, devrait favoriser la GPMC institutionnelle.

Objectif général

Agir pour que les emplois et les compétences du CHAG soient adéquats par rapport aux besoins ce qui conduit à la transformation et la modernisation de son action

Référents

Direction/direction des soins/encadrement/formation continue

Acteurs concernés

Direction
Responsables ressources humaines
Direction des soins/encadrement
Formation continue

Objectifs opérationnels

- Etude et anticipation des répercussions du projet architectural, de l'externalisation de la fonction linge ou encore au projet de PUI de territoire sur les effectifs et les compétences nécessaires
- Anticipation des formations professionnelles au regard des projets stratégiques de l'établissement (ex : ASG /AMP dans le cadre de l'ouverture d'un PASA)
- Planification des ressources humaines nécessaires à la réussite des projets innovants auxquels répond l'établissement
- Analyse d'un éventuel besoin en temps de secrétariat médical
- Anticipation de la formation des agents aspirant à de la mobilité professionnelle, pour faire face aux départs programmés
- Développement des promotions professionnelles vers les métiers sous tension
- Identification des métiers sensibles et sous tension de l'établissement et suivi annuel de ceux-ci via le bilan social (cartographie des métiers et compétences, pyramides âges, compétences/métiers, compétences spécifiques ...)
- Recours aux moyens de communication déployés au sein du GHT sur la publicité des vacances de poste
- Communication aux personnels des perspectives de carrière (support accompagnant la fiche de paie)
- Etude des répercussions de l'intégration de l'établissement dans un GHT sur les besoins en ressources humaines internes (mutualisation de métiers et/ou compétences)
- Structuration d'une nouvelle commission en interne dites « recherche et publication » (composition, planning, programme, compte-rendu, bilan annuel d'activités ...)


Echéancier

2017-2020

Indicateurs


Etude de postes
Réponses aux appels à projet innovant
Suivi des départs en retraite par catégorie professionnelle
Plan de formation
Entretiens annuels d'évaluation et de formation
Bilan social
Comptes rendus de la commission DPC-formation continue du CHAG
Comptes rendus des instances du CHAG (CHSCT, CTE ...)
Comptes rendus du GHT
Règlement intérieur de la commission « recherche et publication », programme prévisionnel, planning, bilan annuel d'activités

| |
|------|
| Etat |
| |

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.3 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Organisation de la pratique professionnelle au niveau territoriale |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Législation :</p> <p>Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</p> <p>Loi n° 2009-879 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé</p> <p>Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour les années 2016 à 2018</p> <p>Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions.</p> <p>Décret n°2016-1317 du 5 octobre 2016 relatif à l'attribution de missions dans le cadre du développement continu des professions de santé en l'absence de conseils nationaux professionnels.</p> <p>Convention constitutive du GHT Eure Seine Pays d'Ouche</p> |
| Objectif général |
| Maitriser le développement des qualifications des agents du CHAG au regard de la population accompagnée |
| Référents |
| Médecin coordonnateur /direction des soins/encadrement/formation continue |
| Acteurs concernés |
| Médecin coordonnateur /direction des soins/encadrement/formation continue |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite des travaux de la Commission DPC-formation continue sur le CHAG - Elaboration du plan de formation conformément aux réformes de la politique nationale de santé, orientations du GHT, efforts de modernisation en cours au niveau institutionnel tout |

| |
|--|
| <p>en respectant les contraintes budgétaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des demandes de formation des postes clés (ex : logiciel Excel pour un poste d'IDEC) - Préservation de l'agrément du CHAG en tant qu'OGDPC et amélioration de son niveau d'exigences - Développement des programmes DPC pour permettre aux agents de répondre à leurs obligations DPC en interne (hygiène, manutention, douleur soins palliatifs) - Priorisation des formations menées par le GHT - Participation du CHAG à la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du GHT - Mise au point avec les instituts de formation sanitaire du GHT d'une formation destinée aux ASHQ affectés à des missions de nursing dans des EHPAD afin de garantir à tous un socle commun de valeurs et pratiques |
| Echéancier |
| 2017-2019 |
| Indicateurs |
| <p>Comptes rendus de la commission DPC-formation continue Nombre de réunions /an Nombre de comptes rendus de réunions rédigés Plan de formation continue Programmes DPC du CHAG Agrément du CHAG en tant qu'OGDPC Comptes rendus des réunions du GHT sur les ressources humaines Nombre d'agents formés Satisfaction des agents</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.4 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Encadrement de la définition et du suivi du plan de formation continue |

Contexte et enjeux

Législation :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2009-879 du 8 juillet 2009 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour les années 2016 à 2018

Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions.

Décret n°2016-1317 du 5 octobre 2016 relatif à l'attribution de missions dans le cadre du développement continu des professions de santé en l'absence de conseils nationaux professionnels. Une évolution constante des technologies des pratiques et des environnements.

Dédié aux professionnels de santé (aide-soignant, IDE, masseur kinésithérapeute, médecin, pharmacien, préparateur en pharmacie hospitalière pour le CHAG) et initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016 le Développement Professionnel Continu (DPC) est effectif depuis le 1er janvier 2013.

Le DPC est une démarche comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

Chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de DPC pour remplir son obligation triennale.


Le DPC permet au professionnel d'être acteur de sa formation, il favorise les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices.

Le DPC a pour objectifs

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ;
- le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ;
- la prise en compte des priorités de santé publique.

Objectif général

| |
|--|
| Améliorer l'organisation du plan de formation et l'évaluation de sa mise en œuvre |
| Référents |
| Membres de la commission DPC. |
| Acteurs concernés |
| Formation continue/direction des soins/médecin coordonnateur |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la campagne d'entretien annuel de formation plus tôt dans l'année, afin de construire le plan de formation en fin d'année, de le présenter en CTE et de le mettre en œuvre dès janvier - Traçabilité annuelle des compétences acquises ou actualisées par chaque agent pour prouver sa professionnalisation au titre du DPC - Réalisation d'un bilan d'activités de la formation continue (taux d'annulation des formations par cause, d'inscriptions des agents pour évaluer la coopération de ceux-ci ...) - Structuration des demandes pour les études promotionnelles (répartition, sélection) - Identification et accompagnement des meilleurs talents - Réglementation en interne de l'accès à la future formation spécifique ASHQ Nursing du GHT - Identification et accompagnement des agents les plus en difficulté dans l'exercice de leur fonction, reconversion y compris |
| Echéancier |
| 2017-2019 |
| Indicateurs |
| Comptes rendus du CTE, de la commission DPC-formation continue Fiche individuelle de formations Suivi des compétences individuelles et collectives Taux de formation (nombre d'actions, nombre de jours de formation) |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.5 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Gestion des postes aménagés |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>L'établissement rencontre depuis quelques années des absences de travail de longue durée d'agents. Ces absences (30% des journées d'absence) sont liées à des congés de longue maladie, des congés de longue durée, des congés de grave maladie, des congés de maternité, des congés parentaux, des congés pour accident de travail ou maladie professionnelle ou encore de maladie ordinaire et peuvent durer plusieurs mois.</p> <p>Lors de son retour au travail, l'agent peut avoir perdu en partie confiance en lui, il peut redouter d'être perçu comme un intrus par ses collègues ou encore de ne pas réussir à effectuer ses tâches avec efficacité. Ainsi, la reprise du travail après une longue absence est stressante aussi bien pour l'agent que pour ses collègues. La place de chacun est à refaire, les rapports sont à recréer.</p> <p>Le service de santé au travail est assuré par 2 médecins agréés auprès desquels les visites de reprise et d'embauche sont prioritaires.</p> <p>Fin 2016, 12 agents sont sur des postes aménagés et 4 sur des postes avec restrictions (35 mois d'ancienneté moyenne).</p> |
| Objectif général |
| Améliorer le retour à l'emploi après des arrêts de travail de longue durée |
| Référents |
| Direction/direction des soins/responsable ressources humaines/médecin du travail/psychologue du travail |
| Acteurs concernés |
| Direction/direction des soins/encadrement/responsable ressources humaines/médecin du travail/psychologue du travail |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation d'une politique de gestion des postes aménagés de l'établissement - Rédaction systématique des fiches de poste des agents en postes aménagés |

- Anticipation et organisation de la reprise de travail des agents après des arrêts longs (poste aménagé, mi-temps thérapeutique, reclassement ...) en particulier via un entretien d'aide au retour à l'emploi
- Préparation d'un aménagement ou changement de poste, plus adapté aux capacités de l'agent et aux contraintes du service, implication de l'agent dans l'accompagnement de son parcours professionnel
- Réunion de conditions favorables à la mobilité interne et au remplissage des nouveaux objectifs de l'agent « en reconversion » (formation aux outils ...)
- Nomination d'un référent « handicap » parmi les collaborateurs, définition de ses missions et inscription de celui-ci à des formations spécifiques si nécessaire


Echéancier

2017-2019

Indicateurs


Politique « handicap »
 Politique de gestion des postes aménagés
 Nombre de fiches de poste aménagé
 Taux de postes aménagés, de postes avec restrictions
 Nombre d'entretiens d'aide au retour à l'emploi réalisés
 Taux d'absentéisme
 Taux de rechute
 Etudes de postes
 Organigramme mis à jour
 Fiche de poste du référent « handicap »
 Plan de formation

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.6 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Renforcement de la sécurité des professionnels |


| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM) : « mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées », contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnée, d’une part, et à la prévention des risques professionnels d’autre part.</p> <p>L’établissement élabore son Document Unique d’évaluation des risques professionnels et sollicite régulièrement un accompagnement par un Contrat Local d’Amélioration des Conditions de Travail (temps de psychologue dédiée au personnel).</p> <p>Le CHAG ne dispose pas d’un service de santé au travail optimal et fonctionne avec 2 médecins libéraux agréés.</p> <p>En 2016, 449 journées d’absence sont liées à des accidents de travail et concernent 14 agents avec une recrudescence des chutes malgré les mesures préventives.</p> <p>Les 2 principales causes d’accidents de travail sont en 2016 : les efforts de manutention (48%) et les chutes (43%).</p> |
| Objectif général |
| Prévenir l’ensemble des risques professionnels de l’institution et agir systématiquement en cas d’accident et proportionnellement à la gravité de celui-ci |
| Référents |
| Direction, direction des soins, responsable RH, qualité |
| Acteurs concernés |
| Direction, direction des soins, responsable RH, qualité |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Recensement et évaluation des risques professionnels des nouvelles activités HTUD et ORI et des postes qui évoluent significativement (liste à finaliser) pour mettre à jour le DU et planifier |

| |
|---|
| <p>des actions de sécurisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'étude des causes d'Accident de Travail et de Maladie Professionnelle (enquête après chaque AT avec arrêt et actions correctives), CREX (Comité de Retour d'Expérience) sur les 2 principales causes d'AT et MP - Révision et validation de la procédure à suivre en cas d'accident de travail ou de trajet ainsi que celle sur la gestion des AES - Mise en place du service de santé au travail en coopération avec le GHT |
| Echéancier |
| 2017-2018 |
| Indicateurs |
| <p>DU et plan d'actions Suivi des indicateurs de l'absentéisme Suivi des accidents du travail CREX Procédure "AT et accident de trajet" Procédure "Gestion des AES"CREX Comptes rendus du GHT</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.7 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Renforcement de la prévention des risques psycho sociaux |


| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM) : « mise en œuvre d’une stratégie d’adaptation à l’emploi des personnels au regard des populations accompagnées », contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées, d’une part, et à la prévention des risques professionnels d’autre part. |
| Objectif général |
| Approfondir l’évaluation des facteurs de risques psycho sociaux en vue de créer des conditions de travail plus satisfaisantes |
| Référents |
| Direction, qualité, encadrement, formation continue |
| Acteurs concernés |
| Direction, qualité, encadrement, formation continue |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pérennisation du soutien du personnel, via un nouveau CLACT, par une psychologue du travail pour lutter et prévenir les risques psycho-sociaux, lui demander d’établir un bilan d’activité - Proposition aux personnels des temps de détente (sophrologie, massage, Pilate) en mutualisant les espaces de kiné sur le nouvel établissement - Valorisation des métiers de la gériatrie et prévention de l’usure professionnelle en favorisant la mobilité interne ou externe via l’accompagnement du projet professionnel. - Réflexions autour de l’ergonomie menées dans le cadre du projet architectural, projet de réaménagement des locaux de travail tels que les vestiaires - Etude des répercussions des amplitudes de travail en 12h - Appréciation des retombées des concepts de l’Humanitude via la grille d’évaluation des |

| |
|--|
| facteurs de RPS (grille construite de façon pluridisciplinaire en interne en juin 2014 qui est à réviser au préalable) |
| Echéancier |
| 2018-2019 |
| Indicateurs |
| Demande de CLACT Réponses de l'ARS par rapport au CLACT CLACT Bilan sur les bienfaits des actions cofinancées Bilan d'activités de la psychologue du travail et des autres professionnels employés pour améliorer la qualité de vie au travail Bilan sur la mobilité interne et externe Projet architectural DU Rapport d'audit des roulements en 12h Comptes rendus de CHSCT, CTE Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles 2017-2021 validé Enquête d'évaluation des RPS Taux d'absentéisme Indicateurs de l'absentéisme |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.8 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Réunion des conditions d'un engagement du personnel durable |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM) : « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », faciliter la prise de fonction, l'exercice professionnel dans la durée et changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social.</p> <p>Le CHAG de Pacy sur Eure est un établissement médico-social gérontologique et il est difficile de recruter dans ce secteur dans le cadre plus général d'une pénurie de certaines catégories de soignants.</p> <p>Un turn-over important de soignants est préjudiciable à la qualité de prise en soins des résidents et la continuité des soins.</p> <p>Encourager, former, valoriser et intéresser sont les maîtres mots pour fidéliser le personnel.</p> <p>L'établissement peut s'appuyer sur des concepts déjà développés en interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ une organisation apprenante, ○ une culture qualité et sécurité, ○ la notion d'équipe |
| Objectif général |
| Développer l'attractivité, la motivation et la fidélisation du personnel |
| Référents |
| Direction/encadrement/qualité |
| Acteurs concernés |
| Tous les agents du CHAG |
| Objectifs opérationnels |
| - Travail sur le renforcement du sentiment d'appartenance dans tous les services (EHPAD, ORI, |


| |
|---|
| <p>AJA, SSIAD) du CHAG, en utilisant des leviers comme la formation à l'Humanitude, la gestion en mode projet, la transversalité, les transmissions orales pour les résidents/usagers communs à plusieurs équipes/activités, staffs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de temps d'échanges d'informations/de pratiques et de convivialité ouverts à tous - Evaluation régulière de la satisfaction des personnels sur des thèmes précis - Développement du principe des "référents" et formation des référents au sein de chaque service - Encouragement des échanges avec les professionnels d'autres EHPAD, en particulier avec les établissements du GHT - Communication sur les conditions de travail sur le CHAG (organisation du temps de travail, implication dans les projets, réactivité...) |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| <p>Indicateurs de mobilité :</p> <p>Turn over (échec du recrutement)</p> <p>Taux de CDD</p> <p>Temps d'ancienneté</p> <p>Indicateurs du projet « Humanitude »</p> <p>Nombre de « sensibilisation par an »</p> <p>Formulaires d'enquête de satisfaction des personnels ciblée et supports de présentations des résultats</p> <p>Comptes rendus GHT</p> <p>Comptes rendus de CTE, CHSCT</p> <p>Listing des différents référents du CHAG</p> <p>Plan de formation</p> |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 4.9 |
| | Référence au projet : Projet des ressources humaines (4) Objet : Proposition d'un terrain de stage initiant convenablement les étudiants du territoire |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>En 2016, le CHAG de Pacy sur Eure a accueilli 108 stagiaires venant de lycées, d'instituts de formation, adressés par pôle emploi...</p> <p>Réorganisation au niveau régional des formations AS et IDE</p> <p>Observation d'une tension à l'embauche des aides-soignants et infirmiers en 2016 et 2017, de kinés depuis plusieurs années</p> |
| Objectif général |
| Définir la politique de stage qui favorise l'apprentissage des bonnes pratiques professionnelles et le recrutement au niveau territorial |
| Référents |
| Formation continue, encadrement, référents stagiaires |
| Acteurs concernés |
| Formation continue, encadrement, référents stagiaires |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Priorisation des demandes de stage des instituts de formation du GHT - Poursuite, en complément, de l'accueil des stagiaires des instituts de formation des départements limitrophes - Communication des règles d'attribution des places sur le CHAG avec les instituts de formation - Valorisation des métiers de la gériatrie - Travail sur la reconnaissance de l'établissement comme un terrain de stage EMS de qualité - Définition de modalités d'accueil, d'encadrement et de suivi pour les stagiaires ne provenant |

| |
|--|
| <p>pas de l'IFSI et de l'IFAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de fiches d'encadrement pour chaque typologie d'étudiant (objectifs du référent de stage par rapport à la place/fonction occupée par le stagiaire, modalités de bilans à mi stage et d'évaluations finales ...) - Echange avec les instituts de formation et les étudiants pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences (évolutions de pratiques) - Suivi de l'adéquation de la formation continue des référents de stage aux besoins d'encadrement de stagiaire - Organisation systématique d'un bilan à mi stage - Conservation systématique d'une copie des évaluations des stagiaires en fin d'étude - Estimation des opportunités d'embauche à la fin d'un stage avec l'encadrement - Mesure à distance de la satisfaction du stagiaire sur son terrain de stage via un formulaire |
| Echéancier |
| 2017-2020 |
| Indicateurs |
| <p>Nombre de stagiaires accueillis par origine Comptes rendus de réunions avec les instituts de formation Fiches d'encadrement Plan de formation des référents de stage par métier Nombre de bilans à mi stage et d'évaluations Nombre de personnes qui ont été stagiaires dans l'établissement Nombre de formulaire « satisfaction du stagiaire a posteriori » retournés et analyse des résultats</p> |
| Etat |
| |

9.5. Projet qualité et gestion des risques

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.1 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Evolution du management de la qualité et de la gestion des risques (QGR) |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none">• Convention tripartite du CHAG de Pacy-sur-Eure• Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d’Ouche• Animer, coordonner la gestion des risques dans un établissement médico-social et non plus sanitaire d’une part, disposant désormais d’un ingénieur qualité de façon pérenne dans ses effectifs à 0.5 ETP et d’autre part, partie prenante dans un GHT (tous ces changements ayant été opérés courant 2016)• Manuel de certification des établissements de santé V2014 de la HAS |
| Objectif général |
| S’assurer de la prise en compte des contraintes des établissements sociaux et médico-sociaux et particulièrement du CHAG de Pacy-sur-Eure dans les décisions relatives à la qualité et gestion des risques prises au sein du GHT Eure-Seine Pays d’Ouche |
| Référents |
| Qualité, directions des soins, médecin coordonnateur, encadrement |
| Acteurs concernés |
| Qualité, IDEC, directions des soins, médecin coordonnateur, pharmacien, encadrement, responsable de la communication, responsable de la sécurité, IDE hygiénistes |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none">- Création du schéma fonctionnel global de l’établissement (processus) et diffusion au public (via internet, livret d’accueil ...)- Communication aux instances de la politique QGR interne actuelle |

- Révision des fiches de poste des personnels impliqués dans la qualité notamment de l'ingénieur qualité (cf. FA 4.5)
- Participation du CHAG aux rencontres des responsables qualité du GHT en vue de planifier des actions qui renforceront la QGR de l'établissement et de la filière gériatrique
- Appréciation de l'opportunité de s'impliquer dans la création d'une structure de gestion des EI notamment des EI graves au niveau du GHT
- Discussion sur la possibilité de planifier une évaluation externe des structures médico-sociales du GHT en prolongement de l'expérience de certification menée par le réseau qualité des institutions le composant ou en parallèle
- Rédaction de la lettre de mission des responsables QGR par rapport au GHT
- Etablissement de l'organigramme de la qualité. Positionnement de la cellule qualité du CHAG de Pacy-sur-Eure comme une structure de référence dans la filière gériatrique territoriale
- Adoption de la grille de classement des fiches d'évènements indésirables (FEI), réclamations/plaintes par thème qui sera retenue par le réseau des qualitiens du GHT, outil qui devrait permettre d'établir un tableau de bord agrégé annuellement


Echéancier

2017 –2018

Indicateurs

Livret d'accueil
 Règlement intérieur révisé et validé en CCG ...
 Comptes rendus de CDE (Comité de Direction Elargi), CA (Conseil d'Administration), cellule QGR de Pacy
 Politique QGR
 Fiche de poste de l'ingénieur qualité
 Comptes rendus des rencontres des qualitiens du GHT
 Lettre de mission des responsables QGR par rapport au GHT
 Organigramme qualité interne, voire GHT
 Grille de classement des FEI, réclamations
 Bilan annuel des FEI, réclamations présenté en CDU, CVS, CA

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.2 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Continuité des plans d'amélioration et de leur suivi |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » • Référentiel FHF Aquitaine d'évaluation interne d'un EHPAD • Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD • Rapport d'évaluation externe de la Résidence Autonomie • Référentiel UNASSI d'évaluation interne/externe d'un SSIAD (UNASSI – Union Nationale des Associations et des Services de Soins Infirmiers / SSIAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile) • Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche |
| Objectif général |
| Assurer le suivi et l'actualisation du projet d'établissement 2017-2021 du CHAG de Pacy-sur-Eure à partir notamment de son plan QGR |
| Référents |
| Qualité, directions des soins, médecin coordonnateur, encadrement |
| Acteurs concernés |
| Qualité, pilotes des groupes de travail du projet d'établissement |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Discussion du projet d'établissement systématiquement en réunion de cellule QGR interne et, en parallèle, en CDE pour faire vivre le projet ; traçabilité dans les parties « Etat » des fiches actions des résultats obtenus au fur et à mesure - Indication dans les fiches actions des évolutions constatées par rapport aux objectifs initiaux en faisant le lien avec le plan QGR - Suivi du taux de mise en œuvre des actions définies dans le projet d'établissement - Présentation des avancées du projet d'établissement en CA |

- Anticipation des prochaines évaluations externes en assurant un suivi des éventuelles publications de référentiel adaptés aux établissements de soins médico-sociaux (ANESM et autre(s))


Echéancier

2017-2021

Indicateurs

Parties « Suivi/Etat » des Fiches action complétées régulièrement
Bilan annuel avec % des fiches action clôturées par rapport aux fiches actions définies initialement et/ou des objectifs opérationnels atteints par rapport à ceux prévus (taux de couverture du projet d'établissement 2017-2021)
Comptes rendus de cellule QGR et du CA

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.3 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Amélioration continue du traitement des évènements indésirables |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>La HAS prône la revue et l'analyse des évènements indésirables graves ou potentiellement graves associés aux soins dans des groupes de travail organisés : RMM (Revue de Mortalité et de Morbidité) / CREX (Comité de Retour d'Expérience).</p> <p>L'ARS incite les établissements médico-sociaux à organiser plus largement des CREX pour s'attaquer aux causes des erreurs.</p> |
| Objectif général |
| <p>Apprécier la méthode Orion des CREX en cellule QGR et l'adapter afin que l'analyse des évènements indésirables soit encore plus performante au CHAG de Pacy-sur-Eure</p> |
| Référents |
| <p>Cellule qualité</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Tous</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Maintien d'une gestion bienveillante des signalements d'évènements indésirables (EI) par la cellule qualité interne, communication plus large des retombées positives de ceux-ci au public en vue de réunir les conditions favorables pour que les agents se rendent compte du bénéfice de créer des fiches en cas de problèmes - Promotion de la méthode ORION des CREX soutenue par l'ARS, auprès de tous les membres de la Cellule qualité - Accord sur les ajustements auxquels l'établissement procède dans le traitement des EI actuel en écho à cette sensibilisation à tracer dans les comptes rendus de la Cellule qualité - Révision de la procédure interne de signalement des EI et EI graves pour ajouter les supports de la dernière formation CREX |

- Formalisation d'une charte d'incitation à la déclaration (inclure la notion de levée de doute par rapport surtout aux EI graves) à approuver du DG avant diffusion aux personnels
- Fonctionnement interne des CREX à améliorer (définir le(s) périmètre(s) CREX du CHAG - par service(s) ou global, organiser la suppléance du référent principal, former les analystes volontaires dans tous les métiers principalement à la fiche d'analyse, utiliser « le mail à tous » pour informer qu'une analyse CREX est en cours et que chaque agent désireux d'apporter de l'aide doit se faire connaître auprès de la Cellule qualité ...)
- Positionnement des tableaux d'analyse remplis de CREX dans les différents lieux d'affichage FEI de l'établissement qui servent déjà à communiquer aux personnels les suites données aux FEI
- Création de lieux d'affichage « FEI/CREX » complémentaires à destination des agents « isolés » (déclarants et potentiels déclarants)
- Sélection des indicateurs CREX, affichage et présentation de ceux-ci aux instances (CDU, CVS)
- Ajout dans le plan QGR des actions correctives décidées en CREX non immédiatement applicables pour en faciliter le suivi
- Evaluation de la démarche au moins annuellement
- Inscription de la formation « CREX – Orion » au programme DPC de l'établissement

Echéancier

2017-2019

Indicateurs

Comptes rendus de la cellule QGR

Procédure FEI

Charte d'incitation à la déclaration

Nombre de réunions CREX tenues dans l'année par rapport à l'objectif fixé


Nombre d'EI mensuels déclarés en posant un objectif

Nombre de personnes formées au CREX (liste des référents/analystes)

Après, pourcentage de nombre d'actions correctives mises en œuvre dans les délais annoncés par an
Règlement des CREX

Programme DPC et sessions de formation CREX assurées par le CHAG

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.4 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Approfondissement de l'écoute de la satisfaction des usagers |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale • Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux • Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche de 2016 • Bilans des activités de l'HTUD et l'ORI demandés par les autorités 6 mois après l'ouverture des services |
| Objectif général |
| Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction sur le fonctionnement de toutes les activités du CHAG de Pacy-sur-Eure |
| Référents |
| Qualité, directions des soins, encadrement |
| Acteurs concernés |
| Qualité, directions des soins, encadrement, accueil, agents des services, responsable communication, médecin coordonnateur |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles 2017-2021 à arrêter en CDE (prévoir en complément une information dans les autres instances) et à suivre via la cellule QGR interne - Formulaire d'enquêtes de satisfaction par service ou thème à créer ou à réviser (si possible conjointement avec les ESSMS du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche) - Diffusion des enquêtes auprès des publics concernés à organiser et analyse des retours à assurer ; plan d'actions d'amélioration à définir en fonction des résultats, communication des éléments aux usagers et suivi à programmer périodiquement (ajout au plan QGR) |

- Discussion, au sein du GHT, de l'opportunité de se doter d'une LAD (Lecture Automatique des Données) pour étudier les résultats des enquêtes de satisfaction des différents types de services

Echéancier

Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles :

En 2017, cibler le CAJA (formulaire prêt)

En 2018, évaluer à nouveau le Portage de repas, la Résidence Autonomie et le SSIAD et lancer une nouvelle enquête sur le processus d'accueil de l'EHPAD (formulaire spécifique à créer)

En 2019, apprécier la qualité de la prise en charge paramédicale de l'EHPAD notamment les retombées des concepts de l'Humanitude et évaluer aussi le circuit du linge

En 2020-2021, évaluer les 2 services ORI, HTUD

Indicateurs

Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles 2017-2021 validé

Formulaires d'enquêtes par service ou thème sous Blue Medi


Support type PowerPoint de présentation des taux de retour par enquête, taux de satisfaction global et par critère

Compte-rendu de CVS, CDU (ou commission(s) équivalente(s)) sous Blue Medi

Journal interne « Pacy'lien »

Comptes rendus du COSTRAT du GHT, des responsables qualité du GHT

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.5 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Appréciation régulière du fonctionnement du SSIAD |

| |
|---|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale • Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux • Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche • Référentiel UNASSI d'évaluation interne/externe d'un SSIAD • Rapport d'évaluation interne du SSIAD de Pacy communiqué à l'ARS en janvier 2015 |
| Objectif général |
| Créer un dispositif qui permette aux usagers du SSIAD de Pacy-sur-Eure de faire connaître leurs besoins spécifiques et de faire évoluer ce service dans la bonne direction |
| Référents |
| Qualité, IDEC, directions des soins, médecin coordonnateur |
| Acteurs concernés |
| Qualité, IDEC, directions des soins, médecin coordonnateur, soignants du SSIAD, accueil |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sondage des usagers sur la manière dont ils souhaitent être associés au fonctionnement du SSIAD de Pacy : vérifier dans l'enquête si intégrer des représentants des usagers du SSIAD au CVS de l'établissement déjà en place, convient à la majorité ou si une autre solution doit être recherchée - Interrogation des autres SSIAD du GHT ou extérieurs sur les modalités d'expression ouvertes à leurs usagers - Arrêt des modalités d'expression des usagers du SSIAD de Pacy à l'issue de l'enquête ciblée en CA après discussion des résultats de l'enquête en CDE et nécessairement lors d'une réunion de l'équipe du SSIAD |

- Définition d'un questionnaire d'évaluation systématique de la qualité de la prise en soins du SSIAD à la sortie de l'utilisateur
- Création du formulaire correspondant si les établissements du GHT gestionnaires de SSIAD n'en sont pas dotés et/ou ne souhaitent pas le diffuser ; proposition d'un travail inter-SSIAD sur ce sujet avant de lancer l'action
- Révision des règlements de fonctionnement du CHAG et intérieur propre au SSIAD pour finaliser la démarche


Echéancier

Dès janvier 2018

Indicateurs

Taux de retour de l'enquête ponctuelle sur les modalités d'expression des usagers du SSIAD
 Comptes rendus de CA et CDE, des staffs de l'équipe du SSIAD
 Comptes rendus du GHT
 Formulaire d'évaluation de la sortie du SSIAD
 Procédure validée en CSIRMT et archivée dans Blue Medi
 Taux de retour du questionnaire de sortie du SSIAD
 Nombre d'entretiens avec l'IDEC pour résoudre les problèmes soulevés dans le questionnaire de sortie du SSIAD de Pacy
 Nombre d'entretiens avec la direction en cas de non résolution de la « réclamation » par l'IDEC
 Règlement de fonctionnement de l'établissement
 Règlement intérieur du SSIAD

Etat

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.6 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Anticipation de l'évaluation externe du SSIAD |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale • Article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles précisant que les établissements médico-sociaux ont l'obligation de réaliser une évaluation interne et externe de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent • Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux • Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux territoires (dite HPST) • Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux • Achat du logiciel UNASSI (union nationale des associations et services de soins infirmiers) pour réaliser l'autoévaluation du SSIAD • Rapport d'évaluation interne du SSIAD communiqué à l'ARS en janvier 2015 • Mise en œuvre des actions d'amélioration définies à l'issue de la démarche d'évaluation interne du SSIAD, suivie annuellement via le plan QGR du CHAG de Pacy-sur-Eure • Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche : article qui prévoit de procéder à une certification multi-établissement à partir d'un compte qualité conjoint |
| Objectif général |
| Mesurer les progrès accomplis depuis l'autoévaluation du SSIAD de Pacy (par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM) et préparer l'évaluation externe |
| Référents |
| Qualité, IDEC, encadrement |
| Acteurs concernés |
| Qualité, IDEC, directions des soins, médecin coordonnateur, encadrement, soignants du SSIAD |

Objectifs opérationnels

- Bilan sur la mise en œuvre globale du plan d'amélioration issu de l'évaluation interne du SSIAD de Pacy, élément attendu pour l'évaluation externe
- Formalisation du cahier des charges d'appel à candidatures de l'évaluation externe du SSIAD, utilisation de celui du GHT s'il est livré à temps
- Prévision d'une discussion au sein du GHT pour se conformer au même référentiel en attendant que les autorités conviennent d'une « norme » pour les SSIAD
- Etude de la faisabilité d'une évaluation externe conjointe de SSIAD au niveau du GHT avant 2019 afin de pouvoir bénéficier d'économie d'échelle, comparer les résultats établis ...
- Consultation de plusieurs prestataires habilités par l'ANESM pour procéder à des évaluations externes et choisir l'un d'entre eux en comparant les offres reçues (à défaut de mise en œuvre d'une évaluation externe conjointe)
- Au préalable, sondage du GHT à propos des organismes d'évaluation qui se sont révélés décevants et ceux au contraire, recommandés pour un SSIAD
- Préparation de l'évaluation externe avec l'organisme lauréat et supervision de l'opération
- Appréciation de la qualité des méthodes/outils déployés finalement par le prestataire d'évaluation externe sur place et du rapport d'évaluation externe puis communication à l'ARS et au réseau de l'établissement

Echéancier

Démarche finalisée avant fin 2019

Indicateurs

Bilans de la montée en charge du plan d'actions de l'évaluation interne du SSIAD (intermédiaires et final)

Cahier des charges d'appel à candidatures de l'évaluation externe du SSIAD de Pacy

Liste des prestataires d'évaluation consultés pour l'EE du SSIAD de Pacy

Comptes rendus des réunions des qualitatifs du GHT (« liste noire » des prestataires agréés pour des évaluations interne/externe)


Trace des échanges intermédiaires entre SSIAD du GHT

Calendrier prévisionnel des certifications, évaluations internes/externes des établissements du GHT

Rapport d'évaluation externe du SSIAD de Pacy (ou conjoint) transmis à l'ARS avant fin 2019


Renouvellement de l'autorisation d'exercer pour la structure

Etat

| | |
|---|--|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.7 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Actualisation du système documentaire |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fermeture du service de médecine mi-2016 • Convention constitutive du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche |
| Objectif général |
| Mettre à jour des documents (procédures, fiches techniques, formulaires, comptes rendus) utiles du CHAG de Pacy et les classer selon une architecture-type dans le logiciel Blue Medi |
| Référents |
| Direction, encadrement, qualité, services de soins, IDE hygiéniste, service technique, accueil et administration |
| Acteurs concernés |
| Qualité, responsable de la communication |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des procédures utiles par les différents cadres et professionnels impliqués - Archivage des documents obsolètes dans Blue Medi et dans le serveur partage - Adaptation des protocoles sanitaires au champ médico-social - Validation des procédures ainsi mises à jour en CSIRMT et cellule QGR - Enregistrement systématique des nouvelles procédures dans Blue Medi à l'issue des instances de validation - Proposition des procédures du CHAG aux autres ESMS du GHT - Intégration sécurisée des documents du GHT à la GED (Gestion Electronique des Données) interne Blue Medi - Participation active au projet d'équiper tous les établissements du GHT du même logiciel de gestion documentaire et de déclaration des EI - Actualisation des secrétaires des différentes instances - Suivi par la cellule QGR de la prompte rédaction des comptes rendus des différentes |

| |
|---|
| instances/réunions/COFIL et insertion dans la GED Blue Medi |
| Echéancier |
| 2017-2018 |
| Indicateurs |
| Pyramide documentaire de Blue Medi Comptes rendus de CDE, cellule QGR Comptes rendus de réunions du GHT (informatique, qualité) |
| Etat |
| |

| | |
|---|---|
|  | PROJET ETABLISSEMENT 2017-2021 |
| | Fiche Action N° : 5.8 |
| | Référence au projet : Projet qualité et gestion des risques (5) Objet : Accroissement de la fiabilité des indicateurs d'activités et sociaux |

| |
|--|
| Contexte et enjeux |
| <p>Le CHAG est tenu d'alimenter des enquêtes nationales, régionales ou départementales. Les indicateurs demandés nécessitent souvent la mobilisation de plusieurs agents sur l'établissement.</p> |
| Objectif général |
| <p>Faciliter le recueil exact des données d'activités et sociaux du CHAG de Pacy-sur-Eure sur lesquelles se base les décisions des autorités pour évaluer la qualité du service rendu</p> |
| Référents |
| <p>Accueil, comptabilité, RH, qualité</p> |
| Acteurs concernés |
| <p>Accueil, comptabilité, RH, qualité</p> |
| Objectifs opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> – Organisation du partage au sein de l'administration du CHAG au sens large, via un serveur informatique, des données collectées et calculées pour répondre aux différentes enquêtes des autorités et/ou mettre à jour annuellement des documents institutionnels tels que le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels) – Traçabilité des règles de calculs des indicateurs retenues sur l'établissement à organiser afin de respecter les mêmes d'une année sur l'autre (excepté en cas de nouvelles directives contraires) – Préservation des enquêtes sous forme dématérialisées sur ce même serveur commun (scan des enquêtes papier) – Mesure du temps agent mobilisé par enquête – Suivi de la montée en charge des indicateurs de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) – Inscription dans le cahier des charges de renouvellement de logiciels, l'automatisation des calculs des indicateurs attendus par les autorités (DUERP, enquête nationale ...) |

- Alerte des autorités sur la nécessité de coordonner le recueil des informations pour éviter des sollicitations multiples et améliorer la pertinence des données collectées

Echéancier

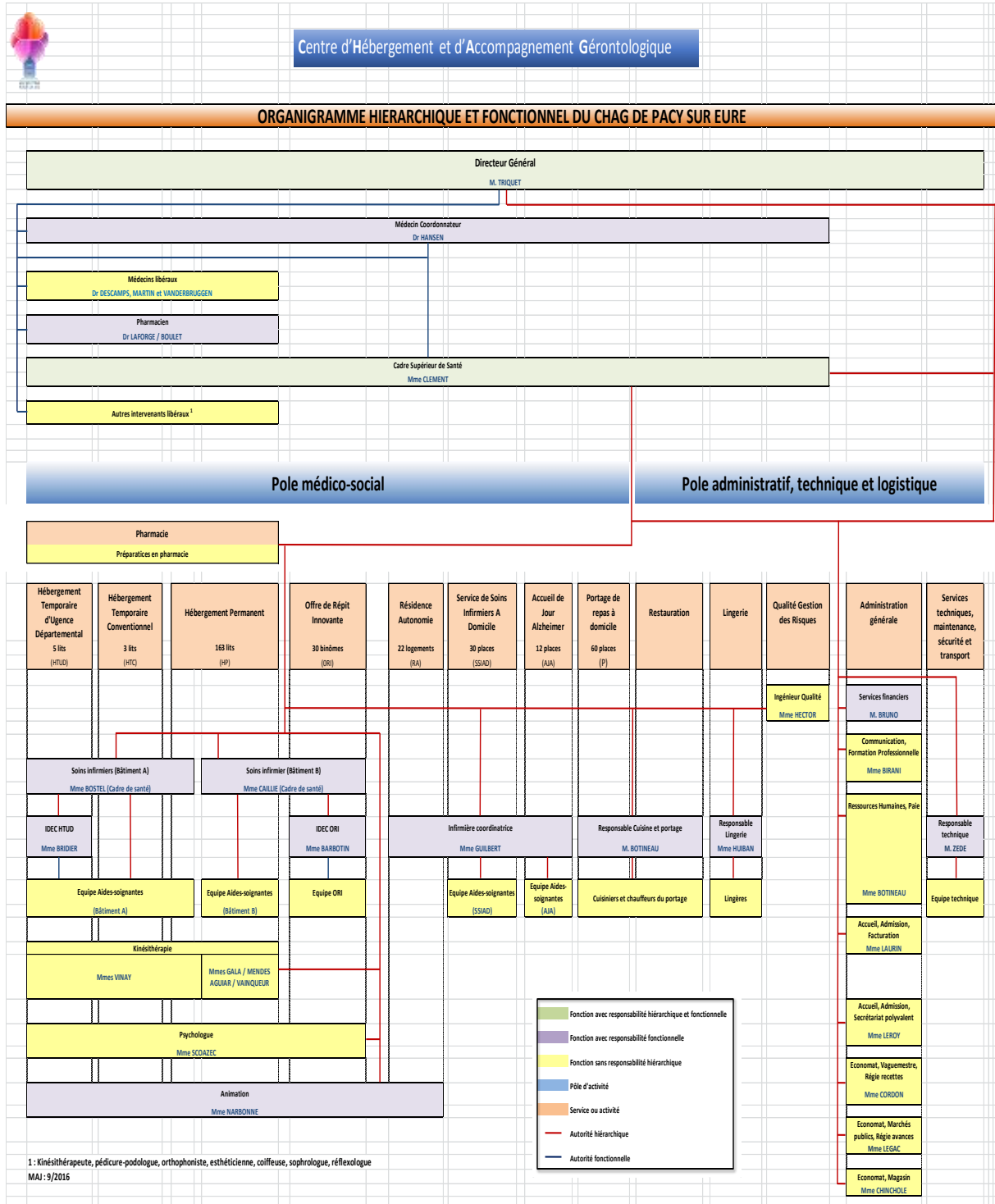
2018-2020

Indicateurs

Tableau de bord pluriannuel des indicateurs
Enquêtes annuelles enregistrées sous le logiciel Blue Medi

Etat

Annexe 1 Organigramme



Annexe 2 ETP 2017

| 2017 | EHPAD | HTUD | HTC | ORI | AJA | SSIAD | Résidence Autonomie | Portage de Repas | Totaux |
|--------------------------------------|--------|------|------|------|------|-------|------------------------|------------------------|--------|
| Médecin coordonnateur | 1.00 | | | | | | | | 1.00 |
| Pharmacien | 0.70 | | | | | | | | 0.70 |
| Directeur | 1.00 | | | | | | | | 1.00 |
| Administration | 5.13 | 0.20 | 0.20 | 0.20 | | 0.10 | 0.10 | 0.15 | 6.08 |
| Qualité | 0.50 | | | | | | | | 0.50 |
| Cuisine | 5.00 | | | | | | | 1.00 | 6.00 |
| Atelier magasin | 4.64 | | | | | | 0.20 | | 4.84 |
| Lingerie | 4.00 | | | | | | | | 4.00 |
| Cadre Supérieur de Santé | 1.00 | | | | | | | | 1.00 |
| Cadre de Santé | 2.00 | | | | | | | | 2.00 |
| IDE | 14.60 | 0.30 | 0.20 | 0.50 | 0.07 | 0.90 | 0.03 | | 16.60 |
| AS - AMP | 34.00 | 1.00 | 0.80 | 2.80 | 4.00 | 10.00 | | | 52.60 |
| Psychologue | 1.00 | | | | | | | | 1.00 |
| Kinésithérapeute - Ergothérapeute | 2.00 | | | | | | | | 2.00 |
| Aide- kinésithérapeute | 0.70 | | | | | | | | 0.70 |
| Préparateur en Pharmacie | 2.40 | | | | | | | | 2.40 |
| ASH | 30.60 | 1.00 | 0.50 | | | | 0.40 | | 32.50 |
| Animation | 5.00 | | | 1.00 | | | | | 6.00 |
| Service Social | | 0.30 | 0.20 | 0.30 | | | | | 0.80 |
| Chauffeur | | | | 0.80 | 0.70 | | | 1.50 | 3.00 |
| Totaux | 115.27 | 2.80 | 1.90 | 5.60 | 4.77 | 11.00 | 0.73 | 2.65 | 144.72 |

Annexe 3 : Plan d'actions établi à partir des fiches actions



PROJET D'ETABLISSEMENT 2017-2021

Le tableau suivant offre une synthèse de l'ensemble des fiches actions du projet d'établissement. Il sert au suivi et à l'animation du projet d'établissement (plan d'actions). La sélection des fiches actions d'un service est possible.

Légende

R : réalisé

EN : en cours

AF : à faire

| <i>Fiche Action N°</i> | <i>Objet</i> | <i>Objectifs opérationnels</i> | <i>Échéance :</i> | <i>Responsable(s) institutionnel(s)</i> | <i>Indicateurs</i> | <i>Suivi</i> | <i>Etat</i> |
|------------------------|---------------|--|-------------------|---|----------------------|--------------|-------------|
| 1.1 | Programmation | Définition des orientations architecturales du | 2017 | Comité de | Etude de faisabilité | | R |

| | | | | | | | |
|-----|---|--|------------|---|---|--|----|
| | du projet architectural | projet de modernisation de l'EHPAD en lien avec le cabinet de maîtrise d'œuvre et le Centre Hospitalier Eure-Seine (CHES) dans le cadre des contraintes financières imposées par les autorités tarifaires | 2017 | pilotage pour le suivi du programme de modernisation (CPPM) | Convention avec le CHES pour la mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage | | R |
| | | | 20/10/2017 | | Préprogramme | Calendrier prévisionnel des GTU (Groupe de travail par Unité) établi | EC |
| | | | 18/12/2017 | | Programme fonctionnel | | EC |
| | | | 18/12/2017 | | Programme technique et environnemental | | EC |
| 1.2 | Sécurisation des opérations du projet architectural | Création d'un Comité de pilotage chargé du programme de modernisation (CCPM) qui assurera l'interface entre les usagers et les différents intervenants chargés de la conception et de la réalisation des travaux de modernisation de l'EHPAD | 29/09/2017 | CPPM | Compte-rendu de la réunion de lancement | | R |
| | | Organisation de la coactivité avant l'intervention des entreprises extérieures (toilettes, pauses cigarettes et repas ...) | | | Plan de prévention pour les risques supplémentaires liés à l'interférence entre les entreprises | | AF |
| | | Participation aux réunions de suivi de chantier | | | Comptes rendus de suivi de chantier | | AF |
| | | Limitation des désagréments (auditifs et autres...) principalement lors des phases de travaux de gros œuvre et démolition d'une partie de l'existant | 2018-2020 | | Réclamations, fiches d'évènements indésirables (FEI) Taux d'occupation | | AF |
| | | Organisation de la sécurité des résidents et du personnel durant les travaux dans la partie à rénover comme aux abords des constructions | | | Comptes rendus de CVS (Conseil de vie sociale), CTE (Comité technique d'établissement) | | AF |

| | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------|---|----|
| | | Mise en place d'une signalétique au fur et à mesure des travaux | | | | AF |
| | | Accompagnement des futurs résidents durant le déménagement | | | | AF |
| | | Soutien d'un projet mémoire avec les usagers en relation avec le déménagement pour conserver le souvenir de l'ancien bâtiment | | | Projet mémoire | AF |
| 1.3 | Transformation du logement foyer en résidence autonomie (RA) | Valorisation des missions de la Résidence Autonomie auprès des habitants et partenaires du territoire pour rendre plus attractif la structure | 2017-2020 | Directeur | Pacy'lien, site intranet, manifestation publique, presse Nombre de personnes extérieures, en dehors des proches, venant dans la résidence autonomie pour manger au restaurant, participer à une activité | EC |
| | | Suivi de la mise en œuvre du CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) | | | CPOM | EC |
| | | Installation de barres de maintien dans les logements et parties communes de la Résidence Autonomie | | | Factures des barres de maintien | AF |
| | | Suivi de la mise en œuvre du calendrier Ad'ap | | | Calendrier Ad'ap | EC |
| | | Renouvellement des peintures notamment des espaces communs du RDC afin que l'atmosphère intérieure de RA sécurise, plaise davantage aux seniors actifs ciblés : apporter de la clarté dans le couloir, choisir des couleurs plus chaleureuses dans le restaurant ... | | | Projet de renouvellement des peintures de la RA | AF |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|-----------|---|-----|----|
| | | Appréciation de la prestation de blanchisserie à laquelle accèdent les résidents à ce jour : revue de l'hygiène des machines à laver le linge sale en libre-service et du local dédié (déterminer si l'entretien des équipements doit être confié à l'équipe lingerie de l'EHPAD) ; dans le but d'entretenir les facultés physiques, cognitives et sensorielles, étude avec le propriétaire des lieux de la faisabilité d'installer de tels équipements dans les appartements et le cas échéant, définition de la procédure en lien avec le propriétaire, l'accueil et les services techniques de l'établissement | | | Comptes rendus de CVS, CTE Courriers échangés entre la direction de l'établissement et la Sécomile | | EC |
| | | Réalisation d'un bilan de la qualité de vie à la RA en prolongement de l'enquête nationale 2017 de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux) | | | Réclamations Taux d'occupation | | EC |
| 1.4 | Maîtrise du fonctionnement du système d'information (SI) | Renforcement de la sécurité du SI via un partenariat d'hébergement des données saisies avec le CHES et réduction du temps de restauration du SI en cas de panne | 2017-2020 | Directeur | Convention partenariat pour hébergement et maintenance | | R |
| | | Prévention des situations à risques d'infection du SI et dispensation de conseils pratiques aux personnels pour limiter le risque de propagation d'une infection | | | Protocole / fiche conseil de bonnes pratiques | | EC |
| | | Sécurisation et traçabilité de l'accès aux serveurs via login d'accès et mot de passe | | | Nombre de télé-médecine et de consultations | | R |
| | | Formulation du protocole relatif à l'édition, la sauvegarde et l'utilisation du DLU (dossier de liaison d'urgence) des résidents à partir du DPI (dossier patient informatisé) sur 1 ou plusieurs postes indépendants du réseau | | | Protocole Formation PSI ou autre logiciel | DLU | AF |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|-----------|--|--|----|
| | | Formalisation du protocole de la gestion de l'archivage des données papiers et numériques du CHAG | | | Protocole de la gestion de l'archivage | | AF |
| | | Rédaction du Plan de sécurité informatique | | | Plan de Continuité d'Activités (PCA) Plan de Retour d'Activités (PRA) | | AF |
| 1.5 | Développement du futur système d'information | Actualisation de logiciels afin de les maintenir au plus près des besoins des utilisateurs : Participer à la rédaction du cahier des charges du futur DPI dédié aux résidents des EHPAD en associant notamment les libéraux | 2017-2020 | Directeur | | | EC |
| | | Déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) : Participer à l'expérimentation du DMP en définissant les droits d'accès au regard de consentement des usagers | | | | | EC |
| | | Promotion de l'utilisation de trajectoire auprès des partenaires et des familles pour optimiser la gestion des admissions | | | | Nombre de dossiers issus de trajectoire par rapport à ceux papier par an | EC |
| | | Instauration des transmissions ciblées lors du passage à un nouveau logiciel de soins | | | | Protocole | AF |
| | | Amélioration de la traçabilité sur le futur DPI | | | | | AF |
| 1.6 | Affirmation de l'identité de l'établissement | Création d'une nouvelle identité visuelle (logo), dénomination sociale et devise pour marquer la perte de statut sanitaire et communiquer sur le nouveau positionnement de l'établissement | 2017-2020 | Directeur | | | R |
| | | Définition d'une charte graphique | | | | Charte graphique | EC |
| | | Actualisation et harmonisation des supports de communication du CHAG et de la documentation institutionnelle (documents contractuels, réglementation interne...) | | | | Contrat de séjour, DIPC (Document individuel de prise en charge) | R |

| | | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------|--|--|----|
| | | Diversification des outils de communication pour promouvoir les activités du CHAG : actualisation du site Internet, diffusion de l'information sur les réseaux sociaux | | | Site internet, Facebook | | EC |
| | | Remplacement des logos et dénomination sociale dans le règlement intérieur institutionnel ... | | | Règlement de fonctionnement, règlement intérieur | | R |
| | | Actualisation des : règlement de fonctionnement, contrat de séjour, DIPC, plaquette concernant l'AJA (Accueil de jour Alzheimer) | | | Contrat de séjour, DIPC (Document individuel de prise en charge) ... de l'AJA | | EC |
| | | Modification de la plaque du portail de l'AJA | | | | | |
| 1.7 | Fluidité de l'offre de services par rapport aux besoins des usagers et ouverture sur l'environnement | Assurance de la cohérence de l'offre autour de la notion de parcours en optimisant le fonctionnement des différentes activités | 2017-2020 | Directeur | Nombre de groupes de travail par an (projet)Places disponibles, taux d'occupation | | EC |
| | | Développement/adaptation de l'offre aux spécificités des besoins de la population | | | Réponses aux AAP (appels à projet) | | EC |
| | | Renforcement des partenariats institutionnels et de la place du CHAG sur le territoire | | | Réunions du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche (groupement hospitalier de territoire) Evaluations | | EC |
| | | Renforcement des partenariats associatifs et de proximité | | | Conventions de bénévolat Convention mairie et/ou Normandie-Seine Réunions de la communauté de communes Normandie-Seine Contrat Local de Santé Manifestations | | EC |
| | | Maintien de l'encrage social externe des résidents | | | Projet ETP du CHES (éducation thérapeutique du patient) | | EC |
| 1.8 | Valorisation des actions institutionnelle | Mise en lumière de la politique d'achat responsable de l'établissement (énergie, déchets, pollution, filières courtes...) | 2017-2020 | Directeur | Cahier des charges des marchés du GHT ou des centrales d'achat | | EC |

| | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------|---|----|
| | s en rapport avec le développement durable | Optimisation des espaces de stockage et l'archivage : limiter les commandes et la production de données papier | | | Valeur des stocks, volumes des archives | EC |
| | | Rédaction d'un bilan des opérations de rationalisation de l'éclairage et de la consommation d'eau, d'isolation des bâtiments | | | Economies facture énergétique (eau, électricité, chauffage) | AF |
| | | Promotion de l'usage sans modération du co-voiturage et de la visio-conférence | | | Heures de séances en visioconférence | EC |
| | | Poursuite de la montée en charge de la dématérialisation des documents pour rendre plus rapide les échanges d'informations et simplifier l'archivage (factures, courriers entrants, fax, documents émis ...) | | | | EC |
| 1.9 | Gestion de crise | Actualisation, dans le document dit « Plan bleu », des modalités de communication permettant de continuer les missions du CHAG en situation de crise quelle qu'en soit sa nature | 2017-2020 | Directeur | Plan bleu Matrice de communication | EC |
| | | Définition d'une matrice de communication pour faire face aux facteurs de tension identifiés : qui, quoi, vers qui, vecteur... | | | | |
| | | Revue de l'organisation en cas d'impact direct | | | | |
| | | Précision de ce que le CHAG peut apporter aux partenaires institutionnels s'il n'est pas impacté par l'évènement inhabituel ou grave (mobilisation au plus juste de ses ressources) | | | | |
| | | Mise à jour annuelle du Plan bleu à opérer en groupe pluridisciplinaire, ce qui favorisera le maintien d'une culture du risque au sein de l'établissement, provenant de son engagement passé dans la procédure de certification de la HAS (Haute autorité de santé) de son service de médecine | | | | |

| | | | | | | | |
|------|---|---|-----------|-----------------------|--|--|----|
| | | Prise en compte de la prévention du risque infectieux en adjoignant le DARI (Document d'Analyse du risque infectieux) au plan bleu | | | DARI | | EC |
| | | Ajout en annexe du plan bleu, le Document d'Analyse des Risques liés à la Défaillance Electrique (DARDE) | | | DARDE | | EC |
| | | Intégration de mesures de prévention du Plan Vigipirate | | | Plan Vigipirate | | EC |
| 1.10 | Optimisation de la trésorerie, de la gestion comptable et budgétaire de l'établissement | Mise en place dès l'admission du cautionnement solidaire ou versement d'une caution pour limiter le risque d'impayés | 2017-2020 | Directeur | Comptes rendus du CA (Conseil d'administration) Signature d'un acte de cautionnement solidaire ou versement d'une caution | | R |
| | | Réalisation d'un bilan trimestriel des règlements des titres avec le Trésor Public pour identifier et anticiper les difficultés de paiement | | | Bilan des règlements EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) | | EC |
| | | Mettre en concurrence des fournisseurs en dehors du cadre du GHT | | | Consultation, MAPA (Marché à procédure adaptée) | | R |
| 2.1 | Développement de l'approche « Humanitude » et des questionnements éthiques | Formation de l'ensemble du personnel à l'approche « Humanitude » - Méthodologie de soin Gineste-Marescotti pour faire vivre la bientraitance et maintien de la formation sur les troubles du comportement | 2017-2020 | COFIL "Humanitude" | 70% du personnel formé à « Humanitude » en un temps raisonnable : engagement pris pour 50% entre 2017 et 2020 | | EC |
| | | Construction d'un plan pluriannuel pour atteindre les objectifs du label « Humanitude » (ce qui permettrait de consolider la qualité du prendre-soin) | | | Label "Humanitude" | | AF |
| | | Formalisation d'une charte de la bientraitance en s'appuyant sur le travail déjà réalisé lors d'une formation CNEH (Centre nationale de l'expertise hospitalière) et validation de celle-ci en instances | | | Charte de la bientraitance | | EC |
| | | Validation en instances d'une plaquette sur la bientraitance et diffusion aux professionnels et visiteurs | | | Plaquette sur la bientraitance | | AF |

| | | | |
|--|---|--|----|
| | Réévaluation du protocole « des appels intempestifs » et de la gestion de la déambulation nocturne | | AF |
| | Renforcement de l'analyse des troubles du comportement (cris, agitation, replis) à l'aide des outils DECLIC et NPI-ES et de l'élaboration pluri-professionnelle des réponses à y apporter | | EC |
| | Valorisation de l'offre institutionnelle de soins non médicamenteux dits soins de support dans un poster éducatif | | EC |
| | Collaboration des soins de support à la formalisation des projets personnalisés de soins (PPS) | | AF |
| | Amélioration de la coordination des soins en santé mentale entre le CHAG et le réseau territorial (Clinique des portes de l'Eure, NHN, Equipe mobile) | | AF |
| | Travaux approfondis et réguliers sur des sujets prioritaires en interne relatif à l'éthique | | EC |
| | Développement du questionnaire éthique en particulier sur les différentes formes de contention | | AF |
| | Interrogation régulière du personnel sur les droits et libertés de la personne accueillie y compris des services support via un questionnaire apprenant | | AF |
| | Sensibilisation régulière des visiteurs, notamment ceux très actifs au niveau institutionnel, à la pertinence des pratiques de l'établissement afin de renforcer la coopération et les synergies (par le biais de séances thématiques, ...) | | AF |
| | Protocole « des appels intempestifs » et déambulation nocturne mis à jour | | AF |
| | Formation sur les troubles du comportement | | EC |
| | Formation à la formalisation de poster et aux outils de traitement d'informations Poster éducatif sur les soins de support | | EC |
| | Nombre de PPS validés par les soins de support (kiné, psychologue, ...) | | AF |
| | Nombre de RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) santé mentale | | AF |
| | Règlement intérieur de la sous-commission éthique de la CDU (Commission des usagers) Réunion de la sous-commission éthique de la CDU | | EC |
| | Protocole contention mis à jour | | AF |
| | Questionnaire sur les droits et libertés de la personne accueillie | | AF |
| | Nombre de visiteurs identifiés comme actifs et entretiens spécifiques avec eux et l'encadrement sur la bienveillance | | AF |

| | | | | | | |
|-----|---|--|-----------|---|---|----|
| | | Proposition d'une convention de bénévolat spécifique pour les visiteurs s'impliquant dans la vie de l'établissement (aidants) | | | Formulaire-type de la convention de bénévolat spécifique aux visiteurs actifs | AF |
| | | Elaboration d'un nouveau poster « d'éducation thérapeutique » pour expliquer les devoirs des soutiens familiaux en milieu collectif, les violences verbales/physiques, la gérontologie (soins des personnes âgées), l'importance du principe de respect du refus de soins (et de la surveillance qui l'accompagne) ... | | | Poster éducatif sur les bonnes pratiques gériatriques et institutionnelles | AF |
| 2.2 | Gestion concertée des demandes d'entrée | <p>Rappel/redéfinition des prérequis administratifs et médico-sociaux incontournables avant passage en commission d'entrée et/ou staff pour les services d'accompagnement et d'hébergement de l'établissement</p> <p>Révision du protocole de pré entrée en place : inscrire systématiquement les nouveaux dossiers de l'AJA (Accueil de Jour Alzheimer) en staff commun AJA/ORI (Offre de Répit Innovante); améliorer la qualité des discussions en y introduisant le médecin coordonnateur, la psychologue ... en traçant le questionnement, les discussions éventuelles, les décisions</p> <p>Amélioration continue de la procédure d'accueil des Résidence Autonomie, SSIAD et Portage de repas</p> <p>Regroupement à moyen terme des staffs entre services d'accompagnement et services d'hébergement</p> <p>Bilan des motifs de refus de dossiers : comptabilité des profils PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) notamment</p> | 2017-2019 | Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadre de santé, IDEC | Révision du protocole de pré entrée Bilan des refus | EC |

| | | | | | | |
|-----|---|---|-----------|---|--|----|
| 2.3 | Evaluation multidimensionnelle des fragilités systématique à l'entrée | Finalisation, en groupe de travail, de la procédure d'évaluation gériatrique des fragilités à appliquer par les différents personnels de l'établissement et pour tous les différents services du CHAG, notamment pour la Résidence autonomie dont le CHAG assure la gestion | 2017-2019 | Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadre de santé, IDEC et autres soignants | Procédure interne sur l'évaluation gériatrique des fragilités à l'accueil de l'utilisateur dans Blue Medi | AF |
| | | Détail dans la procédure visée des tests réalisés pour le dépistage et la quantification du risque de chaque spécialité explorée | | | Autonomie fonctionnelle : grille AGGIR/Échelle de Barthel Fonction Cognitive : CODEX/MMSE +/- tests neurocognitifs Etat Nutritionnel : Mini MNA/MNA, Albuminémie à l'accueil (trace dans le dossier) Fardeau des aidants : miniZarit/Zarit Réseau social : interrogatoire résident-entourage / observation – activités physiques et loisirs Humeur : Mini GDS/GDS Marche/équilibre : station unipodale get up and go test Risque iatrogène : nombre de médicaments/analyse START-STOPP Risque d'escarre : Norton- Braden / évaluation clinique Confusion mentale : CAM/NPI-ES Douleur : EVA-ECPA / DOLOPLUS ALGOPLUS | AF |
| | | Préciser comment les professionnels discutent de l'évaluation gériatrique des fragilités des usagers et leur proposent des soins personnalisés et coordonnés | | | | AF |
| | | Organisation de la traçabilité des discussions dans les supports adéquates (PSI, Apozème, dossier papier) | | | | EC |
| 2.4 | Evaluation des fragilités sociales | Pose des bases sémantiques de ce qu'est la fragilité sociale | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadre de santé, IDEC | Travaux de la filière clinique des personnes âgées du GHT de territoire Eure-Seine Pays d'Ouche : action « Mener une réflexion ciblée sur la prise en charge anticipée de la | EC |

| | | | | |
|--|--|---------------------|---|----|
| | | et autres soignants | fragilité » dont le calendrier est fixé à la fin 2018 | |
| | Conseil, orientation et accompagnement plus efficace des personnes évaluées par rapport au(x) risque(s) identifié(s) grâce à la création d'un poste d'assistante sociale | | Fiche de poste de l'assistante du service social | EC |
| | Formalisation de la fiche de poste de l'assistante qui représente le service social sur l'établissement | | | EC |
| | Rédaction d'une lettre de missions pour l'assistante du service social institutionnelle afin de définir son implication dans les travaux du GHT et surtout ses objectifs en matière de couverture des services de l'établissement (tout ou partie, calendrier de la montée en charge, ...) | | Lettre de missions de l'assistante du service social en fonction de son implication dans les travaux du GHT et de la couverture de tout ou partie des services de l'établissement | AF |
| | Etablissement d'un dépistage de la fragilité sociale dès l'entrée dans un service du CHAG afin de repérer les difficultés sociales au domicile et/ou liées à la transition entre le domicile et l'institution et celles spécifiques au nouvel usager et à son entourage | | Nombres d'entretiens de l'assistante du service social par service File active de l'assistante du service social par rapport aux entrées dans les différents services Nombre d'utilisateurs avec des fragilités sociales à l'entrée Nombre d'utilisateurs démunis (CMU, aide sociale à l'hébergement ...) Nombre d'utilisateurs en rupture sociale avec leurs pairs ou isolés socialement | AF |
| | Veille des événements pouvant déstabiliser socialement les utilisateurs afin d'ajuster les actions | | Nombre d'utilisateurs fragiles socialement a posteriori Nombre de retours à domicile assurés en liaison avec les établissements de santé Nombre de mesures de protection juridique lancées annuellement | AF |

| | | | |
|--|---|---|----|
| | Intégration dans le rapport du médecin coordonnateur d'une partie consacrée à l'activité d'assistance sociale | Rapport annuel du médecin coordonnateur | AF |
| | Intégration de l'assistant du service social dans la procédure d'accueil dans les services, en priorité, d'hébergement de l'établissement | Procédure d'accueil | AF |
| | Identification des aidants et clarification du rôle de chacun auprès de la personne aidée à l'entrée dans l'institution et point réguliers jusqu'à la sortie (celui qui paie les factures, se charge du trousseau-type, le tuteur/Curateur (professionnel ou non), les amis, les descendants, la personne de confiance sanitaire, la personne de confiance médico-sociale, l'aidant actif au plan institutionnel, le ou les aidants/proches participants aux activités ...) | | EC |
| | Au niveau informatique, enregistrement des données dans les logiciels du service (PSI, Apozème), ajout dans les menus déroulants de la personne de confiance EHPAD pour les résidents/bénéficiaires concernés (à distinguer de la personne de confiance sanitaire ou de la tutelle) | | EC |
| | Lancement d'une campagne d'actualisation des données administratives des « aidants » des usagers présents depuis plusieurs années dans l'établissement. Opération à grouper éventuellement avec la campagne de promotion de la désignation de la personne de confiance et la formulation des directives anticipées. Cela permettrait d'identifier les personnes isolées et de les aider à développer leur réseau social. Cela améliorerait les mailings notamment lors d'échanges sur les changements institutionnels | Campagne d'actualisation des données administratives des "aidants" Promotion de la désignation de la personne de confiance | EC |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|-----------|---|---|--|----|
| | | Préservation des liens sociaux extérieurs des résidents | | | Nombre de résident ayant bénéficié d'une amélioration de leur capacité socio-économique dans l'année (amélioration du pouvoir d'achat, élargissement de leur périmètre social ...) | | AF |
| 2.5 | Prévention des carences protéino-énergétiques | Finalisation du protocole "Dénutrition" de l'EHPAD (inclusion du médecin coordonnateur dans la décision de modification de texture, notification de l'évaluation de la dénutrition initiale et continue pour surveiller à périodicités régulières les variations des personnes recevant ou non une alimentation enrichie qualitativement, enrichissement en cuisine, prescriptions de compléments alimentaires ...) | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadre de santé, IDEC et autres soignants | Protocole repérage/prévention/correction de la dénutrition dans Blue MediSuivi du nombre d'usagers inclus dans un protocole de surveillance nutritionnelle (modification de texture, alimentation enrichie, ...) par serviceIMC calculé (Indice de Masse Corporelle) et tracé dans le dossier du résident de manière itérativeConsommation des produits protéinés énergétiquesConsommation des produits permettant un enrichissement en cuisine | | EC |
| | | Évaluation de l'état nutritionnel global des résidents de l'EHPAD en mesurant régulièrement le pourcentage (<1/4,1/2, ¾, >3/4) de l'assiette effectivement ingérée, en pesant régulièrement les portions jetées à la poubelle conformément au protocole décrit dans la littérature | | | Bilan récurrent sur la prise alimentaire effective | | EC |
| | | Amélioration du protocole de gestion du jeûne nocturne de l'EHPAD (confection de plateaux repas et mise à disposition de ceux-ci dans les frigos des étages en self-service pour les résidents autonomes et avec une aide à la prise de l'éventuel encas pour les autres demandeurs, formation/incitation de l'équipe de nuit à l'organisation de collations nocturnes pour les résidents éveillés quel que soit l'horaire) | | | Protocole de gestion du jeûne nocturne de l'EHPAD dans Blue Medi | | EC |

| | | | | | | | |
|-----|-----------------------|--|-----------|---|--|--|----|
| | | Organisation du dépistage, de la surveillance des troubles nutritionnels dans l'ensemble des services du CHAG notamment ceux dédiés à l'accompagnement à domicile tels que le portage de repas | | | Lettre de missions des référents nutrition de l'établissement File active des usagers et nombre d'actes réalisés par service, informations communiquées par les référents nutrition Rapport d'activités médico-social annuel de l'établissement (nombre de staffs nutritionnels, répartition des cas discutés par service, nombre d'actions d'éducatives thérapeutiques ...) Baisse du nombre de chutes en lien avec la lutte contre la dénutrition Baisse du nombre de dénutris | | EC |
| | | Officialisation de la poursuite des objectifs d'évaluation et d'éducation thérapeutique assignés habituellement à un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), par la commission des menus | | | Comptes rendus de la commission des menus Mise à jour du règlement intérieur pour la commission des menus | | EC |
| | | Engagement dans les actions « Elaborer un programme d'éducation thérapeutique commun au GHT incluant les aidants soutenus par l'ARS » | | | Comptes rendus du GHT | | EC |
| | | Engagement dans l'objectif : « Promouvoir un programme territorial impliquant les membres du GHT pour promouvoir le concept du « bien vieillir » sur le territoire du GHT | Dès 2018 | | | | AF |
| | | Organisation de la prévention et l'hygiène buccodentaire | 2017-2020 | | Evaluation des pratiques professionnelles liées à la santé buccodentaire Protocole sur les soins buccodentaires | | AF |
| 2.6 | Prévention des chutes | Dépistage du risque de chute à l'accueil dans l'ensemble des services du CHAG (ceux dédiés à l'hébergement comme ceux dédiés à l'accompagnement à domicile) à l'aide des outils de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle standardisée afin de | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, kiné et autres soignants | Get up and go tracé dans le dossier du résident de façon itérative Nombre de prescriptions kiné | | EC |

| | | | | | | | | | |
|-----|---|--|-----------|--|--|--|--|---|----|
| | | troubles du comportement et cognitifs | | | méthode de l'APEC | | | | |
| | | Evaluation des apports de l'aide kiné | | | Evaluation annuelle de l'aide kiné et des kinés | | | AF | |
| | | Organisation de l'analyse approfondie des fiches de chutes sur l'établissement | | | FEI Nombre de fiches de chutes Fiches de chute réactualisées Plan d'actions d'amélioration "chutes" | | | AF | |
| | | Prise en charge psychologique des aidants de chuteurs | | | Programme pluriannuel kiné | | | AF | |
| | | Organisation de la prévention de la perte visuelle et auditive | | | | | | | |
| 2.7 | Repérage et prévention du risque suicidaire | Etablissement d'un protocole sur la prise en charge prioritaire du risque suicidaire par la psychologue, le médecin coordonnateur de l'établissement en lien avec les soignants internes et les partenaires du territoire (NHN et Clinique des Portes de l'Eure) | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, psychologue et autres soignants | Protocole sur le risque suicidaire | | | AF | |
| | | Inciter les personnels à témoigner des actes suicidaires directement à leur cadre et, en parallèle, via les FEI puisque les tentatives de suicide sont à signaler à l'ARS en tant qu'EI graves au même titre que les suicides | | | | | | Information de l'ARS des actes suicidaires (qualifiés d'EI graves) | EC |
| | | Traçabilité des mesures de protection prises en interne pour les usagers présentant un risque suicidaire dans les FEI et les dossiers médicaux | | | | | | Nombre de staffs psychiatriques Audit clinique des tentatives de suicide et suicides | EC |
| | | Analyse pluri professionnelle des tentatives de suicide ou suicides (respectivement via les méthodes CREX et RMM) | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|--|--|----|
| | | Formation des professionnels au diagnostic de la dépression en lien avec les médecins généralistes, à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire | | Formation sur le risque suicidaire | | AF |
| | | Repérage et évaluation du potentiel suicidaire par l'échelle RUD (risque, urgence, dangerosité) | | Nombre d'usagers présentant un risque suicidaire par service (échelle RUD) | | AF |
| | | Application aux sujets ayant fait une tentative de suicide de l'échelle SIS (suicide intent scale) : échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck | | Nombre d'évaluations des personnes à risque (échelle SIS) | | AF |
| | | Utilisation des outils que la filière gériatrie du territoire délivrera aux professionnels dans le cadre de la gérontopsychiatrie | | Comptes rendus du GHT | | AF |
| | | Suivi du projet HDJ - Hopital De Jour du Nouvel Hopital de Navarre | | Projet HDJ | | AF |
| 2.8 | Accompagnement des bénéficiaires de la Résidence autonomie | Valorisation dans le CPOM de la Résidence Autonomie de l'évaluation médico-sociale des résidents assurée par une IDEC du CHAG depuis trois années | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, IDEC et autres soignants | CPOM de la RA | R |
| | | Proposition par l'IDEC d'un entretien avec un ou plusieurs autres professionnels en fonction des risques décelés (médecin traitant, assistante sociale, psychologue en cas de souffrance psychique ...) sous réserve du consentement de l'usager | | | Procédure de la RA sur l'encadrement de la perte d'autonomie Nombre de résidents de la RA pour lesquels un suivi rapproché est indispensable | R |
| | | Amélioration du suivi rapproché des résidents repérés comme fragiles à la RA que cela soit à l'accueil ou a posteriori | | | Conventions | AF |
| | | Recensement des partenaires du domicile en vue d'améliorer conjointement les prises en charge des fragilités | | | Programme d'éducation thérapeutique de la RA Nombre de conférences de sensibilisation du médecin coordonnateur à destination des bénéficiaires de la RA Nombre d'ateliers proposés au titre d'activités concourant | EC |
| | | Développement d'un programme d'éducation thérapeutique et de promotion du « bien vieillir » (mémoire, gym, chute, nutrition/dénutrition, grippe, vaccination, tabac, alcool, sommeil, hygiène, dépression et risque suicidaire ...) auprès des usagers et aidants de la | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--|-----------|---|---|--|----|
| | | RA en lien, si possible, avec le GHT territorial | | | au maintien ou l'entretien des facultés des résidents de la RA | | |
| | | Promotion des consultations mémoire auprès des résidents de la RA | | | | | |
| | | Intégration d'un bilan sur les soins prodigués à la Résidence Autonomie dans le rapport d'activités médico-sociales de l'établissement (psychologue, assistante sociale, soignants du bâtiment B et équipe de nuit, équipe d'animateurs, bénévoles) | | | Bilan annuel de l'IDEC concernant la RA | | AF |
| | | Mesure annuelle du temps consacré par les différents services support à l'intégration et à l'accompagnement à la RA : menus travaux opérés par le service technique dans les espaces individuels, états des lieux des agents de l'accueil, régie des jetons de la laverie de l'économat ... | | | Dossiers de soins des habitants de la RA | | EC |
| | | Organisation de la transmission des informations importantes collectées par le personnel d'accueil vers la commission d'entrée Formalisation d'une procédure d'alerte par rapport à la perte d'autonomie en dehors de l'évaluation annuelle de l'IDEC, en associant les aidants familiaux, bénévoles et professionnels tout en respectant la liberté de chacun des habitants de la RA | | | Sensibilisation et formation des soignants du CHAG au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation | | AF |
| 2.9 | Adaptation de la permanence de soins | Participation à l'organisation d'un nouveau dispositif de permanence des soins gériatriques incluant la psychiatrie (plateforme téléphonique) | 2017-2020 | Directeur, médecin coordonnateur, cadre supérieur | Comptes rendus du GHT | | EC |

| | | | | | | | |
|------|---|---|-----------|--|--|--|----|
| | | Adaptation de la permanence des soins infirmiers de nuit du CHAG afin qu'elle bénéficie aux EHPAD de la filière gériatrique du GHT distants au maximum de 20 minutes de Pacy-sur-Eure (conseils téléphoniques, déplacements) | | de santé et cadres de santé | Nouvelle fiche de poste des IDE de nuit | | AF |
| | | Développement de la télémedecine (consultations spécialisées, urgences, psychiatrie, ORL, dermato) afin de limiter des déplacements ou transferts de bénéficiaires âgés pour obtenir des avis médicaux (appel à projet territorial) | | | Fiches de demande de téléconsultations psychiatriques et autres consultations Nombre de consultations spécialisées par télémedecine | | EC |
| | | Elaboration d'un protocole d'utilisation des supports d'aide au diagnostic médical (chariot, caméra) et de demande d'avis médical (répertoire téléphonique, ...) | | | Formation des soignants de jour et de nuit à l'utilisation des nouveaux supports d'aide au diagnostic | | EC |
| | | Sensibilisation des équipes sur les technologies de l'information et de la communication mises à la disposition des médecins et soignants (télémedecine, télé expertise, télé diagnostic, télé prescription, téléconsultation ...) | | | Nombre de résidents ayant bénéficié d'un dépistage oculaire ou dentaire Nombre de coefficient de mastication | | EC |
| | | Développement des campagnes de dépistage des problèmes oculaires (fond d'œil) et de la promotion de la santé buccodentaire (fauteuil dentaire) | | | Nombre de TROD utilisés par an | | AF |
| | | Analyse de l'usage du TROD pour les infections respiratoires (test rapide à orientation diagnostic) en vue de son déploiement | | | | | |
| 2.10 | Prévention de la résistance aux antibiotiques | Révision de la politique de prévention du risque infectieux (IAS – Infection associée aux soins, IRA - Infection Respiratoire Aigue, GEA - Gastroentérites aiguës, BMR - Bactérie Multi Résistante, grippe et autres maladies, infections manu portées, alimentaires ...) à partir du PROPIAS 2016-2018 (programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins) | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, pharmacien, IDE hygiénistes et autres soignants | Auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux DARI 2018 avec un plan d'actions prioritaires | | EC |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|----|
| | Identification de l'entité chargée de mettre en place le DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) et création d'un comité de suivi | | | | |
| | Organisation de la communication interne/externe par rapport au DARI | | | | |
| | Autoévaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide du manuel du GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) et communication des résultats dans le 1er DARI médico-social (version sanitaire établie en 2014) en définissant un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018 | | | | |
| | Mise à jour régulière du DARI en y intégrant un bilan des vigilances et de la veille annuel (fréquence/gravité des épisodes infectieux ...), outil complémentaire au plan bleu | | | | |
| | Intensification des campagnes de vaccination contre la grippe des personnels et surveillance des indicateurs d'affections respiratoires en vigueur | Comptes rendus du CLIN et/ou des référents de l'hygiène de l'établissement | | | R |
| | Formalisation de la gestion des excréta en situation exceptionnelle | Protocole de la gestion des excréta remis à jour | | | EC |
| | Développement de la politique de traçabilité des cas groupés (déclaration des GEA et IRA) | Nombre de cas groupés signalés à l'ARS par an | | | R |
| | Appropriation des travaux de l'organisme Normantibio | EPP sur la réévaluation de la prescription des antibiotiques organisée entre la 48 ^{ème} et la 72 ^{ème} heure Durée des traitements antibiotique/pathologie traitée (vs recommandations professionnelles) Nombre d'infections urinaires traitées par antibiothérapie/nombre total d'IU (idem infections pulmonaires, dermatologiques, autres pathologies) | | | AF |

| | | | | Nombre de lignes d'ATB/pathologie traitée (vs recommandations professionnelles) | | | | |
|------|--|--|-----------|---|---------------------------------------|---|---|----|
| 2.11 | Sécurisation du circuit du médicament dans les services d'hébergement | Organisation de la dotation de la pharmacie des services : produits nécessaires (douleur, infectieux, diurétiques, antiparkinsonien) | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, pharmacien et cellule qualité | Comptes rendus des CSIRMT et COMEDIMS | R | | |
| | | Adaptation des galéniques à la population accueillie (solutions buvables, orodispersibles, gels) | | | | | | |
| | | Analyse des prescriptions et mise en conformité gérontologique par rapport au livret | | | | | | |
| | | Mise en adéquation des prescriptions des médecins traitant avec la liste de l'établissement proposée par le pharmacien et validée par le médecin coordonnateur | | | | | | |
| | | Analyse conjointe des prescriptions par le pharmacien et le médecin coordonnateur à l'aide d'outil type Start-Stop | | | | | | |
| | | Formalisation du protocole sur la gestion du sac d'urgence | | | | | Protocole sur la retranscription des ordonnances papier dans PSI émanant de l'extérieur et la conciliation médicamenteuse Protocole sur le traitement de l'entrée en HTUD du vendredi soir ou week-end (apprécier si le recours au traitement personnel peut être exceptionnellement autorisé et temporairement) | EC |
| | | Développement de la traçabilité de la dispensation des médicaments | | | | | Protocole sur la gestion du sac d'urgence | EC |
| | | Audit sur la procédure interne des avis pharmaceutiques | | | | | Protocole sur l'aide à la prise des médicaments par les aides-soignantes | EC |
| | | Recours aux outils relatifs à l'interruption de tâches proposés en Normandie dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients de | | | | | Nombre de modifications de traitement obtenues grâce aux avis pharmaceutiques | EC |
| | Comptes rendus de réunions de l'équipe projet « semaine de la sécurité des patients 2017 » | AF | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|---------------------------------|--|-----------|--|---|--|----|
| | | novembre 2017 | | | Nombre de cas analysés sur l'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments et d'actions de sécurisation prévues Nombre annuel de FEI sur le circuit du médicament | | |
| | | Participation aux réflexions et travaux de l'Omedit | | | | | |
| | | Participation au projet de pharmacie de territoire GHT et étude de la pertinence des projets de mutualisation : automatisation des préparations des doses à administrer (PDA) versus sur étiquetage en interne pour favoriser le reclassement des personnels | | | Protocle sur le circuit du médicament | | EC |
| 2.12 | Accompagnement de la fin de vie | Généralisation des staffs de fin de vie dans l'établissement et rédaction du protocole de tenue des réunions et traçabilité des discussions | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadres de santé et autres soignants | Protocole des staffs de fin de vie Nombre de staffs de fin de vie/ nombre de décès non inopinés en fonction des services HTC, HTUD, HP | | EC |
| | | Formalisation des staffs éthiques au sein du CHAG | | | Protocole des staffs éthiques Nombre de staffs éthiques/nombre de résidents en fonction des services HTC, HTUD, HP Formation éthique | | EC |
| | | Harmonisation des modalités d'évaluation et de la traçabilité des différents types de douleurs entre les différents services du CHAG (EHPAD vers SSIAD notamment) | | | Protocole douleurs | | EC |
| | | Organisation de l'accueil des familles dans le cadre de l'accompagnement des derniers instants de la vie (lit accompagnant ou fauteuil confort, espace dédié, chambre seule, repas ...) | | | Projet architectural | | AF |
| | | Valorisation et développement des soins de support non médicamenteux : musicothérapie, bains sensoriels, modelage et enveloppement, toucher-massage, médiation animale ... | | | Campagne de sensibilisation à l'éthique des résidents et de leur entourage (affichage dynamique) | | AF |

| | | | | | | | |
|-----|---|--|-----------|----------------------------------|---|--|----|
| | | Mise en service des notices d'informations et des formulaires sur la personne de confiance et les directives anticipées | | | Courrier d'information sur les nouvelles dispositions sur la personne de confiance Comptabilité des différents formulaires relatifs aux directives anticipées | | EC |
| | | Organisation du recueil des informations et souhaits exprimés et respect de ceux-ci | | | Nombre de formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance Nombre de formulaires d'attestation de la délivrance de l'information sur la personne de confiance | | EC |
| | | Définition de la procédure d'évaluation de l'accompagnement de la fin de vie pour l'EHPAD qui doit comporter une proposition de soutien psychologique des aidants | | | Procédure d'évaluation de l'accompagnement de la fin de vie pour l'EHPAD | | AF |
| | | Création d'un formulaire pour apprécier le ressenti des aidants sur la qualité de la prise en charge de fin de vie, à distance raisonnable du décès du résident de l'EHPAD | | | Taux de retour du questionnaire relatif au ressenti des aidants sur la qualité de prise en charge de fin de vie Nombre de consultations post-deuil avec la psychologue pour les aidants par an Nombre d'entretiens avec la direction en cas d'insatisfaction post-deuil FEI « éthique » analysée en CREX | | AF |
| | | Distinction de la situation palliative, de la fin de vie et de la situation agonique pour les équipes et les proches des résidents | | | Sensibilisation sur la fin de vie | | EC |
| | | Participation à l'harmonisation des protocoles de soins palliatifs issus des travaux de la filière gériatrique du GHT (basé sur les recommandations nationales) et application sur l'établissement | | | Convention avec les soins palliatifs | | EC |
| 3.1 | Personnalisation du livret d'accueil et de la procédure | Mise à jour de l'annuaire interne (numéro de téléphone et adresse mail) en y ajoutant les modalités pratiques pour joindre les personnes/services | 2018-2019 | Directeur Groupe projet dédié | Annuaire interne | | AF |

| | | | | |
|--|---|---|--|----|
| | associée en fonction de la personne aidée | Actualisation du livret d'accueil afin de rendre son contenu plus pertinent et plus accessible puis de le diffuser à nouveau au public. Etude de l'intérêt de solliciter d'une part, un prestataire extérieur pour atteindre cet objectif et d'autre part, des « sponsors » | Appel à projet pour la mise en forme du livret d'accueil | EC |
| | | Formation du livret d'accueil à partir des dépliants de présentation de chaque service (préalablement mis à jour) et d'annexes supplémentaires. Ce format offrirait la possibilité de la personnalisation. On éviterait le gaspillage, l'obsolescence des outils en cas d'ouverture, d'évolution ou de fermeture de service(s). Eviter de mettre le nom des professionnels dans les documents | 1 dépliant de présentation par service | EC |
| | | Réponses aux besoins d'information des usagers du SSIAD, du portage de repas, de la résidence autonomie | | |
| | | Création des dépliants de l'EHPAD, l'HTUD et de l'ORI | | |
| | | Formalisation dans un schéma de l'approche processus de l'établissement (comment l'établissement compte assurer la continuité du parcours de vie) dans un dépliant et éventuellement un poster à afficher dans l'établissement. Dans une nouvelle procédure (à relier à celles relatives aux contrats de séjour/DIPC ...), déterminer à qui le remettre, par qui, comment et quand (remise accompagnée ou non d'une présentation orale, lors de la visite de la structure ou pas ...) | Dépliant sur le processus de l'établissement | AF |
| | | Intégration dans le livret d'accueil les récents documents de promotion sur la personne de confiance et les directives anticipées (validés) | | AF |

| | | | | | | |
|-----|--|----------------|-----------|---------|--------------------------------------|----|
| | Mise en ligne les documents sous l’item « livret d’accueil » tout en expliquant la philosophie de l’outil | | | | | AF |
| | Pour répondre à une suggestion des représentants des familles associés aux groupes de travail sur la formalisation du projet d’établissement, création d’un nouvel outil complémentaire avec : | | | | | AF |
| | au recto, un schéma des principaux professionnels médico-soignants que le résident est amené à rencontrer avant son entrée dans l’institution, lors de ses premières semaines d’intégration (tels que le médecin coordonnateur, médecin traitant, cadre de santé, référent soignant, psychologue, kiné, IDE), préciser quelle organisation est appliquée le week-end | | | | Formulaire de la procédure d’accueil | |
| | au verso, un plan simplifié des locaux professionnels et des accès préconisés pour le public | | | | | |
| | Renseignement à la main de l’identité des professionnels référents puisqu’elle change d’un résident à l’autre, d’un bâtiment à l’autre (en attendant le regroupement architectural) | | | | | |
| | Positionnement du document dans le livret d’accueil | | | | | |
| | Harmonisation des modalités d'accueil physique des nouveaux résidents sur les 2 bâtiments (gouter d'accueil, temps d'agent soignant référent/gouvernante ...) en cohérence avec les enseignements et conclusions du projet « Humanitude » | | | | Protocole d'accueil | EC |
| 3.2 | Définition et | EHPAD : | 2017-2020 | Médecin | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---------|
| | respect des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) | Construction d'un programme annuel prévisionnel d'activités qui corresponde aux différents profils de résidents. Définir les critères d'accès aux différentes activités collectives proposées au sein de l'établissement et suivre le réel ; évaluer la participation | coordonnateur, cadres de santé, IDEC, responsables des activités | Programme annuel prévisionnel d'activités affiché dans les services et sur le site internet | AF |
| | | Demande aux multiples acteurs internes de la vie sociale (animateurs, cuisiniers, bénévoles, soignants dans le cadre des bains sensoriels, de la médiation animale, de la musicothérapie ...) d'optimiser leur coordination afin d'atteindre les objectifs du projet personnalisé et de tracer les participations aux activités | | Règlement de la commission des soins de support Comptes rendus des réunions de soins de support Bilans des activités physiques et loisirs annuels | AF |
| | | Participation de l'équipe d'animateurs à l'entretien d'accueil où est assuré un 1 ^{er} recueil des attentes et besoins du nouveau résident | | | AF |
| | | Amélioration de la participation de l'équipe d'animateurs lors de la phase de co-construction des PAP et à leur évaluation | | Proportion de PAP par rapport à la file active de chaque service Proportion de PAP évalués (à jour) | EC |
| | | Élaboration de l'ensemble des PAP des résidents présents et d'un programme d'évaluations | | | AF |
| | | Formalisation d'un avenant au contrat de séjour à partir du PAP | | | AF |
| | | Enregistrement dans le logiciel PSI des informations exploitables rapidement pour un bilan d'activités ; formation de l'ensemble de l'équipe d'animateurs à PSI | | | AF |
| | | Participation aux réunions du réseau des animateurs pour promouvoir des activités communes avec d'autres ESMS | | Comptes rendus de réunions du réseau des animateurs | R |
| | | Résidence autonomie : | | 2017-2020 | Médecin |

| | | | | | | |
|-----|---|---|--|--|---|----------------------|
| | | Proposition d'un programme d'activités adaptées à la prévention de la perte d'autonomie des résidents de façon pérenne en réponse au budget obtenue à partir du 1er janvier 2017 via le CPOM relatif à la labellisation de la résidence autonomie | | coordonnateur, cadres de santé, IDEC, responsables des activités | | |
| | | Information des professionnels, associations, bénévoles concernés des informations qu'il sera nécessaire de collecter pour le bilan intermédiaire du 30/04/2017 qui conditionnera le renouvellement du forfait autonomie en 2018 et les bilans annuels suivants | | | | |
| | | Création des PAP des résidents de la résidence autonomie en se basant sur l'analyse annuelle médico-sociale de l'IDEC du SSIAD | | | | |
| | | Optimisation des échanges entre la Résidence Autonomie et l'EHPAD pour fluidifier le PAP (organiser des activités sur la Résidence Autonomie avec les résidents de l'EHPAD,..) | | | | |
| | | AJA/HTUD/ORI/SSIAD/Portage de repas : | | | | |
| | Organisation de l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'accompagnement personnalisés des usagers de la structure dans un cadre pluriprofessionnel | 2017-2020 | Médecin coordonnateur, cadres de santé, IDEC, responsables des activités | | | EC |
| 3.3 | Accompagnement de l'externalisation de la fonction linge et développement des services hôteliers de proximité | Accompagnement de la transformation de la blanchisserie du CHAG en une blanchisserie relais du ou des prestataire(s) externe(s) de lingerie sélectionné(s) (linge des résidents et "de maison") | 2017-2018 | Directeur, cadre supérieur de santé et gouvernante | Procédure « Blanchisserie relais » Nombre d'entretiens à l'entrée avec la lingerie | AF |
| | | Organisation systématique à l'entrée d'un entretien avec un représentant de la lingerie pour échanger sur les pratiques de l'établissement | | | | |
| | | Création d'affiches pour faire évoluer les | | | | Affiches vide-poches |

| | | | | | | | |
|-----|------------------------------------|--|-----------|----------------------------------|---|--|----|
| | | pratiques (vide-poche, ...) | | | | | |
| | | Adaptation des outils « historiques » de la lingerie tels que celui sur le trousseau-type à l'entrée aux contraintes de la blanchisserie externe | | | | | AF |
| | | Définition de la fiche de poste de la gouvernante avec cette dernière, les cadres de santé et des représentants des services | | | | | EC |
| | | Formation de la gouvernante aux nouveaux outils et méthodes | | | | | |
| | | Positionnement de la gouvernante non seulement sur la gestion des stocks de linge mais aussi sur la coordination des autres stocks (alimentaire et de produits d'entretien) en collaboration avec l'économat | | | Fiches de poste de la gouvernante et des autres membres de l'ancienne blanchisserie interne Comptes rendus de réunion avec des représentants de la blanchisserie | | |
| | | Révision de la définition des postes de travail de l'équipe de la lingerie interne et rédaction des fiches de poste | | | | | |
| | | Encouragement des personnels de la lingerie à proposer de nouvelles façons de travailler à la direction (recours au logiciel de suivi de l'activité de la blanchisserie ...) | | | | | |
| 3.4 | Création d'une boutique intramuros | Recensement des produits dont les résidents manquent le plus souvent par nécessité ou pour leur bien-être (produits de toilette, éléments du trousseau-type, friandises, boissons ...), les rendre disponibles dans une boutique interne et « par correspondance » | 2018-2019 | Directeur Groupe projet dédié | Comptes rendus du CA, du CVS, de groupes de travail dédiés | | AF |
| | | Recensement des résidents présentant une difficulté physique ou une déficience des fonctions supérieures limitant leurs déplacements à l'extérieur de l'établissement et justifiant une assistance pour réaliser leurs achats (préciser, le cas échéant, si les résidents font l'objet d'une mesure de protection) | | | | | AF |

| | | | | | | | |
|-----|---|--|------|----------------------|---|--|----|
| | | Identification des responsables de l'accompagnement des achats des résidents et le cas échéant, de la boutique (lieu(x) et modalités d'ouverture à fixer, apprécier la nécessité d'utiliser des vitrines pour exposer les produits en dehors des horaires d'ouverture) | | | Etudes de marché | | AF |
| | | Définition de la procédure d'approvisionnement en produits courants de la boutique ou de commande par correspondance | | | Etudes de marché | | AF |
| | | Création d'un dépliant sur les produits en vente en interne et leurs prix (à remettre à l'entrée) | | | Dépliant sur la boutique à relier au livret d'accueil | | AF |
| | | Travailler avec les tutelles pour maîtriser la procédure des « bons d'achat » | | | Liste de présence de la formation des tutelles aux « bons d'achat » | | AF |
| | | Proposition de l'option « aide aux courses » à l'entrée afin d'identifier les résidents désirant être assisté à ce niveau | | | Procédure sur la boutique interne | | AF |
| | | Possibilité de faire des commandes groupées spécifiques lors des fêtes de fin d'année, pour Pâques ou des anniversaires par exemples | | | | | |
| | | Etude de la possibilité de mettre en vente les produits suivants : journaux, timbres, enveloppes, petits cadeaux, bonbons, gâteaux, boissons, fleurs sur commande, confections de l'équipe d'animateurs | | | | | |
| | | Dépôt des colis (revoir par rapport au vague-mestre, régisseur) | | | | | |
| 3.5 | Renforcement de la qualité de l'offre de restauration | Proposition d'un service à table (tenue vestimentaire des hôtelières, ...) plus agréable | 2018 | Commission des menus | Comptes rendus de la commission des menus | | AF |
| | | Établissement du cahier des charges d'aménagement des espaces dédiés au repas de manière conviviale dans le futur projet architectural | 2020 | CPPM | Travaux de peinture dans la salle de restauration du bâtiment B Projet architectural | | AF |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|---|-----------|--|--|----|
| | | Amélioration de la texture et du visuel des plats mixés (formation sur site des cuisiniers, mise en place des protocoles correspondants) | 2018 | Commission des menus | Attestations de formation « aux mixés » des cuisiniers Recueil hebdomadaire de la satisfaction des usagers la semaine des anniversaires Compte-rendu de la commission des menus, enquête de satisfaction annuelle | EC |
| | | Travail sur la traçabilité de la présence des allergènes majeurs dans les produits ou plats de la cuisine du CHAG Pacy/Eure pour lever une remarque de l'inspection vétérinaire. Rendre accessible au public le tableau des allergènes alimentaires | 2017-2018 | Responsable des cuisines Cellule qualité | Tableau de présence des allergènes dans le plan alimentaire semestriel disponible aux différents consommateurs institutionnels et procédure validée par la commission des menus dans Blue Medi Procès-verbal de contrôle des services vétérinaires sans remarque sur la prévention des allergènes | EC |
| | | Organisation du renseignement des allergies alimentaires dans PSI (par qui, à quelle occasion, avec quelle fréquence de mise à jour) | 2017-2018 | Cellule qualité | | AF |
| | | Mise au point de la procédure des repas pour les accompagnants dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire (réservation des places, paiement des repas ...) | 2018 | Groupe de travail dédié | Procédure des repas pour les accompagnants | EC |
| 3.6 | Promotion des liens avec l'extérieur | Entretien des liens sociaux d'origine des résidents (favoriser après l'entrée l'envoi de nouvelles par courrier papier et/ou électronique, l'organisation des visites à l'extérieur chez ou avec les proches et symétriquement de proches auprès des résidents, rechercher des financements pour ces mesures) | 2017-2020 | Direction Animaux Responsable de la communication | Modèle de la « carte de déménagement » | AF |
| | | Favoriser le rétablissement de liens distendus ou la reprise de contact avec des membres de la famille, des amis ou des connaissances perdues de vue | | | Dépliant sur l'accès WIFI à relier au livret d'accueil | AF |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|-----------|------------------------------------|--|--|----|
| | | Projet à chiffrer concernant la fourniture de cartes de déménagement aux couleurs du CHAG aux nouveaux résidents afin qu'ils les envoient à leurs proches ; informer de l'adresse physique, du numéro de téléphone d'établissement et des modalités de connexion à internet du CHAG. Inclure éventuellement une case pour un portable | | | Charte du bon usage du numérique issue de la formation « Nouvelles technologies et confidentialité » | | AF |
| | | Etablissement d'un bilan sur l'expérience de l'accès à internet des résidents menée par l'équipe d'animateurs à partir des équipements fournis par l'association | | | Ateliers informatiques | | AF |
| | | Poursuite des partenariats avec les lycées et collèges autour de la sensibilisation aux nouvelles technologies de la communication | | | Projet architectural | | EC |
| | | Création d'une charte en vue de soumettre les usagers au bon usage du numérique (à positionner notamment dans le livret d'accueil et à articuler avec l'actuelle charte interne relative à l'utilisation des outils informatiques) | | | Bilan de l'accès internet | | AF |
| | | Etude dans le cadre du projet architectural, de la faisabilité d'un déploiement d'équipements et de l'infrastructure WIFI pour le public (coût des différentes solutions d'accès, administrateur(s) de la connexion, caractère gratuit ou payant du service internet ...) | | | Fréquentation des pages du site dédiées | | AF |
| | | Proposition de création d'un site ou d'une section dédiée sur le site de l'établissement de type « copains d'avant » avec une ergonomie adaptée aux éventuels déficits des résidents et bénéficiaires des services d'hébergement et d'accompagnement de l'établissement | | | | | AF |
| 4.1 | Instauration d'une méthode pour intégrer efficacement | Elaboration de toutes les fiches de poste de l'établissement (mise à jour pour une partie) et diffusion des celles-ci aux nouveaux collaborateurs comme aux équipes déjà en place | 2017-2018 | Commission DPC -formation continue | Nombre de fiches de poste | | EC |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|------------------------------------|---|--|----|
| | les personnels | Préparation d'une journée d'accueil pour les nouvelles recrues (présentation organigramme, organisation du CHAG et du service intégré, connaissances de base : qualité et gestion des risques, sécurité, hygiène, informatique) et évaluation du dispositif | | | Procédures d'accueil et d'intégration d'un nouvel agent soignant/non soignant | | EC |
| | | Evaluation des agents (satisfaction, connaissance des documents) | | | | | |
| | | Communication systématique aux nouveaux agents de la charte des droits et libertés de la personne accueillie pour qu'ils se l'approprient | | | | | |
| | | Définition d'une procédure spécifique d'accueil et d'intégration d'un nouvel arrivant au profil non soignant (sensibilisation pour accueillir et accompagner des personnes âgées déficientes ...) | | | | | |
| | | Anticipation, pour les nouveaux agents, des besoins en formation pour l'exercice des missions (confidentialité, hygiène, sécurité, AFGSU1, AFGSU2, conduite sur route dangereuse, Blue Medi ...) | | | | | |
| | | Suivi de l'évolution des indicateurs sociaux suite aux nouvelles mesures d'accueil des personnels | | | | | |
| 4.2 | Mise en œuvre de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) | Etude et anticipation des répercussions du projet architectural, de l'externalisation de la fonction linge ou encore au projet de PUI de territoire sur les effectifs et les compétences nécessaires | 2017-2019 | Commission DPC -formation continue | Etude de postes | | EC |
| | | Anticipation des formations professionnelles au regard des projets stratégiques de l'établissement (ex : ASG /AMP dans le cadre de l'ouverture d'un PASA) | | | | | |
| | | Analyse d'un éventuel besoin en temps de secrétariat médical | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------------------------------|---|----|
| | | Planification des ressources humaines nécessaires à la réussite des projets innovants auxquels répond l'établissement | | | Réponses aux appels à projet innovant | AF |
| | | Anticipation de la formation des agents aspirant à de la mobilité professionnelle, pour faire face aux départs programmés | | | Suivi des départs en retraite par catégorie professionnelle Plan de formation Entretiens annuels d'évaluation et de formation | EC |
| | | Développement des promotions professionnelles vers les métiers sous tension | | | | |
| | | Identification des métiers sensibles et sous tension de l'établissement et suivi annuel de ceux-ci via le bilan social (cartographie des métiers et compétences, pyramides âges, compétences/métiers, compétences spécifiques ...) | | | Bilan social | EC |
| | | Communication aux personnels des perspectives de carrière (support accompagnant la fiche de paie) | | | Comptes rendus de la commission DPC-formation continue du CHAG Comptes rendus des instances du CHAG (CHSCT, CTE ...) | AF |
| | | Recours aux moyens de communication déployés au sein du GHT sur la publicité des vacances de poste | | | | |
| | | Etude des répercussions de l'intégration de l'établissement dans un GHT sur les besoins en ressources humaines internes (mutualisation de métiers et/ou compétences) | | | Comptes rendus du GHT | AF |
| | | Structuration d'une nouvelle commission en interne dites « recherche et publication » (composition, planning, programme, compte-rendu, bilan annuel d'activités ...) | | | Règlement intérieur de la commission « recherche et publication », programme prévisionnel, planning, bilan annuel d'activités | AF |
| 4.3 | Organisation de la pratique professionnelle au niveau territoriale | Poursuite des travaux de la Commission DPC-formation continue sur le CHAG | 2017-2019 | Commission DPC-formation continue | Comptes rendus de la commission DPC-formation continue Nombre de réunions /an Nombre de comptes rendus de réunions rédigés | AF |

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|-----------------------------------|--|----------------------------|--|----|----|
| | | Elaboration du plan de formation conformément aux réformes de la politique nationale de santé, orientations du GHT, efforts de modernisation en cours au niveau institutionnel tout en respectant les contraintes budgétaires | | | | Plan de formation continue | | EC | |
| | | Priorisation des demandes de formation des postes clés (ex : logiciel Excel pour un poste d'IDEC) | | | | | | | |
| | | Préservation de l'agrément du CHAG en tant qu'OGDPC (Organisme Gestionnaire de Développement Professionnel Continu) et amélioration de son niveau d'exigences | | | | | Agrément du CHAG en tant qu'OGDPC | | R |
| | | Développement des programmes DPC pour permettre aux agents de répondre à leurs obligations DPC en interne (hygiène, manutention, douleur soins palliatifs) | | | | | Programmes DPC du CHAG | | EC |
| | | Priorisation des formations menées par le GHT | | | | | | | |
| | | Participation du CHAG à la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du GHT | | | | | Comptes rendus des réunions du GHT sur les ressources humaines | | EC |
| | | Mise au point avec les instituts de formation sanitaire du GHT d'une formation destinée aux ASHQ affectés à des missions de nursing dans des EHPAD afin de garantir à tous un socle commun de valeurs et pratiques | | | | | Nombre d'agents formés Satisfaction des agents | | AF |
| 4.4 | Encadrement de la définition et du suivi du plan de formation continue | Mise en œuvre de la campagne d'entretien annuel de formation plus tôt dans l'année, afin de construire le plan de formation en fin d'année, de le présenter en CTE et de le mettre en œuvre dès janvier | 2017-2019 | Commission DPC-formation continue | Comptes rendus du CTE, de la commission DPC-formation continue Fiche individuelle de formations | | | AF | |
| | | Structuration des demandes pour les études promotionnelles (répartition, sélection) | | | | | | | |
| | | Identification et accompagnement des meilleurs talents | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|---|-----------|--|---|----|
| | | Réglementation en interne de l'accès à la future formation spécifique ASHQ Nursing du GHT | | | | |
| | | Identification et accompagnement des agents les plus en difficulté dans l'exercice de leur fonction, reconversion y compris | | | | |
| | | Traçabilité annuelle des compétences acquises ou actualisées par chaque agent pour prouver sa professionnalisation au titre du DPC | | Suivi des compétences individuelles et collectives | | AF |
| | | Réalisation d'un bilan d'activités de la formation continue (taux d'annulation des formations par cause, d'inscriptions des agents pour évaluer la coopération de ceux-ci ...) | | Taux de formation (nombre d'actions, nombre de jours de formation) | | AF |
| 4.5 | Gestion des postes aménagés | Formalisation d'une politique de gestion des postes aménagés de l'établissement | 2017-2019 | Commission DPC-Formation continue | Politique « handicap » Politique de gestion des postes aménagés | AF |
| | | Rédaction systématique des fiches de poste des agents en postes aménagés | | | Nombre de fiches de poste aménagé Taux de postes aménagés, de postes avec restrictions | EC |
| | | Anticipation et organisation de la reprise de travail des agents après des arrêts longs (poste aménagé, mi-temps thérapeutique, reclassement ...) en particulier via un entretien d'aide au retour à l'emploi | | | Nombre d'entretiens d'aide au retour à l'emploi réalisés | EC |
| | | Préparation d'un aménagement ou changement de poste, plus adapté aux capacités de l'agent et aux contraintes du service, implication de l'agent dans l'accompagnement de son parcours professionnel | | | Taux d'absentéisme Taux de rechute | EC |
| | | Réunion de conditions favorables à la mobilité interne et au remplissage des nouveaux objectifs de l'agent « en reconversion » (formation aux outils ...) | | | Etudes de postes | AF |
| | | Nomination d'un référent « handicap » parmi les collaborateurs, définition de ses missions et inscription de celui-ci à des formations | | | Organigramme mis à jour Fiche de poste du référent "handicap" Plan de formation | AF |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|-----------------|--|--|----|
| | | spécifiques si nécessaire | | | | | |
| 4.6 | Renforcement de la sécurité des professionnels | Recensement et évaluation des risques professionnels des nouvelles activités HTUD et ORI et des postes qui évoluent significativement (liste à finaliser) pour mettre à jour le DU et planifier des actions de sécurisation | 2017-2018 | Cellule qualité | DU et plan d'actions Suivi des indicateurs de l'absentéisme | | AF |
| | | Poursuite de l'étude des causes d'Accident de Travail et de Maladie Professionnelle (enquête après chaque AT avec arrêt et actions correctives), CREX (Comité de Retour d'Expérience) sur les 2 principales causes d'AT et MP | | | Suivi des accidents du travail CREX | | EC |
| | | Révision et validation de la procédure à suivre en cas d'accident de travail ou de trajet | | | Procédure "AT et accident de trajet" | | EC |
| | | Révision et validation de la procédure sur la gestion des AES | | | Procédure "Gestion des AES" | | AF |
| | | Mise en place du service de santé au travail en coopération avec le GHT | | | Comptes rendus du GHT | | AF |
| 4.7 | Renforcement de la prévention des risques psycho sociaux | Pérennisation du soutien du personnel, via un nouveau CLACT, par une psychologue du travail pour lutter et prévenir les risques psycho-sociaux, lui demander d'établir un bilan d'activité | 2018-2018 | Cellule qualité | Demande de CLACT Réponses de l'ARS par rapport au CLACT CLACT Bilan sur les bienfaits des actions cofinancées | CLACT 2017-2018 : enveloppe octroyée par l'ARS uniquement pour maintenir en place la psychologue du travail | R |

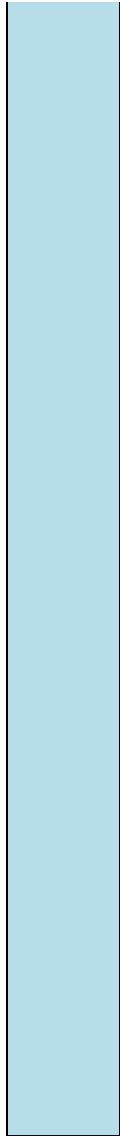
| | | | | | | | |
|-----|---|--|-----------|-----------------|---|--|----|
| | | Proposition aux personnels des temps de détente (sophrologie, massage, Pilate) en mutualisant les espaces de kiné sur le nouvel établissement (sous réserve d'un co-financement de la mesure via le CLACT) | | | DU Bilan d'activités de la psychologue du travail et des autres professionnels employés pour améliorer la qualité de vie au travail | Report ou abandon ? Mesure non soutenue financièrement par l'ARS en 2017-2018. Le CHAG auto-finance son projet "Humanitude" et n'a plus de budget pour mettre en place ce type de soins pour le moment. | AF |
| | | Valorisation des métiers de la gériatrie et prévention de l'usure professionnelle en favorisant la mobilité interne ou externe via l'accompagnement du projet professionnel | 2018-2019 | | Bilan sur la mobilité interne et externe | | AF |
| | | Réflexions autour de l'ergonomie menées dans le cadre du projet architectural, projet de réaménagement des locaux de travail tels que les vestiaires | | | Projet architectural | | AF |
| | | Etude des répercussions des amplitudes de travail en 12h | | | DU Rapport d'audit des roulements en 12h Comptes rendus de CHSCT, CTE | | AF |
| | | Appréciation des retombées des concepts de l'Humanitude via la grille d'évaluation des facteurs de RPS (grille construite de façon pluridisciplinaire en interne en juin 2014 qui est à réviser au préalable) | | | Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles 2017-2021 validé Enquête d'évaluation des RPS Taux d'absentéisme Indicateurs de l'absentéisme | | AF |
| 4.8 | Réunion des conditions d'un engagement du personnel durable | Travail sur le renforcement du sentiment d'appartenance dans tous les services (EHPAD, ORI, AJA, SSIAD) du CHAG, en utilisant des leviers comme la formation à l'Humanitude, la gestion en mode projet, la transversalité, les transmissions orales pour les résidents/usagers | 2017-2020 | Cellule qualité | Indicateurs de mobilité : Turn over (échec du recrutement) Taux de CDD Temps d'ancienneté Indicateurs du projet "Humanitude" | | AF |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|-----------------------------------|--|--|----|--|----|
| | | communs à plusieurs équipes/activités, staffs | | | | | | | |
| | | Organisation de temps d'échanges d'informations/de pratiques et de convivialité ouverts à tous | | | | | | Nombre de "sensibilisations" par an | AF |
| | | Evaluation régulière de la satisfaction des personnels sur des thèmes précis | | | | | | Formulaires d'enquête de satisfaction des personnels ciblée et supports de présentations des résultats | AF |
| | | Encouragement des échanges avec les professionnels d'autres EHPAD, en particulier avec les établissements du GHT | | | | | | Comptes rendus GHT | EC |
| | | Communication sur les conditions de travail sur le CHAG (organisation du temps de travail, implication dans les projets, réactivité...) | | | | | | Comptes rendus de CTE, CHSCT | AF |
| | | Développement du principe des "référénts" et formation des référénts au sein de chaque service | | | | | | Listing des différents référénts du CHAG Plan de formation | EC |
| 4.9 | Proposition d'un terrain de stage initiant convenablement les étudiants du territoire | Priorisation des demandes de stage des instituts de formation du GHT | 2017-2018 | Commission DPC-Formation continue | Nombre de stagiaires accueillis par origine | | EC | | |
| | | Poursuite, en complément, de l'accueil des stagiaires des instituts de formation des départements limitrophes | | | | | | | |
| | | Communication des règles d'attribution des places sur le CHAG avec les instituts de formation | | | | | | | |
| | | Valorisation des métiers de la gériatrie | 2017-2020 | Commission DPC-Formation continue | Comptes rendus de réunions avec les instituts de formation Fiches d'encadrement | | AF | | |
| Travail sur la reconnaissance de l'établissement comme un terrain de stage EMS de qualité | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-----------|--|--|--|----|
| | | Echange avec les instituts de formation et les étudiants pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences (évolutions de pratiques) | | | | | |
| | | Définition de modalités d'accueil, d'encadrement et de suivi pour les stagiaires ne provenant pas de l'IFSI et de l'IFAS (Institut de formation de soins infirmiers ou d'aide soignante) | | | | | |
| | | Elaboration de fiches d'encadrement pour chaque typologie d'étudiant (objectifs du référent de stage par rapport à la place/fonction occupée par le stagiaire, modalités de bilans à mi stage et d'évaluations finales ...) | | | | | |
| | | Suivi de l'adéquation de la formation continue des référents de stage aux besoins d'encadrement de stagiaire | | | | | |
| | | Organisation systématique d'un bilan à mi stage | | | | | |
| | | Conservation systématique d'une copie des évaluations des stagiaires en fin d'étude | | | | | |
| | | Estimation des opportunités d'embauche à la fin d'un stage avec l'encadrement | | | | | |
| | | Mesure à distance de la satisfaction du stagiaire sur son terrain de stage via un formulaire | | | | | |
| 5.1 | Evolution du management de la qualité et de la gestion des risques (QGR) | Création du schéma fonctionnel global de l'établissement (processus) et diffusion au public (via internet, livret d'accueil ...) | 2017-2018 | Directeur Cadre supérieur de santé Ingénieur qualité | Livret d'accueil | | AF |
| | | Communication aux instances de la politique QGR interne actuelle | | | Comptes rendus de CDE (Comité de Direction Elargi), CA (Conseil d'Administration), cellule QGR de Pacy | | AF |
| | | Révision des fiches de poste des personnels impliqués dans la qualité notamment de | | | Fiche de poste de l'ingénieur qualité | | AF |
| | | | | | Plan de formation des référents de stage par métier | | AF |
| | | | | | Nombre de bilans à mi stage et d'évaluations | | AF |
| | | | | | Nombre de personnes qui ont été stagiaires dans l'établissement | | AF |
| | | | | | Nombre de formulaire "satisfaction du stagiaire a posteriori" retournés et analyse des résultats | | AF |

| | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------------|---|----|
| | | l'ingénieur qualité (cf. FA 4.5) | | | | |
| | | Participation du CHAG aux rencontres des responsables qualité du GHT en vue de planifier des actions qui renforceront la QGR de l'établissement et de la filière gériatrique | | | Comptes rendus des rencontres des qualitiens du GHT | EC |
| | | Appréciation de l'opportunité de s'impliquer dans la création d'une structure de gestion des EI notamment des EI graves au niveau du GHT | | | | EC |
| | | Discussion sur la possibilité de planifier une évaluation externe des structures médico-sociales du GHT en prolongement de l'expérience de certification menée par le réseau qualité des institutions le composant ou en parallèle | | | | EC |
| | | Rédaction de la lettre de mission des responsables QGR par rapport au GHT | | | Lettre de mission des responsables QGR par rapport au GHT | EC |
| | | Etablissement de l'organigramme de la qualité. Positionnement de la cellule qualité du CHAG de Pacy-sur-Eure comme une structure de référence dans la filière gériatrique territoriale | | | Organigramme qualité interne, voire GHT | AF |
| | | Adoption de la grille de classement des fiches d'évènements indésirables (FEI), réclamations/plaintes par thème qui sera retenue par le réseau des qualitiens du GHT, outil qui devrait permettre d'établir un tableau de bord agrégé annuellement | | | Grille de classement des FEI, réclamations Bilan annuel des FEI, réclamations présenté en CDU, CVS, CA | EC |
| 5.2 | Continuité des plans d'amélioration et de leur suivi | Discussion du projet d'établissement systématiquement en réunion de cellule QGR interne et, en parallèle, en CDE pour faire vivre le projet ; traçabilité dans les parties « Etat » des fiches actions des résultats obtenus au fur et à mesure | 2017-2018 | Cellule qualité | Parties « Suivi/Etat » des Fiches action complétées régulièrement | N |

| | | | | | | |
|-----|---|---|-----------|--|--|----|
| | | Indication dans les fiches actions des évolutions constatées par rapport aux objectifs initiaux en faisant le lien avec le plan QGR | | Bilan annuel avec % des fiches action clôturées par rapport aux fiches actions définies initialement et/ou des objectifs opérationnels atteints par rapport à ceux prévus (taux de couverture du projet d'établissement 2017-2021) | | AF |
| | | Suivi du taux de mise en œuvre des actions définies dans le projet d'établissement | | Comptes rendus de cellule QGR et du CA | | AF |
| | | Présentation des avancées du projet d'établissement en CA | | | | AF |
| | | Anticipation des prochaines évaluations externes en assurant un suivi des éventuelles publications de référentiel adaptés aux établissements de soins médico-sociaux (ANESM et autre(s)) | | | | AF |
| 5.3 | Amélioration continue du traitement des événements indésirables | Maintien d'une gestion bienveillante des signalements d'évènements indésirables (EI) par la cellule qualité interne, communication plus large des retombées positives de ceux-ci au public en vue de réunir les conditions favorables pour que les agents se rendent compte du bénéfice de créer des fiches en cas de problèmes | 2017-2019 | Cellule qualité | Nombre d'EI mensuels déclarés en posant un objectif | EC |
| | | Promotion de la méthode ORION des CREX soutenue par l'ARS, auprès de tous les membres de la Cellule qualité | | | Support de formation CREX | EC |
| | | Accord sur les ajustements auxquels l'établissement procède dans le traitement des EI actuel en écho à cette sensibilisation à tracer dans les comptes rendus de la Cellule qualité | | | Comptes rendus de la cellule QGR | EC |
| | | Révision de la procédure interne de signalement des EI et EI graves pour ajouter les supports de la dernière formation CREX | | | Procédure FEI Nombre de réunions CREX tenues dans l'année par rapport à l'objectif fixé | EC |



| |
|--|
| Formalisation d'une charte d'incitation à la déclaration (inclure la notion de levée de doute par rapport surtout aux EI graves) à approuver du DG avant diffusion aux personnels |
| Fonctionnement interne des CREX à améliorer (définir le(s) périmètre(s) CREX du CHAG - par service(s) ou global, organiser la suppléance du référent principal, former les analystes volontaires dans tous les métiers principalement à la fiche d'analyse, utiliser « le mail à tous » pour informer qu'une analyse CREX est en cours et que chaque agent désireux d'apporter de l'aide doit se faire connaître auprès de la Cellule qualité ...) |
| Positionnement des tableaux d'analyse remplis de CREX dans les différents lieux d'affichage FEI de l'établissement qui servent déjà à communiquer aux personnels les suites données aux FEI |
| Création de lieux d'affichage « FEI/CREX » complémentaires à destination des agents « isolés » (déclarants et potentiels déclarants) |
| Sélection des indicateurs CREX, affichage et présentation de ceux-ci aux instances (CDU, CVS) |
| Ajout dans le plan QGR des actions correctives décidées en CREX non immédiatement applicables pour en faciliter le suivi |
| Evaluation de la démarche au moins annuellement |
| Inscription de la formation « CREX – Orion » au programme DPC de l'établissement |

| | | |
|---|--|----|
| Charte d'incitation à la déclaration | | AF |
| Nombre de personnes formées au CREX (liste des référents/analystes) | | EC |
| | | R |
| Règlement des CREX | | AF |
| | | EC |
| | | EC |
| Après, pourcentage de nombre d'actions correctives mises en œuvre dans les délais annoncés par an | | AF |
| Programme DPC et sessions de formation CREX assurées par le CHAG | | AF |

| | | | | | | |
|-----|--|--|-----------|-----------------|--|----|
| 5.4 | Approfondissement de l'écoute de la satisfaction des usagers | <p>Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles 2017-2021 à arrêter en CDE (prévoir en complément une information dans les autres instances) et à suivre via la cellule QGR interne</p> | 2017-2021 | Cellule qualité | <p>Planning prévisionnel des enquêtes de satisfaction institutionnelles : En 2017, cibler le CAJA (formulaire prêt) En 2018, évaluer à nouveau le Portage de repas, la Résidence Autonomie et le SSIAD et lancer une nouvelle enquête sur le processus d'accueil de l'EHPAD (formulaire spécifique à créer) En 2019, apprécier la qualité de la prise en charge paramédicale de l'EHPAD notamment les retombées des concepts de l'Humanitude et évaluer aussi le circuit du linge En 2020-2021, évaluer les 2 services ORI, HTUD</p> | EC |
| | | <p>Formulaires d'enquêtes de satisfaction par service ou thème à créer ou à réviser (si possible conjointement avec les ESSMS du GHT Eure-Seine Pays d'Ouche)</p> | | | <p>Formulaires d'enquêtes par service ou thème sous Blue Medi</p> | EC |
| | | <p>Diffusion des enquêtes auprès des publics concernés à organiser et analyse des retours à assurer ; plan d'actions d'amélioration à définir en fonction des résultats, communication des éléments aux usagers et suivi à programmer périodiquement (ajout au plan QGR)</p> | 2017-2021 | | <p>Support type PowerPoint de présentation des taux de retour par enquête, taux de satisfaction global et par critère Compte-rendu de CVS, CDU (ou commission(s) équivalente(s)) sous Blue Medi Journal interne « Pacy'lien »</p> | EC |
| | | <p>Discussion, au sein du GHT, de l'opportunité de se doter d'une LAD (Lecture Automatique des Données) pour étudier les résultats des enquêtes de satisfaction des différents types de services</p> | | | <p>Comptes rendus du COSTRAT du GHT, des responsables qualité du GHT</p> | AF |

| | | | | | | | |
|-----|---|--|-----------------------------------|-----------------|---|--|----|
| 5.5 | Appréciation régulière du fonctionnement du SSIAD | Sondage des usagers sur la manière dont ils souhaitent être associés au fonctionnement du SSIAD de Pacy : vérifier dans l'enquête si intégrer des représentants des usagers du SSIAD au CVS de l'établissement déjà en place, convient à la majorité ou si une autre solution doit être recherchée | Dès janvier 2018 | Cellule qualité | Taux de retour de l'enquête ponctuelle sur les modalités d'expression des usagers du SSIAD | | AF |
| | | Interrogation des autres SSIAD du GHT ou extérieurs sur les modalités d'expression ouvertes à leurs usagers | | | Comptes rendus du GHT | | AF |
| | | Arrêt des modalités d'expression des usagers du SSIAD de Pacy à l'issue de l'enquête ciblée en CA après discussion des résultats de l'enquête en CDE et nécessairement lors d'une réunion de l'équipe du SSIAD | | | Comptes rendus de CA et CDE, des staffs de l'équipe du SSIAD | | AF |
| | | Définition d'un questionnaire d'évaluation systématique de la qualité de la prise en soins du SSIAD à la sortie de l'utilisateur | | | Formulaire d'évaluation de la sortie du SSIAD Procédure validée en CSIRMT et archivée dans Blue Medi Taux de retour du questionnaire de sortie du SSIAD Nombre d'entretiens avec l'IDEC pour résoudre les problèmes soulevés dans le questionnaire de sortie du SSIAD de Pacy Nombre d'entretiens avec la direction en cas de non résolution de la « réclamation » par l'IDEC | | AF |
| | | Création du formulaire correspondant si les établissements du GHT gestionnaires de SSIAD n'en sont pas dotés et/ou ne souhaitent pas le diffuser ; proposition d'un travail inter-SSIAD sur ce sujet avant de lancer l'action | | | | | AF |
| | | Révision des règlements de fonctionnement du CHAG et intérieur propre au SSIAD pour finaliser la démarche | | | Règlement de fonctionnement de l'établissement Règlement intérieur du SSIAD | | AF |
| 5.6 | Anticipation de l'évaluation externe du SSIAD | Bilan sur la mise en œuvre globale du plan d'amélioration issu de l'évaluation interne du SSIAD de Pacy, élément attendu pour l'évaluation externe | Démarche finalisée avant fin 2019 | Cellule qualité | Bilans de la montée en charge du plan d'actions de l'évaluation interne du SSIAD (intermédiaires et final) | | AF |

| | | | | | | |
|---|----|---|--|--|--|--|
| | | Formalisation du cahier des charges d'appel à candidatures de l'évaluation externe du SSIAD, utilisation de celui du GHT s'il est livré à temps | | | Cahier des charges d'appel à candidatures de l'évaluation externe du SSIAD de Pac y | AF |
| | | Prévision d'une discussion au sein du GHT pour se conformer au même référentiel en attendant que les autorités conviennent d'une « norme » pour les SSIAD | | | Comptes rendus des réunions des qualiti ciens du GHT (« liste noire » des prestataires agréés pour des évaluations interne/externe) | EC |
| | | Etude de la faisabilité d'une évaluation externe conjointe de SSIAD au niveau du GHT avant 2019 afin de pouvoir bénéficier d'économie d'échelle, comparer les résultats établis ... | | | Trace des échanges intermédiaires entre SSIAD du GHT Calendrier prévisionnel des certifications, évaluations internes/externes des établissements du GHT | EC |
| | | Sondage du GHT à propos des organismes d'évaluation qui se sont révélés décevants et ceux au contraire, recommandés pour un SSIAD | | | | AF |
| | | Consultation de plusieurs prestataires habilités par l'ANESM pour procéder à des évaluations externes et choisir l'un d'entre eux en comparant les offres reçues (à défaut de mise en œuvre d'une évaluation externe conjointe) | | | Liste des prestataires d'évaluation consultés pour l'EE du SSIAD de Pac y | AF |
| | | Préparation de l'évaluation externe avec l'organisme lauréat et supervision de l'opération | | | | AF |
| | | Appréciation de la qualité des méthodes/outils déployés finalement par le prestataire d'évaluation externe sur place et du rapport d'évaluation externe puis communication à l'ARS et au réseau de l'établissement | | | Rapport d'évaluation externe du SSIAD de Pac y (ou conjoint) transmis à l'ARS avant fin 2019 Renouvellement de l'autorisation d'exercer pour la structure | AF |
| | | 5.7 | | | Actualisation du système documentaire | Inventaire des procédures utiles par les différents cadres et professionnels impliqués |
| Archivage des documents obsolètes dans Blue Medi et dans le serveur partage | EC | | | | | |
| Adaptation des protocoles sanitaires au champ médico-social | EC | | | | | |
| Validation des procédures ainsi mises à jour en CSIRMT et cellule QGR | EC | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|---|------------|---|--|----|
| | | Enregistrement systématique des nouvelles procédures dans Blue Medi à l'issue des instances de validation | | | | EC |
| | | Actualisation des secrétaires des différentes instances | | | | AF |
| | | Suivi par la cellule QGR de la prompt rédaction des comptes rendus des différentes instances/réunions/COPIL et insertion dans la GED Blue Medi | | | | AF |
| | | Proposition des procédures du CHAG aux autres ESMS du GHT | 2017-20202 | Comptes rendus de réunions du GHT (informatique, qualité) | | AF |
| | | Intégration sécurisée des documents du GHT à la GED (Gestion Electronique des Données) interne Blue Medi | | | | AF |
| | | Participation active au projet d'équiper tous les établissements du GHT du même logiciel de gestion documentaire et de déclaration des EI | | | | EC |
| 5.8 | Accroissement de la fiabilité des indicateurs d'activités et sociaux | Organisation du partage au sein de l'administration du CHAG au sens large, via un serveur informatique, des données collectées et calculées pour répondre aux différentes enquêtes des autorités et/ou mettre à jour annuellement des documents institutionnels tels que le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels) | 2018-2020 | Tableau de bord pluriannuel des indicateurs Enquêtes annuelles enregistrées sous le logiciel Blue Medi | | AF |
| | | Traçabilité des règles de calculs des indicateurs retenues sur l'établissement à organiser afin de respecter les mêmes d'une année sur l'autre (excepté en cas de nouvelles directives contraires) | | | | |
| | | Préservation des enquêtes sous forme dématérialisées sur ce même serveur commun (scan des enquêtes papier) | | | | |
| | | Mesure du temps agent mobilisé par enquête | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | Suivi de la montée en charge des indicateurs de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) | | | | | |
| | Inscription dans le cahier des charges de renouvellement de logiciels, l'automatisation des calculs des indicateurs attendus par les autorités (DUERP, enquête nationale ...) | | | | | |
| | Alerte des autorités sur la nécessité de coordonner le recueil des informations pour éviter des sollicitations multiples et améliorer la pertinence des données collectées | | | | | |