

Résidence les Myrtilles



SSIAD de Saint Pierreville

PROJET D'ETABLISSEMENT

EHPAD les Myrtilles

SSIAD de Saint-Pierreville

2013-2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Chapitre 1 : ETAPE DIAGNOSTIC	4
I. LE CONTEXTE DE L'ETABLISSEMENT	5
A. L'historique.....	5
B. La structure	7
1. Statuts et forme de gestion	7
2. La situation géographique de l'établissement	7
3. L'architecture	8
C. La population accueillie.....	8
1. L'EHPAD les Myrtilles	8
2. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	8
II. LEGISLATION, MISSIONS, VALEURS.....	9
A. Préambule : le cadre réglementaire.....	9
B. Les missions originelles.....	10
C. Les missions spécifiques	10
D. Les valeurs	11
III. LE FONCTIONNEMENT DE LA COLLECTIVITE	12
A. Les ressources humaines.....	12
1. Organigramme de la collectivité au 01/07/2013	12
2. Les effectifs autorisés en 2013 pour l'EHPAD.....	13
3. Les effectifs autorisés en 2013 pour le SSIAD	13
4. L'organisation	13
IV. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT : SES AMBITIONS	15
A. Les fondements.....	15
B. Le projet de vie : les différentes prestations.....	15
1. Admission et accueil	16
2. L'hébergement.....	17
3. La restauration.....	18
4. La vie sociale Animation	18
C. Le projet de soins	20
D. Les principaux atouts concernant le résident	20
1. Les soins de base au quotidien.....	20
2. Les aides et les soins spécifiques	21
3. La gestion de la fin de vie	22

4. La prise en charge des patients déments.....	22
E. Les principaux atouts concernant les familles.....	22
F. Les principaux atouts concernant le personnel.....	23
Chapitre 2 : CONSTRUCTION DU PROJET	24
V. LA DEMARCHE EVALUATIVE	25
A. Le système de management de la qualité	25
B. L'évaluation interne	25
1. Le cadre juridique	25
2. Les enjeux pour l'EHPAD ET LE SSIAD	26
VI. PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION	28
A. Synthèse de l'évaluation interne EHPAD et SSIAD	28
1. Synthèse de l'évaluation interne de l'EHPAD Les Myrtilles	28
2. La synthèse de l'évaluation interne SSIAD de Saint-Pierreville.....	30
B. Propositions d'action d'améliorations EHPAD et SSIAD	31
1. Propositions d'actions d'améliorations EHPAD Les Myrtilles.....	32
2. Propositions d'actions d'améliorations SSIAD.....	53
VII. DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	54
A. Le suivi des actions d'amélioration	54
1. Mise en place de revues de direction.....	54
2. Mise en place de réunions mensuelles du COPIL.....	55
3. Modalités des prochaines évaluations internes.....	55
CONCLUSION.....	56
ANNEXES.....	57

INTRODUCTION

Le projet d'établissement se veut être le document de référence qui définit « les objectifs en matière de coordination, de coopération, d'évaluation de la qualité des pratiques et des prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement » (cf. article L311-8 du code de l'action sociale et des familles). Véritable socle institutionnel, le projet d'établissement participe à la volonté d'affirmer les droits des usagers et de garantir des prestations de qualité conformes aux attentes de la population accueillie.

Le projet d'établissement est un projet collectif qui s'appuie sur une réalité. Il a pour objectif de donner de la lisibilité à la politique managériale qui est conduite dans l'établissement en affichant clairement les grandes orientations à venir. C'est un dispositif qui est structuré autour de « projets » transversaux et qui organise les interventions des différents personnels. Il contribue au management des équipes, fédère l'ensemble des professionnels autour d'une charte qui permet d'arbitrer les divergences et de se regrouper autour de valeurs et d'actions communes.

Le projet d'établissement ne peut se concevoir sans que soit définie une philosophie qui sous-tend et donne du sens aux différentes missions de l'établissement. Il se réfère à la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Il est traversé par les principes « d'humanité » qui impactent l'ensemble des actions.

Enfin, le projet d'établissement est un outil qui s'inscrit dans la logique contemporaine d'amélioration continue de la qualité et constitue un engagement des professionnels à respecter les obligations stipulées dans les différents documents contractuels formalisés.

C'est dans cet esprit que l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes des Myrtilles et le Service de Soins Infirmiers A Domicile de Saint-Pierreville ont procédé à la réécriture de leur projet d'établissement qui est intervenu à l'issue de la démarche évaluative engagée, et qui a permis de procéder à une photographie des deux établissements. La réflexion qui a précédé la formalisation du projet s'est inscrite dans une démarche participative.

La collectivité a souhaité construire un projet d'établissement qui serve de référence pour tous, et qui soit complémentaire entre les deux Etablissements Médico-sociaux. Ce projet néanmoins n'est pas définitif, il est constamment perfectible et devra tenir compte des évolutions, des changements qui ne manqueront pas de se produire.

Le présent document s'articule autour de deux grandes parties :

- Une première partie qui fait référence à l'étape diagnostic.
- Une deuxième partie qui s'attache à la construction du nouveau projet à partir de l'état des lieux réalisé avec, en perspective, la définition des orientations pour les cinq années à venir.

Chapitre 1 : ETAPE DIAGNOSTIC

I. LE CONTEXTE DE L'ETABLISSEMENT

A. L'historique

L'EHPAD les Myrtilles :

Construite en 1970, achevée en mai 1971 c'est le 1er juin de cette même année que la résidence « les Myrtilles » ouvrait ses portes au public. Sa capacité d'accueil de 55 lits s'avérait rapidement insuffisante. Un projet d'agrandissement de 25 lits se réalise en 1977. L'établissement disposait alors de 80 lits. En 1996 l'acquisition de la maison « Boissard » permettait la transformation du logement de fonction en six chambres individuelles portant à 86 le nombre de pensionnaires pouvant être admis.

Le choix d'un foyer logement exprimait aussi le choix d'une clientèle « valide ». Pourtant très vite le besoin de maintenir dans les lieux les résidents vieillissant devenait une nécessité. Une autre préoccupation était de ne pas transférer les personnes qui avaient choisi notre résidence pour passer leur vieillesse.

Le Conseil d'administration sur l'impulsion du directeur demandait alors l'application du décret 78-477 du 29 mars 1978 relatif à la prise en charge des dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements. Ainsi au-delà de sa destination initiale le foyer se dotait d'une section de cure médicalisée. Seize lits étaient au départ autorisés par arrêté de M. Préfet en date du 31 juillet 1978.

En 1980 cette capacité est portée à 20 lits. 20 nouveaux lits seront autorisés en 1990. Ce sont donc, depuis cette date 40 lits de cure qui devaient être mis à la disposition de 86 résidents. En 2003 la capacité d'accueil était de 86 lits (mais le nombre moyen de résident était de 83) afin que chacun d'eux bénéficie d'une chambre individuelle.

Le 27 février 2003 le Préfet de l'Ardèche, le Président du conseil général de l'Ardèche, le Président du conseil d'administration du C.C.A.S de Saint Pierreville signaient la 1ère convention tripartite pluriannuelle.

L'année 2007 sera marquée par le rachat de l'établissement à Vivarais Habitat (Société HLM), afin de réaliser une économie non négligeable et de devenir propriétaire. C'est également le début des travaux, avec en premier lieu la réalisation d'une toiture complète, afin de régler les problèmes d'étanchéité.

La seconde convention tripartite sera signée le 30 septembre 2008, s'inscrivant dans une évaluation des moyens en matière de dépendance (GMPS) et de soins (PATHOS).

En 2011, le nouveau directeur, à la demande du Président du Conseil Général et du Président du Conseil d'Administration est chargé d'une relecture du projet de restructuration, d'extension et d'humanisation, de manière à diminuer le coût global prévisionnel de l'opération. L'enjeu est de limiter tant que possible l'impact des frais générés par ces futurs travaux sur le prix de journée payé par les résidents et leurs familles. Ainsi, l'étude révisée permettra une baisse de plus de 500 000€ sur le programme originel. Le choix n'a pas été de diminuer la qualité des matériaux et

du projet architectural sur l'ensemble du programme, mais de reporter temporairement la rénovation des chambres du dernier bâtiment réalisé en 1977. De plus, ce bâtiment accueillera en son niveau inférieur, un Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés (autrement dit PASA), une véritable valeur ajoutée au projet global, un projet novateur sur le Département, et un projet financé à près de 70% par l'Etat.

L'intérêt premier d'un PASA est une meilleure prise en compte dans le projet d'établissement et dans le projet de restructuration à venir, des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. En 2012 selon le médecin coordonnateur de l'établissement, les résidents atteints de ce type de troubles représentent plus de 25% du public accueilli.

Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés, altère la sécurité et la qualité de vie de la personne, et des autres résidents. Un PASA est donc un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le pôle accueillera chaque jour, et selon les besoins des personnes, entre 12 et 14 résidents de l'EHPAD. Il devrait ouvrir ses portes d'ici fin 2014.

L'Etat confirmera son engagement par le biais de la CNSA à hauteur de 199 458€ pour le PASA et le versement par le biais de crédits non reconductibles de l'ARS d'un montant de 738 190€ correspondant au remboursement des 5 premières annuités d'emprunts. Le Conseil Général quant à lui confirmera sa participation par une subvention de 988 530 €, pour laquelle l'établissement se chargera de proposer au Département un financement dans les meilleures conditions via un établissement bancaire, à savoir le Crédit Agricole. Les premiers versements s'opèreront dès 2013, et s'accompagneront à l'issue des travaux d'une seconde subvention du Conseil Général pour l'acquisition de nouveau mobilier à hauteur de plus de 50 000€.

Le contexte économique et financier difficile impliquera de nombreux mois de négociation pour finaliser d'ici l'été 2012 le plan de financement d'un montant total de 6 199 446€, ainsi que les contrats bancaires afférents. Ainsi, ce sont près de 3 837 961€ qui seront empruntés auprès de la Caisse des Dépôts et des Consignations, répartis en un prêt « phare » et un prêt « PLS » selon qu'il s'agisse de l'extension des bâtiments, ou de leur restructuration. L'EHPAD apportera quant à lui 600 000€ de fonds propres dans le plan de financement TTC.

L'année 2012 confirmera par une délibération d'attribution partielle des marchés de travaux, le Syndicat Départemental de l'Equipement de l'Ardèche, en qualité de mandataire du maître d'ouvrage pour l'opération.

Le 12 juin 2012, le Conseil d'Administration du CCAS approuvera le programme général des travaux après une présentation détaillée de l'architecte. Ce dernier prendra en compte les diverses modifications architecturales et structurelles de certains services à la demande du directeur : espaces administratifs, espaces de soins, salle d'animation, blanchisserie, plonge.

Les appels d'offres seront lancés en juin 2012 et le commencement des travaux débutera en janvier 2013.

Le SSIAD :

Dans sa séance du 01 octobre 1990, le Président du Conseil d'Administration du CCAS faisait part de son souhait d'apporter une solution aux difficultés que rencontrent chaque jour les personnes âgées, isolées dans leur logement, parfois éloignées ; difficultés alors de plus en plus croissantes en raison du dépeuplement des campagnes.

Aussi était-il convaincu qu'une solution était possible par l'engagement de certaines actions. Parmi celles-ci l'une lui sembla tout à fait réalisable et la mieux adaptée aux besoins actuels et urgents de la population locale vieillissante : la création d'un service de maintien à domicile qui regrouperait une équipe d'infirmiers et d'aides-soignants.

Par arrêté préfectoral, Monsieur le Préfet de l'Ardèche autorisera l'ouverture du service sur le secteur le 12 mars 1993, et fixera le forfait global de soins pour son fonctionnement le 22 juin 1995.

D'abord d'une capacité de 10 places, puis portée à 15, puis à 18 jusqu'à 25 en 2011, les effectifs du service n'ont cessé de croître sous les besoins en la matière du territoire.

B. La structure

1. Statuts et forme de gestion

EHPAD Les Myrtilles et SSIAD de Saint-Pierreville

Etablissement	EHPAD Les Myrtilles « Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendante »	Service de Soins Infirmiers A Domicile « SSIAD »
N°FINESS	07 07 83 36 26	
N°SIRET	26 07 100 90 000 36	26 07 100 90 000 44
Catégorie Juridique	7361 Centre Communal d'Action Sociale « CCAS »*	
Activité Principale Exercée « code APE »	8710A Hébergement médicalisé pour personnes âgées	Soins à domicile
Tarification	Autorité mixte préfet dpt PCG EHPAD les Myrtilles Tripartite DG partielle	
Date d'ouverture	01/06/1971	13/03/1993

*Fonction Publique Territoriale

2. La situation géographique de l'établissement

L'EHPAD les Myrtilles bénéficie d'un cadre exceptionnel. Il est implanté dans un écrin de verdure à Saint Pierreville au cœur du parc naturel des Monts D'Ardèche. Le village de Saint Pierreville est un Canton appartenant à l'arrondissement de Privas. Sa superficie est de 20,56 km² et le nombre d'habitants est de 531 au dernier recensement.

L'EHPAD des Myrtilles est distant de quelques kilomètres d'autres structures ayant également pour vocation l'accueil de personnes âgées. La Maison de retraite de Marcols les Eaux et la Maison de retraite de Saint Sauveur Montagut sont situées respectivement à 11 Km pour l'une et 12 Km pour l'autre.

3. L'architecture

L'EHPAD des Myrtilles est organisé autour d'un bâtiment composé de plusieurs ailes ayant chacune plusieurs niveaux.

Le SSIAD est installé dans un bâtiment annexe.

C. La population accueillie

1. L'EHPAD les Myrtilles

L'EHPAD Les Myrtilles accueil en priorité :

- les habitants de Saint-Pierre-ville et du canton élargi,
- les situations de rapprochement familial et les habitants du département de l'Ardèche,
- une étude au cas par cas conduit à privilégier les situations d'urgence : notion de danger pour la personne,
- une liste d'attente est réalisée dans l'ordre d'arrivée des demandes. Néanmoins, les priorités sont respectées pour les accueils effectifs.

La volonté de l'établissement est donc de privilégier les personnes issues du territoire, dans la mesure de la compatibilité de leur état de santé avec la prise en charge possible au sein des Myrtilles, et dans la limite des candidatures ; et ce dans la continuité de l'esprit familial et local de la maison, et sans aucune discrimination des autres demandes d'admission.

Au 1^{er} janvier 2013

Nombre de résidents : 83 dont 60 femmes et 23 hommes

Diversité des âges : de 53 à 101 ans

Provenance des résidents :

- Canton de Saint-Pierre-ville : 54
- Autres cantons d'Ardèche : 10
- Drôme : 11

2. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Nombre de personnes prise en charge : 25

Le SSIAD prend en charge, à leur domicile, des personnes âgées de 60 ans au moins, sur prescription médicale. Il peut être dérogé à la condition d'âge sous réserve de l'accord de l'assurance maladie.

II. LEGISLATION, MISSIONS, VALEURS

A. Préambule : le cadre réglementaire

Le cadre réglementaire repose essentiellement sur la loi du 2 Janvier 2002 et sur les décrets d'applications, particulièrement ceux visant la protection des droits et libertés des personnes accueillies.

La loi du 2 janvier 2002 dite de rénovation sociale ne modifie pas la loi de 1975 mais la rénove dans plusieurs directions en la rattachant au champ des politiques publiques et sociales.

Sa portée est à la fois politique et institutionnelle, organisationnelle et technique, car elle formule des exigences fermes à l'égard des institutions concernées.

Elle constitue par ailleurs une avancée considérable pour les publics accueillis et se caractérise par la déclinaison de quatre orientations :

1. Renforcer le droit des usagers et les positionner au cœur du dispositif
2. Améliorer la planification pour s'assurer de l'adéquation entre besoins et réponses et réformer le régime des autorisations par des évaluations internes et externes. La loi introduit alors le passage du temps linéaire au temps cyclique par des renouvellements réguliers d'autorisation de fonctionnement.
3. Assurer une meilleure coordination des décideurs et des acteurs par des conventions, des contrats d'objectifs et de moyens.
4. Élargir le champ d'application de la loi par une diversification des modes d'accueil et une promotion donnée aux expérimentations de structures sur des durées limitées.

Les conséquences de cette loi sont une formalisation des procédures d'autorisation et de gestion des établissements et la mise en place de contrats pour l'accueil de l'utilisateur.

L'EHPAD des Myrtilles conduit la politique de l'établissement dans le respect des exigences prévues par la loi 2002-2.

A cet égard, l'établissement s'inscrit dans deux logiques :

1. Viser la meilleure qualité possible à l'endroit des usagers : c'est la qualité de service
2. Utiliser au mieux les fonds alloués dans une démarche d'efficacité : c'est la qualité de la mission.

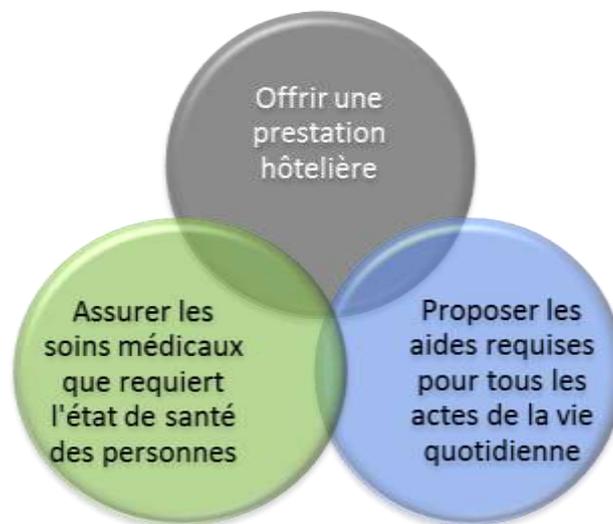


B. Les missions originelles

Etablissements Médico-sociaux, l'EHPAD les Myrtilles et le SSIAD remplissent une mission d'intérêt public.

Pour jouer pleinement son rôle, l'EHPAD les Myrtilles s'engage à pratiquer un accueil social c'est-à-dire à rester accessible aux personnes ayant des ressources modestes.

Dans ce cadre, l'EHPAD se doit de répondre à trois missions :



C. Les missions spécifiques

L'établissement qui se veut avant tout être un lieu de vie s'est donné pour missions de :

- Offrir à chaque résident un projet de vie et de soins personnalisé auquel concourent l'ensemble des professionnels, chacun dans leur domaine de compétences et qui repose sur le principe d'autonomie. La devise de l'établissement qui est de « faire faire » plutôt que « faire à la place » impacte l'ensemble des prestations pour préserver une image de soi valorisée.
- Ouvrir l'établissement de manière prioritaire aux habitants du territoire, en privilégiant l'accueil des personnes âgées du pays et en proposant du travail aux demandeurs d'emplois locaux sous réserve des qualifications requises.
- Favoriser une politique d'ouverture par une communication et une information régulière sur l'activité des Myrtilles, par l'intégration de bénévoles et des familles qui contribuent à maintenir un lien social fort indispensable à une dynamique de vie.
- Offrir un rapport qualité/prix le plus équilibré possible avec un prix de journée après la restructuration encore inférieur à la moyenne départementale pour prendre en compte le niveau de ressources généralement modeste des résidents.

L'ensemble de ces missions s'appuie sur un socle de valeurs qui colorent l'organisation de l'établissement et la pratique des professionnels.

D. Les valeurs

Les valeurs affichées par L'EHPAD reposent sur une philosophie humaniste et concernent les résidents mais également les professionnels.

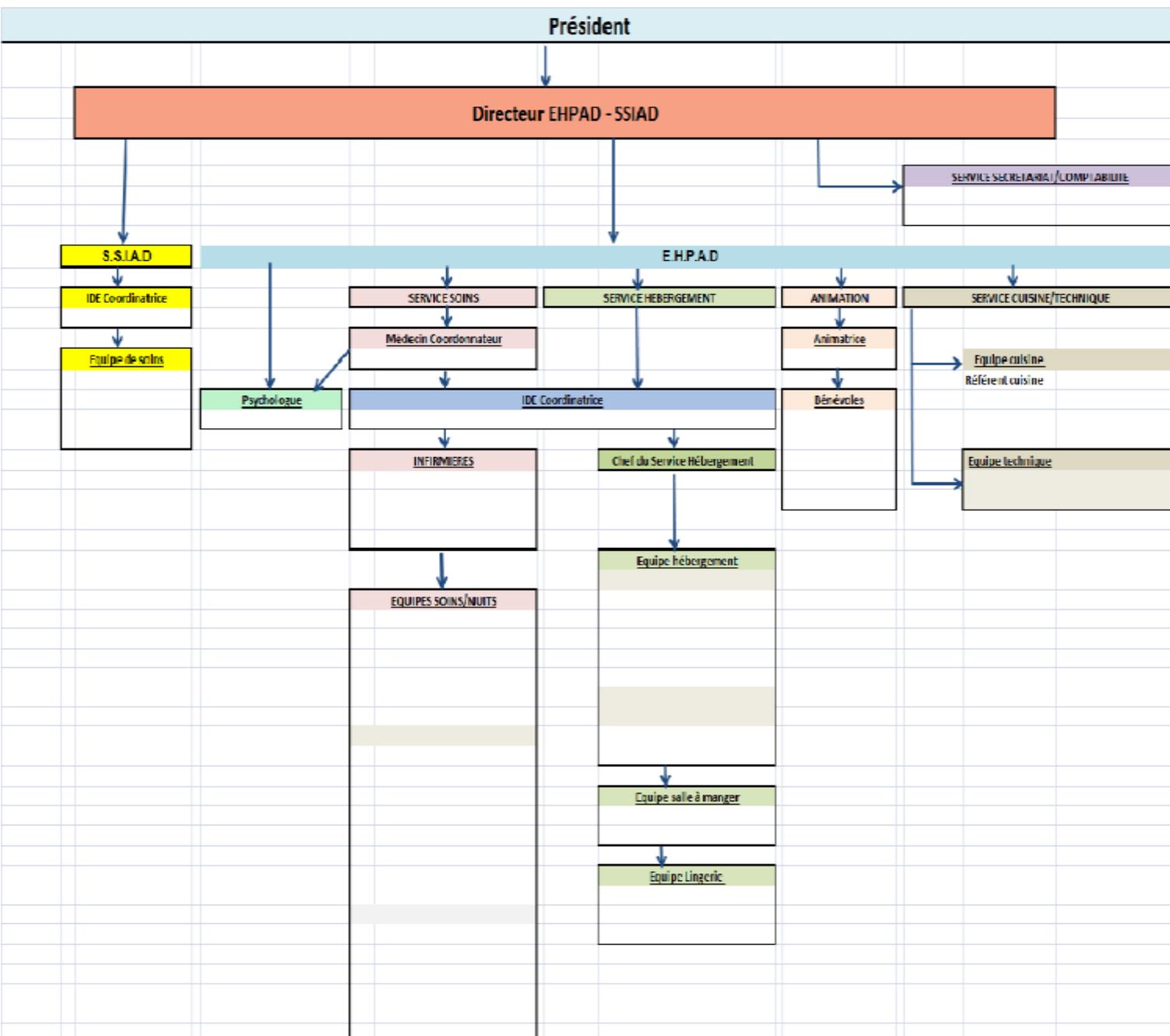
Il s'agit de :

- Préserver l'intimité du résident en prenant en compte le caractère privatif dans un espace collectif est au cœur des préoccupations de l'établissement.
La chambre est véritablement associée au domicile du résident avec la volonté de garantir, de préserver l'intimité de la personne.
- Promouvoir le lien social à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
La politique de recrutement privilégie l'admission des personnes qui sont issues du territoire ce qui permet de faire perdurer des liens existants, sous réserve des qualifications requises. Le projet d'animation multiplie les initiatives qui facilitent les interactions avec l'extérieur.
- Cultiver le prendre soin par la mise en œuvre de pratiques qui respectent le rythme, les décisions, le choix et les croyances des résidents.
Le résident est considéré comme acteur de sa prise en soins. La négociation est le maître mot dans l'accompagnement proposé.
- Favoriser une organisation de proximité dans le respect des règles professionnelles pour faciliter la circulation de la parole, la participation des résidents, des familles, mais également des agents.
- Maintenir une ambiance conviviale qui respecte la culture locale du public accueilli et qui assure aux professionnels des conditions de travail favorables à l'exercice de leur métier.

III. LE FONCTIONNEMENT DE LA COLLECTIVITE

A. Les ressources humaines

1. Organigramme de la collectivité au 01/07/2013



L'EHPAD et le SSIAD sont gérés par un directeur sous la responsabilité du Président du Conseil d'Administration du Centre Communal d'Action Sociale.

2. Les effectifs autorisés en 2013 pour l'EHPAD

Direction Adm	Cuisine	Services techniques	Animation	ASH	Psychologue	AS - AMP	IDE	Médecin
3.78	4	1.5	1	14.56	0.25	17.43	3.5	0.30

Soit 46.32 ETP

3. Les effectifs autorisés en 2013 pour le SSIAD

Direction Adm	Paramedical
0.35	5.30

Soit 5.65 ETP

4. L'organisation

Il s'agit ici de traduire les principes qui régissent le fonctionnement de l'EHPAD des Myrtilles :

a) La continuité du service

Elle se manifeste par la permanence d'un personnel formé qui assure une prise en charge ininterrompue 24 heures sur 24.

Elle se traduit par :

- Une astreinte infirmière qui prend effet à 19h15 et se termine à 7h15.
- Un accueil téléphonique de jour assuré par l'équipe administrative de 8h30 à 18 h ainsi qu'une veille téléphonique pour les familles assurée par les équipes de soins après 18h et le week-end.

- Des temps de transmissions entre équipes de soins et infirmières (2 entre équipe de nuit et équipe de jour, 1 entre les deux équipes de jour).
- Des procédures en application, travaillées avec les personnels. Elles constituent des repères qui permettent d'inscrire les actes professionnels dans un champ qui conjugue la sécurité et la qualité d'accompagnement de la personne âgée.
- Une procédure de rappels des personnels en cas de difficultés (arrêts de travail).
- Un service minimum conforme à la législation en vigueur en cas de grève.

b) La coopération entre professionnels

Un travail spécifique est confié à chacun et un résultat de qualité est attendu, ceci dans un esprit de collaboration.

Chacun doit faire l'effort de s'entendre avec ses coéquipiers. C'est un des moteurs de la transversalité souhaitée dans l'établissement, qui consiste à mettre ses compétences professionnelles et humaines aux services des autres métiers, lorsque la situation l'exige (situations d'urgence, occasions festives).

Au sein de l'EHPAD des Myrtilles, il ne viendrait à l'idée de personne de répondre par la négative à une demande d'aide émise par un collègue ou un supérieur hiérarchique. L'entraide dans les tâches est un des fondements de leur qualité d'accomplissement.

c) Le principe d'autonomie

C'est un principe non pas opposé mais complémentaire à celui de la coopération professionnelle. Cela signifie que chaque agent doit être capable d'exécuter sa mission dans le domaine de compétences qui est le sien. Des fiches de postes participent à organiser le travail des professionnels.

Etre autonome ne signifie pas être indépendant. En effet, chaque professionnel ne peut pas travailler uniquement en relation avec les autres professionnels de son équipe mais doit également rester en interactions avec les professionnels d'autres services.

IV. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT : SES AMBITIONS

A. Les fondements

Concourir au bien-être du résident en donnant de la vie aux années et non des années à la vie, telle est l'ambition que s'est donnée l'EHPAD des Myrtilles.

Ainsi, pour l'équipe qui y travaille, c'est affirmer et faire vivre un certain nombre de principes.

Changer de regard pour considérer non plus exclusivement la pathologie, la dépendance mais les capacités restantes.

Passer d'une logique de soin à une démarche de prendre soin.

Garder toujours à l'esprit le respect de l'autonomie dans les actes mais également dans la décision.

Enfin, oser faire évoluer ses propres schémas de pensée pour offrir le meilleur à nos aînés ainsi qu'à l'équipe soignante.

Prendre soin peut se révéler physiquement et psychiquement difficile, parfois éprouvant.

Prendre soin, c'est accepter de ne pas être tout puissant et concevoir, parfois, l'inutilité de son geste.

Prendre soin, c'est d'abord prendre soin de soi, se ressourcer pour mieux insuffler la chaleur, l'affectivité aux actions de soins, ce dont nos aînés ont le plus besoin.

B. Le projet de vie : les différentes prestations



1. Admission et accueil

La procédure de recrutement privilégie les habitants du territoire. L'admission des personnes prises en charge par le SSIAD est facilitée par la collaboration étroite qui existe entre les deux infirmières coordinatrices des deux services respectifs, appartenant à la même collectivité qu'est le CCAS.

L'organisation d'une visite de pré admission est préconisée mais très rarement possible. L'infirmière coordinatrice multiplie, si nécessaire, les contacts téléphoniques pour répondre aux différentes questions du futur résident et de sa famille dans une démarche de réassurance. Un grand nombre de résidents admis connaissent par ailleurs l'établissement.

L'admission est prononcée par le directeur après avis du médecin coordonnateur sous réserve d'une nécessité de soins infirmiers 24h sur 24h qui constituent une limite à l'admissibilité.

Un affichage dans l'établissement permet d'informer les autres résidents de l'EHPAD de l'arrivée d'une nouvelle personne.

L'accueil du résident est assuré le plus souvent par le cadre de santé qui élabore alors le plan de soins le jour même ou au plus tard le lendemain.

Une collation est proposée à l'ensemble des personnes et une aide est offerte pour le rangement des effets personnels.

Un recueil de données est élaboré pour prendre en compte les goûts et les souhaits des résidents.

La personne qui arrive à l'EHPAD des Myrtilles est accompagnée dans la création de ses nouveaux repères. Le personnel à l'entrée décline son identité mais également son domaine de compétences pour que le résident situe le rôle de chacun et de chacune. Une présentation physique et commentée des différents espaces est réalisée par les soignants pour favoriser l'appropriation des lieux et limiter l'angoisse liée à l'inconnu.

La mise en confiance est recherchée par des échanges fréquents, par une attitude empathique des soignants qui s'enquiert du ressenti de la personne accueillie.

Une certaine souplesse est observée pour la prise des repas les premiers jours qui peuvent être pris soit en chambre, soit en salle à manger à la convenance de la personne. Ceci pour respecter le rythme de chacun à cette étape de l'institutionnalisation.

2. L'hébergement

L'aménagement de l'espace privatif et collectif :

La chambre constitue l'espace privatif du résident. Les soignants de l'établissement sont particulièrement attentifs à préserver l'intimité des personnes accueillies. Dans cet esprit, ils respectent un délai d'attente suffisant avant d'entrer dans la chambre pour ne pas être trop intrusifs.

Une liberté est laissée à chaque résident pour personnaliser la chambre qu'il occupe afin de recréer « leur chez eux ». De petits meubles, des cadres, horloges, lampes peuvent être apportés dans les limites d'un espace de déambulation suffisant et sécurisé.

Certains services peuvent être assurés au domicile même du résident, c'est-à-dire dans leur chambre, si la personne le souhaite, tel que la coiffure, la pédicure, des soins esthétiques...

La présence de boîtes aux lettres nominatives dans ce collectif contribue à sauvegarder l'image du domicile et garantit la confidentialité de la correspondance.

De petits salons ont été aménagés à chaque niveau du bâtiment permettant de favoriser la création et/ou le maintien du lien. Des résidents investissent ces espaces pour partager des jeux de société ou échanger. L'établissement s'est inscrit dans un renouvellement pluriannuel de son mobilier collectif (fauteuils fixes, à roulettes, chaises, tables etc...). Des couleurs vives et différenciées selon les étages sont privilégiés.

L'été, des jardinières sont suspendues aux fenêtres des chambres et agrémentent les lieux.

L'accessibilité est une préoccupation de l'établissement qui a procédé à certains aménagements pour répondre à cette exigence et faciliter les déplacements des usagers qui sont accueillis au sein de la structure (à l'intérieur mais également à l'extérieur).

Un jardin permet, à la saison chaude, de se rafraîchir à l'ombre des arbres ou de se distraire en famille autour d'une partie de boules sur le terrain réservé à cet effet. L'achat d'un mobilier de jardin coloré et confortable invite à la flânerie.

Le projet de restructuration à venir contribuera à renforcer le bien-être des résidents et des soignants en optimisant la fonctionnalité et l'agrément des locaux.

L'entretien de la structure est assuré par une équipe de deux agents techniques positionnée sur cette mission. Elle procède à l'ensemble de l'entretien des locaux au regard d'une planification élaborée.

Une procédure détermine les conditions dans lesquelles l'hygiène et l'entretien des locaux doivent être réalisés. Un agent technique est nommé et formé en qualité d'agent de prévention.

3. La restauration

L'agencement et l'emplacement de la salle à manger invitent à la convivialité. Le lieu est clair, confortable. Un soin tout particulier est apporté au service. Les assiettes sont changées à chaque plat midi et soir afin d'apporter une prestation hôtelière de qualité. Les jours de fêtes, les tables sont nappées et dressées avec un service de table réservé pour ces occasions.

Le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 8h15 dans les chambres pour adapter les levers en fonction des rituels et habitudes de vie de chacun. L'organisation du travail prend en compte le souhait des personnes qui désirent dormir plus longtemps.

Un service spécifique est organisé pour les personnes qui nécessitent un accompagnement en vue de favoriser le déroulement des repas dans de bonnes conditions, dans le respect du rythme et des difficultés de chacun.

Les horaires des repas sont organisés au plus près des rythmes sociaux extérieurs à l'établissement.

L'heure du repas de midi est fixée à 12h, celle du repas du soir à 19 h, ce qui assure également une amplitude horaire correcte entre le repas du soir et le petit déjeuner servi entre 7h30 et 8h15.

Les goûts et aversions sont recueillis à l'entrée et respectés au quotidien. Les résidents participent à la commission des menus. Leurs avis orientent les choix qui sont faits en termes d'approvisionnement dans les limites des contraintes budgétaires. Un changement de fournisseur peut être à l'origine de réclamations des résidents ayant émis un avis défavorable sur tel ou tel produit. Par ailleurs, la cuisine locale est largement privilégiée dans un objectif qualitatif et de développement durable.

4. La vie sociale Animation

L'animation à l'EHPAD des Myrtilles constitue un axe fort du projet d'accompagnement.

Pour le personnel de l'établissement, animer c'est préserver le lien social, la citoyenneté, le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible. Mais animer c'est d'abord et avant tout donner une âme à la structure.

L'animation s'organise en lien étroit avec les différentes instances, le Conseil d'Administration, le Conseil de la Vie Sociale, la Commission Animation, l'équipe de direction et avec tous les professionnels de l'établissement.

L'animatrice met toute son énergie au service du résident pour proposer un panel d'animations dans lequel chacun et chacune peut satisfaire ses envies.

Le projet d'animation poursuit différents objectifs :

- Lutter contre le repli sur soi, la perte de repères et maintenir le lien social
- Valoriser et considérer la personne quel que soit son handicap
- Maintenir son autonomie en exploitant ses ressources
- Stimuler les capacités physiques et cognitives

- Prendre en compte dans leur singularité les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et préserver la mixité sociale
- Développer un réseau avec la participation de bénévoles et d'intervenants extérieurs

Le projet d'animation se structure autour de plusieurs axes :

- *L'animation au quotidien* à laquelle participent tous les professionnels et qui se déclinent dans tous les actes de la vie quotidienne.
Ce premier niveau de l'animation s'inscrit dans l'accompagnement, le soutien au quotidien. Il participe à accompagner la reconstruction et favoriser l'entretien de l'image de soi.
- *L'animation autour des habitudes de vie* où chacun des professionnels vise à maintenir les anciens repères et/ou à en recréer d'autres au travers d'activités telles que le jardinage, le tricot, l'épluchage des légumes ...)
- *L'animation ludique* se traduit par la mise en place de jeux de sociétés le plus souvent mais peut également revêtir d'autres formes telles que le chant, les ateliers mémoire. Cette dimension de l'animation maintient le résident dans la vie.
- *L'animation autour des émotions* mobilise l'ensemble des sens et participe à créer du lien par des canaux autres que la communication verbale traditionnellement employée et contribue à développer le prendre soin.

L'animation culturelle est également déclinée. Un partenariat existe avec la bibliothèque départementale de prêt, ce qui permet de mettre à disposition des résidents de nombreux ouvrages. Les sorties à l'extérieur sont aussi l'opportunité de découvertes de paysages, de visites culturelles. Une lecture du journal est faite hebdomadairement.

L'animation qui entretient la santé est régulièrement proposée au travers d'exercices physiques, de gymnastique douce, de promenades.

Les rencontres intergénérationnelles sont présentes tout au long de l'année et spécifiquement lors de la fête des familles organisée chaque année au mois de juin, mais aussi au travers d'un partenariat privilégié avec le centre de loisirs.

Les différents axes d'animation naissent des souhaits émis par les résidents qui sont invités à participer aux réunions organisées autour de l'animation. Ainsi le programme proposé tend de répondre au mieux aux désirs exprimés. Il se décline au gré des saisons. Le programme est affiché, et donc consultable par tous les résidents

La participation est volontaire et n'est jamais imposée au résident. L'animation proposée, est au plus près des attentes des résidents et respecte leur culture, à dominante rurale, pour mobiliser le plus grand nombre de résidents.

Chaque année le projet écrit d'animation est actualisé, et validé par le CVS. A compter de 2013, il s'attachera à favoriser une dynamique socioculturelle en perspective des travaux d'extension qui verront la réalisation d'une salle d'animation spécifique.

C. Le projet de soins

Les institutions pour personnes âgées accueillent des résidents de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants physiquement ou psychiquement. La finalité du soin revêt alors une dimension particulière. **Guérir la vieillesse n'est pas possible mais aider à la vivre décemment jusqu'à son terme** : telle est la préoccupation de tout professionnel intervenant auprès des personnes âgées.

Le projet de soins porté par l'établissement s'inscrit dans la définition des bonnes pratiques et l'organisation de l'accompagnement tente de concilier au mieux le respect des habitudes de vie des résidents et les contraintes institutionnelles. Cette prise en soins vaut également pour le SSIAD qui dispense des prestations dans le même esprit.

L'accompagnement doit répondre à l'évolution de l'état de santé du résident et être adapté à chacun. Une présence infirmière est assurée tous les jours de l'année, et les interventions auprès des résidents sont assurées par une majorité de personnels formés et qualifiés. Le personnel associe le résident et/ou son représentant aux décisions et recherche avec lui la solution la plus appropriée à la situation.

D. Les principaux atouts concernant le résident

La négociation est au cœur de toutes les actions de soins. Recueillir l'assentiment du résident avant de procéder à un soin est une préoccupation des soignants dans les actes de la vie quotidienne.

1. Les soins de base au quotidien

Les interventions auprès des résidents sont majoritairement assurées par des personnels qualifiés.

Les résidents reçoivent par ailleurs une information loyale et adaptée sur l'évolution de leur état de santé.

Chaque résident, quel que soit son degré de dépendance, a accès aux soins qui lui sont utiles sans délai et en fonction de sa situation personnelle.

Les soins sont encadrés par des prescriptions médicales. Le résident conserve le libre choix du médecin qui assure son suivi médical dans le cadre de visites systématiques et/ou de visites à sa demande ou à la demande d'un professionnel lors d'une décompensation aiguë de son état de santé. Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement.

Des fiches de postes organisent les différentes tâches à réaliser en particulier sur le poste du matin.

L'ensemble des soins de base est effectué avec l'objectif de préserver l'autonomie du résident et exploiter au mieux ses ressources.

Les toilettes se déroulent tout au long de la matinée, ce qui permet de respecter le rythme de chacun.

Une procédure sur le soin d'hygiène est élaborée et rappelle l'objectif poursuivi et les bonnes pratiques à observer pour réaliser un soin de qualité.

Les douches font l'objet d'une planification. Elles sont effectuées pour chacun des résidents à la fréquence d'une fois par semaine.

L'organisation des soins tient compte de la chartre des droits et libertés de la personne âgée. Les traitements sont administrés avec le consentement du résident. Le refus d'observance thérapeutique est pris en compte. Il est aussitôt signalé au médecin traitant de la personne concernée.

2. Les aides et les soins spécifiques

La prévention et l'aide personnalisée au quotidien contribuent à préserver l'autonomie. Un principe de l'accompagnement revendiqué et mis en application par l'ensemble de l'équipe.

- *La prévention de l'incontinence*

A l'entrée, lorsque l'incontinence est avérée, le résident est équipé en fonction des informations qui sont précisées sur le dossier d'admission. Au bout d'une semaine, une évaluation est déclenchée pour réajuster l'équipement.

Une mise aux toilettes systématique est privilégiée pour préserver l'autonomie urinaire et fécale. En cas d'échec, une évaluation est réalisée afin d'adapter l'équipement nécessaire sans que cela entrave la personne physiquement ou moralement.

- *La prévention des escarres*

Un ensemble de mesures maîtrisées par l'ensemble des personnels ainsi que divers équipements permettent de préserver l'intégrité cutanée.

- *La prévention des chutes*

Une réflexion a été menée pour prévenir les chutes et s'est traduite par la mise en place de mesures concrètes.

L'établissement s'est doté de lits Alzheimer pour prévenir les chutes des personnes présentant des troubles cognitifs.

Des barres d'appui sont installées dans les toilettes et les mains courantes dans les couloirs favorisent le déplacement des personnes dans des conditions de sécurité.

L'entretien des sols est réalisé la nuit. Les sols des salles de bains sont antidérapants. Les tapis au sol sont proscrits.

L'équipe privilégie le maintien à la marche pour les résidents le plus longtemps possible et est particulièrement attentive à la manière dont ils sont chaussés pour prévenir les accidents.

- *La prévention de la dénutrition*

Les goûts alimentaires ainsi que les régimes sont respectés.

Une alimentation spécifique est proposée aux personnes qui souffrent de troubles de la déglutition.

La cuisine travaille certains produits et élabore des mets enrichis pour limiter la dénutrition.

3. La gestion de la fin de vie

Chaque résident entrant à l'EHPAD des Myrtilles est assuré de pouvoir y terminer sa vie dans les limites des compétences requises.

L'acharnement thérapeutique n'est pas privilégié, la qualité de la fin de vie étant recherchée avant tout.

Un accompagnement individualisé est mis en place dans le cadre de la fin de vie pour répondre à chaque situation visant à assurer un maximum de confort au résident. Néanmoins, un plan de soin guide est alors activé dans un souci de mutualiser les pratiques.

Chaque intervenant est attentif à la souffrance puis au deuil vécu par la famille et essaye d'apporter un maximum de soutien. L'établissement offre la possibilité aux familles d'accompagner leurs proches jusqu'à la fin en mettant à leur disposition un lit d'appoint pour qu'elles puissent passer la nuit si elles le souhaitent.

Un avis de décès sur un panneau prévu à cet effet informe de la disparition d'un résident.

Un registre de condoléances, qui sera ensuite adressé à la famille du défunt, est tenu à la disposition de toute personne qui souhaite s'associer à la disparition du résident.

L'accompagnement en fin de vie est une priorité du plan de formation.

4. La prise en charge des patients déments

Le PASA prévu dans le cadre de la restructuration permettra d'optimiser l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs.

E. Les principaux atouts concernant les familles

La famille occupe une place importante à l'EHPAD des Myrtilles qui se matérialise par des manifestations destinées à favoriser leur participation et leur implication.

Un recueil de réclamations, de souhaits est à la disposition des résidents et de leur famille à l'accueil de l'établissement pour y déposer des suggestions ou des remarques dans le but d'améliorer l'offre de soins.

A l'occasion des décès, l'établissement exprime à chacune des familles concernées sa sympathie au nom de l'ensemble des professionnels par l'envoi d'un message de condoléances.

F. Les principaux atouts concernant le personnel

Il existe une volonté de l'équipe de direction de favoriser l'expression des salariés et de développer un climat serein propice à l'exercice de la fonction de chacun, tout comme de n'exclure personne. Chaque professionnel compte et occupe une place privilégiée dans le projet d'accompagnement du résident.

C'est dans cet esprit qu'un groupe de pilotage a été initié pour participer à la mise en œuvre de la qualité dans l'établissement. Le groupe se réunit une fois par mois. Son objectif est d'être force de proposition d'amélioration de l'existant. L'ensemble du personnel est associé à certaines décisions et aux évolutions.

Ainsi, depuis deux ans, l'établissement a largement favorisé la professionnalisation des agents. Plusieurs salariés ont bénéficié de la validation des acquis pour acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge des personnes accueillies dont la dépendance ne cesse d'augmenter et requiert de fait de nouvelles connaissances. D'autres formations professionnalisantes ont été réalisées ou sont en cours : Mastère Spécialisé en direction d'action sociale et médico-sociale de niveau I pour le directeur, licence professionnelle d'ingénierie en santé publique de niveau II pour l'infirmière coordinatrice, diplôme d'assistante de soins en gérontologie pour plusieurs aides soignantes, diplômes d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques.



Chapitre 2 : CONSTRUCTION DU PROJET

V. LA DEMARCHE EVALUATIVE

A. Le système de management de la qualité



B. L'évaluation interne

1. Le cadre juridique

La loi dispose que les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (art. L.312-8 du CASF). Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Cette disposition s'inscrit dans les orientations de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les finalités de l'action sociale et médico-sociale y sont définies à l'article L.116-1 : elle « tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature ». Les missions des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ESSMS) sont fixées à l'article 311-1 du CASF1.

Le texte de loi met les droits des usagers au premier plan des principes d'action par leur association à une prise en charge personnalisée, et insiste sur la lisibilité et l'efficacité des interventions. L'évaluation interne contribue à améliorer en continu la qualité des prestations délivrées.

2. Les enjeux pour l'EHPAD ET LE SSIAD

Au-delà de l'obligation réglementaire, la démarche d'évaluation interne est l'opportunité d'avoir une meilleure compréhension de l'établissement dans toute sa complexité et permet de concevoir des pistes de progrès dans le souci d'améliorer les pratiques et la qualité des prestations, leur cohérence avec les missions imparties et les ressources mobilisées et permet d'interroger le cœur de métier, pour apporter une réelle réponse aux attentes et besoins des usagers.

a) **Une démarche participative**

L'intégration des perspectives de l'ensemble des acteurs concernés est promue. Il y a un engagement fort de la Direction, qui entraîne une participation active du personnel lors des réunions de travail et de la mise en œuvre des actions d'amélioration dans les services.

Le directeur souhaite que chacun soit acteur du changement et participe à l'amélioration de l'existant.

b) **Répartition des rôles et des missions**

L'établissement sous l'impulsion du directeur et avec le soutien du Conseil d'Administration du CCAS, de son Président Bernard Vialle, et du Conseil de la Vie Sociale, s'est inscrit dans une démarche d'évaluation de ses pratiques professionnelles par un organisme externe.

L'organisme MEDICAL FORMATION ayant déjà une expérience dans la conduite de ce type de projets a été retenu suite à une mise en concurrence, appuyée d'un cahier des charges. Cet organisme est rodé à la formation de professionnels médico-sociaux, aux outils de la démarche qualité et est également, habilité par l'ANESM pour pratiquer l'évaluation externe.

Ce travail sous forme participative est conduit par le directeur avec l'appui de MEDICAL FORMATION. La commande auprès de MEDICAL FORMATION n'était pas de « faire à la place de... », ni de centrer l'intervention sur la production exclusive de propositions, mais plutôt de permettre à l'équipe, par un transfert de méthodes de réflexion et d'actions appropriées, d'être en capacité de réaliser par elle-même, en s'appuyant notamment sur un travail en inter session, la production attendue : l'auto diagnostic et les plans d'actions correctives.

Le Comité de pilotage : La direction de l'établissement

Ses missions :

- Donne les moyens aux acteurs de mettre en œuvre l'évaluation interne (commande auprès du prestataire externe, planification des journées d'intervention...);
- Assure le pilotage et l'animation de la démarche et donne les moyens matériels de ce travail ;
- Valide les Plans d'Actions résultant de l'évaluation interne ;
- Valide le rapport final.

La mission du « référent qualité » est assurée par l'équipe de direction :

Son rôle :

- Est garant de la qualité des synthèses par critères et de leur cotation et des synthèses des références par scission sous forme de points forts et de points à améliorer ;
- Est l'interface entre l'équipe projet et le comité de direction ;

- Recense les Plans d'Actions ;
- Fait valider le rapport final auprès de la direction.

L'équipe projet :

La direction de l'EHPAD « Les Myrtilles » a souhaité associer l'ensemble des professionnels aux différentes étapes de la démarche d'évaluation interne, et notamment, à la détermination des plans d'amélioration résultant du travail de l'évaluation.

Ses missions :

- Recueille les données et les observations pour chaque critère ;
- Propose une cotation de ces critères ;
- Recherche des pistes d'amélioration pratique.

c) La construction de l'équipe projet

Elle a été faite à partir d'une participation volontaire, avec des critères de représentativité des différentes fonctions :

- Infirmière Coordinatrice (IDEC)
- Aide-soignante (AS)
- Agent des services hospitaliers (ASH)
- Aide médico psychologique (AMP)
- Agent Technique
- Animatrice

Chaque regroupement de travail est tracé (feuille d'émargement).

d) Les étapes de l'évaluation interne

L'évaluation interne a été conduite par l'équipe projet, sous la responsabilité de la Direction.

Phase 1 : définir le cadre évaluatif

- 1) Enoncer les fondements des activités déployées
- 2) Caractériser les populations auprès de qui ces activités sont déployées
- 3) Spécifier les objectifs de l'accompagnement et les critères d'appréciation des activités

Phase 2 : recueillir des informations fiables et pertinentes

- 4) Diagnostiquer la disponibilité des informations, identifier les sources de données
- 5) Recueillir et classer des informations quantitatives et qualitatives

Phase 3 : Analyser et comprendre les informations recueillies

- 6) Structurer l'analyse :
 - établir les constats
 - repérer les causes des écarts en évaluant les conditions de faisabilité (moyens, compétences, partenariat, organisation interne, contexte...)

Phase 4 : piloter les suites de l'évaluation

- 7) Elaborer le plan d'amélioration du service rendu
 - Les objectifs d'amélioration
 - Les actions à mener
 - Les moyens à mobiliser, les services concernés
 - Les résultats et les effets attendus

VI. PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION

L'accompagnement réalisé à l'EHPAD et au SSIAD les Myrtilles repose sur ce qui fonctionne aujourd'hui.

A ce stade, il convient donc de confirmer l'existant mais également de développer et d'organiser nos actions pour qu'elles concourent à améliorer le bien-être des résidents qui nous font confiance.

A. Synthèse de l'évaluation interne EHPAD et SSIAD

1. Synthèse de l'évaluation interne de l'EHPAD Les Myrtilles

	NC	1	2	3	4	Evaluation globale du thème
La prévention des risques	0	0	11	8	4	2,70/4
Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations	0	0	3	12	28	3,58/4
Bienveillance	2	0	4	9	10	3,26/4
Personnalisation des prestations et maintien de l'autonomie	0	0	1	6	7	3,43/4
L'établissement ou le service dans son environnement	5	3	3	25	41	3,44/4
Le management par la qualité	0	6	14	9	35	3,14/4
Les ressources humaines, management et organisation du travail	2	2	3	25	28	3,36/4
Architecture et cadre de vie	2	9	5	10	24	3,02/4

Nombre de réponses par thème

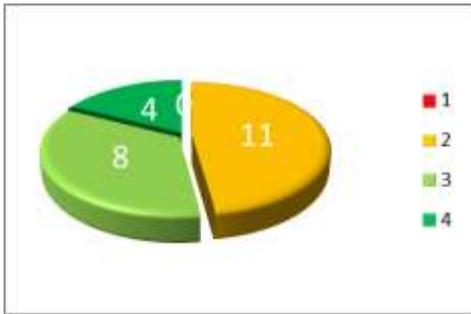
NC = Non Concerné

1 = Menace

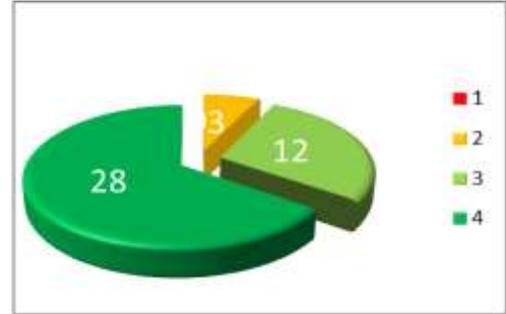
2 = Faiblesse

3 = Satisfaisant

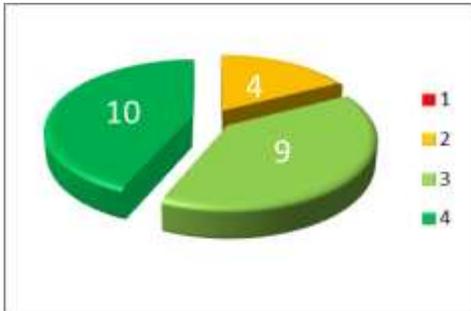
4 = Point fort



La prévention des risques



Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations

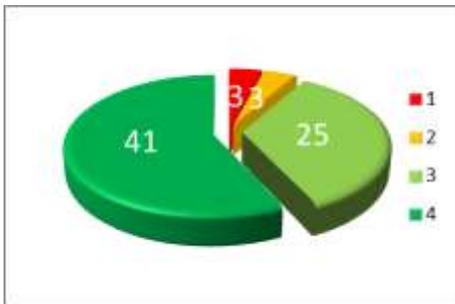


La bientraitance

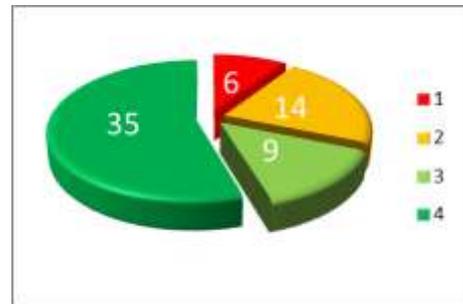
2



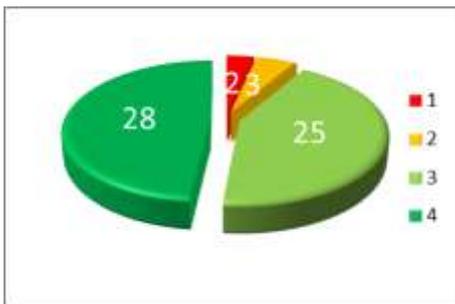
La personnalisation des prestations et le maintien de l'autonomie



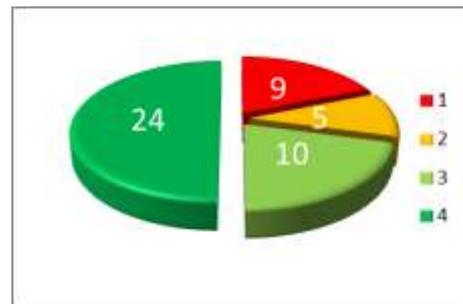
L'établissement ou le service dans son environnement



Le management par la qualité



Les ressources humaines, management et organisation du travail



Architecture et cadre de vie

2. La synthèse de l'évaluation interne SSIAD de Saint-Pierreville

	NC	1	2	3	4	Evaluation globale du Thème
La prévention des risques	0	0	0	2	4	3,67/4
Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations	0	0	2	0	8	3,60/4
Bienveillance	6	0	8	2	10	3,10/4
Personnalisation des prestations et maintien de l'autonomie	1	0	0	3	8	3,73/4

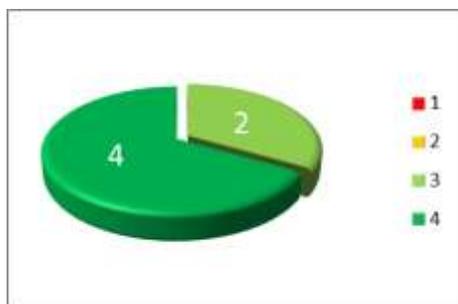
NC = Non Concerné

1 = Menace

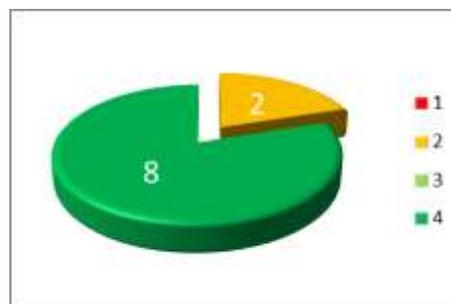
2 = Faiblesse

3 = Satisfaisant

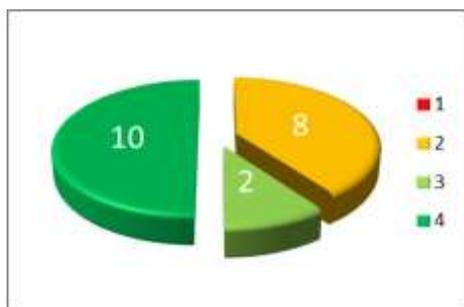
4 = Point fort



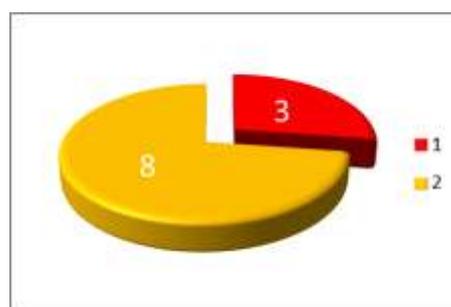
La prévention des risques



Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations



La bienveillance



Personnalisation des prestations et maintien de l'autonomie

B. Propositions d'action d'améliorations EHPAD et SSIAD

Ces propositions issues de l'évaluation interne doivent concourir à l'amélioration de la démarche qualité dans les prochaines années.

Afin de s'assurer de leur pérennité, il convient de les envisager :

- par priorités,
- sous forme d'échéancier pluriannuel,
- nominativement en confiant leur mise en œuvre à des agents autres que la direction,
- en précisant que les rôles de chacun peuvent évoluer sur plusieurs années et qu'il conviendra régulièrement de réinterroger « qui fait quoi ? » à l'occasion des comités de pilotage « démarche qualité » qui sont mensuels.

L'échéancier de mise en œuvre des actions est donné à titre informatif, mais fera l'objet d'une actualisation régulière au regard des priorités.

1. Propositions d'actions d'améliorations EHPAD Les Myrtilles

LA PREVENTION DES RISQUES

Sécurité des usagers						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.1.1.3.2	La sécurité de l'établissement est-elle assurée par (au minimum) un personnel titulaire du SIAP, de jour comme de nuit ?	Former au moins un professionnel au SSIAP	HERDT Henry	29/05/12	31/12/13	
1.1.2.1.2	Du matériel à usage unique est-il systématiquement utilisé pour les soins ?	Faire l'acquisition de curettes à usage unique. A minima, réaliser deux trempages successifs dans un bain de désinfectant.	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/12	
1.1.2.3.1	Existe-t-il des protocoles d'hygiène des mains conformes aux recommandations, sont-ils visibles ? Le personnel a-t-il été formé ?	Conduire une évaluation annuelle sur l'hygiène des mains	BESNARD Sylvie	29/05/12	31/12/12	
1.1.2.4.1	Existe-t-il des procédures de gestion des risques épidémiques (de la prévention à la gestion de crise) ?	Rédiger un plan local de maîtrise d'une épidémie	BESNARD Sylvie	29/05/12	31/12/12	
1.1.2.4.1	Existe-t-il des procédures de gestion des risques épidémiques (de la prévention à la gestion de crise) ?	Rédiger une procédure de gestion interne d'une épidémie	BESNARD Sylvie	29/05/12	31/12/12	
1.1.3.1.1	Existe-t-il des dispositifs de prévention des chutes, des fiches de déclaration des chutes, et les circonstances sont-elles analysées ?	Conduire une analyse approfondie des risques de chute afin d'identifier les causes environnementales et/ou de soins possibles	BESNARD Sylvie	29/05/12	30/06/14	
1.1.3.2.1	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament (double contrôle) : préparation, distribution, administration ?	Rédiger les procédures relatives au circuit du médicament : prescription, préparation, administration, flux	BEYRON Jean-Louis	29/05/12	31/07/13	

1.1.3.2.1	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament (double contrôle) : préparation, distribution, administration ?	Former au moins deux professionnels au circuit du médicament en EHPAD	HERDT Henry	29/05/12	31/07/14	
1.1.3.3.1	Existe-t-il une procédure visant à limiter et codifier la contention physique fondée sur trois points : prescription médicale, surveillance de la contention, évaluation ?	Constituer un groupe de travail afin définir clairement le processus de contention des résidents	BEYRON Jean-Louis	30/05/12	31/12/13	
1.1.3.3.1	Existe-t-il une procédure visant à limiter et codifier la contention physique fondée sur trois points : prescription médicale, surveillance de la contention, évaluation ?	Elaborer des supports de traçabilité relatifs à la contention des résidents	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/13	
1.1.3.3.1	Existe-t-il une procédure visant à limiter et codifier la contention physique fondée sur trois points : prescription médicale, surveillance de la contention, évaluation ?	Rédiger une procédure de contention physique des résidents	BEYRON Jean-Louis	30/05/12	31/12/13	
1.1.3.3.1	Existe-t-il une procédure visant à limiter et codifier la contention physique fondée sur trois points : prescription médicale, surveillance de la contention, évaluation ?	Evaluer le processus mis en place à M+18	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.3.4.1	L'établissement a-t-il signé une convention avec un hôpital ou une clinique, qui précise la procédure d'hospitalisation et de retour ?	Formaliser la procédure de transfert et de retour des résidents en centre hospitalier	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/13	
1.1.3.5.1	Existe-t-il une procédure d'évaluation, de prévention et de prise en charge des escarres ?	Mettre en place l'utilisation systématique d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre du type Norton ou Braden	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.1.3.5.1	Existe-t-il une procédure d'évaluation, de prévention et de prise en charge des escarres ?	Rédiger une procédure d'évaluation et de prévention du risque d'escarre	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.3.5.1	Existe-t-il une procédure d'évaluation, de prévention et de prise en charge des escarres ?	Mettre en place le calcul systématique de l'indice de masse corporelle (IMC) du résident	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.3.5.1	Existe-t-il une procédure d'évaluation, de prévention et de prise en charge des escarres ?	Rédiger une procédure de traitement des escarres	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.3.5.1	Existe-t-il une procédure d'évaluation, de prévention et de prise en charge des escarres ?	Elaborer les documents de traçabilité de suivi de la prise en charge des escarres	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.4.1.1	Existe-t-il un plan bleu conforme aux exigences du décret du 7 juillet 2005 ?	Sensibiliser les professionnels aux enjeux du plan bleu	HERDT Henry	30/05/12	31/12/12	
1.1.4.1.1	Existe-t-il un plan bleu conforme aux exigences du décret du 7 juillet 2005 ?	Evaluer la mise en œuvre du plan bleu	HERDT Henry	30/05/12	31/12/13	
1.1.4.1.1	Existe-t-il un plan bleu conforme aux exigences du décret du 7 juillet 2005 ?	Organiser un exercice de déclenchement de la cellule de crise	HERDT Henry	30/05/12	31/12/13	
1.1.4.2.2	Existe-t-il une procédure de gestion de tri sélectif des déchets ?	Rédiger une procédure relative au circuit des déchets	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.1.4.2.2	Existe-t-il une procédure de gestion de tri sélectif des déchets ?	Conduire une évaluation relative au circuit des déchets	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.4.2.2	Existe-t-il une procédure de gestion de tri sélectif des déchets ?	Sensibiliser les professionnels au tri sélectif des déchets	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/14	
1.1.4.3.1	Existe-t-il une procédure concernant les circuits et le stockage du linge propre et du linge sale ?	Former les 3 lingères aux bonnes pratiques en lingerie (Urgent) et s'assurer de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/13	
1.1.4.3.1	Existe-t-il une procédure concernant les circuits et le stockage du linge propre et du linge sale ?	Mettre en place (affichage au mur) des processus de tri du linge et de lavage des mains (Urgent)	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/13	
1.1.4.3.1	Existe-t-il une procédure concernant les circuits et le stockage du linge propre et du linge sale ?	Elaborer le circuit du linge en lingerie et dans les services	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/15	
1.1.4.3.1	Existe-t-il une procédure concernant les circuits et le stockage du linge propre et du linge sale ?	Conduire une évaluation du circuit du linge à M+12	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/15	
1.1.4.5.1	L'établissement applique-t-il la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionnelles.	Rédiger un protocole et un calendrier de surveillance des installations de production et de distribution d'eau dans l'établissement	VABRE Gérard	30/05/12	31/07/13	
1.1.4.5.1	L'établissement applique-t-il la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionnelles.	Etablir un calendrier annuel et des documents de traçabilité de désentartrage des installations	VABRE Gérard	30/05/12	31/07/13	

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.1.4.5.1	L'établissement applique-t-il la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionnelles.	Rédiger une procédure relative au signalement externe d'une infection nosocomiale (dont cas de légionellose)	BESNARD	30/05/12	31/07/13	
1.1.4.5.2	Le cahier sanitaire est-il mis en place au sein de l'établissement ?	Revoir l'organisation du carnet sanitaire et en améliorer la formalisation en regard des critères définis dans la circulaire du 28 octobre 2005 relatif à la lutte contre la légionellose.	VABRE Gérard	30/05/12	31/07/13	
1.1.4.6.1	Existe-t-il une procédure de dépôt fin (dépôt dans un coffre de l'établissement, l'établissement est responsable) ou de dépôt à la trésorerie ?	Constituer un groupe de travail chargé de réfléchir à une optimisation et une sécurisation dans la gestion des biens personnels des patients.	IAPTEFF Morgane	30/05/12	31/12/12	
1.1.4.6.1	Existe-t-il une procédure de dépôt fin (dépôt dans un coffre de l'établissement, l'établissement est responsable) ou de dépôt à la trésorerie ?	Mettre en place un registre de suivi des entrées et sorties d'argent des résidents	IAPTEFF Morgane	30/05/12	31/12/12	
1.1.4.6.1	Existe-t-il une procédure de dépôt fin (dépôt dans un coffre de l'établissement, l'établissement est responsable) ou de dépôt à la trésorerie ?	Rédiger une procédure de dépôt et retrait de valeurs	IAPTEFF Morgane	30/05/12	31/12/12	

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.1.4.6.1	Existe-t-il une procédure de dépôt fin (dépôt dans un coffre de l'établissement, l'établissement est responsable) ou de dépôt à la trésorerie ?	Réaliser un inventaire de l'argent et des objets de valeur au moment de l'entrée.	IAPTEFF Morgane	30/05/12	31/12/12	
1.1.4.7.1	L'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective est-t-il appliqué ?	Rédiger les procédures relatives aux bonnes pratiques d'hygiène en cuisine afin de formaliser la démarche HACCP	BESSON Laurence	30/05/12	31/07/13	
1.1.4.7.1	L'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective est-t-il appliqué ?	Conduire des évaluations de pratiques dans le domaine de la restauration	BESSON Laurence	30/05/12	31/07/13	

Admission et accueil						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.2.1.1.2	Une documentation sur l'établissement avec des informations accessibles est-t-elle mise à la disposition des personnes ?	Les documents existants sont à actualiser il manque des informations, la présentation du livret d'accueil très administrative doit être revue pour être plus attractive.	BESNARD Sylvie	07/06/12	31/12/13	
1.2.2.1.4	Existe-t-il une procédure d'admission prenant en compte l'avis du médecin coordonnateur ?	Formaliser la procédure d'admission.	BEYRON Jean-Louis	08/06/12	31/12/13	
1.2.2.1.5	Un accusé/réception est-il systématiquement envoyé dès que le dossier est retenu ou non ?	Etablir un courrier type pour répondre à toutes les demandes d'admission que la demande soit retenue ou non.	BESNARD Sylvie	08/06/12	31/12/13	
1.2.2.1.6	Une rencontre avec la personne et/ou sa famille est-elle organisée ?	Favoriser davantage le déplacement de IDE COORDINATRICE vers le futur résident pour présenter l'établissement.	..... .....	08/06/12	31/12/13	
1.2.2.1.7	Une visite de l'établissement est-elle proposée ?	Les visites de l'établissement par le futur résident doivent être plus développées, incitation des familles.	BESNARD Sylvie	08/06/12	31/12/14	
1.2.3.1.2	Un référent institutionnel est-il identifié lors de l'accueil pour toute famille ?	Définir les missions du référent institutionnel.	BESNARD Sylvie	08/06/12	31/12/13	
1.2.3.1.3	Un questionnaire de satisfaction est-il adressé à la personne et/ou sa famille dans les deux mois qui suivent l'entrée ?	Adresser un questionnaire de satisfaction à la personne et à sa famille dans les 2 mois qui suivent l'entrée.	IAPTEFF Morgane	08/06/12	31/07/14	

Respect de la citoyenneté, des droits, libertés et expressions

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.3.1.1.4	Les principes de la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont-ils connus et affichés au sein de l'institution ?	Insérer dans l'enquête des professionnels une question relative à la connaissance de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/12	
1.3.1.1.8	L'établissement facilite-t-il le vote des personnes accueillies (accompagnement ou vote par procuration) ?	Rédiger une procédure d'organisation du vote des résidents	IAPTEFF Morgane	30/05/12	31/12/12	
1.3.2.1.4	Dans le cadre de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne, dans le projet de vie, les habitudes de vie, sociales, culturelles, religieuses sont-elles prises en compte ?	Réfléchir sur le respect des rites et convictions de l'ensemble des religions les rencontrées,	FAURE Alexandrine	30/05/12	31/12/13	
1.3.6.1.1	Le principe de la confidentialité des informations est-il garanti ?	Elaborer un protocole de tenue du dossier du résident	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/13	

Relation avec les familles

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.4.1.1.1	Un référent familial (interlocuteur privilégié à distinguer du tuteur ou de la personne de confiance) est-il désigné par le résident (ou les membres de la famille) chaque fois que cela est possible, et ses coordonnées sont-elles mises à jour ?	Rédiger une procédure de désignation de la personne de confiance	BESNARD Sylvie	30/05/12	31/12/12	

BIENTRAITANCE

Bientraitance						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.5.1.1.1	Une évaluation des risques et des fragilités est effectuée et réactualisée pour chaque personne ?	le médecin coordonnateur propose de présenter des grilles d'évaluation des risques et suivre leur mise en place	BEYRON Jean-Louis	06/09/12	31/12/12	
1.5.3.1.1	Existe-t-il une procédure de gestion des évènements indésirables ?	sensibilisation du personnel et des familles après avis du CVS À l'utilisation de la fiche de déclaration des évènements indésirables	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	
1.5.4.1.7	Un partenariat est-il institué avec les instituts de formation afin d'accueillir régulièrement des stagiaires ?	Livret accueil stagiaires	..... .....	07/09/12	31/12/12	

Personnalisation des prestations						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.6.1.1.1	Les informations (histoire de vie, habitudes, souhaits) sont-elles recueillies auprès de l'usager lui-même ?	Travail avec le fournisseur du support informatique, pour entrer les informations recueillies dans le dossier informatisé.	BESNARD Sylvie	08/06/12	31/12/13	
1.6.3.1.1	L'établissement a-t-il mis en place les outils nécessaires (procédures, protocoles, fiches de suivi...) pour impliquer l'ensemble de l'équipe dans la mise en œuvre du projet personnalisé ?	Poursuivre la mise en place de protocoles et de procédures en ciblant les priorités.	BEYRON Jean-Louis / BESNARD Sylvie	08/06/12	31/12/12	
1.6.3.1.2	L'établissement organise-t-il l'articulation avec les intervenants extérieurs, autour du projet personnalisé ?	Le médecin coordonnateur propose d'organiser une fois par an une réunion avec les intervenants extérieurs	BEYRON Jean-Louis	07/06/12	31/12/12	

Maintien de l'autonomie

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.7.2.1.2	L'établissement a-t-il mis en place des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie visant à lutter contre l'altération des fonctions cognitives ?	Améliorer davantage la signalétique. L'établissement l'intègre dans le projet de restructuration.	HERDT Henry	08/06/12	31/12/15	
1.7.2.1.3	L'établissement a-t-il mis en place des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie visant à lutter contre l'altération de la mobilité ?	Formaliser dans le projet d'animation les objectifs des ateliers gym douce. Communiquer au sein de l'établissement mais aussi à l'extérieur sur cette nouvelle activité.	IAPTEFF Morgane	08/06/12	31/12/12	

L'ouverture sur l'environnement grâce au développement d'un réseau

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
2.2.3.1.2	Existe-t-il un dispositif permettant aux familles ou aux proches de prendre en compte leurs remarques ?	A l'occasion de la fête des familles (annuelle en juin) inviter les familles à transmettre leurs idées dans la boîte prévue à cet effet.	HERDT Henry	31/05/12	24/06/12	
2.2.4.1.4	Existe-t-il des réunions régulières des bénévoles avec les représentants de l'institution ?	Organiser des réunions des bénévoles dans l'établissement	IAPTEFF Morgane	31/05/12	31/12/12	
2.2.4.1.7	Les bénévoles sont-ils informés des procédures liées au signalement de maltraitance ou d'événements indésirables ?	Formaliser les procédures de signalement d'un événement indésirable et de signalement d'un cas de maltraitance.	HERDT Henry	31/05/12	31/12/13	
2.2.5.1.1	L'accueil de stagiaires est-il développé dans l'établissement ou le service ?	Rédiger une procédure d'accueil des stagiaires	BESNARD Sylvie	31/05/12	31/12/13	
2.2.5.1.1	L'accueil de stagiaires est-il développé dans l'établissement ou le service ?	Elaborer, en groupe de travail un livret d'accueil des stagiaires	BESNARD Sylvie	31/05/12	31/12/13	

L'accessibilité du service ou de l'établissement						
Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
2.3.1.1.6	Portage de repas	Réaliser une enquête de satisfaction des clients du portage de repas.	HERDT Henry	31/05/12	31/01/15	
2.3.3.1.2	L'établissement ou le service dispose-t-il d'un site internet ?	Mettre en place un site internet de présentation de l'établissement	HERDT Henry	31/05/12	30/06/15	
2.3.3.1.6	L'établissement ou le service informe-t-il la radio locale de ce qu'il fait ?	Informier systématiquement la radio locale des événements et propositions d'emploi de l'établissement	HERDT Henry	31/05/12	31/12/13	
2.3.4.1.4	Des panneaux d'affichage identifiés existent-ils en direction des résidents, des familles, des bénévoles... ?	Réfléchir la politique d'affichage interne afin de dédier un espace spécifique à chaque groupe d'intervenant	HERDT Henry	31/05/12	31/12/12	

Le management par la qualité						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.1.1.2.1	Le directeur fait-il connaitre ses engagements dans la démarche qualité ?	Former les professionnels à la démarche qualité	HERDT Henry	29/05/12	31/12/12	
4.1.1.2.2	Le directeur met-il en place une démarche d'amélioration de la qualité ?	Structurer la démarche qualité via l'évaluation interne et externe et rédiger la politique qualité	HERDT Henry	29/05/12	31/12/12	
4.1.1.2.5	Le directeur fait-il connaitre ses engagements dans la maitrise des processus à risques ?	Etablir une cartographie des processus à risques	HERDT Henry	29/05/12	31/12/13	
4.1.1.3.2	La politique qualité est-elle clairement exprimée ?	Rédiger la politique qualité de l'établissement définissant notamment les grands axes d'amélioration retenus	HERDT Henry	29/05/12	31/12/13	
4.1.1.3.4	Le directeur a-t-il fixé des objectifs mesurables ?	Etablir un plan d'action avec des indicateurs associés	HERDT Henry	29/05/12	31/07/14	
4.1.1.3.7	Pour la satisfaction des personnels ?	Rédiger une procédure de conduite des entretiens professionnels	HERDT Henry	29/05/12	31/07/14	

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.1.2.1.1	L'évaluation de la qualité est-elle effectuée en interne ?	Mettre en place dans le temps, une démarche structurée de la qualité. Formaliser davantage les protocoles.	..... ..... .....	29/05/12	.....
4.1.2.1.6	Le directeur a-t-il mis en place des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels ?	Conduire une enquête de satisfaction des personnels	HERDT Henry	29/05/12	31/12/13	
4.1.2.1.8	Le directeur a-t-il nommé un référent aux principes d'amélioration de la qualité et à la méthode à employer ?	Désigner des référents dans les équipes sur divers thèmes relatifs à la qualité de la prise en charge, mais aussi concernant le suivi de la mise en œuvre de la démarche	BESNARD Sylvie	29/05/12	01/03/14	
4.1.2.1.8	Le directeur a-t-il nommé un référent aux principes d'amélioration de la qualité et à la méthode à employer ?	Former ces référents à la démarche qualité	HERDT Henry	29/05/12	01/03/14	
4.1.2.1.9	Le personnel a-t-il été sensibilisé et formé aux méthodes d'amélioration continue de la qualité ?	Sensibiliser les professionnels aux méthodes et outils de la démarche qualité	BESNARD Sylvie	29/05/12	01/06/13	
4.1.2.3.1	Le directeur a-t-il mis en place une procédure de signalement des dysfonctionnements ?	Mettre en place un système de recueil des événements indésirables dans l'établissement	BESNARD Sylvie	29/05/12	01/10/12	
4.1.2.3.1	Le directeur a-t-il mis en place une procédure de signalement des dysfonctionnements ?	Former les professionnels au signalement des événements indésirables	HERDT Henry	29/05/12	01/10/12	

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.1.2.3.1	Le directeur a-t-il mis en place une procédure de signalement des dysfonctionnements ?	Traiter et suivre les déclarations d'événements indésirables afin d'identifier des objectifs d'amélioration dans le cadre de la gestion des risques	HERDT Henry	29/05/12	01/10/12	
4.1.2.3.3	Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?	Améliorer la traçabilité du suivi des événements indésirables déjà en place	HERDT Henry	29/05/12	31/12/14	
4.1.2.3.3	Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?	Structurer et formaliser une grille d'analyse des événements indésirables	HERDT Henry	29/05/12	31/12/12	
4.1.2.3.5	Les procédures permettant de prévenir la réapparition d'incidents et accidents sont-elles formalisées ?	Formaliser les procédures	..... ..... .....	29/05/12	.....
4.1.2.3.7	Les nouveaux documents font-ils l'objet d'une diffusion formalisée ?	Structurer le système documentaire	HERDT Henry	29/05/12	31/12/12	
4.1.2.3.7	Les nouveaux documents font-ils l'objet d'une diffusion formalisée ?	Rédiger une procédure de gestion documentaire	BESNARD Sylvie	29/05/12	31/12/12	
4.1.2.3.8	Un dispositif permet-il de vérifier que les procédures sont connues et appliquées de tous : sondage, enquêtes...?	Conduire des évaluations de procédures/protocoles	BESNARD Sylvie	29/05/12	01/09/13	
4.1.2.3.8	Un dispositif permet-il de vérifier que les procédures sont connues et appliquées de tous : sondage, enquêtes...?	Elaborer annuellement un programme des évaluations, en cohérence avec le plan d'assurance qualité et les objectifs de l'établissement	HERDT Henry	29/05/12	01/09/13	

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.1.2.3.9	Un suivi périodique des indicateurs qualité est-il mis en place ?	Elaborer un tableau de suivi des indicateurs qualité	HERDT Henry	29/05/12	31/12/12	
4.1.3.1.8	Sur les prises en charge spécifiques : douleur, dénutrition, escarres, contentions, fin de vie... ?	Ajouter au questionnaire des items relatifs à la douleur	BESNARD Sylvie	29/05/12	30/06/13	
4.1.3.3.1	La satisfaction des personnels est-elle régulièrement mesurée (entre 1 an et 2 ans maximum) ? Sur le bien-être au travail ?	Conduire une enquête de satisfaction des personnels	HERDT Henry	29/05/12	31/12/13	

Les ressources humaines, management et organisation du travail						
Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.2.1.1.6	L'adéquation entre les moyens quantitatifs et qualitatifs est-elle évaluée régulièrement au regard de l'évolution du GMP/PMP ?	Poursuivre le recrutement de personnel qualifié et l'accompagnement de formation professionnel continue.	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	
4.2.1.1.7	Les fiches « fonction » sont-elles actualisées ?	Actualiser l'ensemble des fiches de fonction	BESNARD	06/09/12	31/12/12	
4.2.2.1.1	La politique de recrutement de l'établissement fait-elle l'objet d'une procédure écrite ?	Intégrer la formalisation de la politique de recrutement du personnel dans l'écriture du projet d'établissement	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	
4.2.2.1.2	L'entretien de recrutement fait-il l'objet d'une procédure formalisée : curriculum vitae, entretien, documentation... ?	Formalisation de l'entretien de recrutement.	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	
4.2.3.1.1	Les procédures d'accueil et d'intégration des stagiaires et des professionnels sont-elles formalisées ?	Livret d'accueil en cours d'élaboration à finaliser.	BESNARD Sylvie	06/09/12	31/12/12	
4.2.3.1.1.1	Le règlement intérieur ?	Formaliser le règlement intérieur	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.2.3.1.16	Chaque nouvel agent bénéficie-t-il d'un tutorat ?	Préciser et formaliser les missions du tuteur	BESNARD	06/09/12	31/12/12	
4.2.3.1.2	Existe-t-il un référent ou « tuteur » pour l'accueil du nouvel agent ?	Définir un élargissement des missions du référent d'un nouvel agent	BESNARD Sylvie	06/09/12	31/12/12	
4.2.4.1.1	Le document unique de prévention des risques est-il élaboré conformément à la réglementation du 5 novembre 2001?	Révision du document unique après que l'agent technique d'entretien est suivi une formation ACMO.	VABRE Gérard	06/09/12	31/12/12	
4.2.5.3.8	Des instances de réflexion (commissions, comité de pilotage) pour exprimer les attentes des personnels existent-elles ?	Réaliser un questionnaire anonyme d'expression du personnel	HERDT Henry	06/09/12	31/12/12	

LES RESSOURCES HUMAINES, MANAGEMENT ET ORGANISATION DU TRAVAIL

Les ressources humaines, management et organisation du travail

Ref.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
4.4.2.1.2	Les espaces communs sont-ils conformes aux normes d'accessibilité (barres d'appui, revêtements des sols, rampes d'accès, signalétique...)	PROJET RESTRUCTURATION INTEGRER LA SIGNALITIQUE	HERDT Henry	07/09/12	31/12/12	

2. Propositions d'actions d'améliorations SSIAD

PROPOSITIONS D'AMELIORATION SSIAD

Réf.	Item	Propositions d'amélioration	Personnes référentes	Date du jour	Échéance	Suivi d'actions correctives
1.2.1.1.1	La réponse à une demande externe de renseignements, y compris téléphonique, concernant l'admission est-elle organisée ?	Formaliser la réponse aux demandes en particulier lors de l'absence de l'IDE Coordinatrice	.....	06/09/12	31/12/13	
1.5.3.1.1	Existe-t-il une procédure de gestion des évènements indésirables ?	Mettre en place la fiche de déclaration des évènements indésirables initiée en EHPAD	Henry HERDT	06/09/12	31/12/13	
1.5.7.1.1	Le numéro national d'appel - Allo Maltraitance - 3977 est-il affiché à l'entrée de l'établissement ?	Afficher dans le bureau le numéro d'appel	.....	07/09/12	31/12/13	

VII. DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Le travail d'évaluation interne ainsi réalisé a permis de définir des actions d'amélioration. Celles-ci n'auront de sens que dans la mesure où elles seront menées à terme.

A. Le suivi des actions d'amélioration

1. Mise en place de revues de direction

La « Revue de Direction » est une réunion de l'équipe de direction consacrée à la démarche qualité mise en place par l'établissement. Elle a pour but d'interroger la pertinence et l'effectivité de cette démarche.

Elle a lieu annuellement. Lors de cette Revue de Direction, sont analysés :

- les dysfonctionnements éventuels du système qualité,
- la réalisation des objectifs « qualité »,
- le bon fonctionnement des processus,
- les modifications à apporter au système qualité,
- les évènements indésirables et les non-conformités,
- les actions correctives et préventives entreprises, définies ou revues,
- le rapport d'évaluation interne,
- les actions d'amélioration entreprises, définies ou revues.
- l'analyse d'enquêtes de satisfaction éventuelles

Des décisions sont prises concernant :

- les objectifs "qualité" de l'année,
- les domaines prioritaires pour l'évaluation interne,
- les actions immédiates à mener pour améliorer le fonctionnement du système qualité.

Si un dysfonctionnement important survient, la Direction provoque une Revue de Direction. Des réunions du comité de qualité sont organisées trimestriellement afin d'assurer le suivi des objectifs fixés en revue de direction.

2. Mise en place de réunions mensuelles du COPIL

Dès 2013, une réunion mensuelle du Comité de Pilotage de la démarche qualité sera mise en place.

Elle réunira des représentants des différents services de l'EHPAD et du SSIAD : IDEC, IDE, AS, AMP, ASH, Animation, Entretien, Secrétariat, Direction.

A chaque séance le groupe délibèrera et retiendra une priorité d'action collective. Il devra être en mesure de proposer une mise en œuvre pour correction ou amélioration de la qualité du travail. Le groupe sera collectivement responsable du suivi et de l'organisation des actions.

Les séances feront l'objet d'un compte-rendu écrit et communiqué à l'ensemble des équipes.

3. Modalités des prochaines évaluations internes

A l'issue de la première évaluation externe et sauf préconisation contraire de l'évaluateur, il conviendra de :

- Réaliser l'évaluation interne pour les items du référentiel non abordés en suivant la même méthodologie ;
- Simplifier la grille d'évaluation en ne retenant que les indicateurs de pilotage pertinents déterminés dans les processus et procéder à une évaluation inter-service pour les items déjà évalués ;
- Favoriser la participation des usagers, leurs représentants légaux ou leurs familles aux réunions d'évaluation interne de tous les services ;
- Réaliser les questionnaires de satisfaction usagers, famille et représentant légaux.

CONCLUSION

Ce projet d'établissement est le fruit du travail des professionnels de l'EHPAD des Myrtilles mais également du SSIAD. Il a été l'occasion pour les personnels qui y ont participé de s'interroger sur leurs pratiques.

Ce projet d'établissement est porté par la direction, mais il ne peut exister que s'il est partagé par tous les acteurs.

Il donne une place centrale aux résidents et vise à faire sens pour les professionnels. Il est l'aboutissement de la réflexion qui a été conduite sur l'année 2012 dans le cadre de la démarche qualité.

Ce document retrace les grandes orientations prises par l'établissement ainsi que sa philosophie et sera le trait d'union indispensable pour faire vivre le projet d'accompagnement des résidents, pour le faire évoluer, pour l'adapter aux nouveaux besoins qui se font jour.

Il est donc étroitement lié d'une part à la conscience collective de chaque acteur de la maison, mais aussi et d'autre part aux moyens financiers. La convention tripartite de deuxième génération signée le 30 septembre 2008 arrive à échéance en septembre 2013. Souhaitons que les retards de renouvellement sur le département de l'Ardèche, ne viennent pas pénaliser les moyens nécessaires à l'exercice de notre mission.

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire ni même connaître la direction qu'il va prendre ; c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas. »

(VESPIEREN)

ANNEXES

Les décrets arrêtés et circulaires portant application de la loi 2002-2

- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la chartre des droits et libertés de la personne
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la chartre des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.
- Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles „ et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique
- Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311 -7 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Arrêté du 3 décembre 2003 fixant le modèle des documents prévus au 4° du I de l'article 3 du décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'autorisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312 -1 et à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire DGAS / SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles précisant le contenu du livret d'accueil
- Décret n° 2004- 287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Décret 2004-1274 du 26 Novembre 2004 sur le contrat de séjour
- Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et autre formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code l'action sociale et des familles